

Invisible al ojo clínico

Violencia de pareja
y políticas de salud en México



CRISTINA HERRERA

Invisible al ojo clínico

Violencia de pareja
y políticas de salud en México

Invisible al ojo clínico

Violencia de pareja
y políticas de salud en México

CRISTINA HERRERA



puig Programa
Universitario de
Estudios de
Género



Instituto Nacional
de Salud Pública

362.82920972

H565I Herrera, Cristina

Invisible al ojo clínico : violencia de pareja y políticas de salud en México / Cristina Herrera. -- México : Flacso México, UNAM IIS, Instituto Nacional de Salud Pública, 2009. 212 pp; 17 X 23 cm.

ISBN 978-607-7629-13-9

1. Violencia Conyugal – México. 2. Violencia contra las mujeres – México. 3. Política Médica – México. 4. Delitos contra la Mujer – México. 5. Mujeres – Salud e Higiene – México. 6. Planificación de la Salud – México. 7. Políticas Públicas – México. 8. Análisis del Discurso. I. t.

Invisible al ojo clínico / Violencia de pareja y políticas de salud en México

Primera Edición, 14 de septiembre de 2009.

DR© Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México

Carretera al Ajusco 377, Col. Héroes de Padierna, 14200 Tlalpan, México, Distrito Federal.

ISBN 978-607-7629-13-9

Coordinación Editorial: Gisela González, Olga Correa, Carlos Oropeza.

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación por académicos externos a la Flacso México, Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM y el Instituto Nacional de Salud Pública, de acuerdo con las normas establecidas por los reglamentos editoriales y los comités editoriales de estas instituciones.

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento sin la prueba de autorización por escrito de los editores.

Impreso en México. *Printed in Mexico.*

Contenido

7	Introducción
Capítulo I	El contexto discursivo de aparición y recepción de una nueva política pública en el sector de la salud. Propuesta de un modelo de análisis
27	Las redes de políticas públicas en el marco de las relaciones entre la sociedad y el Estado
34	Las redes de políticas en el contexto sociohistórico mexicano
41	El análisis del discurso en el diseño y la instrumentación de políticas
Capítulo II	Contexto de aparición del programa Mujer y Violencia
52	Formación de la agenda. La violencia doméstica deviene problema
61	Diseño del programa
63	Acciones para el cambio de comportamientos
68	Un balance provisional
Capítulo III	Salud pública y perspectiva de género. Una relación incómoda
74	La “nueva salud pública”
82	Los avatares de la política feminista en México
87	La violencia doméstica como problema de salud pública y tema feminista
90	Argumentos para convencer a los médicos
95	El problema de la definición del problema
98	El fruto del matrimonio entre la nueva salud pública y la perspectiva de género

Capítulo IV	La instrumentación de la política por el personal de salud. Los discursos ocultos sobre las mujeres que sufren violencia
106	Poner orden. El discurso médico frente a la violencia doméstica
109	La violencia doméstica en el orden médico
116	Discursos reformistas del orden médico
Capítulo V	Menos que humano. Discursos sobre género, clase y etnia en los profesionales de la salud
121	Las mujeres como pacientes
124	Las mujeres y la violencia
130	“Biología social”. Etnia y clase
135	¿Feminidad de clase?
Capítulo VI	Tratándose de derechos...
141	Público y privado
149	Orden médico y orden legal
154	¿Normalización privatizadora?
Capítulo VII	Límites y alcances discursivos de las políticas de salud contra la violencia de pareja
163	Matrimonio por conveniencia
167	Una serie de argumentos desafortunados
176	¿Terapia o política?
Capítulo VIII	¿Salvar vidas o preservar el cuerpo? Reflexiones finales
182	¿Se puede combatir la violencia doméstica?
189	Si hubo guerra, que no se note. Algunos desafíos para el feminismo

Bibliografía

Introducción

La necesidad de combatir la violencia contra las mujeres ha sido uno de los temas de lucha más persistentes dentro del movimiento feminista y también uno de los que suscitan menores controversias entre las diferentes vertientes de este movimiento, al menos en lo que respecta a la prioridad que se le debe asignar en su agenda política. Sin embargo no siempre esta violencia ha sido definida del mismo modo a lo largo del tiempo ni entre diferentes sociedades, ni se ha establecido, en consecuencia, una única ruta de acción para combatirla. Así, mientras que la primera oleada del activismo feminista, en los años setenta, se enfocó principalmente en la violencia sexual (Riquer y Castro, 2008), más tarde se priorizó la violencia conyugal, también incluida dentro de la llamada violencia doméstica, por ser este espacio el que mayor riesgo de violencia representaba para las mujeres. De acuerdo con Riquer y Castro (2008), el desarrollo del activismo feminista estadounidense de los años setenta, centrado en la violencia sexual como forma por excelencia de dominación masculina, corrió por un camino paralelo al de la academia, donde los llamados *gender studies* exploraron y desarrollaron teóricamente el concepto de género para dar cuenta de un orden de relaciones de poder basado en las versiones hegemónicas de la diferencia sexual en un momento determinado. En este orden la violencia simbólica aparecía como más determinante que la física o la sexual, en la que –según las estudiosas del género– las activistas estaban reintroduciendo la anatomía como razón de la violencia y el sometimiento, lo cual se pretendía evitar con el lema “biología no es destino”. Así, según estos autores el debate sobre la violencia estuvo durante más de dos décadas divorciado del debate sobre el género, relación que en la actualidad parece recomponerse.

En México, donde no se había dado este desarrollo académico hasta hace poco tiempo, predominó el activismo feminista, que se dirigió principalmente a atender a las mujeres víctimas, por un lado, y a impulsar propuestas de reforma

legislativa, por otro. La articulación entre el desarrollo teórico de la categoría de género y el debate sobre la violencia contra las mujeres “por ser mujeres” aún está en estado incipiente, y requiere tanto de análisis teórico como de estudios empíricos que observen las manifestaciones del sistema de género en diversos planos de la realidad social, desde el individual hasta el estructural, pasando necesariamente por los contextos de interacción donde operan los mecanismos de reproducción del orden jerárquico de género. Mientras tanto persiste una división entre quienes estudian la violencia familiar sin enfoque de género, y quienes buscan explicar casi todos los tipos de violencia desde esta categoría.

El recorrido de las diferentes maneras de nombrar la violencia en el hogar pasó primero por el término “esposas golpeadas” y luego por el de mujeres “maltratadas”, para dar cuenta de otras formas de violencia distintas de la física, notablemente la violencia emocional. Sin embargo, en el giro discursivo que se dio al pasar de la noción de violencia sexual a la de violencia doméstica, el maltrato específico contra las mujeres quedó de algún modo diluido dentro de las agresiones que se ejercían contra otros miembros del hogar, y fue cuando las agencias gubernamentales empezaron a intervenir en el asunto que ocurrió un nuevo desplazamiento, ahora al término de violencia intrafamiliar, donde el acento pasó del entorno físico (el hogar) a los lazos de parentesco. Con esto, sostiene Marta Torres, la carga ideológica que tenía el tema en sus inicios, vinculada al movimiento feminista, fue eliminada. Es decir, volvió a soslayarse el hecho de que “en la familia, la violencia se ejerce principalmente de los hombres hacia las mujeres y de los adultos hacia los menores, además de otras víctimas como ancianos(as) personas con discapacidad, lesbianas y homosexuales” (Torres, 2005). Todo ello se relaciona con la desigualdad y el poder que de ella se deriva. La violencia, continúa esta autora, se ejerce principalmente contra aquellos a quienes se considera débiles, o más específicamente, seres “sin voluntad”. En los años noventa se adoptó la categoría de *género* como herramienta conceptual necesaria para dar cuenta de todas las formas de violencia que se ejercen contra las mujeres “por el solo hecho de serlo”. Este uso de la categoría de género insiste en el carácter social y cultural de las normas que prescriben o toleran el ejercicio de diversas formas de violencia como mecanismo de control y disciplinamiento de las mujeres, y ello permite ubicar al fenómeno en un marco de análisis estructural. Sin embargo, tomada la categoría de género como única explicación de la violencia en el hogar y sin considerar los mecanismos concretos que median entre esas estructuras y las conductas

individuales, así como las características específicas de los espacios de interacción donde dicha violencia se ejerce, resulta también insuficiente para comprender el fenómeno y explicar, por ejemplo, por qué no todos los hombres ejercen violencia contra las mujeres o por qué no todas las mujeres soportan relaciones violentas. Por otra parte, también el uso indiscriminado y a veces superficial de esta categoría, producto de su adopción por las más diversas instancias y agencias de gobierno, impide comprender cabalmente la naturaleza y el alcance del fenómeno de la violencia, y por lo tanto responder a él de manera más efectiva. Como observan Riquer y Castro (2008) “a pesar de la afirmación del carácter social y estructural del fenómeno de la violencia de género, al analizarlo empíricamente ha habido una preeminencia de su estudio como conducta individual [de los agresores] y un dominio de las perspectivas psicológicas e incluso psicologizantes”, a lo que se suma “una tendencia a observar el fenómeno desde perspectivas jurídicas, como conductas delictivas que requieren un trato legal”, esto es, el predominio de los enfoques individualistas sobre la violencia doméstica y de pareja. Pero el modelo de la responsabilidad individual no sólo ha predominado en los estudios empíricos, también ha sido el más utilizado en los centros de atención a víctimas. De acuerdo con Marta Torres, cercana a esta postura pero a mitad del camino entre los enfoques individualistas y los propiamente sociales sobre la violencia, se han ofrecido explicaciones basadas en la dinámica familiar como objeto de estudio e intervención. Si los modelos individualistas, al asumir la responsabilidad personal de los actos violentos, tanto en los agresores como en las víctimas, corren el riesgo de terminar culpando a éstas del maltrato que sufren, el enfoque centrado en las disfunciones familiares y en sus dificultades para dirimir conflictos o adaptarse a problemas del entorno también contribuye a omitir los derechos y necesidades de quienes son el objeto más frecuente de maltrato. Al no cuestionar “para quién/qué debe una familia ser funcional” (Torres, 2005), este modelo conlleva el riesgo de reproducir ciertos ideales tradicionales de familia conforme a los cuales podría ser “disfuncional”, por ejemplo, que la mujer no se sometiera a las expectativas sociales que suelen asignarse a su género.

La categoría de género, en tanto alude no sólo a la construcción cultural de una diferencia biológica sino fundamentalmente a un campo de relaciones de poder basado en esa diferencia, permitiría abarcar el fenómeno de la violencia desde una mirada más integral y al mismo tiempo política. Sin embargo, como han sostenido algunos autores (Larrauri, 2007; Torres, 2005), el uso de esta categoría

sin una debida articulación con otros campos de relaciones de desigualdad –como los de clase social, etnia o preferencia sexual, entre otros–, así como la tendencia a considerar todas las formas de violencia de pareja o doméstica como violencia de género, también han contribuido a oscurecer el camino hacia la comprensión del fenómeno, y en particular hacia la atención de los casos concretos. A la inversa, al quedarse sólo con la violencia doméstica cuando se usa el término “violencia de género”, como sucede con frecuencia desde que la comunidad internacional protagonizó la discusión (Riquer y Castro, 2008), se dejan fuera otras formas de violencia de género que fueron prioritarias en las luchas tempranas del movimiento feminista, cuando condenó la llamada violencia sexual, primordialmente la violación. Con el uso indiscriminado de la palabra género se puede aludir indistintamente a la diferencia de papeles sociales asignados a cada sexo, a la identidad femenina o masculina, simplemente a “las mujeres”, o bien, como han postulado las feministas luego de diversos debates, a un sistema social por el que se produce la desigualdad basada en la diferencia sexual, y que se sostiene mediante relaciones asimétricas de poder y subordinación.

El debate feminista sobre la violencia contra las mujeres ha ido acompañando los avatares propios de esta trayectoria pública del tema que han ocurrido en gran medida al calor de su propia acción política en las últimas décadas. Con la creciente adopción del lenguaje del género por parte de las instancias internacionales y el llamado a la colaboración entre la sociedad civil y los gobiernos en este marco, las aguas feministas se dividieron entre quienes decidieron participar activamente en estos procesos –que consideraron un avance de su propia agenda–, y quienes temieron, en cambio, estar “vendiendo el alma al diablo”, en la medida en que el Estado, para algunas manifestaciones del movimiento, era una encarnación del poder patriarcal. Quienes, no obstante, establecieron relaciones de colaboración con las agencias gubernamentales y debieron en consecuencia enfrentar los desafíos prácticos que supone toda instrumentación de políticas públicas, sufrieron algunas transformaciones inevitables que se tradujeron en una desradicalización de sus posiciones y una profesionalización de su accionar. En varios países surgió una agria disputa entre las feministas, que fueron consideradas por otras “legalistas y funcionarias” (Hercovich, 2002), es decir, entre las que habiéndose profesionalizado y adquirido espacios de poder aspiraron a cambiar el sistema desde arriba y especialmente desde la legislación, y las feministas que podríamos llamar “de trinchera”, que gracias a su experiencia de ayuda concreta a

las mujeres maltratadas dentro de la sociedad civil aseguraban conocer los verdaderos problemas de las víctimas de violencia por haberlas escuchado, en lugar de minorizarlas y hablar en su nombre desde espacios de privilegio y con una “conciencia de género” de la que supuestamente las otras carecían (Hercovich, 2002). De acuerdo con Elena Larrauri, criminóloga feminista española, fue el grupo de las “feministas legalistas” el que hegemonizó en su país el proceso de creación de la nueva legislación contra la violencia de género. Para esta autora las feministas “oficiales” tendieron a ver en todo acto de violencia contra la pareja una manifestación de la violencia de género, y confiaron en el derecho penal como vía casi exclusiva para acabar con la misma. Sin embargo, si se confía exclusivamente en el sistema penal para erradicar la violencia de pareja se corre el peligro de abandonar la lucha por cambios sustantivos que abarquen la creación de recursos para las mujeres más vulnerables a la violencia, esto es, las socialmente menos favorecidas. Con ello no sólo se incurre en la paradoja de confiar la protección de las mujeres a un sistema que tradicionalmente ha denunciado el feminismo como patriarcal y misógino, sino que además se promueve la criminalización de un problema social, desviación por la que este feminismo se acerca a la estrategia políticamente conservadora predominante en el mundo desde los años ochenta, que la autora llama “populismo punitivo” (Larrauri, 2007). Por lo demás, no se consideran otras formas de violencia que se ejercen dentro de la familia y que también tienen por objeto controlar a los más vulnerables (incluso a otras mujeres que no son la pareja), y se desconfía de programas más integrales de asistencia a víctimas y más aún de reeducación de los agresores. Para esta autora las divergencias entre la corriente de “violencia de género” (el hecho de ser mujeres como única causa o explicación de la victimización) y la de “violencia intrafamiliar”, predominante en Estados Unidos, estarían sustentadas en formas diferentes de entender el problema, fuentes de datos dispares, distintas agendas morales, diferentes estrategias de investigación, y diversas unidades de análisis. De acuerdo con estas distinciones, mientras que el estudio de la violencia familiar se basa en las encuestas de hogares, el de la violencia de género lo hace en las experiencias de mujeres maltratadas que han sido reclutadas en refugios, hospitales, instancias legales y centros de atención especializados, donde se encuentran casos de “terrorismo íntimo o patriarcal”, el tipo de violencia familiar que sí puede considerarse de género (Johnson, 2005); mientras que el objetivo de la corriente de violencia intrafamiliar es erradicar la violencia en la familia, el de las feministas es acabar con el patriarcado; en tanto

que los estudiosos de la violencia intrafamiliar no se preocupan demasiado por las derivaciones políticas de sus afirmaciones, las feministas son sensibles a la forma en que el público interpretará los resultados de una investigación (que demuestre, por ejemplo, que no toda la violencia ocurre “por el hecho de ser mujeres” o que no todas las mujeres son vulnerables a ella por igual), ya que esto podría socavar la solidaridad de género, y finalmente, mientras que la corriente de violencia familiar toma como unidad de estudio a la familia, los estudios feministas buscan explicar por qué las mujeres son las principales víctimas de violencia en el hogar (lo cual es rigurosamente cierto). Algunos autores observan con beneplácito que estas posturas, antes irreconciliables, están comenzando a acercarse. Otros, en cambio, consideran que en tanto las agendas morales sean diferentes, las disputas entre ellas persistirán, lo cual no es necesariamente negativo.

Sin embargo algunas posturas radicales sobre la violencia de género no sólo oscurecen la comprensión del problema, sino que además, al confiar en la legislación como vía privilegiada para el cambio social, descuidan la interacción con las personas afectadas, a quienes no sólo desconocen, sino además menosprecian porque carecen de “conciencia de género” y actúan “en contra de sus intereses”. De ahí que propongan soluciones que, lejos de ayudarlas, resultan contraproducentes. La categoría de género se vuelve en este caso un concepto abstracto y universal, que no permite identificar los mecanismos puntuales por los que esas determinaciones estructurales se viven y recrean en las interacciones cotidianas y en las subjetividades, lo cual ilustraría el “carácter implícitamente reaccionario de las tesis universales” (Larrauri, 2007). Según Inés Hercovich (2002), en Argentina se ha producido un fenómeno similar: un uso reduccionista y abstracto de la categoría de género que, ciego a las situaciones reales de las mujeres, termina produciendo un efecto opuesto al que pretende generar la idea de empoderamiento. Por el contrario, si se tuviera una visión de conjunto del problema, es decir, entendiendo que la violencia es una conducta humana aprendida, fortalecida en la experiencia cotidiana e inserta en un contexto social de desigualdad que se nutre del ejercicio del poder, y que el género en tanto sistema de relaciones atraviesa todos esos niveles y los articula de diversas maneras —lo que algunas autoras han llamado el “modelo ecológico” (Heise, 1998)— se comprenderían muchas de las razones que mueven a las mujeres cuando deciden no denunciar a su pareja (algunas de las cuales son afectivas, otras estructurales), y en consecuencia se diseñarían estrategias más efectivas contra este problema. Tales estrategias deberían ser más

integrales, pero al mismo tiempo más específicas en función de la diversidad de los grupos sociales y de los tipos de violencia. Las reformas legales radicales (por ejemplo un incremento excesivo de la pena de cárcel para la violencia contra la pareja), sin un cambio paralelo en las estructuras sociales y culturales que apunte a la equidad, sólo producirá el “desconocimiento” de las nuevas normas por los encargados de procurar justicia, no reducirá la violencia y perjudicará a las mujeres que disponen de menores recursos económicos, sociales y simbólicos para acceder a la justicia. Como sostiene Larrauri, una vez más la criminalización de los problemas sociales está a tono con la tendencia política conservadora que consiste en “gobernar por medio del delito”, en vez de promover el Estado social. Más aún, y como afirma Haydée Birgin (2002), “la eficacia de la ley depende en gran medida de la acción del Estado en materia social (vivienda, educación, salud, redes de contención, etc.). En este marco, advierte, conviene evitar la judicialización de los conflictos familiares, en tanto la función del poder judicial es poner límite a la violencia y no sustituir las políticas sociales que contribuirían a su prevención.

Las disputas entre grupos y corrientes dentro del feminismo académico y militante han tenido su propio capítulo en México. Desde la postura “punitiva”, por ejemplo, la iniciativa del gobierno de crear refugios para mujeres maltratadas fue denostada con el argumento de que a quienes había que encarar era a los agresores, y no a sus víctimas. Sin embargo, al menos en el programa que es objeto de nuestro análisis y que describiremos con cierto detalle en los capítulos que siguen, prevaleció una alianza entre algunas instancias y funcionarios de gobierno sensibles al género y una corriente más pragmática del feminismo, que buscó y consiguió influir en el diseño de políticas específicas a partir de su propia experiencia histórica de atención a víctimas. Es probable que esta postura haya terminado por prevalecer también en el debate que acompañó a la elaboración de la nueva legislación en la materia, ya que su principal exponente, la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia promulgada en 2007, aun cuando incluya elementos de incremento de penas para la violencia de pareja y de tipificación de delitos como el feminicidio, tiene como principal objetivo el de establecer un sistema nacional para instrumentar acciones en casi todos los ámbitos políticos, con el fin de prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género. En esta meta han coincidido tanto las militantes como las “funcionarias”. Sin embargo es necesario reconocer que las políticas son producto de luchas entre diferentes discursos,

los que a su vez resultan de determinadas condiciones sociales de producción, como veremos a lo largo de nuestro análisis. Estos discursos exceden con frecuencia las intenciones de quienes dialogan y llegan o no a acuerdos. En suma, la discusión sobre el género y la violencia no está zanjada y probablemente nunca lo estará. Sin embargo, y para enmarcar nuestro análisis, permítanos fijar de momento algunas posiciones clave dentro del debate:

1. Consideramos al *género* un sistema de relaciones *sociales* basado en la *dominación masculina*, una configuración de poder que subordina a las mujeres, y no sólo una distribución de tareas, espacios e identidades binarios (hombre-mujer) en función de la diferencia sexual dada por la biología.
2. La *misoginia*, como una de las dimensiones ideológicas del sistema de sexo-género, tiene el propósito tácito de conjurar la supuesta peligrosidad de las mujeres, que de acuerdo con este discurso podría amenazar el *statu quo* de las relaciones de género en los más diversos campos. Esto se manifiesta en los discursos más elaborados y en el habla cotidiana. Sin embargo, cuando se presenta a las mujeres como víctimas pasivas e inocentes con el fin de contrarrestar este discurso, tampoco se les hace justicia ni es una buena estrategia política, en tanto no contribuye a su fortalecimiento como sujetos con derechos y libertades.
3. El sistema de sexo-género se articula con *otras formas de desigualdad* en momentos histórico-sociales particulares al funcionar como modelo y a la vez mecanismo reproductor de la desigualdad en general, en tanto que principio de organización social, dado que la diferencia sexual facilita la *naturalización* de la dominación. En virtud de esta característica resulta funcional a varias lógicas de dominación social, como la que se sustenta en la desigualdad étnica y de clase, entre otras.
4. Las relaciones basadas en el género se reproducen mediante mecanismos que articulan lo macro y lo microsocioal: desde las estructuras políticas y las normas, los mitos y los valores hegemónicos, pasando por las instituciones que reproducen esos valores y normas, hasta los espacios de interacción entre hombres y mujeres, que incorporan y encarnan esas desigualdades mediante la socialización temprana dada en la familia, la escuela, y más tarde en los ámbitos sociales más diversos, conformando así lo que Bourdieu ha llamado *habitus* de género.

5. Entre los mecanismos de reproducción ideológica del orden de género cabe mencionar los llamados "pactos patriarcales" (Amorós, citado por Torres, 2005), que tácitamente operan para conjurar la supuesta amenaza encarnada por las mujeres, y reforzar el predominio masculino. Si bien el objeto de estos pactos son las mujeres, su propósito es reforzar la identificación de los varones con la superioridad masculina, y pueden darse en diferentes espacios y jerarquías: entre los varones (y quienes defienden su autoridad) en las relaciones de parentesco, entre los hombres con poder en los más diversos campos sociales —lugares de trabajo, de educación, etc.—, y en el campo propiamente político, en términos de lucha entre grupos de poder. Riquer y Castro sugieren que la violencia de género puede adquirir diferentes modalidades según responda o sirva a estas distintas lógicas de dominación, y proponen estudiar la violencia doméstica o familiar en el ámbito de la reproducción de la dominación masculina en las relaciones de parentesco; el acoso y el hostigamiento sexual en el de las relaciones laborales, escolares y públicas en general; y la violación y el feminicidio en el de las relaciones de poder "con mayúsculas". Es una propuesta sugerente que retomaremos a lo largo de nuestro análisis. Asimismo y como recomiendan algunas feministas que proponen estudiar la categoría de género en contextos histórico-sociales concretos, trataremos de observar las lógicas de género que operan en un campo determinado de relaciones: el de la formulación de políticas de salud con perspectiva de género, y el de la atención médica en los servicios públicos de salud. En este espacio de interacción los sujetos direccionan y articulan discursos que abonan la reproducción de otras lógicas de dominación de género: la familia, la autoridad masculina en el ámbito de la relación entre médico y paciente, las disputas de autoridad entre el campo médico y el legal, y la justificación de desigualdades étnicas y de clase vistas a través del género, entre otras. En lo macrosocial, sugerimos que la misma apropiación del tema de la violencia intrafamiliar por las políticas de salud "con perspectiva de género", sin desconocer su carácter urgente, puede ayudar a ocultar otras manifestaciones de la violencia de género que —inscritas en el cuerpo de las mujeres— funcionan al servicio de pactos patriarcales entre grupos de poder.
6. Finalmente consideramos que, así como la violencia de género abarca más que la violencia doméstica y familiar —ya que se extiende a los más diversos campos sociales—, no todas las manifestaciones de violencia que ocurren en

el hogar –sean físicas o simbólicas– son “de género”, esto es, dirigidas contra las mujeres con el propósito de mantenerlas en las posiciones que tradicionalmente se han asignado a su género y mediante su subordinación a la autoridad del jefe de familia garantizar el control de su sexualidad, la reproducción dentro del matrimonio y en última instancia el honor masculino.

La postura central del análisis que proponemos parte de que los discursos sociales siguen inercias constitutivas y tienen consecuencias reales. El criminalizar la violencia doméstica o convertirla en objeto privilegiado de intervención gubernamental, por ejemplo, más allá de los beneficios innegables que genere, puede al mismo tiempo servir al poder político para legitimarse a bajo costo, ya que no crea enemigos fuertes, permite cumplir con los requerimientos de la comunidad internacional y desvincular la violencia de los temas de pobreza y exclusión social. Dependiendo de la manera en que los diversos actores lo formulen y signifiquen, el discurso de la violencia doméstica puede también articularse con ciertas posturas conservadoras que privilegian la búsqueda de la “paz familiar” para proteger a la sociedad, individualizar el problema, convertir a las mujeres en víctimas que habrán de ser tuteladas, o –desconfiando de su propio juicio– crear estereotipos para las que optan por caminos diferentes de la denuncia o de la terapia de autoestima como única solución. Por ello proponemos un abordaje del problema que –creemos– permitirá observar algunas de las maneras en que se reproducen las relaciones de género en ámbitos particulares de acción que a su vez responden a lógicas de poder más amplias. Para ello intentamos articular la idea de género con conceptos que dan cuenta de otros sistemas de desigualdad social como el de etnia y el de clase, tal como aparece en el discurso de diversos actores sociales. Al mismo tiempo situamos estos discursos en un contexto histórico específico.

En este trabajo intentamos mostrar algunos de los mecanismos por los cuales al entrar en campos de prácticas que tienen sus propias inercias discursivas, los discursos sobre la violencia de género se transforman en nuevos discursos que tienen consecuencias sociales y políticas reales, con frecuencia opuestas a las que originalmente habría de promover la categoría de género. Así, si del proceso de resignificación aludido resulta una concepción psicologizante, pero no ya centrada en los agresores sino en sus víctimas, junto con una reticencia a abordar la sanción de la violencia con el mismo énfasis que la atención sanitaria, en un contexto de políticas sociales y económicas restrictivas, lo que resulta puede ir en detrimento

de la adquisición de poder por las mujeres y por tanto de sus posibilidades reales de vivir sin violencia. Como trataremos de argumentar a lo largo del presente texto, la combinación discursiva que subyace a lo que ha dado en llamarse “políticas públicas con perspectiva de género” puede reforzar –a veces involuntariamente– en vez de combatir las desigualdades que pretende eliminar.

El desarrollo discursivo en torno a la violencia contra las mujeres no ha sido lineal ni homogéneo, y aun en lo que se limita a la violencia de pareja, como ya se ha dicho, persisten hoy posiciones encontradas –incluso entre las feministas– acerca de la mejor manera de entender y dar respuesta al problema. Estas posiciones se sustentan, las más de las veces, en posturas conceptuales y políticas divergentes, y las menos, en datos y resultados de evaluaciones de las acciones que han emprendido hasta el momento la sociedad civil y los gobiernos. Quizás buena parte de esta insuficiencia de “soporte empírico” de las propuestas y discusiones se deba a la relativa novedad de la difusión pública del problema. Cabe recordar que si bien el primer impulso importante al tema “de la mujer” data de la década de los setenta,¹ no fue sino en los noventa cuando lo relativo a la violencia de género adquirió relevancia mundial suficiente para impulsar acciones concretas en los países suscriptores de diversos acuerdos internacionales sobre la materia. Como consecuencia, muchos estados, incluido México, crearon leyes especiales para prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres y destinaron presupuestos para instrumentar diversas políticas y programas, impulsados e informados en buena medida por los movimientos internacionales y locales de mujeres. La influencia política de la sociedad civil adquiere, por tanto, un papel nada desdeñable en el tipo de legislación y de acciones que de esos debates resulten.

Fue en este contexto, relativamente reciente, que la violencia doméstica contra las mujeres² se definió en México como un problema de Salud Pública *debido*

1 La ONU declaró al de 1975 Año Internacional de la Mujer y seleccionó a México como sede de la Primera Conferencia Internacional de la Mujer. En 1974, y dentro de ese contexto político, el Estado mexicano reconoció la igualdad jurídica entre hombres y mujeres por medio de una reforma al artículo 4º de la Constitución.

2 Utilizaremos indistintamente los términos violencia doméstica y violencia intrafamiliar para referirnos al maltrato que se ejerce en el hogar, pero nos centraremos en aquel cuyo objeto es la mujer y su agente la pareja masculina de ésta, dejando de lado por el momento otras formas de violencia doméstica como la que ejercen las mujeres o la que se perpetra contra niños o ancianos, ya que la violencia de pareja contra las mujeres no sólo es más frecuente que la inversa, sino que constituye el principal objeto de intervención de las políticas a las que nos referiremos a lo largo de este trabajo.

a su magnitud. Los datos que arrojaron las encuestas aplicadas por la Secretaría de Salud (SSA/INSP, 2003), como por el Instituto Nacional de las Mujeres en coordinación con el INEGI (Castro, Riquer y Medina, 2004), entre 2003 y 2004 revelaron que entre 21.5 y 46.55% de las mujeres mexicanas sufría algún tipo de violencia en el hogar infligida por su pareja. Por esta razón el tema se volvió objeto de las políticas públicas de este sector.

Los agentes de los servicios públicos que han sido encargados de poner en práctica las normas y procedimientos emanados de esta nueva política, sin embargo, parecen no sentirse interpelados por su tarea y están poco dispuestos a cumplirla, de acuerdo con datos recientes (SSA/INSP, 2003). Asimismo, según dichos datos las propias usuarias de los servicios —a quienes la política en cuestión intenta favorecer— tampoco se inclinan a buscar allí una solución al problema del maltrato conyugal y prefieren mantenerlo oculto o resolverlo de manera “privada”. Una de las razones que ofrecen para ello es que son objeto o temen sufrir el estigma y la discriminación de los servidores públicos que las atienden en esas instancias.

Tal discrepancia puede verse desde diferentes ángulos: se puede analizar como un problema de instrumentación de una política pública, identificando obstáculos de carácter organizacional, presupuestal, institucional, político, etc., o desde el punto de vista cultural se pueden analizar los discursos sociales que se entrecruzan en él, tanto desde su apreciación pública y su diseño político como desde los mismos mapas mentales de los sujetos que actúan en los espacios de interacción definidos como lugares de operación de estos programas.

Los principales argumentos que se proponen en este libro se sustentan en una investigación sociológica de carácter cualitativo que optó por la segunda vía mencionada, por entender que un análisis discursivo y cultural de las políticas públicas ha sido hasta el momento tan escaso como necesario para responder a algunas de las preguntas suscitadas por la aparente “inadecuación” entre el diseño de las mismas y la realidad de los sujetos a quienes interpela y cuya vida, conducta y valores intenta modificar. El enfoque elegido parte de la convicción de que el orden del discurso no es un elemento ornamental que se añade a la vida social, sino que constituye su misma sustancia, al producir sujetos, prácticas significativas, relaciones de poder, conocimientos, problemas sociales y soluciones políticas. Para los efectos de este trabajo adoptamos un enfoque que considera al discurso como “las relaciones sociales —y de poder— tal como se manifiestan a través del lenguaje” (Wodak, 2003), lo que implica que se han de tomar en cuenta “tanto

las estructuras y procesos sociales que producen textos, como las estructuras y procesos sociales en los cuales los individuos o grupos, en tanto que sujetos históricos, crean sentidos en su interacción con textos” (Fairclough y Kress, 1993). Es en relación con esos discursos sociales que los individuos adoptan diferentes “posiciones de sujeto” (Foucault, 1983), dependiendo del campo en que se desenvuelvan o de sus requerimientos específicos en un momento dado.

Afirman Sigal y Verón (1985), cuya propuesta teórica y metodológica nos servirá de guía, que “el único camino para acceder a los mecanismos imaginarios y simbólicos asociados al sentido de la acción es el análisis de los discursos sociales”. Para estos autores el sentido no es subjetivo ni objetivo, sino una relación (compleja) entre la producción y la recepción en el seno de los intercambios discursivos. Esta relación sólo puede captarse desde la posición de *observador*, es decir, abandonando momentáneamente el “punto de vista del actor”. Conforme a este enfoque la unidad de análisis no es el sujeto hablante sino las *distancias entre los discursos*. Para ellos, el análisis del discurso se interesa por la dinámica de un proceso dado de producción discursiva y por las relaciones entre un discurso determinado y otro que se presenta como respuesta al primero. El trabajo con el interdiscurso, de este modo, suspende la cuestión de las “intenciones” o los “objetivos” de los actores que intervienen en los procesos estudiados. Para estos autores una sociedad puede ser considerada un tejido extremadamente complejo de juegos de discurso que se interfieren mutuamente. La ciencia (desde donde observamos) no es un metajuego (de lenguaje), sino un juego entre otros. Los diferentes tipos de discurso se distinguen por su estructuración diferente en su *dimensión ideológica*, es decir, la relación que guardan con sus condiciones sociales de producción, noción que distinguen de la de “ideología” (como el discurso que se presenta a sí mismo como dogma, ocultando con ello esas condiciones sociales). Es así como un discurso científico puede transferir “contenidos ideológicos” sin perder su cientificidad, en la medida en que debe hacer transparentes las condiciones de su producción. Un aspecto fundamental de las condiciones específicas de producción del discurso político, afirman estos autores, es la naturaleza del sistema político en el cual se produce.

Las variaciones en las relaciones entre los tipos de discurso y sus condiciones de producción afectan sobre todo a los mecanismos de la *enunciación*. El plano de la enunciación es ese nivel del discurso en el que se construye no lo que se dice, sino la relación del que habla con aquello que dice (el enunciado o

el contenido), es decir, desde dónde, a quiénes, y qué relación les propone. En un discurso dado es posible identificar entonces *invariantes enunciativas*, y no necesariamente *de contenido*. La relación del que habla con el contenido de su discurso conlleva necesariamente otra relación: aquella que el que habla propone al receptor respecto de lo que dice. Sin embargo, de acuerdo con el *principio de la indeterminación relativa del sentido*, un discurso producido por un emisor en un momento y tiempo determinados no origina un único efecto, sino que genera un “campo de efectos posibles”. Dentro de ese campo, un efecto se producirá en unos receptores, y otro efecto en otros, lo que constituye la dimensión del poder del discurso.

Es desde este punto de vista que analizaremos el aparente “desajuste” que se produce entre el diseño y la puesta en práctica de una política de salud que se lleva a cabo por medio de un programa específico, denominado Mujer y Violencia. Lo hacemos conforme al supuesto de que ese desajuste responde en gran medida a la ambigüedad que genera la particular mezcla de elementos discursivos que son producto del encuentro entre los discursos y la normatividad oficiales y otros discursos sociales que atraviesan a los sujetos implicados, en un momento histórico marcado por las reformas del Estado de las últimas décadas y su consecuente redefinición de las políticas sociales y de las tareas que en este marco se deben desempeñar. Este contexto ha hecho a las políticas sociales particularmente eclécticas al mismo tiempo que selectivas, lo que supone una ruptura con las anteriores maneras de entender, diseñar y poner en práctica esas mismas políticas, expresadas y justificadas *discursivamente*. El problema de la violencia doméstica formulado como problema de salud pública, además, se encuentra como pocos en un sitio de intersección entre múltiples ámbitos discursivos: la salud, la medicina, la moral, la familia, el derecho, el género, la distinción entre lo público y lo privado, la idea de riesgo social, la seguridad pública, entre los más importantes.

El objeto de estudio de este trabajo es entonces el juego particular que existe entre diferentes discursos presentes en las políticas de salud pública dirigidas a atender la violencia doméstica contra las mujeres, lo que supuestamente conforma las maneras ambivalentes en que los sujetos implicados se posicionan ante el problema. Nuestros objetivos son, en primer lugar, explicar desde un enfoque discursivo la emergencia y los problemas de instrumentación de esta política pública sectorial en particular; en segundo, estudiar valiéndonos de este ejemplo las nuevas relaciones entre el gobierno y la llamada sociedad civil en un país como

México en la época actual, desde un punto de vista cultural, y finalmente, probar los alcances de un enfoque discursivo para el análisis de políticas públicas.

Al enfocarnos en esta política en particular y tomando en cuenta los aparentes “desajustes” ya mencionados entre su diseño e instrumentación, juzgamos necesario analizar la misma *definición del problema* y los argumentos utilizados, así como la *definición de los sujetos* para quienes debía convertirse en problema, para ver cómo se ubicaban frente a él estos sujetos y por qué tomaban las actitudes que adoptan en la práctica. La hipótesis que nos guió en este trabajo fue que las propias ambigüedades discursivas de la política, que apelaba a órdenes diversos (la salud, el riesgo social, los derechos de las mujeres, el carácter público de un tema antes privado, etc.), articuladas con otros discursos sociales menos notorios pero que forman parte de los mapas mentales de los sujetos interpelados (el discurso médico como discurso normativo, cierta moral burguesa, el discurso conservador, discursos misóginos o clasistas, discursos que circulan en los medios, el discurso de la nación, etc.) son parte de la explicación de su posicionamiento frente al tema y por lo tanto de sus prácticas.

Dentro de estos discursos resulta ser uno de los más importantes el de la “perspectiva de género” en tanto inspira las políticas públicas diseñadas para combatir la violencia de pareja en México y lo ha adoptado el sector de la salud pública en su esfuerzo por prevenir y atender el problema. Este uso de la categoría de género, como veremos a lo largo del análisis que proponemos, implica una concepción de la dominación masculina —concepto que está en la base de esa categoría— como una construcción social susceptible de cambio —y no como fatalidad o “naturaleza”—, y para modificarla se han privilegiado las acciones preventivas, asistenciales y educativas, más que sólo las penales, como han sugerido otras concepciones de la dominación de género. Éstas, como se expuso, consideran la violencia contra la pareja como un delito y en consecuencia apelan al sistema del derecho penal como la vía más efectiva para prevenirlo y sancionarlo; sin embargo algunos estudios recientes como ya se mencionó, han puesto en duda la eficacia y acierto de esta aproximación. En esa línea Elena Larrauri (2007) sostiene que “atribuir la causa de la violencia contra las mujeres en relaciones de pareja sólo a la desigualdad de género, es un análisis simplificado, que equivale a desconocer que cada mujer pertenece además a un concreto grupo social, con una posición distinta en la estructura social”. También aporta datos que demuestran que —al menos en España, país que muchos grupos feministas consideran uno de los más

avanzados en legislación contra la violencia de género— el incremento de las penas a los agresores no necesariamente conduce a un menor ejercicio de la violencia de pareja. La violencia contra las mujeres no solamente resulta de la “personalidad delictiva” de algunos hombres (enfoque individualista), sino también y principalmente es producto de un contexto social —marcado por la dominación de género— que tolera, permite e incluso alienta la conducta violenta hacia las mujeres. Sin embargo como varios autores han advertido, no todos los hombres son violentos, ni todas las formas de violencia en la pareja se deben al género (Johnson, 2005; Larrauri, 2007). Para trascender los enfoques individualizantes —sean psicológicos o penales— y enfrentar el problema en toda su complejidad, como primer paso habrá que avanzar en un análisis estructural del fenómeno de la violencia que no sólo considere el género como categoría de subordinación de las mujeres, sino también las desigualdades de clase y etnia, entre otras. Este reconocimiento necesariamente implica la ubicación del problema en el contexto sociohistórico y político concreto en el que se produce, ya que de su particular configuración dependerán las posibilidades reales de elaborar políticas multisectoriales, coordinadas y con participación de los grupos afectados. Aun reconociendo el gran desafío que suponen un cambio cultural de esta naturaleza y la imposibilidad de realizarlo desde un solo sector de la sociedad o del Estado, compartimos la idea de que este esfuerzo debe realizarse, debe ser integral, y debe al mismo tiempo reconocer las diferencias entre los grupos de mujeres con distinta vulnerabilidad y entre las diferentes formas de violencia contra las mujeres.

El presente libro está estructurado de la siguiente manera: los tres primeros capítulos abordan lo que hemos llamado *discursos oficiales*, de la nueva política de salud dirigida a prevenir y atender la violencia doméstica contra las mujeres. En el primer capítulo se presentan los elementos fundamentales del modelo de análisis que proponemos para comprender esta política en el contexto sociohistórico mexicano desde el punto de vista discursivo, fundamentalmente el razonamiento de la nueva gestión pública que coincide con los ajustes neoliberales, las ideas de racionalidad en el diseño y operación de políticas públicas, el papel del Estado en el llamado “liberalismo avanzado” con sus nuevas orientaciones en política social. En este contexto se reseñan los cambios recientes en las políticas de salud de México, con los programas de ajuste e intervención selectiva y el modelo de riesgo y de costo-efectividad que se imponen. En el segundo capítulo se presentan los antecedentes y objetivos del programa Mujer y Violencia, cuya

aparición se analiza a la luz de las diferentes racionalidades y argumentos que lo justifican, y de la confrontación entre un modelo de racionalidad gubernamental basado en el “conocimiento técnico” y otro que se apoya en “valores”. En el tercero, se analizan las negociaciones, permutas, coincidencias e imposiciones de sentido entre los discursos que constituyen los pilares de esta política: el de la salud pública —como parte integrante y subordinada del orden médico—, y el de la perspectiva de género, que proviene del discurso feminista y se confronta a su vez con los discursos religiosos y conservadores sobre el lugar social que se asigna a la mujer. Así, la “violencia de género” se analiza como un objeto que redefine y apropia de distintas maneras estos discursos, lo que produce conocimientos, sujetos y planes de acción particulares y ambiguos. La segunda parte del libro —los tres siguientes capítulos— se enfoca en lo que hemos llamado *discursos ocultos* de los miembros del personal operativo de los servicios de salud, que son los principales sujetos a quienes interpelan los discursos oficiales arriba mencionados. Para ello hemos combinado el análisis del discurso con la teoría de los campos de Bourdieu (1995), especialmente al referirnos a algunos de esos discursos como el médico y el jurídico. Así, el cuarto capítulo se dedica especialmente a la confrontación del discurso médico con la percepción de la violencia doméstica y de quienes la viven; en el quinto se analizan los discursos de género, etnia y clase social que exponen los profesionales para caracterizar a sus pacientes y explicar el problema de la violencia; y en el sexto se examina la distinción entre lo público y lo privado, las diferentes maneras en que los profesionales la entienden y sus consecuencias para la atención del problema, así como la confrontación entre el orden médico y el orden legal. En la última parte se presentan una recapitulación, una discusión y las principales conclusiones de este trabajo. Así, en el capítulo séptimo se articulan los dos análisis previos: el de los discursos *oficiales* de esta política y el de los discursos *ocultos* en los operadores del programa, o para decirlo en términos del análisis de políticas, el momento del *diseño* y el de la *instrumentación*. Se observará allí cómo dialogan y discuten los discursos de la salud pública y de la perspectiva de género con otros discursos sociales, como el de la nueva gestión pública para el desarrollo —a veces confundido con el paradigma de la “gobernanza participativa”—, la noción de riesgo social, el discurso médico, los discursos sobre la familia, el género, la ciudadanía y los derechos humanos, entre otros. En la medida en que cada uno de ellos tiene una historia y distintas versiones o interpretaciones, cuando se articula con otros para determinado fin

no lo hace como un todo homogéneo y coherente, sino desde alguno de sus fragmentos o versiones, y es en esa articulación que sufre mutaciones. Finalmente, en el capítulo octavo se retoma la discusión sobre el papel que puede tener un análisis discursivo del Estado como *actor* dentro de una red de políticas, para comprender su capacidad y límites en la resolución de problemas sociales a partir de políticas sectoriales, en este caso la de la prevención de la violencia de género, su relación con otros actores y discursos sociales, y su capacidad para generar cambios culturales en la sociedad.

El análisis de los discursos que hemos llamado *oficiales* se basa en el material que recopilamos en la documentación del programa de salud contra la violencia de pareja y en entrevistas en profundidad que aplicamos a algunas funcionarias encargadas de su diseño y dirección. Para el análisis de los discursos de los operadores del programa realizamos trabajo de campo en tres estados del país que de acuerdo con la encuesta nacional llevada a cabo dentro del mismo presentaban altas tasas de prevalencia de violencia de pareja,³ y en ellos llevamos a cabo observación participante, un diario de campo y entrevistas en profundidad a profesionales de los servicios de salud de las tres principales instituciones del sector de la salud.⁴ Entre el personal que entrevistamos había médicos(as), enfermeros(as), psicólogos(as), psiquiatras y trabajadores(as) sociales.⁵ En la medida en que el trabajo de campo fue parte de un estudio más amplio en que colaboró personal del programa que analizamos y del Instituto Nacional de Salud Pública, los permisos para acceder a estos espacios fueron solicitados y obtenidos por funcionarios

3 Éstos fueron Quintana Roo (en las ciudades de Chetumal y Cancún), Coahuila (en la ciudad de Saltillo) y el Distrito Federal (en varias delegaciones). Se escogieron los sitios de trabajo por muestreo teórico, buscando la variabilidad de los casos y la capacidad explicativa de los mismos.

4 Éstas fueron el Instituto Mexicano del Seguro Social para los trabajadores del sector privado (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios para “población abierta” de la Secretaría de Salud. Conviene aclarar que el acceso a los servicios de salud en los estados de Coahuila y Quintana Roo fue posible gracias a que las propias funcionarias del programa solicitaron permiso por escrito a las autoridades estatales de salud, quienes a su vez convocaron a los representantes de las instituciones del sector –y en ocasiones también al DIF– a reuniones en las que se les presentó el proyecto. Ellos a su vez solicitaron la colaboración de los directores de los servicios. En el caso del Distrito Federal fue necesario establecer contacto por separado con cada una de las autoridades de los servicios de salud mencionados.

5 Se entrevistó a un total de 58 profesionales, entre ellos 16 médicos, 14 enfermeros, 11 psicólogos y 17 trabajadores sociales; asimismo a los directores o directoras de los hospitales y centros de salud visitados. En el anexo se presentan más referencias de los entrevistados.

del sector. La disposición de las autoridades de cada institución y estado fue sin embargo muy variable: desde la colaboración entusiasta hasta la indiferencia e incluso el desdén. Una vez en los servicios, los directivos de éstos solicitaron a los profesionales que colaboraran con la investigación dándoles “permiso” de suspender labores para ofrecernos una entrevista. Nuevamente aquí la disposición de los directivos fue muy variable, pero la participación de los profesionales de salud fue totalmente voluntaria.⁶ Para complementar la información se llevaron a cabo entrevistas narrativas con mujeres víctimas de violencia en los mismos sitios.⁷ El análisis se apoyó también en datos secundarios provenientes de dos encuestas nacionales sobre las prácticas y opiniones de los profesionales de la salud respecto a este tema.⁸

El análisis que sigue, entonces, propone como principal argumento que la heterogeneidad discursiva de origen de este programa en particular y las negociaciones de sentido que supone han producido un discurso híbrido o de compromiso, que si bien puede funcionar como consenso –precario– en los niveles superiores de la administración pública y del gobierno, su complejidad y ambivalencia son tales que permiten un amplio margen de libertad de interpretación y de acción a los encargados de hacerlo efectivo en los niveles operativos. Estos agentes pertenecen además a una comunidad de prácticas –el orden médico– cuyo discurso es particularmente cerrado, ejemplificando con ello la observación de De Ipola (1987), quien en otro contexto sostiene que “cuando los individuos no se sienten interpelados por un discurso es porque han sido interpelados con éxito por otros discursos –antagónicos o simplemente diferentes del primero–”, lo que finalmente obstaculiza la puesta en práctica de los principales lineamientos y normativas de la política, y por lo mismo el cumplimiento de sus objetivos.

6 La mayoría de las entrevistas se realizó en consultorios o cubículos. Se grabaron y transcribieron y se garantizó el anonimato a los participantes. Las sesiones duraron entre 20 minutos (en los servicios de urgencias, por ejemplo) y una hora y media. Las que concedieron los directivos y las autoridades estatales no se grabaron pero sí se consignaron en los diarios de campo.

7 Se entrevistó a un total de 24 mujeres, ocho en cada entidad; se estableció contacto con ellas en diferentes instituciones: con algunas en los mismos servicios donde entrevistamos a los profesionales, y con otras en el DIF o en servicios privados o coordinados por organizaciones de la sociedad civil. En estos casos se procuró que su perfil socioeconómico correspondiera al de las usuarias de los servicios públicos de salud.

8 SSA/INSP, Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (Envim I y Envim II, realizadas en 2003 y 2006 respectivamente).

Esperamos que este trabajo ayude a la comprensión y discusión de un problema extendido, grave y complejo, y que ofrezca elementos para favorecer una visión más amplia, capaz de trascender los enfoques usuales de evaluación de programas, que por lo general se limitan a medir efectos y resultados con referencia a metas prefijadas, sin cuestionar si la manera en que fue construido el problema facilita o dificulta la resolución específica que se propone.

Capítulo I. El contexto discursivo de aparición y recepción de una nueva política pública en el sector de la salud. Propuesta de un modelo de análisis

En esta primera parte analizaremos lo que hemos llamado los “discursos oficiales” de las políticas contra la violencia de pareja que ha promovido el sector salud en México. Para ello hemos creído conveniente construir un modelo de análisis en donde las políticas públicas son abordadas desde un enfoque cultural y discursivo, que al mismo tiempo reconozca la complejidad que ha adquirido en la época actual la noción de Estado o de “lo público”, pues se trata del ámbito en donde las políticas se discuten, se elaboran, se ponen en práctica y se evalúan.

Las redes de políticas públicas en el marco de las relaciones entre la sociedad y el Estado

Como observa Christopher Hood, analista de políticas públicas, “la mayoría de los argumentos utilizados en la gestión pública sobre ‘lo que hay que hacer’ se apoya en *evidencias circunstanciales* y en el *poder retórico*”. Esto es así porque “la experimentación controlada es rara, la evaluación cuidadosa casi desconocida, y los argumentos deliberativos sobre la gestión y la administración están dominados por ‘doctrinas’ o ‘recetas’ –muchas veces contradictorias–, que contienen supuestos sobre ‘causas’ y ‘efectos’ que pretenden guiar la acción” (Hood, 2000).

Consideramos que el programa que nos convoca, como la mayoría de las políticas públicas, emerge de la confluencia conflictiva y negociada entre discursos y racionalidades heterogéneos, que son a la vez sostenidos por actores con intereses diversos, tácitos o explícitos. Los propios agentes estatales –ya sea en distintas agencias gubernamentales o en distintos niveles jerárquicos dentro de la misma agencia– tienen también sus propios intereses y percepciones.

Al analizar el desarrollo de una política o programa particular conviene considerarlo entonces no como una emanación del “Estado” conforme a la idea clásica, sino como producto de una “red de políticas” (Hood, Rothstein y Baldwin, 2001) en la que el Estado, si bien clave, es un actor entre otros –grupos de interés, movimientos sociales, agencias internacionales, etc.–. Esto no implica que se ignore su papel central en tanto detentador del “monopolio de la violencia legítima”, según la célebre fórmula weberiana, ya que es quien conduce, sostiene y ejecuta las políticas. Al mismo tiempo el propio gobierno no es un actor monolítico, sino un conjunto heterogéneo de agencias y actores –los tres poderes, los diversos sectores de la administración, los niveles de gobierno, etc.– cuyas lógicas y discursos son muchas veces divergentes. Tampoco es homogénea la llamada *sociedad civil*, que incluye grupos y movimientos con frecuencia opuestos en relación con algunos temas y con desiguales cuotas de poder y capacidad de influencia en las políticas que abordan esos temas.

Una visión ampliada del ámbito de las políticas públicas está en sintonía con los estudios que se preocupan menos por el Estado y más por la *gubernamentalidad*, un concepto acuñado por Michel Foucault (1999) para dar cuenta de las relaciones entre la sociedad y el Estado en el tránsito de una sociedad disciplinaria a una de *control*. Como propone este autor, si el régimen de la disciplina corresponde al Estado administrativo, el régimen de control corresponde al Estado de “gobierno”. Este Estado se define no ya en relación con un espacio territorial, sino con una “masa”, y corresponde a una sociedad controlada por dispositivos de seguridad, bajo el modelo de la policía. Según este enfoque, la forma de relación entre gobernantes y gobernados que emerge, apela a la autogestión bajo una apariencia de libertad y autonomía, es decir, pasa de la disciplina en la población a la disciplina en el sí mismo. Esto supone un gobierno concebido como un conjunto de racionalidades y técnicas, que pretende gobernar “sin gobernar” a la sociedad valiéndose de elecciones reguladas, realizadas por actores discretos y autónomos, en el contexto de sus compromisos particulares hacia la familia o la comunidad (Rose, 1996).

La noción de *gubernamentalidad*, que fue desarrollada posteriormente por varios estudiosos de distintas áreas de políticas, puede verse como una crítica a los discursos sobre el Estado que se fueron sucediendo después de la crisis del modelo de posguerra en los países desarrollados, discursos que no sólo *describieron* sino que también *prescribieron* –para usar la terminología de Bourdieu (2001)– cómo

debían ser las nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad, y en buena medida, como veremos, continúan haciéndolo en nuestras sociedades.

Un breve recorrido histórico nos muestra que si el discurso de la *governabilidad* fue el marco conceptual (y la solución) a los desafíos que planteaba el redimensionamiento del Estado en la crisis del modelo del bienestar –lo que creó el llamado “consenso neoconservador”–, superada esta etapa el modelo de la *governanza* habría dado cuenta (y sería la guía orientadora) de las políticas de este nuevo Estado redimensionado, deseoso de incorporar a la sociedad civil organizada y “responsable” en el desarrollo de un “buen gobierno”. La preocupación principal del enfoque de la gobernabilidad era la calidad del gobierno, en términos de eficiencia, eficacia, validez, estabilidad y legitimidad. El gobierno, en tanto que aparato político administrativo del Estado, adquiriría aquí el rol protagónico. La sociedad con la que este gobierno idealmente se relacionaba estaba compuesta por ciudadanos que votaban y por grupos organizados de la sociedad civil, entre los que destacaban los representantes de los actores económicos más fuertes, heredados del modelo de posguerra, más los grupos de interés. Para este tipo de diagnósticos el problema estaba dado más por exceso que por defecto (de participación, de beneficios sociales). La clave que se proponía para resolverlo era un rediseño institucional que implicara un Estado ágil, el cual mantendría un papel activo en algunas áreas, regulador en unas y complementario del mercado en otras, y como contraparte, una ciudadanía responsable en lo que se refiere a factibilidad de sus demandas (Camou, 2001). Se recomendaba entonces establecer acuerdos básicos entre la *élite* dirigente, los grupos estratégicos y una mayoría ciudadana. La cultura política que este modelo proponía, en sus versiones más liberales, debía combinar los valores tradicionales de la democracia (libertad, tolerancia, respeto a las minorías, etc.) con las condiciones que exigía la necesidad de gobernar sociedades complejas (demandas responsables, rendición de cuentas) y también una participación ampliada por canales institucionalizados (Camou, 2001).

En esta mención a la ampliación de la participación aparece un elemento que será clave para el segundo modelo, el de la *governanza*. Algunas versiones de éste de hecho no se diferencian sustancialmente del modelo de la gobernabilidad arriba esbozado, es decir, con la idea de gobernanza se refieren a la capacidad de dirección política. Pierre y Peters (2000), por ejemplo, definen a la gobernanza como “la capacidad del gobierno de diseñar e implementar políticas, en otras palabras, de dirigir a la sociedad”, y si bien mantienen una noción ampliada de

gobierno que abarca múltiples instituciones y relaciones, distinguen esta versión, predominante en Estados Unidos, de la noción europea de gobernanza, donde el término refiere a la participación de la sociedad en el proceso de gobernar, llamado también “nueva gobernanza”, “gobernanza social” o “gobernanza participativa”.¹ Ésta se presenta como una forma no jerárquica de gobierno, caracterizada por la cooperación con actores no estatales en el interior de redes decisionales mixtas entre lo público y lo privado. Otras versiones más generales toman a la gobernanza como cualquier forma de coordinación social distinta no sólo de la jerarquía, también del mercado, por ejemplo la que se da en las asociaciones y redes civiles (Mayntz, 1998). La propia transformación de la sociedad, la complejización de las demandas y la aparición de nuevos tipos de participación distintos de los que giraban en torno a la relación salarial, han contribuido a este cambio. Mientras que la gobernabilidad hace hincapié en la capacidad del gobierno conferida por un entramado institucional, la gobernanza se enfoca en el entramado institucional mismo (Prats, 2003). La pieza clave de este modelo es la política deliberativa propia de las asociaciones secundarias (Cohen y Rogers, 1995). La gobernanza societal es así sinónimo de “buen gobierno” porque además de las preocupaciones sistémicas más fuertes del modelo de la gobernabilidad (eficacia y eficiencia en la resolución de problemas) incorpora una dimensión *normativa*: el gobierno debe ser a la vez promotor de la profundización de la democracia por medio de mejores sistemas de representación de intereses. El modelo se apoya básicamente en el compromiso y las capacidades de los ciudadanos comunes para mejorar la toma de decisiones mediante la deliberación razonada, y en la “devolución” de poder a los actores no gubernamentales para vincular la discusión con la acción concreta. “La exploración de esta vía, como una estrategia progresiva de reforma institucional, confronta los valores de la participación, la delegación de poder y la deliberación, con los límites concretos de la prudencia y la viabilidad, lo cual profundiza la concepción teórica y empírica de la práctica democrática” (Fung y Wright, 2003). Aquí surge un rediseño institucional con participación de la sociedad civil como respuesta a determinadas fallas en ciertas agencias administrativas y regulatorias específicas. El paradigma supone que las comunidades de afectados por un problema específico tienen un saber sobre éste que el gobierno no posee, y cuentan también con los medios de resolverlo de manera deliberativa,

1 Véase por ejemplo: Cohen y Rogers, 1995; Fung y Wright, 2003; Mayntz, 1998.

pero al mismo tiempo proponen a este modelo como *medio* para lograr esa capacidad o cultura política, para “empoderar” y equilibrar los desbalances de poder entre los actores civiles, y llaman a esta función “escuela de democracia”. Tal paradoja (se suponen virtudes en la ciudadanía que al mismo tiempo hay que crear) revela que en el fondo se trata de una concepción no sólo normativa sino también romántica de las relaciones entre el Estado y la sociedad. Sus propios defensores la caracterizan como “utopía realizable” (Fung y Wright, 2003). No obstante, es posible identificar elementos de este discurso en los argumentos explícitos de las políticas de salud de las últimas décadas en México, así como en el programa específico que nos convoca, como veremos más adelante.

Los autores de inspiración foucaultiana que estudian problemas de *gubernamentalidad* —en rigor más críticos que propositivos— estarían describiendo en cambio los problemas que enfrenta el gobierno frente a una ciudadanía de nuevo tipo, “posmoderna”, orientada a lo privado más que a la política. Según esta corriente, cuando se apela ahora a la capacidad de individuos activos en su propio gobierno y por ello responsables por su “comunidad”, se trata ya de comunidades segmentadas, dispersas, definidas de manera no geográfica, demarcables por un sector del gobierno que las vuelve movilizables, desplegadas en programas y técnicas nuevos que operan mediante la instrumentalización de lealtades personales (Rose, 1996). En este modelo el gobierno se reestructura de acuerdo con el mercado, y por lo tanto refleja —a la vez que promueve— la de-socialización en nombre de la maximización del comportamiento empresarial de los individuos, lo cual empata con los valores de la política neoliberal. A quienes no son capaces de manejarse como sujetos de este gobierno, se les excluye y controla por otras vías.

La ideología que sustentó estos cambios en la concepción de las políticas sociales, según Bauman (2003), fue el llamado “consenso neoconservador”, apoyado por el “votante medio”, que prosperó gracias al Estado de bienestar y al entrar en la “estética del consumo” olvidó los antiguos valores de solidaridad hacia los menos favorecidos. Si el Estado de bienestar, en sus diversas modalidades, se fundamentaba en una idea de solidaridad abstracta basada en la igualdad de derechos (y no de personas) ante el riesgo, y operaba bajo el modelo del aseguramiento (Donzelot, 1988), en la actualidad no existe una entidad que se haga cargo de esta solidaridad. Los riesgos se han podido individualizar cada vez más, en parte gracias a las técnicas de las aseguradoras y a los cambios en los propios procesos productivos. Las políticas sociales, inerradicables por otro lado, han cambiado su

filosofía y se han ido convirtiendo en un medio de estigmatización de ciertos sujetos a los que se juzga bajo un punto de vista moral (típicamente madres solteras, negros, pobres, y en nuestras sociedades podríamos agregar a los indígenas). Esto llevó a la elaboración de políticas selectivas que buscan una edificación moral de estos sujetos, de quienes se evalúa su capacidad de “merecimiento”. Así, la ayuda se otorga a condición de demostrar una *disposición* a autogobernarse y a constituirse como “comunidad”.

Como explica Richard Sennett (2003), la modernidad cuenta con repertorios fuertes para neutralizar la diferencia que representan los excluidos: el liberalismo promueve el principio de igualdad de oportunidades y la libertad de autoconstitución, desafiando el “destino original”. Cuando esto no se logra, la “no asimilabilidad” es naturalizada, y en vez del mérito (por las razones que sean) se enfatiza la *potencialidad* individual (se tiene o no). El fracaso es así construido como ineptitud o negativa a integrarse, lo cual confirma el estigma impuesto sobre esa categoría de sujetos (por ejemplo los receptores de ayuda social). El estigma recae en quienes no logran ejercer su libertad para consumir (elección) ni para estar a la altura del mercado laboral, que exige sujetos en formación permanente: ya no se les valora por las habilidades que adquirieron en una “carrera” acumulativa de años de formación, o en un oficio, sino por sus potencialidades abstractas, su capacidad de adaptación a un régimen flexible. Estas potencialidades parecen ontologizarse, en una especie de nuevo “racismo” de las *capacidades psicológicas* (motivación) independientes de las condiciones sociales, y su falta explicaría el fracaso en la posibilidad de ser incluidos en una comunidad de iguales que eligen en el mercado y autoadministran su propia vida. Nikolas Rose (1996) argumenta que la retórica y las “tecnologías del *empoderamiento*” que vienen ganando terreno en las políticas sociales, suponen y estimulan la construcción de sujetos capaces de gobernarse a sí mismos y de este modo reducir los *riesgos* que su conducta puede significar para la “comunidad”. Se trata de un nuevo tutelaje, diferente del que suponen las políticas sociales del bienestar, que asumen la obligación de proteger a los más débiles, es decir, a los que padecen las consecuencias de los diferentes tipos de desigualdad social. Esta nueva visión de las políticas, característica de las sociedades de “control”, redefine las fronteras entre lo público y lo privado, entre la responsabilidad social y la individual.

Según varias descripciones sociológicas en boga en la actualidad, las condiciones de estabilización de las sociedades complejas contemporáneas son al

mismo tiempo las condiciones de su puesta en peligro, en la medida en que la racionalidad de cada subsistema funcional (política, economía, derecho, ciencia, etc.) se logra a costa de un *déficit* de racionalidad en el todo. Por ello el orden aparece como improbable, y es el poder político quien lo fragmenta a fin de hacerlo manipulable, y con esto reducir riesgos. Como sostiene Bauman (1996), “la gran visión del orden [que buscaba la modernidad] ha devenido una hilera de problemas que son susceptibles de solución”. En este contexto social “las técnicas de gobierno se convierten en el único reto político y en *el único espacio real de la lucha política*, al mismo tiempo que son las herramientas que le han permitido al Estado sobrevivir” (Foucault, 1999).

Ahora bien, con toda la verosimilitud que puedan tener estas descripciones, conviene tomarlas también como *discursos*. Como observa Hood (Hood, Rothstein y Baldwin, 2001), la idea de que estamos en una “sociedad de riesgo” es tan ambigua y general como la que sostiene que para enfrentar sus desafíos se requiere de “estados reguladores”, animados por modelos de gestión propios del sector privado, que sean garantes de la eficiencia y la eficacia, modelos hacia los que inexorablemente todo el mundo deberá transitar. Este autor propone revisar las políticas concretas de *control de riesgos* a lo largo de la historia y de la geografía mundiales para descubrir en los regímenes de gestión una gran variedad de soluciones, que provienen de la mezcla de cuatro visiones básicas del mundo a las que clasifica como *jerárquicas, democráticas, individualistas* e incluso *fatalistas*. Estas “visiones del mundo”, que el autor toma de la teoría cultural de Mary Douglas, pueden detectarse, desde su punto de vista, en múltiples regímenes de gestión pública a lo largo de la historia (no hay unas más “modernas” que otras) y coexisten en la actualidad, aunque varían notablemente entre países y en el interior de un mismo país, de un mismo sector y de una misma política, en diferentes momentos. Es así como —explica el autor— en la etapa de recopilación de información para el diseño de una política puede predominar una visión tecnocrática, basada en el conocimiento de expertos científicos —aun con la indiferencia al tema del público en general—; en la etapa de establecimiento de metas, una mezcla de elementos jerárquicos con acciones establecidas por la autoridad experta y al mismo tiempo la apelación a elementos de decisión individual, mientras que en la búsqueda del cambio de los comportamientos de la población pueden aparecer elementos fatalistas, especialmente entre quienes deben promover esos cambios (pensando íntimamente que “no hay mucho que hacer”, entre la indiferencia de

la gente y las otras obligaciones que compiten por su tiempo y recursos). Pero en otra política, estos elementos pueden combinarse de maneras muy diferentes. Este autor distingue las “visiones del mundo” (a las que también llama “culturas”) de los aspectos *retóricos*, que considera fundamentales en la argumentación política para la toma de decisiones, y analiza de manera sugerente las distintas formas en que se articulan unas y otros. Según él, si bien en la definición de problemas de políticas lo que se discute son objetos “trans-científicos” (es decir temas que están en algún punto intermedio entre el discurso científico y el político), es frecuente que se los presente en términos “científicos” pero en forma de *recetas* que tienen poder retórico. Finalmente de lo que se trata no es de una demostración lógica, sino de la *persuasión* (Hood, 2000).

El modelo que este autor propone es útil en tanto aplica el análisis cultural al estudio de las políticas públicas, y por eso lo retomaremos en distintos espacios del presente texto. Sin embargo preferimos insistir con la noción de *discurso*, porque entendemos que contiene en sí ambos aspectos (retóricos y “culturales”) y que además los vincula en términos de relaciones y diferencias de *poder* entre actores sociales –las cuestiones retóricas no pueden analizarse independientemente de éstas, porque forman parte del mismo proceso constitutivo.

Recapitulando, consideramos que por la noción de Estado que supone y por el énfasis que mantiene en la relación entre el poder y el saber lo discursivo, el enfoque de la *gubernamentalidad* nos será de gran utilidad para observar la manera en que las agencias públicas en interacción con diversos actores (públicos y no públicos) justifican discursivamente sus técnicas de gobierno. Pero al mismo tiempo este enfoque, que ha sido elaborado teniendo como referencia las sociedades liberales avanzadas, debe matizarse con las especificidades históricas y políticas de una sociedad compleja y desigual como la mexicana. En esta tarea de “aterrizaje” no hay que desconocer, sin embargo, el enorme poder que tienen determinadas “recetas” o “doctrinas” (como las llama Hood, 2001) en la conformación de los discursos que sostienen las políticas públicas en la mayoría de los países menos desarrollados.

Las redes de políticas en el contexto sociohistórico mexicano

En México, donde persisten los problemas no resueltos de la *governabilidad*, las condiciones de la *governanza participativa* no han sido históricamente favorecidas,

y los excluidos de la ciudadanía no son grupos aislados sino amplias mayorías, podríamos poner en duda que estas nociones tengan algún sentido. Sin embargo consideramos que los discursos a los que aluden se mantienen como repertorios conceptuales, modelos normativos y paradigmas de acción que, coincidan o no con los problemas reales, se aplican con diversos grados de éxito tanto en los debates como en la acción política. Los problemas de consolidación de la democracia que aún persisten, como la sobrecarga de demandas insatisfechas y la incapacidad del gobierno para integrar los diferentes centros de poder en una sociedad más compleja, hacen que el modelo de la gobernabilidad sea quizás el más pertinente para describir los problemas políticos más importantes de México. No obstante, y debido a la propia complejidad de la misma sociedad, el aumento de la pluralidad y el acceso a los discursos internacionales que permiten las lógicas globales, es preciso reconocer que los modelos de la gobernanza y de la gubernamentalidad también ejercen su influencia de una u otra manera en la definición y tratamiento de diversos problemas. El ideal de la gobernanza se usa como parte del repertorio simbólico para la sustentación discursiva de algunas políticas que se reelaboran en este marco. En ellas se potencian la participación y la colaboración de la sociedad civil en distintas áreas de políticas con argumentos que apuntan a la consolidación de una cultura política democrática, la descentralización de las decisiones, la participación, etc. Esta estrategia ha alcanzado diversos grados de éxito y ciertamente ha sido utilizada en la justificación de la política que nos ocupa. Finalmente, el modelo de la gubernamentalidad también actúa (aunque de manera menos explícita) más como modelo y universo de valores que como orientador de las acciones. La idea de sujeto autorregulado y responsable, las apelaciones a la comunidad cercana, las lógicas del consumo como orientadoras del sujeto, y la necesidad de control de los “desafiliados” también operan aquí, pero en el terreno restringido de determinados segmentos de la población: no conforman, como en los países desarrollados, modelos generalizados de sociedad.

Resultaría imposible, debido a los límites de este trabajo, dar cuenta del largo derrotero histórico que han seguido las relaciones entre el Estado y la sociedad en México, alejándolas de los paradigmas conceptuales y normativos mencionados. Sin embargo tampoco es posible desconocer ciertos elementos de este proceso que son relevantes para nuestro análisis, en tanto muestran las posibilidades y límites del concepto de ciudadanía que los movimientos inspiradores de las políticas de género tienen como ideal, es decir, mujeres conscientes y defensoras de sus

derechos. Para enmarcar una comprensión de las relaciones entre el Estado y la sociedad basta recordar que México ha sido caracterizado por muchos estudiosos como un régimen político *sui generis*, inclasificable o políticamente ambiguo, cualidad ésta que hacia finales de la llamada transición a la democracia se manifestó en la coexistencia de un discurso democrático como ideología legitimadora, y a la vez prácticas políticas que apuntaron más bien a una reconsolidación del régimen autoritario (Cansino, 2000). Este régimen tuvo su apogeo desde la consolidación posrevolucionaria de 1938 hasta la crisis de 1968, momento de gran movilización social luego de la represión estudiantil, que planteó la necesidad de una apertura política “controlada desde arriba” (Cansino, 2000). Pero la larga transición a la democracia, que duró más de 20 años y pasó por varios momentos de reconsolidación autoritaria (Cansino, 2000), dio cuenta de una estructura de poder difícil de remover, heredada del antiguo régimen. Los elementos que lo caracterizaron y garantizaron su larga estabilidad fueron el presidencialismo, el paternalismo y la unidad de la burocracia política. La participación ciudadana en México estuvo acotada entonces a un pluralismo limitado, una baja movilización social, relaciones jerárquicas y el predominio de grupos de interés dependientes, controlados por el Estado, que servían más al régimen que a sus miembros.² Producto de la estructura corporativa con la que se consolidó el régimen posrevolucionario, la participación de la sociedad civil estuvo limitada y controlada por el Estado, quien tomó para sí toda la gestión de la asistencia social, vigilando estrechamente y con desconfianza las actividades asistenciales desarrolladas por las organizaciones civiles independientes (Favela, 2004). Tanto la crisis de 1968, donde la sociedad civil movilizaba y especialmente conformada por sectores medios reaccionó a la represión estudiantil exigiendo la apertura de espacios de participación, como posteriormente en los años ochenta la proliferación de movimientos y organizaciones sociales a consecuencia de la crisis económica, que se agravó por el terremoto de

2 De acuerdo con Cansino, en este modelo las elites gobernantes obtenían beneficios de grupos relevantes que les ofrecían su apoyo; quienes ganaban autonomía entre éstos eran los grupos económicos más privilegiados. La coalición dominante en este régimen era “un grupo heterogéneo de actores con intereses competitivos pero que se mantienen unidos por el régimen”, integrado por: 1) el gobierno y la administración central, dominada por el partido oficial y el sistema paraestatal; 2) la burocracia sindical oficial (de apoyo y control de la participación); 3) las facciones del sector empresarial (grupos financieros, grupos privados nacionales y pequeña y mediana burguesía); y 4) la burocracia política, formada por los funcionarios de elite del régimen.

1985, los sectores de la sociedad civil que habían quedado relegados de las estructuras corporativas incrementaron notablemente su participación en los más variados terrenos, obligando al régimen a adoptar el discurso democrático y a conceder espacios de apertura política. El logro de la alternancia en el poder después de 70 años de hegemonía del partido de Estado, que para muchos fue el principal signo de democratización del régimen, no acarrió sin embargo una democratización plena de la sociedad. A partir de la crisis de la deuda externa en 1982 el gobierno adoptó diversas medidas de ajuste a tono con las reformas neoliberales en todo el mundo, y “la recomposición del régimen político quedó evidenciada sobre todo por el restablecimiento del acuerdo histórico entre los empresarios y la *élite* política, gracias a las políticas de reestructuración económica, reprivatización, y reinsertión externa”. Según César Cansino (2000)³ la liberalización prometida a inicios de los noventa ocurrió sólo en el plano económico, dejando el político para después. El escenario más factible que este autor vislumbraba en el año 2000, antes del triunfo del partido opositor, y que pareciera confirmarse, es el de la *ambigüedad institucional*, es decir, la coexistencia de avances electorales con enclaves autoritarios y grupos de poder, la militarización, la corrupción, nexos entre figuras de la clase política y el narcotráfico, etcétera.

Si bien para la sociedad civil en su conjunto los años noventa representaron una década de fuerte expansión en sus demandas y actividades, también fue un momento de adaptación ideológica y operativa. Las luchas orientadas hacia el cambio estructural se fueron sustituyendo gradualmente por reivindicaciones concretas, acotadas a políticas, grupos y territorios específicos. Los objetivos más amplios de justicia social, equidad y cambio cultural se resignificaron en el traslado de la lucha a espacios cotidianos y la transformación de instituciones.

Como el marco es ahora la democracia pluralista, esto crea la necesidad de acuerdos entre *élites* políticas, grupos de interés y ciudadanos, a través de canales institucionalizados de participación. El discurso de las nuevas políticas públicas y de la gobernanza participativa supone una esfera pública donde la racionalidad dialógica, argumentativa y responsable prevalezca por sobre los intereses particulares, teniendo como modelo de interlocutores no estatales a las asociaciones civiles, más que los actores corporativos. Sin embargo, a pesar del avance de este

3 Según este autor dicho acuerdo no implicó un realineamiento de todos los empresarios, muchos de los cuales siguieron afiliados a la oposición de derecha y aspirando a un cambio político en el país

discurso, en México los grupos de interés más poderosos continúan influyendo decisivamente en las resoluciones políticas, y el celebrado logro del control ciudadano de los procesos electorales también ha sido puesto en entredicho, lo que habla de su fragilidad y de la persistencia de grandes desigualdades de poder entre los actores sociales. En este marco cabe cuestionar sobre las posibilidades de que los sectores más débiles de la sociedad civil mexicana, cuyos intereses pueden no coincidir con los de los actores más representados, estén en condiciones de participar en el desarrollo del "buen gobierno". Existen grupos con problemas y demandas de solución o participación que, debido a su posición en la estructura social, sus condiciones de existencia y su experiencia, no cuentan con una acumulación de recursos suficiente para sostener procesos de acción a través de organizaciones. El problema de la violencia doméstica contra las mujeres usuarias de los servicios públicos no afecta los intereses del mercado ni de los grupos de influencia económica; cuestiona únicamente a las instituciones que promueven los valores jerárquicos en el entorno familiar. Esto podría explicar el relativo avance de algunas reivindicaciones feministas que no afectan a esos intereses. Pero un amplio espectro de grupos no cuenta con el capital económico, político y cultural necesario para promover sus demandas. Es clave revertir esta situación si se pretende promover un modelo de relación entre el Estado y la sociedad basado en una esfera pública donde la racionalidad dialógica, argumentativa y responsable prevalezca por sobre los intereses particulares.

Los derechos humanos, entre ellos los de las mujeres, requieren de compromisos del Estado, y por lo tanto son objeto de lucha para los grupos interesados en promoverlos. Para ello ha de existir una ciudadanía activa que a su vez favorezca la ampliación de esa misma ciudadanía. Pero la mencionada ambigüedad política mexicana permite combinar diferentes tipos de ciudadanía: una activa y participativa, a la que se apela mediante el discurso democrático, y otra heredada del régimen autoritario y conformada al calor de las redes clientelares, donde los ciudadanos se construyeron más como consumidores pasivos de los servicios que otorga el Estado, a cambio de lealtades y apoyo, que como sujetos con derechos. Este modelo se basa en un tipo de participación acotada y fragmentada, y si bien el discurso que lo legitimó en sus orígenes (el del "nacionalismo revolucionario") es muy diferente del discurso democrático, tiene en común un rasgo fundamental con el tipo de ciudadanía que resulta de las políticas neoliberales que se impulsaron en los años noventa, y a la que algunos han llamado "ciudadanía asistida"

(Bustelo, 1999): su carácter pasivo. En este modelo, al no haber preocupación por la redistribución, la asistencia se focaliza sólo en las poblaciones llamadas "vulnerables", apelando a la retórica de la participación y el empoderamiento, pero evocando en la práctica la noción de pasividad que subyace al estatus de cliente de programas estatales.

Estas doctrinas suelen provenir de centros internacionales de regulación política —organismos multilaterales de crédito que dictan recetas políticas a las burocracias nacionales, organismos internacionales que definen los estándares en materia de derechos y democracia, así como las comunidades académicas que suelen darles sustento teórico—. Es el caso de los discursos ya mencionados sobre la gobernabilidad democrática, la gobernanza participativa, la sociedad del riesgo o el Estado regulador, entre otros. El "diagnóstico" elaborado para los países centrales respecto de la gobernabilidad, por ejemplo, no era aplicable a la región latinoamericana, donde como explica Camou (2001), la ingobernabilidad no provenía del "exceso" sino de la falta de democracia y de bienestar. Pero el concepto fue ampliamente usado en el análisis de los problemas de la llamada consolidación democrática, si bien enfatizando más la idea de Estado (orden público) que la de gobierno (agencias gubernamentales que instrumentan políticas públicas). Puede decirse que la coincidencia de este debate con la crisis de los años ochenta propició una adopción acrítica por los actores políticos del modelo neoconservador de gobernabilidad elaborado en los países centrales, interpretando la reforma del Estado más como achicamiento que como "modernización" y fortalecimiento del mismo. En América Latina aún perviven los desafíos de algunos problemas centrales que plantea este enfoque, esto es: "el mantenimiento del orden y la ley, la gestión eficaz de la economía, la provisión de bienestar social y de servicios sociales adecuados, la estabilidad institucional y el control del orden político" (Camou, 2001). Al mismo tiempo, sin embargo, el paradigma de la gobernanza se usa como parte del repertorio discursivo para sustentar algunas políticas que se reelaboran en este marco. En ellas se habla de potenciar la participación y la colaboración de la sociedad civil en distintas áreas de políticas, con argumentos que apuntan a la consolidación de una cultura democrática, la descentralización de las decisiones, la participación etc., pero muchas veces este discurso encubre un ideal más inclinado a privatizar los problemas que a una verdadera deliberación pública sobre las necesidades. Por esta razón el enfoque de la gubernamentalidad puede ser útil también para dar cuenta de otras tendencias identificables en las formas

de entender y abordar las cuestiones de políticas: el ideal del sujeto autorregulado y responsable, las apelaciones a la comunidad cercana y la familia, las lógicas del consumo como orientadoras del sujeto y la necesidad de controlar a los “desafiliados”, vistos éstos como sujetos de *riesgo*.

Finalmente, el enfoque de la gubernamentalidad resulta atractivo por una cuestión adicional: en los análisis que varios autores de esta corriente han hecho sobre los procesos por los que las técnicas de gobierno se han ido trasladando de la “población” al “sí mismo”, el trinomio familia/salud/educación ha resultado un vector crucial de intervención. Así, podríamos suponer que la apropiación de la violencia doméstica por la salud pública continúa con la tradición de muchas técnicas históricas de gubernamentalidad, y por otra parte traduce, en un momento de cambio en la filosofía de las políticas sociales, una cuestión política al lenguaje de la patología y del riesgo, asuntos para los cuales la sociedad ya cuenta con el discurso “éticamente neutro” de la ciencia (médica). Bourdieu (2001) advierte que “la realidad social de una práctica como el alcoholismo, el aborto, el consumo de drogas o la eutanasia, es muy distinta según sea percibida como una tara hereditaria, una decadencia moral, una tradición cultural, o una conducta de compensación”. Curiosamente todos son ejemplos de temas que han sido tomados a cargo por la salud pública, disciplina históricamente relacionada con la idea de prevención de riesgos y que cabalga entre “la ley de la naturaleza” y “el gobierno de los hombres”.

Por todo lo dicho utilizaremos estos enfoques como discursos que operan en la práctica de maneras ambiguas, más que como teorías que habrán de contrastarse en el caso mexicano. Ciertamente es difícil pensar que en México las técnicas de gobierno se han vuelto “el único espacio real de la lucha política y el único mecanismo de supervivencia del Estado” (Foucault, 1999), y si bien en la nueva visión de las políticas públicas que se imponen en el país podemos encontrar elementos de lo que se ha llamado la “sociedad de control”, éstos emergen en un contexto social profundamente desigual, donde ni siquiera se han alcanzado plenamente las características de las sociedades disciplinarias modernas, donde amplias mayorías carecen de escolaridad suficiente y viven en condiciones precarias. En este contexto de desigualdad y exclusión crecientes, la reducción de la seguridad social y la redefinición de las responsabilidades individuales y sociales adquieren un significado muy diferente del propio de las sociedades desarrolladas que adoptaron y exportaron este discurso. En la medida en que los ciudadanos

que asume este modelo –autónomos, consumidores, autogestivos, privatizados, etc.– no constituyen una mayoría sino una minoría, donde quienes van quedando excluidos de la ciudadanía y son estigmatizados por sus escasas potencialidades, sus fracasos y su falta de motivación son las grandes mayorías y no los grupos minoritarios y marginales, no existen las condiciones mínimas que requiere el diseño de políticas hecho a semejanza de las sociedades de control, como intentaremos mostrar a lo largo del análisis de esta política en particular.

El análisis del discurso en el diseño y la instrumentación de políticas

Estudiar la producción discursiva asociada a un campo determinado de relaciones sociales, como sostienen Sigal y Verón (1985) es describir los mecanismos significantes sin cuya identificación es imposible la conceptualización de la acción social y sobre todo la determinación de la *especificidad* de los procesos estudiados. Según estos autores, si no conseguimos identificar los mecanismos significantes que estructuran el comportamiento social no sabremos tampoco lo que los actores *hacen*, y un análisis discursivo como el que proponen supone “la descripción de la configuración compleja de condiciones que determinan el funcionamiento de un sistema de relaciones sociales en una situación dada, como condiciones de producción del sentido” (Sigal y Verón, 1985).

Este énfasis es tanto más necesario cuanto que, pensamos, el tema que estudiamos es un caso particular de utilización (política) del lenguaje de la “ciencia”, quizás para neutralizar los aspectos más conflictivos del objeto en cuestión. Consideramos entonces que el “trabajo de la enunciación” (Bourdieu, 2001) es tanto o más importante que los demás aspectos retóricos del discurso –la creación de un clima de recepción, el uso de ciertas metáforas, de la ironía, etc.– y sólo es eficaz en tanto pretende y logra ser autorizado por quienes lo reciben. Se trata, como dice Bourdieu, de un *lenguaje político no marcado políticamente*, el cual “se caracteriza por una retórica de la imparcialidad marcada por los efectos de la simetría, el equilibrio y el término medio, y se apoya en un *ethos* de la conveniencia y de la decencia, atestiguado por la prevención de las formas más violentas de la polémica, por la discreción, el respeto exhibido hacia el adversario, en suma todo lo que manifiesta el rechazo de la política en tanto que lucha” (Bourdieu, 2001).

Esta estrategia de la “neutralidad ética”, dice el autor, halla su realización natural en la retórica de la cientificidad.

Con más razón entonces, adoptaremos un enfoque de análisis que presta más atención a los *géneros* discursivos⁴ que a los sujetos biográficos que hablan en esos géneros; que se concentra más en lo que se *hace* (la fuerza *ilocucionaria*) cuando se emiten determinados enunciados, que a lo que se *dice* en ellos, y que, en consecuencia, analiza menos los aspectos de la *referencia* relacionados con lo “verdadero” o lo “falso”, que su carácter *afortunado* o *desafortunado* en el registro de lo *performativo* es decir, aquel aspecto del uso del lenguaje que tiene que ver con la realización de un *acto* al momento de decir algo. En este tipo de expresiones, sostiene John Austin (1971), la atención se concentra más en la fuerza ilocucionaria, con abstracción de lo relativo a la correspondencia con los hechos. Ejemplos de estas expresiones son la emisión de órdenes, de juicios, de sentencias, de diagnósticos, y más en general, de enunciados que establecen que algo “debe ser así”. Uno de los “infortunios” que Austin identifica en este tipo de enunciados, y nos parece clave para nuestro análisis, es el de las “malas apelaciones” o “actos no autorizados”, lo cual nos remite nuevamente a lo concerniente al poder, que el discurso actualiza.

La vida social *es* discursiva, lo que supone un vínculo estrecho entre el lenguaje y el poder, y la necesidad consecuente de analizar los problemas y prácticas sociales desde esta perspectiva teórica. Cuando en este trabajo hablamos de “discursos ocultos”, sin embargo, no queremos sugerir que exista un discurso oficial, de poder represivo, al que se opondrían el discurso y la expresión libre de sujetos “esenciales” formados antes y fuera del mismo discurso. Por el contrario, hemos sostenido que los discursos producen sujetos –o más bien “posiciones de sujeto” (Foucault, 1983)– que los individuos usan de forma más o menos consciente al moverse en diferentes campos y espacios donde se juegan relaciones de poder. Estas posiciones tienen que ver con la dimensión o el carácter *productivo* del discurso, y los individuos pueden identificarse plenamente con ellas en un momento o espacio determinados. Por otra parte, sin embargo, los discursos proponen y sostienen siempre jerarquías, definen individuos y grupos incluidos, excluidos y discriminados, saberes y pretensiones de validez que reproducen prácticas de des-

⁴ Siguiendo aquí la propuesta teórica que Mihail Bajtín desarrolla en “El problema de los géneros discursivos”, 1999.

igualdad y represión, independientemente de que ésta sea la intención de quienes “usan” esos discursos. .

Con esto queremos manifestar que algunos discursos son anteriores y trascienden el uso práctico que se les pueda dar en un espacio dado de relaciones humanas, y que es necesario analizarlos en su articulación con otros discursos. Los hombres y las mujeres que entrevistamos durante nuestra investigación sostenían de manera implícita y muchas veces explícita, diferentes posiciones de sujeto que pueden parecer contradictorias entre sí, y que en parte refuerzan y en parte cuestionan los discursos oficiales. Una enfermera, por dar sólo un ejemplo, dijo que *como mujer* se sentía “solidaria” con la paciente maltratada, pero *como personal de salud* debía enfrentar las cosas que afectan el ambiente familiar y la salud y que son responsabilidad de esa misma mujer porque permite que ocurran, en este caso la violencia doméstica, que “produce abandono, descuido de los hijos y mal ejemplo”. No es lo que los diseñadores de políticas con “perspectiva de género” esperarían oír de una trabajadora de la salud, aun cuando “como mujer” se sienta “solidaria”.

El ejemplo anterior no es una rareza. Casi por regla general un mismo individuo en ciertas circunstancias o ante determinadas preguntas puede reproducir un discurso de manera textual, mientras que ante otras preguntas o situaciones da cuenta de *desplazamientos* en la práctica, motivados por sentimientos o ideas generados en otros discursos que velada o abiertamente desautorizan al anterior (o algunos aspectos del mismo). Por ejemplo, como se verá, la distancia jerárquica entre el médico y la “persona” del paciente se juzga como “deshumanizante” desde una perspectiva que apela al discurso humanista, pero se considera indispensable para el ejercicio adecuado de la práctica desde el discurso médico, que si bien es solidario en lo general con el humanismo –lucha por una humanidad “sana”– se ha autonomizado de éste y sigue sus propias reglas (Foucault, 2004). Para determinados efectos, por ejemplo al evaluar la viabilidad de una política, es importante explorar qué posiciones de sujeto y discursos dominan en las interacciones que se juzgan clave de la misma, y de qué manera éstos se articulan y podrían eventualmente rearticularse.

La idea de discurso *oculto* quiere destacar, además de este carácter extraoficial o menos visible, que la adhesión a un discurso no siempre es producto de la reflexión. Casi sin excepción, en nuestras entrevistas los discursos más “contradictorios” con los enunciados en primera instancia surgían ante preguntas directas acerca de los sentimientos y sensaciones del o la entrevistada, poco acostumbrados

quizás a ser interrogados al respecto, y menos aún en su lugar de trabajo (se les preguntaba por ejemplo qué sentimientos y sensaciones les provocaba *ver* en su consultorio a una mujer golpeada). Lo que surgía allí no era ninguna clase de “sentimiento puro” o libre de discurso; por el contrario, eran fragmentos de construcciones discursivas y muchas veces prejuicios claramente vinculados con los discursos sociales y de poder, entre ellos el de género, el de las diferencias de clase, el de la naturaleza de lo público y lo privado, etc., a los que el hablante no se adhería de manera consciente cuando se le preguntaba por su *opinión*.

Finalmente, la noción de discurso oculto –en contraste e interacción con discursos más “visibles”–, lleva a que tomemos el análisis del discurso como una actividad *crítica*, no en el sentido de desenmascaramiento de alguna falsa conciencia que ocultaría el verdadero “ser” del hablante, sino en el sentido de hacer visible la interacción entre diferentes órdenes de discurso o formas estabilizadas de producir significado, interacción que si bien está lejos de ser transparente, produce efectos visibles y palpables en la vida social.

Para este análisis, centrado en un problema social concreto, juzgamos conveniente recurrir a algunos elementos del llamado Análisis Crítico del Discurso, en especial a la versión propuesta por Norman Fairclough (1994), cuyo “método” –aunque el autor se resista a llamarlo de esa manera– oscila entre un análisis de las estructuras y uno de la interacción discursiva –o textos–; esto se completa con el análisis de la *interdiscursividad*, una cuestión vinculada por un lado a las variedades discursivas, los discursos y estilos a los que se recurre en la interacción o en los textos, y por otro, a la manera en que estas interacciones y textos operan con aquéllos en las articulaciones particulares.

Desde esta perspectiva, los órdenes del discurso son productos históricos estabilizados, pero potencialmente sujetos a interpretación y rearticulación. Este enfoque, a diferencia de otras corrientes de la lingüística y del análisis del discurso centradas en el texto en sí, ha sido concebido de manera explícita “como ciencia social destinada a arrojar luz sobre los problemas a los que se enfrenta la gente, por efecto de las particulares formas de la vida social” (Fairclough, 2003), y toma la idea de *interacción* en un sentido amplio, que puede abarcar desde una conversación (como la entrevista) hasta un artículo periodístico o un mensaje televisivo. La tarea, según este enfoque, consiste en “destejer la particular mezcla de discursos, estilos y variedades discursivas que es característica de los tipos de interacción concretos”. Para ello propone prestar

atención a una serie de elementos lingüísticos, de los que cada investigador en particular seleccionará las más pertinentes, dependiendo de sus objetivos. Para este estudio hemos considerado relevante tomar en cuenta las siguientes características del texto (o la interacción discursiva) propuestas por Fairclough: 1) el modo de la argumentación y las “funciones” a las que sirve; 2) el *ethos* o rasgos que contribuyen a construir sujetos o identidades sociales; 3) la manera de presentar acciones y agentes, y la atribución de responsabilidad; 4) expresiones de causalidad, uso del tiempo y modo verbal vinculado con las relaciones sociales y el control de las representaciones de la realidad; 5) lugares de enunciación (descriptivo, normativo, autoritario, etc.); 6) supuestos temáticos; 7) palabras clave, estructuras de significado que pueden variar pero se configuran en modos hegemónicos o bien de lucha, contraste entre maneras de frasear algunos significados en diferentes discursos; 8) su significancia cultural o ideológica; 9) las relaciones intertextuales (con otras interacciones) e interdiscursivas (con órdenes de discurso); 10) el uso de la metáfora en los distintos discursos, la relación de los discursos con su matriz social (convencional y normativa, innovadora, creativa, oposicional, etc.); 11) efectos ideológicos y políticos posibles sobre sistemas de conocimiento y creencias, y sobre relaciones sociales y subjetividades (Fairclough, 1994). Respecto de la configuración del lugar de enunciación, partimos del hecho de que todo sujeto habla con una intencionalidad y casi siempre teniendo en cuenta a quien lo escucha, en este caso el o la entrevistador(a), que es la contraparte en la constitución del espacio, modo y tiempo del intercambio. Asimismo, consideramos útil retomar algunos de los elementos de la variante de este enfoque de análisis propuesta por Ron Scollon (2003) para estudiar las *prácticas* sociales desde un punto de vista discursivo, en particular sus nociones de “comunidad de prácticas” y “generalización”, como se ilustrará más adelante.

En la segunda parte de este texto veremos las representaciones de la “violencia doméstica contra las mujeres” (que es el tema de la política en cuestión y en esos términos viene formulado), tal como aparecen en el lenguaje en uso entre los profesionales de la salud. El “tema” incluye al menos tres significantes: violencia, espacio doméstico y mujeres. La preposición “contra” –a diferencia de otras posibles como por ejemplo “hacia”– enfatiza el carácter de conflicto y agresión de esta relación, que a su vez moviliza dos ámbitos discursivos contrapuestos en algunos espacios: el de la familia como unidad social y el de los derechos de las mujeres.

Como se verá, al establecer una conversación sobre este tema los entrevistados ponían en juego y articulaban discursos, estilos y variedades discursivas diferentes, y al hacerlo se movían entre distintas posiciones de sujeto. Por tratarse de profesionales de la salud, todos participaban del orden médico, pero no lo hacían del mismo modo dependiendo de su posición dentro de la jerarquía interna de este orden —si era jefe de un servicio, si trabajaba en urgencias o en consultas de rutina, etc.—, del tipo de profesión que ejercían —médico, enfermero, trabajador social, psicólogo o psiquiatra—, de las características del servicio en el que trabajaban —hospital general, pequeña unidad de salud—, del lugar geográfico y cultural donde se encontraban —capital o provincia, ciudad grande o pequeña, población rural, etc.—, del momento y la institución donde se formaron como profesionales (con diferentes énfasis en cuanto a la misión y práctica de la medicina), de su género y su edad, por mencionar las características más importantes.

Para el caso que nos ocupa, tomamos como “visibles” los discursos oficiales que sustentan las políticas de salud contra la violencia de pareja, fundamentalmente el discurso de la salud pública y el discurso institucional de la “perspectiva de género”, ya que por más contradictorios que puedan ser algunos de sus aspectos, tales discursos proveen los principales argumentos a los textos elaborados para justificar esta política, señalar rutas de acción y entrenar a los encargados de instrumentar los programas. Al ser interrogados sobre este tema muchos de los entrevistados, repetían textualmente frases oídas en las “pláticas de capacitación” —que a su vez están escritas en los manuales y folletos elaborados a tal efecto—, o vistas en carteles diseñados para sensibilizar al público, o directamente en las campañas difundidas en los medios de comunicación. Pero muchas veces estas mismas frases eran abiertamente contradichas e incluso repudiadas en otros momentos de la entrevista o fuera de la grabación. No obstante, las expresiones que usaban en esos casos, que podríamos identificar como parte de discursos “alternativos”, no representaban tampoco claras tomas de posición de los sujetos, sino discursos igualmente laxos, fluidos y ambivalentes, en general cargados de sentimientos y emociones. Esta característica, que podríamos identificar con las del sentido común o la *doxa*, lleva a pensar que los discursos preteóricos de los sujetos en situaciones cotidianas, como el trabajo en un hospital, por ejemplo, no son impermeables a la argumentación, y que podrían eventualmente, con las intervenciones adecuadas, sufrir cambios en la forma de entender y responder a este problema social particular.

Al momento de las entrevistas, la gran mayoría del personal de los servicios de salud no había oído hablar de la normatividad oficial sobre la violencia intrafamiliar que les impone determinadas acciones y procedimientos, y pocos habían recibido pláticas de capacitación al respecto. Para muchos, la propia entrevista fue la primera ocasión en que se plantearon el tema. Es necesario recordar al respecto, también, que los permisos necesarios para realizar entrevistas en las unidades hospitalarias se obtuvieron directamente de las autoridades de las principales instituciones del sector de la salud, quienes a su vez solicitaron la colaboración de los directores de dichos centros. La estructura jerárquica del sector impide acceder a su personal de otro modo. Esta característica, sumada a que los investigadores participantes fuimos identificados como personal del mismo sector, hizo que de entrada se nos asociara, tal vez, con “el discurso oficial” y con cualquier imagen que de éste se hubiera formado el entrevistado. En el transcurso de las entrevistas, no obstante, se iba disipando este supuesto y emergían entonces los que llamamos, por pragmatismo metodológico, discursos ocultos. Uno de los principales fue, en este caso, el *discurso médico*. Si bien en otros análisis —por ejemplo cuando se investiga la relación entre la medicina tradicional y la medicina moderna, ésta podría verse como “el” discurso oficial por excelencia, en el caso que nos ocupa fue tomado en cambio como discurso oculto, ya que muchos de sus “puntos nodales” (Laclau y Mouffe, 1985) se oponen y desautorizan al discurso que sustenta este programa oficial en particular. El programa, como se verá, apela por un lado a la lógica de la salud pública, con la que el discurso médico mantiene una relación ambivalente, de superioridad y subordinación a la vez, y por otro a la retórica, también laxa, de los “derechos de las mujeres”, que moviliza otro tipo de discursos como el relacionado con la familia en sus diversas versiones, y el que reivindica “lo privado como político” y la exigencia del reconocimiento social de las mujeres a veces en tanto que iguales, a veces en tanto que diferentes, según las variadas versiones del feminismo que también estuvieron presentes en su formulación y diseño. Lo que podemos identificar como “discurso médico” a partir de sus elementos centrales, por momentos resulta solidario y por momentos hostil a los propios fundamentos discursivos de esta nueva política, que aunque híbrida y ambivalente, ha tenido la suficiente capacidad interpelatoria para convertirse en un programa nacional con no pocos recursos económicos y políticos a su disposición.

Vale la pena aclarar en este punto que cuando vemos al discurso médico como oculto por oposición a uno oficial, no tomamos a este último como un discurso necesariamente *hegemónico*, es decir, como aquel cuyas formas de generar significado son dominantes en un momento y ámbito de prácticas, convirtiéndose en “el sentido común legitimador de relaciones de dominación –si bien sujeto a luchas–” (Fairclough, 2003). Las políticas normativas como ésta –más o menos vinculantes dependiendo del sistema político en el que se desarrollen– pueden justificarse oficialmente mediante discursos a los que en los ámbitos específicos de la práctica contestan otros discursos, ellos sí hegemónicos en ese ámbito –en este caso la práctica médica–. Esto es, el hecho de que un discurso esté institucionalizado no implica que sea *autorizado* (De Certeau, 1988) o “tomado en serio” por quienes de algún modo deben someterse a él. Las formas en que esto se manifiesta son múltiples: desde la burla, la ironía, y el uso de metáforas que desprestigian los elementos clave del discurso oficial, hasta formas de resistencia pasiva o adaptación, como por ejemplo “hacerse el tonto”, “darle la vuelta al asunto”, etc., formas que para Bourdieu (2000a) serían ejemplos de quiebre entre “posiciones” y “disposiciones”. Es decir, un discurso no es siempre ni en todas partes dominante y hay que analizarlo en la práctica de un ámbito específico. Al mismo tiempo es necesario analizar qué efecto puede tener en este campo de prácticas la existencia de discursos “heréticos”, ya que como declara Susan Gal (1991) algunos de ellos sirven para desestabilizar, otros terminan reforzando el *statu quo*, otros son “subversiones auto-traicioneras”, y todos son ambiguos. Elegimos la práctica médica en los servicios de salud porque es éste el ámbito señalado por los diseñadores de la política como el espacio donde la misma debe ponerse en operación, como veremos a continuación.

Capítulo II. Contexto de aparición del programa Mujer y Violencia

El análisis que sigue se basa en documentos oficiales, en material impreso para el personal de los servicios de salud y en las entrevistas que realizamos a funcionarias que participaron en el diseño, coordinación, dirección, adecuación y evaluación del programa Mujer y Violencia de la Secretaría de Salud. Tanto la primera directora del programa como la que desempeñaba este cargo al momento de redactar este texto eran médicas y se habían desempeñado en diversos puestos de responsabilidad dentro y fuera de la administración pública así como en organizaciones civiles. Una de ellas, además, militó en el movimiento feminista desde muy joven. Aun con algunos matices, ambas manifestaron un claro compromiso con la promoción de las “políticas de salud con perspectiva de género”, lo cual constituye un discurso que representaba para ellas más de una *interpelación*: en tanto mujeres que defienden los derechos de otras mujeres, como profesionales de la salud, y en tanto funcionarias de un gobierno que se declaraba plural, como una característica novedosa de la política nacional.

El programa en cuestión es lo que podríamos llamar un caso de diseño institucional destinado a dar respuesta a un problema social desde el gobierno, y lo analizaremos como un ejemplo de política pública en las condiciones que prevalecen en la época actual en un país como México, y de las complejidades que esto supone desde un punto de vista discursivo. Como ya expusimos, los debates que se generan alrededor de una decisión de políticas ponen en juego discursos diferentes y de ellos derivan efectos tan concretos como la asignación de presupuesto y recursos a algunas cuestiones –e ideologías– en detrimento de otras. Muchas veces las racionalidades que se articulan en un debate particular de políticas son de distinto orden, pero pueden producir decisiones concretas basadas en el consenso o bien en coincidencias parciales, azarosas, sustentables o efímeras.

Los problemas a los que por sus características propias es difícil identificar sin ambigüedades, o que como dice Hood (2001) están “en el límite de la investigación

científica” en condiciones donde el conocimiento es tentativo y su significación debe ser traducida entre diferentes comunidades de especialistas, presentan dificultades profundas a la aspiración a “hacer políticas basadas en la evidencia”. Especialmente una forma de regulación que requiera un cambio de actitudes en la población general o en amplios sectores —como fumar, manejar, beber, comer— representa una severa prueba a la capacidad regulatoria, y muchas veces se apelarán a la retórica científicista o al conocimiento de expertos como “atajo” ante la incertidumbre que plantea el problema y la necesidad que tienen las agencias del gobierno de evitar que se les responsabilice, si no se logran las metas. Hood llama “escudos tecnocráticos” a esas “fórmulas recomendadas y bendecidas por expertos” a las que se recurre frente a temas complejos como estrategia para evadir los costos políticos. Consiste por ejemplo en tomar prestados los estándares técnicos de los cuerpos internacionales o de otros países con una modificación mínima. Otra estrategia es apelar a una estructura organizacional compleja que incluya responsabilidades indefinidas o dispersas en la instrumentación y la coerción para cambiar las conductas de la gente. Una conclusión importante, según este autor, es que las estrategias de elusión de la responsabilidad parecen definir las políticas *tanto o más* que las consideraciones “funcionales” relacionadas con las características técnicas de los problemas. Por eso, sostiene, es importante hacer una evaluación histórica, sistemática y paciente “desde adentro” para ver qué diferencia introdujeron las acciones emprendidas y *qué tan tratable era desde el inicio* el problema en cuestión, más que juicios rápidos basados en escrutinios superficiales sobre las dificultades que enfrentaron las políticas, o la mala prensa que encontraron. Un análisis del contexto de la política (tipo de problema y cómo es disputado discursivamente por los diversos actores y grupos) y del contenido (objetivos, organización, estilos de operación) permite ver al mismo tiempo los aspectos del entorno social y la vida interna de las instituciones ejecutoras, lo que se expresa en microculturas, tradiciones, convenciones arraigadas y discursos.

El programa que sirve de base a este análisis es un componente importante de las políticas que se formularon en el Centro Nacional Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud de México. Este centro se considera “el órgano rector y desconcentrado de la Secretaría de Salud con mayor autonomía financiera y jurídica”,¹ y las funcionarias a cargo manifiestan un claro compromiso con la agenda

1 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva / Secretaría de Salud. <<http://www.gene-roysaludreproductiva.gob.mx>>.

de la equidad de género; enfatizan que su misión es ocuparse de la salud de la mujer de manera integral y no sólo de la atención a sus funciones reproductivas, como se había hecho hasta el momento al privilegiarse los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar. Uno de los principales objetivos de este Centro es “introducir la perspectiva de género en las políticas de salud”. El programa Mujer y Violencia, específicamente, está orientado a prevenir y atender la violencia doméstica y sexual contra las mujeres en el país, en colaboración con una red de refugios para mujeres en situación de violencia extrema que operan algunas organizaciones de la sociedad civil. Tanto el centro como el programa fueron creados en la administración de Vicente Fox (2000-2006) por iniciativa del entonces secretario de salud,² y forman parte de lo que se ha dado en llamar “políticas públicas con perspectiva de género”. Este programa se sustenta en dos argumentos explícitos: uno se basa en la idea de los derechos (el derecho de todo ciudadano a la salud, como establece la Constitución, y el derecho de las mujeres “a una vida libre de violencia” como reza la reciente Ley aprobada sobre el tema),³ y con su promoción se asegura contribuir a la profundización de la democracia en el país; el otro argumento se basa en la definición del problema en términos del costo al sistema de salud y el riesgo —monetario y político— que ocasionaría a la sociedad *si no fuera atendido*.

El lenguaje de los derechos de las mujeres se combina aquí con el de la salud pública en la exigencia de “prevenir” y “atender” el problema, y el grupo de los profesionales de salud es entonces el señalado, tanto por los académicos y expertos como por los diseñadores de políticas y la normatividad legal, como un actor clave para la identificación, notificación y canalización de casos de violencia intrafamiliar hacia instancias de resolución jurídica o, en su defecto, de asistencia social o psicológica.

2 Fue la primera administración no priista —encabezada por el presidente Vicente Fox, del Partido Acción Nacional, al que se suele identificar como “de derecha”— que prometió sin embargo un gobierno “incluyente” y plural. Su secretario de salud fue el doctor Julio Frenk, fuerte impulsor de esta política, de quien que se presentará una semblanza más adelante.

3 La Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia fue propuesta por la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados y discutida durante el sexenio de Vicente Fox. Finalmente la promulgó el presidente Felipe Calderón en febrero de 2007. Entre otras cuestiones se incrementan las penas a quienes incurran en actos de violencia en el hogar y se promueve la instalación de una “alarma de género” que le permita al gobierno federal actuar en las entidades federativas y en los municipios cuando se presenten olas de “feminicidios” que las autoridades locales no puedan controlar. Véase el *Diario Oficial de la Federación*.

Si bien este programa fue cuestionado desde el propio gobierno al inicio de la administración siguiente (la de Felipe Calderón, en 2006), finalmente se ratificó como parte de las políticas del sector salud, aunque con un presupuesto menor y temporalmente limitado, implícitamente condicionado a la exhibición de resultados. Actualmente está siendo observado internamente y evaluado en términos de "impacto". Presentaremos a continuación una breve historia de sus antecedentes y contenido.

Formación de la agenda. La violencia doméstica deviene problema

En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas definió la violencia contra las mujeres como: "todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada".⁴

Como consta en la fecha de esta declaración, el maltrato en el interior de la familia no fue reconocido como violencia sino hasta muy recientemente. Su paulatina inclusión como tal se encuentra plasmada en la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979),⁵ la Convención sobre los derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989), la Convención Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer,

4 Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Ginebra.

5 La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), la más importante y la primera que abordó los derechos humanos de las mujeres, fue firmada por México en 1980, ratificada en 1981 y publicó su protocolo en 2002. Permite a las mexicanas presentar en lo individual y lo colectivo quejas ante las 23 expertas que integran su comité una vez agotadas las instancias nacionales, y obliga al Estado mexicano a reportar periódicamente los avances que realice en la materia.

"Convención de Belem do Pará" (OEA, 1994), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). A partir de estos foros internacionales, la violencia de pareja de los hombres contra las mujeres en el hogar comenzó a ser objeto de percepción pública, escrutinio científico y diseño de políticas destinadas a su erradicación.

Gran parte de esta nueva "conciencia" se debe a la influencia de dos movimientos sociales fundamentales de carácter internacional: el movimiento feminista y el movimiento por los derechos humanos. Al postular el carácter político de lo privado, el movimiento feminista formuló una severa crítica a la idea de esfera pública desarrollada por el pensamiento liberal,⁶ el cual no consideró problemático el ámbito de lo privado y por lo tanto tampoco el estatus de las mujeres como sujetos con derechos. Al mismo tiempo esta corriente cuestionó el supuesto carácter natural, armónico y *cuasi* sagrado de la familia sostenido por la moral conservadora y develó la presencia de conflicto y poder en su interior.

En México la historia de la lucha contra la violencia de género se remonta a finales de los setenta, momento en el que, como refiere Rosario Valdés (2004), la Coalición de Mujeres Feministas, primera instancia unitaria del movimiento de mujeres, aglutinó a los grupos existentes en torno a tres ejes: la lucha por la despenalización del aborto, la lucha contra la violencia hacia las mujeres y la libre opción sexo afectiva. El primer centro de atención a mujeres violadas, el CAMVAC, surgió en 1979. En la década de los ochenta se asistió a una multiplicación de organizaciones civiles y centros de atención a la violencia,⁷ que a su vez impulsaron la creación de servicios en el sector gubernamental.⁸ En esa misma época surgieron los primeros esfuerzos tanto de atención gubernamental como de interacción entre las organizaciones feministas y el Estado.⁹ En 1987, sin embargo, sólo cuatro

6 Nancy Fraser y Carole Pateman se cuentan entre las más notables feministas que han criticado esta idea de espacio público. Véase Fraser, 1989 y Pateman, 1996.

7 En esta década se crearon el Centro de Apoyo a la Mujer (CAM), de Colima, y Ticalli, colectivo feminista de Xalapa. Para una revisión exhaustiva de estas organizaciones véase Rosario Valdés, 2004.

8 Entre ellas podemos mencionar a la Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC), que fue creada en 1984 para dar apoyo a las sobrevivientes de abuso sexual, reproducir su experiencia, proponer modificaciones legales y promover cambios de actitudes frente a la violencia de género; asimismo al Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (Cecovid).

9 Por ejemplo el CAM de Colima, donde participan una organización feminista y la Procuraduría del estado dando atención legal, médica y psicológica a las mujeres maltratadas; el Centro de Atención a la Violencia

organizaciones en el país ofrecían servicios especializados a estas mujeres, dos de las cuales se hallaban en la capital del país. Operaban con fuertes restricciones presupuestales y fundamentalmente gracias al trabajo voluntario, lo que limitaba sus posibilidades de brindar una atención integral. Por otra parte, carecían de modelos especializados de intervención debido a su falta de experiencia previa. Algunas organizaciones se aliaron con redes extranjeras, de las que tomaron información, apoyo financiero y capacitación.¹⁰ La conciencia sobre el problema que derivó del accionar de estas organizaciones pioneras logró que a principios de los noventa, como ya se comentó, se incluyera la violencia contra la mujer en las agendas de discusión pública. En consecuencia se crearon centros de atención en los espacios de procuración de justicia, aparecieron las primeras delegaciones de policía especializadas en violencia sexual e intrafamiliar, y se promulgaron leyes al respecto. Efectivamente, una de las primeras tareas derivadas de los compromisos que se firmaron con la Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) de 1994, y que México ratificó en 1999,¹¹ fue actualizar el marco legislativo, ya fuera para tipificar la violencia familiar como delito, para incluirla entre las causales de divorcio o bien para crear una nueva ley (Torres, 2005). Como refiere Marta Torres, estas leyes cumplían con el propósito de reconocer, poner en evidencia y condenar la violencia en la familia, así como dar un primer paso en la regulación de servicios para las víctimas: atención legal rápida y gratuita, medidas de protección y seguridad, refugios para las mujeres y sus hijos, entre otros. En la ciudad de México, sin embargo, el primer refugio que creó el gobierno data de 1997 y la Ley

Intrafamiliar (CAVI), que fue el primero de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, pues se fundó en 1990; la Sub-procuraduría de Atención a la Mujer y el Menor (SAMM) en La Paz, BCS, fundada en 1993; la Sub-procuraduría de Atención a los Delitos Sexuales y la Violencia Intrafamiliar de San Luis Potosí, fundada en 1996; el Centro de Atención a la Salud Integral de la Mujer de Torreón, Coahuila, especializado en violencia doméstica, que fue fundado en 1994 y hoy forma parte de los Servicios de Salud de la entidad, así como el centro Sí mujer de Saltillo; y el Centro de Atención a la Mujer (CAM) en el Estado de México, fundado en 1994, entre otros.

10 Como comenta Valdés (2004), éste es el caso de la organización Cecovid, una de las pioneras en atención a víctimas de violencia.

11 La Convención de Belém do Pará es un instrumento de derecho internacional que obliga a los países firmantes a llevar a cabo una serie de tareas de prevención, a emitir leyes especializadas para combatir la violencia, a crear centros especializados para atender a las víctimas y a los agresores, y a informar periódicamente a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre las actividades realizadas (véase Torres, 2005).

General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, del año 2007. Esta ley viene a insertarse en un marco legal heterogéneo en el país, donde cada estado tiene leyes administrativas en materia de asistencia social de las que deriva algún tipo de atención a la violencia intrafamiliar, lo que obligó a armonizar la ley general entre todas las entidades federativas.

El contexto internacional y nacional de los noventa favoreció el desarrollo de esfuerzos en los sectores judicial, legislativo, académico y de salud. El Programa Nacional para la Atención a la Violencia Familiar fue creado a finales de esta década; el sector salud convocó con ese propósito a diversas organizaciones de la sociedad civil y académicas a discutir y diseñar la *Norma Oficial Mexicana sobre el tema*, que fue publicada el 8 de marzo de 2000. Esta norma, como se verá a lo largo del presente trabajo, fue la primera iniciativa del sector, y estableció que el personal de salud estaría obligado a identificar, atender y canalizar a las personas afectadas por la violencia familiar.¹² Lo más significativo de la NOM, además de estar dirigida a un sector específico (el de la salud), es que si bien no es el primer instrumento legal en el país, sí es el primero de alcance nacional, ya que las leyes administrativas (de asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar) y las reformas de los códigos civiles

12 Cabe mencionar que durante la redacción del presente texto, el 16 de abril de 2009 fue publicada una nueva norma oficial, la NOM-046-SSA2-2005: "Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención", que actualiza y completa a la anterior en la medida en que incorpora la atención a víctimas de violencia sexual con opciones de anticoncepción de emergencia, interrupción legal del embarazo, asesoría jurídica y atención psicológica. El proceso de formulación de esta nueva norma fue largo y controvertido. Constituyó el principal compromiso del gobierno mexicano ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos luego de que ésta interviniera en el caso de una niña mexicana (Paulina) a quien le fue negado el servicio de interrupción legal del embarazo producto de una violación. Después de que la NOM-046 fue elaborada por la Secretaría de Salud con el apoyo de expertos y tras la consulta a las organizaciones civiles, se aprobó por unanimidad el 21 de julio de 2008; sin embargo hubo un retraso de 192 días para su publicación, lapso en el que la Secretaría de Salud convocó a una reunión irregular para hacer cambios sustanciales al documento. En dicha reunión, realizada el 28 de enero de 2009, se aprobó una versión que privilegiaba la objeción de conciencia del personal médico para proporcionar servicios de acuerdo con la norma, condicionaba la interrupción legal del embarazo a las menores de edad, no hacía obligatoria la atención a las víctimas y magnificaba asimismo los efectos colaterales de la anticoncepción de emergencia. Estas modificaciones causaron polémica entre las organizaciones civiles que defienden los derechos sexuales y reproductivos, quienes hicieron una denuncia pública ante la Cámara de Diputados declarando conocer presiones de grupos conservadores para que la norma no se publicara. Bajo esta presión se volvió a modificar el texto de la NOM, eliminando la objeción de conciencia pero conservando otros puntos, como la necesaria aprobación de los tutores para que las adolescentes puedan tener acceso a la interrupción legal del embarazo. Pese a las objeciones de las organizaciones civiles, esta versión siguió su curso pero el proceso sufrió nuevos

y penales anteriores a ella tenían alcance local. En esos mismos años se formaron el Parlamento de Mujeres y la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados, y en el año 2001 se creó el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres).

A partir de los noventa, entonces, la condena a la violencia doméstica y de género por organismos internacionales, movimientos sociales, organizaciones no gubernamentales, centros académicos e instituciones públicas, ha provocado el “descubrimiento” de este problema y ha dado lugar a un escrutinio pormenorizado respecto a las formas, tipos, espacios y maneras de medir la violencia. Bajo esta empresa se identificaron diversas formas de violencia: social, política, delictiva, intrafamiliar, doméstica, contra las mujeres, autoinfligidas, etc. (OPS/OMS, 2003); la violencia de género se definió como aquella que sufren las mujeres “por el hecho de ser mujeres” y se tipificó de acuerdo con el espacio en el que se vive (el hogar, el trabajo, la calle). A su vez, la violencia que se sufre en el hogar fue clasificada en varias categorías: física, sexual, psicológica, patrimonial y económica. Paralelamente, y de acuerdo con diversos enfoques, se propusieron y discutieron modelos cada vez más refinados para medir el fenómeno. Esto porque dependiendo de los indicadores utilizados las cifras de violencia que reportan diferentes estudios pueden variar notablemente y con ellas la “magnitud” del problema. Consecuentemente también existe un largo debate acerca de las mejores maneras de dar una respuesta social y política a este problema, como expondremos más adelante.

México no ha permanecido ajeno a este movimiento de apertura del tema, si bien se integró a él de manera más tardía. Diversas organizaciones civiles de mujeres, inspiradas en los movimientos internacionales, han presionado para que el gobierno cumpla con los compromisos que ha firmado al respecto,¹³ contribuyendo con ello a crear una mayor conciencia sobre la violencia contra las mujeres en el país entero. Paralelamente, como se mencionó, ya se encontraban operando varias organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria que ofrecían asistencia y servicios de diferente tipo a las mujeres víctimas de violencia, con

retrasos. Finalmente fue publicada en la fecha ya señalada. Hay que advertir, sin embargo, que en varias entidades federativas se han aprobando cambios a las constituciones locales para dar personalidad jurídica al producto de la concepción, con lo que se intenta excluir la anticoncepción de emergencia para víctimas de violencia sexual (CIMAC Noticias < <http://www.cimac.org.mx/portada.html> >, 17 de abril de 2009).

13 La Convención de Belem do Pará, creada en 1994 para erradicar la violencia contra las mujeres, ha sido el instrumento más ratificado en el sistema interamericano de derechos humanos. Sólo Estados Unidos, Jamaica y Canadá se han negado a firmarlo.

resultados variables. Si bien el contacto con estas organizaciones representaba para muchas de ellas un “capital social” en el momento en que decidían salir del círculo de la violencia y tomar acciones encaminadas a la autonomía, se trataba de iniciativas relativamente débiles y aisladas si se les compara con las necesidades de atención que más tarde fueron estimadas en toda la República.

En 1998 empezó a elaborarse la Norma Oficial mencionada¹⁴ para brindar atención en los servicios de salud a la violencia intrafamiliar, como parte de un proceso de cambio en las políticas de población y salud, que pasaron de ver a las mujeres como madres y factor clave de la salud de los hijos, a defender su propio derecho a la salud y a decidir sobre su reproducción. En este cambio fue definitiva la influencia de las conferencias internacionales de población de El Cairo (1994) y de Mujeres de Beijing (1995), auspiciadas por la ONU, donde diversas organizaciones del movimiento feminista y de mujeres participaron activamente en las delegaciones oficiales mexicanas. Estas conferencias, en cuyos acuerdos se advierten notables avances sobre varios temas de la agenda feminista —que fueron firmados por el gobierno mexicano— estuvieron rodeadas por una fuerte presión de los grupos más conservadores —en particular sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos— que generó un encarnizado debate. También tuvieron una gran cobertura periodística mundial, elemento que, según observó una de las funcionarias del programa, “es algo ante lo que nuestro gobierno siempre reacciona, teniendo que hacer algo”. Esta entrevistada vinculaba la reacción gubernamental con el hecho de que “por esa época también empezaron a darse a conocer los casos de las muertas de Ciudad Juárez, que si bien todavía eran unos cuantos, empezaron a ‘hacer ruido’ a nivel de la opinión pública internacional” (Entrevista F2).

La presión de los mismos grupos de mujeres que habían participado en las conferencias de El Cairo y Beijing, y el espacio que entonces se les dio dentro del sector de la salud (en el Grupo Interdisciplinario de Salud Reproductiva, un comité participativo creado a partir de esos acuerdos) fueron los primeros antecedentes de la elaboración de la Norma Oficial contra la violencia intrafamiliar. La

14 Las Normas Oficiales Mexicanas son instrumentos regulatorios de cumplimiento voluntario. En los años noventa, con miras a la firma del TLC con América del Norte, pasaron a ser reguladas por una nueva Ley de Metrología y Normalización que se dictó siguiendo el esquema de normalización de Estados Unidos. En 1997 fueron elevadas a la categoría de “único y último nivel normativo”, tras lo cual entraron en conflicto con algunas disposiciones de las leyes, reglamentos y normas anteriores, de ahí que se cuestionara su validez constitucional. Véase Moctezuma, 2006.

“perspectiva de género” había estado “institucionalizada” en las políticas de salud y de población, pero no había logrado el mismo grado de avance en el área de los derechos y de la legislación hasta las recientes reformas a las leyes de aborto en el DF, y de “acceso a una vida libre de violencia” ya mencionadas. Estos avances se debieron en parte a los acuerdos internacionales firmados y en parte a que “más mujeres llegaron a cargos públicos y más organizaciones feministas se vincularon con grupos parlamentarios” (Incháustegui, 2002), por ejemplo el Parlamento de Mujeres y la Comisión de Equidad y Género, ambos creados en los años noventa. Esta Comisión fue la que aprobó el presupuesto del Programa Mujer y Salud (el primer nombre que tuvo el Centro) y etiquetó los fondos para el programa de Violencia, al que le dio prioridad, como veremos más adelante.

Si bien las dos conferencias mundiales mencionadas habían puesto en el debate –quizás por primera vez seriamente– el tema de la mujer como sujeto de derechos, y discutieron muchas de las necesidades y problemas que habían aquejado a las mujeres desde tiempos inmemoriales relacionados con la salud, el desarrollo social, la educación, la familia, la sexualidad, la reproducción, etc., dentro de la agenda “dura” del feminismo (maternidad libre y voluntaria, derecho al aborto, lucha contra la violencia sexual, etc.) el tema de la violencia era, según varias autoras, por ejemplo Tarrés (2002), Barquet (2002) y Lamas (2006), el menos polémico de todos en relación con las posturas de los actores políticos internos, especialmente los grupos conservadores. Fue también en los años noventa cuando México restableció relaciones diplomáticas con el Vaticano, lo cual propició que la jerarquía católica se convirtiera en un actor político central y fortaleció a los grupos conservadores que luego iban a adquirir una influencia creciente en las políticas públicas (Guevara, 2002).

Finalmente, la existencia de esta política también fue favorecida por cuestiones más coyunturales, aunque no menores. Una de las funcionarias entrevistadas opinó que un factor que decididamente la benefició fue la designación de Julio Frenk como secretario de Salud y no los otros miembros de la terna de candidatos al cargo, más conservadores:

...no sólo era un buen candidato para el presidente –porque tenía muchísimas credenciales como “salubrista”, una experiencia enorme en la Organización Mundial de la Salud, estaba vinculado a las políticas del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, ‘desde chiquito quería ser secretario de Salud’, el padre era pediatra

y venía de una familia de intelectuales, músicos y escritores prominentes–, sino que además era alguien cercano a mujeres feministas (su esposa, su abuela, amigas personales a quienes convocó a colaborar con el diseño del proyecto)(Entrevista F2).

Las cualidades enumeradas, especula la funcionaria:

...deben haber deslumbrado al presidente –quien no lo conocía personalmente sino que “se lo acercó” gente de confianza–, más aún cuando el candidato no pertenecía al partido en el gobierno, lo que le permitía, como primer presidente después de la transición democrática y cuyo discurso de campaña enfatizaba su vocación “incluyente”, demostrar esto con hechos, abriendo el juego político y nombrando en el gabinete a personas extrapartidarias (Entrevista F2).

El programa fue bautizado inicialmente con el nombre de *Mujer y Salud*, “porque el gobierno era particularmente reacio al término *género* (en las conferencias de El Cairo y Beijing el Vaticano había declarado que esta palabra ‘promovía la homosexualidad’)” (Entrevista F2) y fue creado para tratar todo lo relacionado con la salud de la mujer que no estuviera dentro del rubro de “salud reproductiva”. La salud reproductiva, sin embargo, fue privilegiada, dejándola como una dirección general específica de mayor importancia, en la medida en que, según la misma funcionaria, “es lo que tiene mayor carga de enfermedad, mayor carga económica, etc.” Por su parte, el programa Arranque parejo en la vida, impulsado por la esposa del presidente, estaba dirigido a las mujeres jóvenes y a las adolescentes, pero con el fin de lograr que sus hijos nacieran con menores “rezagos”.

El programa Mujer y Salud, entonces, determinó que una de las cuestiones que merecían fundamental atención era el problema de la violencia. Hasta entonces este tema no había tenido cabida en las políticas de salud, pero fue incorporado, según la funcionaria, por la influencia decisiva de otro elemento: “el hecho de que se empezó a documentar de manera mucho más clara *todo el impacto que tenía el no atender estos problemas*, ya que durante muchísimos años simplemente no había ni información al respecto”. Algunos estudios sostenían que la carga de enfermedad provocada por la violencia contra las mujeres era equivalente a la de cinco padecimientos juntos, incluido el cáncer y la diabetes, las dos primeras causas de muerte entre ellas (Londoño, Gaviria y Guerrero, 2000), mientras que la “pérdida de años de vida saludable a consecuencia de la violencia familiar, ocupaba

el tercer lugar en el DF, después de la diabetes y los problemas del parto” (Lozano, 1999).

La segunda “casualidad”, según esta misma entrevistada, fue una decisión particular de las diputadas de la Comisión de Equidad y Género. El presupuesto del primer año de gobierno había sido aprobado por la legislatura anterior cuando el programa no existía, de ahí que se empezara a trabajar prácticamente sin fondos, con un recurso menor que salió de la oficina del secretario. Sin embargo, al momento de someter el primer presupuesto para aprobación a la Cámara de Diputados, donde se asignan recursos a cada uno de los componentes del sector, se decidió que el programa Mujer y Salud se mantuviera como una estructura destinada a incidir transversalmente en todo el sector salud promoviendo la perspectiva de género, pero sin una gran importancia operativa. En la legislatura que aprobó el presupuesto para el segundo año de gobierno “las diputadas asignaron muchísimos recursos a violencia porque quienes estaban en la Comisión de Equidad y Género en ese momento eran mujeres que por una razón o por otra habían estado vinculadas con el tema, y entonces convencieron al pleno de la Cámara de aprobar un presupuesto en donde se etiquetara específicamente un monto importante para trabajar en violencia” (Entrevista F2). Una parte de esos recursos había sido asignada el año anterior a otra institución de gobierno, cuyo ejercicio fue juzgado por las diputadas como “desastroso”, lo que las decidió a redirigirla al sector salud, pensando que allí se gastarían mejor, porque “Salud era una de las estructuras más sólidas y viejas del gobierno, con una inercia impresionante, además de la figura del secretario” (Entrevista F2). Pero los recursos fueron etiquetados específicamente para trabajar en violencia intrafamiliar. Para ello, las diputadas averiguaron qué parte de la estructura del sector salud trabajaba en este tema, y así fue como al Programa Mujer y Salud, como dijo la funcionaria a cargo, “le cayó un dineral de la noche a la mañana”. Esto creó tensión entre este programa y la otra institución del gobierno que previamente había administrado dichos recursos, pero como ella misma expresó: “ni modo que digas que no, no quiero el dinero”. Gracias a ello “se empezó a dar un peso muy grande al trabajo en violencia, porque había que ejercer esos recursos en una estructura mínima y en un programa muy nuevo” (Entrevista F2). Así fue que surgió la idea y hubo recursos para hacer una encuesta, pagar el desarrollo de un modelo integral de atención, y capacitar al personal de salud en la atención y en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para atender la violencia intrafamiliar, norma que fue

publicada con una serie de comentarios para los profesionales de la salud. Si no se le hubiesen asignado esos recursos al programa, comenta la funcionaria, “realmente es muy poco lo que se hubiera podido hacer”.

Diseño del programa

El programa se inició entonces con la elaboración de un “diagnóstico”. El objetivo era conocer *cuánta* violencia doméstica había en el país y qué tan predispuestos estaban los profesionales de salud a darle una respuesta desde su práctica profesional. Precisamente uno de los motivos de conflicto con las instituciones que se habían encargado antes del tema tuvo que ver con una discusión sobre la conveniencia o no de lanzar de entrada campañas masivas de concienciación sobre la violencia contra las mujeres. En el sector salud se temía que el hacerlo pudiera implicar “arriesgarse a crear una necesidad que después no se pudiera atender” (Entrevista F2). Esto porque se creía que, *dada su magnitud*, todas las mujeres que vieran la campaña en los medios y estuvieran viviendo en situación de violencia “acudirían a que se les solucionara el problema”. Se decidió entonces empezar por reforzar y capacitar al personal que debía hacer frente a esta inusitada demanda.

Los datos que arrojaron las encuestas que llevaron a cabo la Secretaría de Salud y otras instituciones en 2003 (SSA/INSP, 2003) y 2004 (INEGI/Inmujeres, 2004) revelaron que entre 21.5 y 46.55% de las mujeres mexicanas sufría algún tipo de violencia que le propinaba su pareja en el hogar. Las diferencias se debían a los distintos enfoques teórico-metodológicos utilizados. Para el diseño de la encuesta se apeló al conocimiento de expertos locales e internacionales, de quienes se tomaron los modelos tanto para el diagnóstico como para la atención del problema, pero, como refirió otra de las funcionarias, “se partía de que había un desconocimiento muy grande y muy pocos expertos y expertas en el tema” (Entrevista F1).

La “evidencia” parecía estar revelando que existía un problema de notable magnitud en el país pero hasta entonces había permanecido desatendido. Lo que seguía y aún sigue generando debate y desconcierto, sin embargo, era la verdadera naturaleza del problema, y más aún, qué se debía hacer al respecto. Si bien unas encuestas son más conservadoras que otras en los indicadores de violencia que incluyen por ejemplo, “le dejó de hablar” para unos es indicador de violencia psicológica, mientras que otros no lo toman en cuenta, parece haber consenso entre

los expertos sobre el supuesto de que la violencia contra las mujeres es un mal abarcador y continuo que va escalando desde los celos conyugales y el “desamor” hasta el feminicidio, y al mismo tiempo se transmite de generación en generación y va contaminando otras áreas de la vida de las personas. Todas las manifestaciones de la violencia contra las mujeres serían consecuencia de una dominación masculina extendida y naturalizada en la sociedad.

El problema, qué duda cabe, es complejo; más aún cuando se le define como un asunto público que obliga a trazar rutas de acción a las que se convoca a participar a toda la sociedad, en buena medida acostumbrada a verlo como un problema privado. Algunos de los argumentos que suelen ofrecerse para explicar este déficit de carácter público del problema son precisamente la existencia de marcos valorativos arraigados en la sociedad mexicana, en especial las categorías del valor social que se asignan a cada género (y el papel subordinado de la mujer) y, vinculada con este discurso, la definición del problema de la violencia conyugal como de naturaleza privada. Todo ello ocurre, según sostienen algunos, en el marco de cierta dificultad de orden “cultural” para establecer una conciencia de derechos y obligaciones individuales, en una sociedad que parece privilegiar la adscripción del individuo a cuerpos sociales como el gremio profesional, la institución o la familia, en detrimento de la autonomía personal. Este rasgo sería particularmente agudo en el caso de las mujeres, atrapadas en redes familiares cuya demanda de lealtad suele desdibujarlas como individuos autónomos. Cuestiones de tipo moral y cultural —la necesidad de crear una cultura de los derechos— se mezclan entonces con argumentos “científicos” (la gravedad del mal, que las cifras revelan), socioeconómicos y políticos (las pérdidas en vidas y en incapacidades humanas, y los riesgos para la sociedad de que éstas aumenten, lo que finalmente se traducirá en costos financieros y problemas de control social). La solución tampoco es fácil; menos aún cuando la tarea se confía a la buena voluntad de actores poco acostumbrados a satisfacer exigencias que les parecen ajenas a su campo de acción, e inmersos, ellos también, en la cultura de la que emana el problema.

Como ejemplo, la encuesta a prestadores de servicios de salud que el mismo programa realizó y que entre otras cosas buscaba evaluar en qué medida estaban al tanto del tema y sobre todo si sabían que existía una normatividad que los involucraba, reveló que sólo 18.5% de ellos declaró que conocía la normatividad que se había establecido unos años atrás; de este grupo 42.2% conocía bien su contenido y el resto solo había oído hablar de ella. Además, 32.8% de los entrevistados consideró

que el desinterés del personal de salud por los casos de violencia contra la mujer era el principal obstáculo para su atención y 22% opinó que la violencia en la familia era un problema privado en el que al personal de salud no le correspondía intervenir. No es un dato irrelevante que 10.8% de los hombres y 16.9% de las mujeres que contestaron esta encuesta declarara ser víctima de la violencia de su pareja y 12.2% de los hombres y 9.7% de las mujeres había sido agresor de ésta.

El plan fue diseñado entonces, como se dijo, para “crear primero las condiciones y después empezar a lanzar campañas, para que la gente tuviera lugares a dónde acudir, donde hubiera un ruta crítica, perfecta y claramente establecida” (Entrevista F2). Es un modelo “que establece qué tiene que hacer una mujer que está viviendo en situación de violencia y busca ayuda en el sector salud, cosa que en ese momento estaba completamente indefinida y caótica” (Entrevista F2). Se contrató entonces a un grupo de expertos en violencia, por un lado, y a otro de expertos en desarrollo de programas, por otro, para que en conjunto trabajaran en lo que sería el modelo de atención.

Acciones para el cambio de comportamientos

El programa tuvo como elemento clave la promoción y capacitación al personal de salud en los contenidos de la Norma Oficial Mexicana publicada en el Diario Oficial de la Federación en el año 2000. Esta Norma (SSA NOM-190, 1999), denominada “Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar”, tiene como propósito “establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar y es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud”.

El texto de la Norma aclara que su meta es “dar cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia, especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer”, que se encuentran plasmados en las convenciones arriba enumeradas. La Norma define la violencia familiar como el “acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder —en función del sexo, la edad o la condición física— *en contra de otro* u otros integrantes

de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”, y provee una serie de indicadores para detectar cada uno de estos tipos de violencia.

La *atención médica* de la violencia familiar, de acuerdo con esta Norma, incluye “la *promoción de relaciones no violentas*, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven en esta situación, la *evaluación del riesgo* en que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas”; establece que esto debe ser llevado a cabo con oportunidad, *calidez, confidencialidad*, honestidad, y respeto a la dignidad, y al mismo tiempo establece la *obligación de dar aviso* al Ministerio Público y de notificar a la Secretaría de Salud sobre los casos de violencia familiar detectados. El apartado de criterios específicos para el aviso al Ministerio Público, sin embargo, deja espacio a interpretaciones ambiguas sobre en qué casos y quién debe involucrarse en estas acciones. El que corresponde a la notificación al sistema de vigilancia de la Secretaría de Salud, por el contrario, deja bien establecido el carácter obligatorio de este registro.

La Norma y las políticas que pretenden impulsar su aplicación suponen que los profesionales de salud están capacitados para identificar casos de violencia valiéndose de un complejo de indicadores indirectos, y además para actuar como consejeros legales e incluso morales de sus pacientes, por ejemplo cuando en el apartado de *prevención* se insta a los profesionales a “*promover cambios de actitudes que incluyan el desarrollo de las responsabilidades compartidas al interior de las familias*, como se desprende desde las perspectivas de equidad y género, *con el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico*” (SSA NOM-190, 1999). Retomaremos el contenido de esta norma al analizar los discursos que la sustentan.

Ante la escasez de expertos que pudieran capacitar al personal de salud en lo relativo a la violencia, y siendo éste tan numeroso en el país, se trató convencer a quienes fueron contratados para tal propósito y a los grupos de mujeres que estaban tratando el tema localmente de que buscaran la manera de ir capacitando al personal de su zona; al mismo tiempo el programa federal avanzaría en la tarea ofreciendo un curso *online* al personal interesado. La idea era que cada uno de los estados fuera decidiendo cuáles iban a ser sus estrategias para lograr dicha capacitación, pero que al mismo tiempo el gobierno federal pudiera ofrecer, al menos como alternativa, un recurso “moderno”. Esto responde a un problema

estructural del sector que se profundizó desde que entraron en vigor las políticas de descentralización sin la debida compensación de las enormes desigualdades de recursos que existen entre los estados. En este esquema “la Secretaría debe ser el órgano rector y desde el gobierno federal decir cuál es la estrategia para todos, sabiendo que lo que funciona en un estado no funciona en otro” (Entrevista F2). La autonomía de los sistemas estatales de salud, que no se sienten obligados ante un sistema federal que para muchos no los compensa financieramente, hace difícil coordinar una política nacional como ésta. Al problema se agrega la dificultad para lograr que las instituciones de salud del sector de la seguridad social acepten las directivas de la Secretaría de Salud.

La Norma Oficial comentada se difundió junto con manuales de capacitación que se elaboraron y distribuyeron en todas las unidades de salud del país, con la recomendación a sus directivos de que los utilizaran en talleres y pláticas dirigidos a su personal. En ellos se les impartían, además, contenidos de género. También se diseñaron folletos de buena calidad de impresión –“para que les fuera más difícil tirarlos, como suelen hacer con los volantes”– que se le entregaban a cada profesional cuando cobraba su cheque de honorarios, con el fin de asegurar que todos los recibieran.

Paralelamente, el modelo de atención que se elaboró indicaba a los profesionales los pasos que debían seguir con cada mujer que llegara a su consultorio, independientemente de que revelara o declarara haber sido maltratada o no. El modelo abarcaba desde la detección e identificación de casos en los servicios, hasta la posibilidad de contar con instancias adonde fuera posible canalizar los casos más críticos, es decir, los de aquellas mujeres “que se encontraran en peligro de muerte”. Pero también se buscaba la prevención, y por ello el modelo incluía un método de “tamizaje” de rutina, que consistía en incluir en el interrogatorio que se realiza en cualquier consulta normal para elaborar la historia clínica, además de las preguntas de rigor sobre “aparatos” y “sistemas”, una sección de preguntas sobre violencia conyugal. Se trataba, en palabras de una de las funcionarias, “de un *check list*: si la mujer obtenía en él un número determinado de ‘palomitas’ no era regresada a su casa, ya que la prueba demostraba que su vida o su integridad física estaban seriamente en peligro” (Entrevista F2). Este método estaba diseñado para indicarle al médico qué hacer si se encontraba frente a un caso de ese tipo, y en su defecto, qué clase de ayuda podía brindar oportunamente a la mujer desde el punto de vista psicológico con el fin de que “en un momento dado se pueda

detectar antes de que llegue ya con la cabeza rota" (Entrevista F2). El instrumento de detección, comenta la funcionaria entrevistada, fue validado en los refugios para mujeres e incluía cuestiones físicas, mentales, de historia de la relación de pareja, antecedentes, etc. Lo que se proponía era que "cualquier médico, enfermera o psicólogo de cualquier servicio, por obligación, hiciera una serie de preguntas y las hiciera bien hechas, con tacto y de manera que realmente obtuviera una respuesta confiable", ya que "muchas mujeres niegan una situación de violencia, se los preguntes como se los preguntes, están muertas de pánico, por muchas razones [...] pero para muchísimas mujeres [preguntarles] es abrirles el horizonte" (Entrevista F2). El programa ha creado alrededor de 220 centros especializados de atención en todo el país, para canalizar allí los casos de violencia doméstica. Lo que ha predominado en ellos hasta el momento ha sido la atención psicológica. Unos pocos tienen asesoría legal. Al crear estos centros especializados dentro del propio gobierno la idea fue reforzar los servicios que dan los grupos de la sociedad civil para presentar a la mujer varias opciones, incluso la de los centros que operan los gobiernos locales.

La sociedad civil fue convocada para participar en varias instancias de este programa, en especial en la elaboración del modelo y la prestación de un servicio específico: los refugios para las mujeres que sufren violencia extrema y para sus hijos. El Programa aporta el grueso del presupuesto de estos refugios y los supervisa. Ofrecen protección, atención médica, psicológica y legal, y algunos brindan capacitación y bolsa de trabajo una vez que las mujeres salen de ellos. Los hay que cuentan con la presencia de un Ministerio Público capacitado en el tema. En ausencia de este personal, las propias trabajadoras del refugio acompañan a las mujeres a formular sus denuncias en esas instancias. Los refugios también suelen establecer convenios con la Secretaría de Educación Pública para ofrecer a los hijos una escuela alternativa donde el agresor (la mayoría de las veces su padre) no los pueda localizar y secuestrar, conforme a una estrategia muy común para amenazar a la mujer y obligarla a regresar con él. Muchas veces las propias directoras y trabajadoras de estos centros, pertenecen a iniciativas civiles inspiradas en la agenda feminista o son "sobrevivientes" de la violencia, de ahí que al mismo tiempo estén trabajando en propuestas de ley para evitar la violencia intrafamiliar en los estados, con diversos grados de avance. Las mujeres a quienes se admite en los refugios se considera que están en situación de violencia extrema (han sido amenazadas de muerte o han sufrido intentos de homicidio por su pareja). Son

referidas por otras instituciones, centros de salud u otras personas. La Secretaría de Salud, financia por medio de este programa la estancia en los refugios de cualquier mujer que se encuentre en tal situación, independientemente de que cuente o no con seguro social, con la meta de lograr un acuerdo por el que las instituciones de seguridad social que detecten mujeres en situación de violencia extrema puedan cubrir su estancia en los refugios mediante un "seguro por incapacidad". La idea de hacer una red de refugios respondió a la necesidad de "mover anónimamente a las mujeres entre un refugio y otro para que el agresor no las pudiera encontrar" y que cada uno de ellos tuviera los servicios y las condiciones mínimas de operación para proteger la vida de ellas y de sus hijos en el caso de que fueran perseguidas. El objetivo de los refugios, dicen las funcionarias, no es quizás lograr la rehabilitación pero sí "volverlas a la normalidad", es decir, tratar de integrarlas nuevamente a su familia, a sus conocidos, al trabajo, etc., y cuando se trata de mujeres que ya no pueden volver a su estado porque allí se encuentra el agresor y su vida corre peligro, tratar de ofrecerles alternativas de trabajo en algún otro lugar de la República (Entrevista F1).

Este enfoque encontró oposición en dos frentes: por un lado, las instituciones y los grupos conservadores que trabajan en el tema de la violencia con el objetivo de lograr la reconciliación familiar, rechazan la idea de los refugios porque creen que éstos buscan separar a las familias. Por otro lado, las organizaciones y los grupos feministas más "radicales" sostienen que los refugios representan una "huída" del problema que beneficia a los agresores, ya que éstos quedan en posesión de todos los bienes de la mujer mientras ella se encuentra aislada. Inspirados en experiencias de otros países y enfatizando la necesidad de reformas legales, estos grupos argumentan que a quienes hay que encerrar es a los agresores y no a sus víctimas. Esa postura, que se debatió en la legislatura y sin duda influyó en la nueva "Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia", fue promovida por algunas organizaciones civiles de carácter jurídico en México, inspiradas en otros casos, entre los cuales el español es un paradigma. El Programa, por el contrario, con un enfoque de salud pública considera que los refugios son necesarios para "salvar vidas". Una de las funcionarias opinó al respecto que:

...ni siquiera en los países que cuentan con mejores legislaciones se puede prescindir de los refugios, ya que aun en aquellos donde las medidas cautelares duran unas horas, el agresor se presenta en el transcurso de las mismas para asesinar a la mujer

que lo denunció. En México, en cambio, no sólo esas medidas duran 30 días, sino que además reina la impunidad, especialmente entre quienes se sabe son los más violentos con las mujeres: militares, policías de mayor nivel, criminales comunes, personas vinculadas al crimen organizado e incluso políticos (Entrevista F1).

El Programa intervino también en el proceso de revisión de la Norma Oficial para abogar por la modificación del título de la misma, a fin de incluir en ella a la violencia sexual fuera del hogar entre los temas que debe abordar el sector salud.

Un balance provisional

Si bien las funcionarias consideran que el Programa hasta el momento ha sido positivo en muchos aspectos, como suele suceder con experiencias de este tipo, su novedad y complejidad dificultan la evaluación de su "impacto" en comparación con el de políticas alternativas. Comentan, sin embargo, que "una evaluación rigurosa debería poder determinar, por ejemplo, el número anual de muertes de mujeres evitadas gracias a los refugios. Esto, que convencería a quienes asignan los presupuestos, podría hacerse calculando el 80% de todas las mujeres que ingresan a los refugios, que es la cifra que corresponde a las muertes evitadas según lo que reportan estudios de países desarrollados" (Entrevista F1). Sin embargo al mismo tiempo se plantean preguntas más amplias y cruciales, entre ellas si realmente se puede prevenir la violencia, si las campañas de medios de comunicación sirven para cambiar los comportamientos de la gente, y si es posible identificar lo que resulta más eficaz para la prevención y atención del problema.

Ahora bien, la cifra más reciente en el país —de 2007— (SSA/INSP, 2007), que muestra una prevalencia de violencia de pareja de 32%, indicaría que el problema se incrementó de manera nada despreciable (diez puntos porcentuales) en relación con lo reportado por la misma encuesta cuatro años antes. Aparece con esto la duda de si ese incremento se debe a un aumento efectivo de la violencia doméstica, o bien a que las mujeres que contestan las encuestas tienen mayor conciencia de lo que significa ésta y cuáles son sus manifestaciones, y en consecuencia ahora tienden a declararla sin que haya aumentado realmente. La duda se traslada entonces a la eficacia de las políticas: si el problema es mayor a pesar de los esfuerzos emprendidos, estaríamos en presencia de un fracaso de esas políticas cuyas metas explícitas

establecían la disminución de la tasa de prevalencia de la violencia o el aumento del número de mujeres atendidas. Si, en cambio, el problema no es mayor sino que se le ha reconocido mayormente, la evaluación de las políticas debería ser optimista aunque con reservas, ya que es igualmente difícil medir su éxito: la mayor "conciencia" podría ser un efecto de las campañas de difusión en los medios, del compromiso de los profesionales de la salud que han respondido y ayudado a develar los casos, o de otro motivo distinto de éstos; incluso como también se ha planteado, podría haber sesgos en la manera en que se recolectó la información. De la propia naturaleza del problema derivan incertidumbres que es difícil reducir.

Respecto a los prestadores de salud las cosas se volvieron aún más confusas cuatro años más tarde, cuando se realizó una segunda encuesta con el fin de evaluar el impacto de las políticas contra la violencia doméstica. En ella, 85% de los profesionales que respondieron (ya que hubo una tasa de no respuesta de alrededor de 60%) fue declarado "reprobado" en el conocimiento de la Norma Oficial y en el tema de violencia doméstica en general. Sin embargo, cuando se les preguntó por las acciones que habían realizado, la mayor parte de ellos declaró haber seguido los pasos establecidos en la misma y en los manuales de capacitación que la Secretaría distribuyó en todas las unidades de salud, donde la Norma era la cuestión más importante. Esto plantea una paradoja ("no saben qué hay que hacer, pero lo hacen" como dijo, sorprendida, una funcionaria) que probablemente se deba a sesgos en la manera de capturar la información¹⁵ y que habrá que analizar con mayor profundidad. Como sea, tanto en el momento de iniciar esta investigación como en el de redactar el presente texto, la normatividad permanecía ignorada por la gran mayoría de los prestadores de servicios de salud encargados de hacerla operativa. ¿Puede entenderse esto como un fracaso de la política?

Como sostienen Hood, Rothstein y Baldwin (2001), las políticas definidas como de "control de riesgos" suelen estar más fuertemente condicionadas por la influencia de grupos de interés, en segundo lugar por "fallas en el mercado" o "fallas en las leyes" en la supuesta "autorregulación" de la sociedad, y en tercero por reacciones del gobierno a la "opinión pública", que tiene que ver con

15 Se les facilitaron computadoras portátiles en los centros de salud, donde debían llenar de manera anónima un cuestionario de opción múltiple que mostraba las respuestas posibles, por ejemplo: a) curó las lesiones, b) hizo intervención en crisis, c) le explicó sus derechos, d) dio aviso al MP, etcétera.

asuntos o situaciones emergentes que se convierten en tema de cobertura de los medios. Finalmente, cuando estos elementos no explican del todo la orientación de una política, también pueden hacerlo las inercias propias de las instituciones, notablemente la micropolítica de las organizaciones y la cultura y actividad de los funcionarios. En ausencia de un grupo de interés privado y poderoso, puede prevalecer el contenido que deriva de las preferencias de los funcionarios, científicos y profesionales. Estas explicaciones, considera el autor, son complementarias, más que rivales. Hay incluso en un mismo programa elementos que responden a una visión de “riesgo” y que por lo tanto está dominada por tecnócratas y profesionales, y elementos que más bien siguen los patrones convencionales de la actividad de grupos de interés y de la participación democrática.

En nuestro caso podríamos decir que la etapa de recopilación de información y establecimiento de estándares adquirió un cariz tecnocrático, con la contratación de expertos, el levantamiento de encuestas nacionales y la obligatoriedad de registrar y notificar los casos, tanto en las organizaciones públicas como en las civiles que apoya el programa. Pero aquí se buscó, además del conocimiento experto de los académicos y de la literatura internacional, la experiencia de los participantes en movimientos sociales y de los organismos no gubernamentales que ya atendían el problema. En la etapa de establecimiento de metas y promoción de acciones en el personal de salud encontramos una mezcla de elementos jerárquicos con acciones establecidas por la autoridad experta (Norma Oficial, manuales de procedimientos) y al mismo tiempo la apelación a elementos de decisión individual al no hacer estas normas totalmente vinculantes. Aparece así una situación paradójica: se interpela a estos actores en su papel de profesionales capaces y autorizados para detectar, prevenir y atender los casos de violencia, y al mismo tiempo se asume la necesidad de capacitarlos y sensibilizarlos, es decir, se declara la obligatoriedad de los procedimientos necesarios e incluso se habla de sanciones, pero se termina adoptando una política de esfuerzo moderado de “incremento de conciencia”; esto probablemente por la ambigüedad con que se establece el carácter obligatorio de las Normas Oficiales, que fueron fortalecidas como respuesta a las exigencias internacionales del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, pero se superponen y entran en conflicto con otras leyes y normas existentes, lo que diluye su carácter vinculante (Moctezuma, 2006). En cuanto a las acciones concretas, aparecen elementos fatalistas especialmente entre quienes deben poner en práctica esos lineamientos: “no hay mucho que hacer”.

Las propias características del sistema de salud y de sus organizaciones, por lo demás, explican también en parte esa laxitud en la obligación que se impone a los componentes del sistema. Como hemos podido ver, la hibridez entre diversos estilos de políticas puede darse en un mismo programa y en distintos momentos.

Pero lo más común en las políticas regulatorias, sostiene Hood, es que haya una coherencia sistémica o institucional bastante limitada. Es típica la desconexión entre el nivel del establecimiento de estándares y el de la modificación de comportamientos, con una tajante separación de instituciones, profesiones, culturas, valores y prioridades. Este analista de políticas considera que no hay que alarmarse por ello, pues muchas veces incluso puede ser beneficioso. El hecho de que haya superposición de tareas, por ejemplo, hace que ante la falla de una instancia otra pueda cubrirla; también la multiplicidad de tareas en una organización puede ser menos costosa que una unidad especializada, y el hecho de que un programa sea operado por varias unidades implica un mayor aprendizaje que el que deriva de un arreglo uniforme. También es deseable, sostiene, que la parte más coercitiva (forzamiento a cumplir la ley) sea llevada a cabo por una agencia ajena a las que establecen y monitorean los estándares alcanzados. Cualquier sistema geográficamente extendido puede establecer estándares desde el centro, y no está mal que la coerción se ejerza localmente, sin embargo también es básico cierto grado de uniformidad en la aplicación de la ley. Tras el estudio de varias políticas, Hood concluye que el aspecto coercitivo es el más opaco de todos, y podemos constatar lo mismo en el caso que nos convoca.

Respecto a las fuerzas que produjeron la aparición de este programa, podemos identificar las cuatro que menciona Hood: grupos de presión, opinión pública, fallas en la regulación social del problema y preferencias de los expertos y burócratas. Sin embargo el peso relativo de cada uno de estos elementos difiere de lo que según considera este autor predomina en las políticas de “control de riesgos”. Aquí el principal grupo de presión –podríamos identificar con él al movimiento de mujeres y al feminista– pudo ejercer una influencia efectiva en combinación con una reacción del gobierno a las presiones de la opinión pública internacional, y no tanto local, en cuestiones que tienen que ver con los derechos; y las “fallas” en la autorregulación social del problema –quizás en primer lugar el hecho de no verlo como un problema– también se combinan con fallas en la procuración de justicia y en la protección de derechos, lo cual es responsabilidad del Estado. La propia consideración del asunto como una cuestión de prevención de riesgos y de salud es parte de la disputa discursiva sobre la violencia doméstica que analizaremos en el siguiente capítulo.

Capítulo III. Salud pública y perspectiva de género. Una relación incómoda

En este capítulo analizaremos las coincidencias, discrepancias, negociaciones y desplazamientos de sentido de los dos discursos oficiales de esta política de salud contra la violencia de pareja: el que llamaremos “discurso de la salud pública” y el –quizás más explícito– de la “perspectiva de género”. Ninguno de ellos es un discurso monolítico y cerrado –ningún discurso lo es–; por el contrario, como veremos, presentan variantes y deslizamientos que se van produciendo de acuerdo con las coyunturas históricas de las sociedades donde se despliegan, lo cual tiene que ver fundamentalmente con las luchas de poder que los enfrentan y a veces reúnen, obligándolos a modificarse. Tampoco se puede decir que un discurso sirva a los intereses de un actor social o grupo en particular en todo momento, sino que se lo apropian diferentes actores, incluso antagónicos, que lo “usan” para fines distintos. Es el carácter relativamente abierto del discurso lo que permite esta posibilidad. Sin embargo consideramos que es posible identificar y poner nombre a un discurso determinado (por ejemplo el discurso médico o el discurso feminista) por más ambiguo que éste sea, porque existe una especie de “núcleo duro” que lo define, más allá del cual las mutaciones y negociaciones son menos posibles. Ésta es quizás la razón de las aparentes “contradicciones” entre uno y otro discurso cuando se articulan. Son áreas de inconmensurabilidad que pueden permanecer ocultas pero que en última instancia generan “ruidos” en las rutinas institucionales y efectos concretos en la vida de los sujetos.

No desarrollaremos aquí la larga historia de estos dos discursos, que consta de varios siglos. En cambio, trataremos de ubicarlos en el contexto contemporáneo mexicano para comprender sus puntos de articulación, o más bien de rearticulación, ya que ésta tiene también una historia. Trataremos de ver entonces qué variante del discurso feminista y qué versión del discurso de la salud pública son los ingredientes principales de esta nueva receta.

La “nueva salud pública”

Como vimos en el capítulo anterior y según las palabras de una de las funcionarias entrevistadas, “no cualquier secretario de salud” habría tomado la decisión de desarrollar esta política, que desde el punto de vista de los derechos podemos catalogar como “progresista”. Este acierto pareció deberse a las características “personales” del secretario elegido que lo hicieron un “buen candidato” a los ojos del presidente, quien necesitaba mostrar que su gobierno sería “incluyente”. Si bien esas características personales pueden verse como datos biográficos –su cercanía a mujeres feministas, su larga experiencia en organismos internacionales de salud, etc., son al mismo tiempo “posiciones de sujeto” posibles de identificar en sus discursos. En efecto, algunos medios de comunicación destacaron varias de las cualidades del secretario de Salud: su *vocación médica* (“desde niño quería ser un doctor famoso”, “su padre era un pediatra abnegado”, “soñaba con ser secretario de Salud” etc.), su *sensibilidad social* (“de joven dudaba entre seguir antropología social o medicina, pero al pasar un tiempo en Chiapas, donde convivió con la pobreza, decidió que *para cambiar la sociedad* tenía que optar por la medicina”), el carácter *plural* de su *familia*: se relata con admiración la historia de su abuela, mujer valiente que huyó del holocausto y se convirtió en escritora en el país que la acogió, donde formó una familia mixta (Valadés, 2006), entre otras cualidades “humanas”. También –y esto se decía menos en la prensa que en el campo académico– era un candidato cercano a las políticas del Banco Mundial, organismo que dio los lineamientos principales de las políticas impuestas por el ajuste estructural de la década de los años ochenta.

Y es que los discursos y las políticas sociales, como todo, tienen historia. En el caso de la salud pública vemos que si bien la medicina estatal había desempeñado un papel de creciente importancia desde el cardenismo (1935-1945) hasta la década de los años setenta, cubriendo tanto a la población asalariada como a la no asalariada conforme al principio de la universalidad, el modelo de atención pública que la acompañó comenzó a cambiar desde la crisis de la deuda de principios de los años ochenta, con la búsqueda de mayor racionalización primero y luego con la profundización de las llamadas “reformas en salud” de los años noventa. Estas reformas se orientaron a completar la descentralización de la Secretaría de Salud –en un proceso criticado por no ser participativo–, a reducir el monto total destinado a salud, a disminuir la capacidad de resolución, y a generalizar el pago directo de la población, entre otros aspectos:

...se continúa la búsqueda de alternativas orientadas a separar el financiamiento de la provisión de servicios públicos y sociales, desarrollar las competencias de nuevos proveedores privados que puedan optar por recursos públicos y sociales, incrementar la contribución de las familias al pago de la atención de la salud y fortalecer una interpretación de los eventos sociales de la salud basados en la autorresponsabilidad (el enfoque de riesgo y los estilos de vida) (Tetelboin, Granados, Tournier y Tavernier, 2005).

Si los principios éticos que guiaron el modelo del bienestar se plantearon como objetivo la *universalidad* y la *equidad*, el Programa de Reformas al Sector Salud (1995-2000) al tiempo que usa esas mismas palabras, “pone a la salud como una condición para mantener el capital humano y habla del costo económico que representa el gasto en salud, los criterios costo-eficientes son fundamento para privilegiar la medicina preventiva por sobre la curativa y para delegar en las personas y comunidades la solución de sus necesidades” (Guevara, 2002). Los lineamientos básicos de estas reformas son: incrementar la calidad de los servicios mediante la elección del usuario; ampliar la cobertura incorporando a los sectores informales pero con capacidad para cotizar; descentralizar, fomentar la participación municipal y extender la cobertura por medio de un “paquete básico de servicios esenciales” (término acuñado por primera vez por el Banco Mundial) para superar la pobreza.

Todas estas reformas habían sido recomendadas por el propio Frenk desde hacía dos décadas, en tanto que miembro activo de un grupo poderoso dentro de lo que podríamos llamar la “red de políticas de salud” en México.¹ El fundador de este grupo, el doctor Soberón, era un bioquímico que provenía de la investigación básica, fue rector de la UNAM –llamado “mano de hierro” por los sindicatos y estudiantes– y como secretario de salud del gobierno de Miguel de la Madrid (1982-1988) fue el principal impulsor de la llamada “reforma estructural” (Abrantes y Almeida, 2002). Como parte de las reformas, desde esa administración ocuparon puestos importantes en el sector nuevos técnicos con un discurso racionalizador que desplazaron la antigua retórica revolucionaria, pero dentro de una aparente neutralidad. Como comentan Abrantes y Almeida, en 1984 se creó un Centro de Investigación en Salud Pública para asesorar a este secretario en la toma de

¹ Llamado Grupo Funsalud por la institución que los reúne.

decisiones “a través de la producción no sesgada y *libre de presión política*” (SSA, 1987, citado por Abrantes y Almeida, 2002). El propósito de este centro, dirigido por Frenk, era crear “una nueva salud pública” con la intención de “dar a conocer las necesidades de la población y solucionar la demanda a modo de establecer un equilibrio entre esas necesidades y los recursos, definidos por ellos mismos como escasos”. Esto no ha cambiado, aunque aparece ahora sin alusión política alguna en el ideal de la “toma de decisiones basadas en la evidencia”. El objetivo de la Nueva Salud Pública, en palabras de su mentor, era “producir información, nuevos indicadores y prácticas de gerencia dirigidas a fortalecer la capacidad de gestión de los sistemas de salud, y orientar la toma de decisiones, interponiendo estas informaciones entre el médico y su práctica, y entre el servicio y la sociedad” (Frenk, 1994, citado por las autoras). El calificativo de “nueva” buscaba definir el objeto de intervención de esta disciplina (la dimensión *poblacional* de la enfermedad), por oposición a la *medicina*, que se ocupa del *individuo*, y a la *biomedicina*, que investiga en el interior de la *célula*, y así incluir a la salud pública en el campo de las *ciencias* de la salud. Hasta 1982 el orden médico en México estaba dividido en un sector médico-curativo (las instituciones de salud) y otro que se ocupaba de la salud colectiva (la Escuela de Salud Pública). Ésta tenía una visión de lo público como ámbito del Estado, e incluía a veces otras definiciones en uso, como la de la salud colectiva, focalizada en lo social. Este discurso lo sostenía la llamada corriente de medicina social, un grupo inspirado en los sanitaristas brasileños de izquierda de los años setenta, con presencia en la academia, que tuvo y tiene importancia crítica para la salud pública pero constituye en todo caso un discurso contrahegemónico y subordinado en este campo.

Al definirse la salud pública como *ciencia*, y no como práctica pública relacionada con la salud de la colectividad, la “nueva salud pública” se desplazó al lugar de “inteligencia del modelo técnico-asistencial”. Según Abrantes y Almeida (2002) el papel de la nueva salud pública pasó a ser el de garantizar el acceso a los recursos técnico-científicos generados por investigaciones médicas y biomédicas, que hiciera posible “conocer con precisión las necesidades de salud y su distribución en la población, así como las modalidades idóneas de organización de la atención”. Esta corriente quedó institucionalizada cuando se creó en 1987 el Instituto Nacional de Salud Pública, que desplazó a la antigua Escuela Nacional de Salud Pública y se propuso como objetivo ser la vanguardia de la reforma del sector salud y dar rango académico a la nueva “ciencia” de la salud pública, al

tiempo que diseñaría las alternativas de políticas sectoriales y formaría recursos humanos para la salud. Varios analistas consideran que esta corriente de enorme influencia política dentro del campo de la salud, a pesar de que sostiene un discurso que enfatiza la democratización de los servicios y la participación social, en realidad apunta a una creciente liberalización y privatización de la salud.² La Fundación Mexicana para la Salud,³ impulsada por el mismo grupo, fue creada con el apoyo de un sector selecto del empresariado con el propósito de “garantizar el enlace y la comunicación entre los dirigentes del sector privado y los funcionarios gubernamentales” (Abrantes y Almeida, 2002). Además, al constituirse como una institución civil se proponía garantizar la continuidad de esta nueva corriente más allá de los cambios sexenales que pudieran sufrir las políticas de salud. En efecto, durante el sexenio del presidente Salinas de Gortari (1988-1994), quien con la intención de ganar apoyo popular adoptó políticas sociales para cuya ejecución convocó a sectores de la izquierda, el secretario de Salud no fue el candidato esperado por el grupo que promovía la “nueva salud pública”, sino un médico militar del sector tradicional, miembro de la Academia de Medicina y del Colegio Nacional, con tradición en investigación, que no dio seguimiento a los planes de reforma del gobierno anterior. Sin embargo, la nueva orientación “científica” de la salud pública fue ganando terreno y apoyo tanto de la *élite* médica, aglutinada en la prestigiosa Academia Nacional de Medicina, como del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Al constituirse como un grupo selecto de “especialistas”, este grupo influyó en la propuesta de reformas que impulsó el gobierno de Ernesto Zedillo (1994-1999), y en las reformas a la seguridad social (Nueva Ley del IMSS de 1995), y contribuyó con cuadros para los equipos de gobierno.⁴ En el plan de salud del sexenio durante el cual se creó el programa que estamos analizando se incluía hacer efectiva la función exclusivamente *regulatoria* que se dice debería

2 Entre ellos Tetelboin y sus colaboradores (2004), Abrantes y Almeida (2002), y Guevara (2002).

3 Según Abrantes y Almeida (2002) esta fundación surgió como una institución no corporativa con la participación de cuadros del sector médico, miembros destacados del PRI y del sector empresarial, algunos de ellos con fuertes intereses en el mercado de la salud, la mayoría vinculados al partido en el gobierno de entonces y unos pocos al PAN. Asimismo contó con el apoyo financiero de grandes fundaciones privadas de Estados Unidos.

4 El modelo teórico llamado “Pluralismo Estructurado”, que constituyó el punto de apoyo para las reformas del sistema de salud, fue elaborado mediante la colaboración del Banco Mundial y un grupo de especialistas, entre los que destaca Frenk.

tener la Secretaría de Salud —y esto no ha mostrado tener intención de modificarse en la administración siguiente—. Según el plan, las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) serían dos instituciones más en el mercado de prestación de servicios, y la Secretaría de Salud dejaría de prestarlos, excepto los restringidos a la población en pobreza extrema. Quedaría entonces una importante proporción de la llamada “población abierta” cubierta con el “Seguro Popular” —cuyos servicios prestarían el IMSS y el ISSSTE mediante una cuota—, y otra a la que —para no dejarla en el desamparo absoluto—, se le asignaría el “paquete básico”, una serie de medidas puntuales “de bajo costo y grandes externalidades” conforme recomienda el Banco Mundial, por ejemplo, la información para el cambio de hábitos y la inmunización masiva a la población infantil, medidas “que son de bajo costo y tienen alto impacto en la morbimortalidad” (BM, 1993). Se espera que el paquete básico para pobres, en un futuro próximo, se financie con lo que cada estado logre recaudar. El efecto sería una polarización creciente entre un sector que accede a la salud mediante el sistema estatal o los servicios privados, y un sector cada vez más amplio que sólo tiene derecho a algunas medidas sanitarias.

En lo que podríamos identificar como “estrategias de eufemización” (Bourdieu, 2001), a este modelo se le llama “universal”; la “privatización” se convierte en “participación social”, y la “responsabilización de los individuos por su salud” en “respeto a la autonomía de la gente para decidir sobre su salud” (Plan Nacional de Salud, 2001-2006). Es un discurso basado en un concepto de eficiencia de la acción pública medida por criterios de racionalidad económica, pero que utiliza un lenguaje de derechos y democracia. En México, dadas las características históricas de su sistema de salud y de seguridad social —uno de los más importantes de América Latina, según muchos analistas—, las reformas fueron dándose de manera gradual y con altibajos, pero persistentemente y —quizás por lo mismo— apelando a la “autoridad de la ciencia” para su imposición. El discurso político que se sostiene en este nuevo modelo adopta el lenguaje técnico-científico y emana de un grupo de especialistas muy prestigiosos en el orden médico. Lo que debiera ser entonces un debate político acerca de las necesidades de salud de la población, que conduciría directamente a cuestionar todas las políticas de gobierno, empezando por las económicas y de empleo, termina convirtiéndose en un asunto médico, que el individuo o la familia deben resolver. Una de las funcionarias que entrevistamos expresó malestar con el hecho de que, en su opinión, “Salud tiene que pagar los platos rotos de la desigualdad, y del hecho que el gobierno no garantiza

el bienestar, lo cual es caldo de cultivo de todo tipo de violencias” (Entrevista F2). Si en este enunciado la entrevistada se coloca como parte de “Salud”, en oposición quizás al resto del “gobierno”, en otras ocasiones su malestar se dirige hacia esta visión de la salud, frente a otras posibles. Y es probablemente por la tensión que vive entre dos fuertes posiciones de sujeto —adhesión a una parte del discurso e incluso a la persona del secretario, la más “progresista”, y al mismo tiempo rechazo a otra parte de su discurso—, que esta funcionaria dice preferir “no meterse en la polémica ideológica sobre la responsabilidad del Estado y la de la sociedad civil” (Entrevista F2).

Las nuevas propuestas utilizan el lenguaje de la autonomía y del *empoderamiento* para adoptar medidas que en definitiva apelan al individuo consumidor (los términos “derechohabiente” o “ciudadano” van siendo reemplazados paulatinamente por “cliente” o “usuario”, al estilo retórico del Banco Mundial), a pesar de que se sigan usando conceptos abstractos como universalidad, equidad y derecho a la salud, pero con otros sentidos. Finalmente, sin embargo, es la autoridad médica, y no los individuos, quien determina las necesidades que se habrán de atender mediante la investigación científica y el conocimiento experto. Como manifiestan Abrantes y Almeida, para citarlas una vez más, “la nueva salud pública toma el lugar de los actores sociales, desplazando la respuesta del Estado del ámbito político al técnico” y “haciendo encuestas en lugar de debates abiertos” (Abrantes y Almeida, 2002).

Son interesantes las metáforas que suelen utilizarse para nombrar a estas reformas. Su principal impulsor las llama “El golpe de timón” (Soberón, 2006), frase que evoca varias imágenes: un barco sin rumbo con el que se compara al país, un acto de “violencia controlada” (expresión que usó un médico entrevistado para definir una intervención quirúrgica) con el fin de devolverlo a su rumbo y, aunque “invisible”, la mano que da el golpe: un mando autorizado para hacerlo, en virtud de que su gesto implica un acto de salvación. Al hacer un recuento de las políticas de salud en México, este actor político enumera diversas acciones, como si formaran parte de un continuo progresivo de actos igualmente heroicos, usando un discurso lleno de metáforas de guerra y nombres ilustres de médicos, con sus respectivas condecoraciones: “el *combate* a la enfermedad”, “*el doctor tal luchó infructuosamente contra el paludismo [...], pero sus estrategias fueron empleadas con éxito años más tarde*”, “ese año *no se registraron muertes*”, “esta enfermedad fue *enérgicamente combatida por..*”, etc. (Soberón, 2006). Pero no sólo las políticas de

salud dirigidas a combatir y erradicar enfermedades son parte de una evolución constante; también lo son las políticas orientadas al propio sistema de salud. La sucesión de los diferentes “Planes nacionales de salud”, independientemente de las coyunturas políticas y económicas que les hayan podido imponer “golpes de timón”, es presentada en forma de una línea de creciente evolución, siempre conforme al supuesto de que “el derecho a la protección de la salud ha sido el eje fundamental que ha guiado las políticas públicas de salud de los últimos veinte años”. De este modo lo narra el autor, a quien conviene citar de forma extensa:

Los planes de desarrollo han *perfeccionado* sus respectivos principios rectores: el plan de Miguel de la Madrid Hurtado defendió el Nacionalismo Revolucionario, la democratización integral, la sociedad igualitaria, la renovación moral, la descentralización, el desarrollo y el empleo, así como la planeación democrática como fundamento de las diversas políticas y programas de gobierno; el plan de Carlos Salinas de Gortari, por su lado, *amparó* la modernización del país, la soberanía, la seguridad y promoción de México en el exterior, la *ampliación* de la vida democrática, la recuperación económica con estabilidad y el mejoramiento productivo del nivel de vida; *igualmente*, Ernesto Zedillo Ponce de León sustentó su plan de trabajo en la protección de la soberanía nacional, la convivencia social, el desarrollo democrático y social y el crecimiento económico; *finalmente*, Vicente Fox Quesada ha planteado como base de su gobierno el *humanismo*, la *equidad* y el *cambio*, que propicien formas de inclusión, sustentabilidad, competitividad y desarrollo regional, con base en el apego a la legalidad, la gobernabilidad democrática, la transparencia y la rendición de cuentas. *Estos principios* han tenido su expresión en las políticas de salud definidas en los respectivos programas sectoriales (cursivas nuestras).

Esta enumeración de términos, no sólo incommensurables por pertenecer a órdenes completamente diversos (el *humanismo*, la *soberanía nacional*, la *descentralización*, la *renovación moral*, el *desarrollo regional*, la *convivencia social*, etc.), sino en muchos casos antagónicos pero presentados en forma de listado y sin conexión lógica unos con otros, busca reforzar una sola idea, dentro de lo que pretende ser un diagnóstico coherente de la realidad y su remedio. Los términos que hemos destacado apuntan a mostrar lo inevitable de un proceso continuo, evolutivo, que tiene un agente impersonal —es un proceso que en todo caso se puede “amparar” pero no iniciar—, y libre de antagonismos: el Nacionalismo Revolucionario poco

tiene que ver con el *cambio* prometido por Fox, pero todo se presenta como si se tratara del mismo desarrollo (“*igualmente*, Ernesto Zedillo...etc.”). Por si quedaran dudas, en las conclusiones de este texto se nos advierte que “si bien todavía falta camino para *consolidar los avances*, el proceso es *irreversible*”. Una de las cosas que destaca —y que es de especial interés para nuestro análisis—, es que “*son claros los logros*, si se considera que se ha pasado de las prácticas de planificación familiar a un enfoque integral de la salud reproductiva y actualmente, a la consideración de *cuestiones de género* en los programas de salud” (Soberón, 2006).

La llamada “perspectiva de género” fue adoptada también por el discurso del Banco Mundial en su insistencia de las últimas décadas por promover la “participación” de la sociedad civil y fortalecer el “capital social”, al advertir el papel que las mujeres de los países periféricos habían desempeñado en sus familias y comunidades para hacer frente a la crisis.⁵ Podemos encontrar ese mismo espíritu en el plan de salud mencionado, que se propuso “vincular la salud con el desarrollo económico y social a través del fortalecimiento de la acción comunitaria a favor de la salud, promover la educación saludable, *suscitar la perspectiva de género* en el sector salud” y también “avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud empezando por *reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario*” (Programa Nacional de Salud, 2001-2006).

No creemos equivocarnos si afirmamos que el giro que *termina adoptando* la atención a la violencia intrafamiliar, con énfasis en la prevención y apelando al saber médico, como veremos, tiene por principal objetivo, como el propio plan establece, “*racionalizar* la atención de las lesiones accidentales e *intencionales*”. Es decir, evitar los riesgos futuros que representa la violencia familiar recurriendo a la mujer quizás como “puerta de entrada” a la familia, del mismo modo en que se insiste en que los servicios médicos son la “puerta de entrada” de las mujeres que sufren violencia, hacia una ruta de resolución. ¿Será la incertidumbre de que exista realmente una “puerta de salida” para las mujeres, lo que alienta a “abrirles una *ventana*” a cambio —como dijo una de las funcionarias al explicar el significado del logotipo que aparece en todas las publicaciones del programa, representando la figura de una ventana—? ¿Podrán las mujeres que sufren violencia salir por ella?

Teresa Incháustegui (2002) observa que existen políticas dirigidas a las mujeres cuyos efectos son emancipadores en términos de género (aumentan sus libertades,

5 Por ejemplo Incháustegui, 2002; Barquet, 2002; Tarrés, 2002.

derechos y autonomía), mientras que otras pueden aliviar sus problemas inmediatos, pero apelan a su "papel histórico" como mujeres y lo refuerzan. Esta autora sostiene que el hecho de que buena parte de las nuevas orientaciones en políticas de "integración de la mujer al desarrollo" se hayan dado a partir de los años ochenta, cuando la crisis financiera, el estancamiento económico y las políticas neoliberales acarrearón un ajuste del gasto social, la caída de los salarios y el incremento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, ha sido decisivo para que la orientación de muchas de esas políticas impulsadas por los organismos internacionales y los gobiernos recurriera nuevamente a la figura de las mujeres como madres y trabajadoras no remuneradas, descargando en el ámbito de las familias buena parte de las responsabilidades que el Estado tuvo que asumir en los años setenta, cuando las políticas del bienestar comenzaron a adoptar el principio de la igualdad entre hombres y mujeres. Así, lo decisivo no es tanto el tema o el contenido de las políticas, sino la manera en que las categorías "mujer" o "familia" entran en ellas. Se las puede considerar agentes activas en la definición de estos temas y en la toma de decisiones, o por el contrario verlas sólo como clientes o beneficiarias de programas previamente diseñados por las agencias gubernamentales. El término *vulnerabilidad*, tan socorrido en los argumentos de las nuevas políticas sociales para referirse a poblaciones de mujeres, niños, ancianos, pobres o indígenas, y que algunos han usado como alternativa al concepto supuestamente más "individualizante" de riesgo, para llamar la atención en cambio sobre las violencias materiales y simbólicas de tipo estructural, permite la posibilidad de ser interpretado también como sinónimo de debilidad, incapacidad o minoría de edad; más aún entre quienes ya forman parte de un orden que se sostiene en esas ideas (en nuestro caso, la *debilidad del paciente*). Es en parte en estas disyuntivas que se debate la puesta en práctica del programa que nos ocupa, disyuntivas que surgen y también se ocultan en los puntos de encuentro entre el discurso de la nueva salud pública que acabamos de esbozar, el orden médico del que ésta es subsidiaria pero de manera conflictiva, y los distintos feminismos que han dado contenido a la palabra género.

Los avatares de la política feminista en México

Como exponíamos en el capítulo anterior, el movimiento de mujeres en México empezó a tener una incidencia política más visible a partir de la década de los

noventa, específicamente a consecuencia de los compromisos internacionales que implicaron las conferencias mundiales de El Cairo y Beijing. Después de El Cairo se creó el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, que introdujo un concepto integral de salud, colocó el bienestar de las mujeres en el centro, y dio un fuerte énfasis a la calidad de la atención. Pero esta visión "humanista", según Elsa Guevara (2002), fue contrarrestada por las políticas de salud que impuso el ajuste estructural. Así, mientras el Programa de Salud Reproductiva se proponía "disminuir las inequidades de género, mejorar la calidad de la atención, ampliar la cobertura de los servicios, propiciar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos e incorporar a los hombres y a los adolescentes", el Programa de Reformas al Sector Salud 1995-2000, como ya explicamos, tendía en cambio a desarrollar el tipo de políticas que refuerzan los papeles tradicionales de las mujeres como trabajadoras no remuneradas y garantes del bienestar familiar.

Según Nancy Fraser (1989) lo que estructura "la política de las necesidades" en las sociedades capitalistas actuales es la interacción polémica de tres tipos de discurso: uno es *oposicional* y surge cuando las necesidades son politizadas "desde abajo", contribuyendo a cristalizar nuevas identidades sociales en los grupos subordinados. Otro es el discurso de la *reprivatización*, que emerge en respuesta al primero, y finalmente está el discurso de los *expertos* que vincula los movimientos sociales con el Estado. Éste puede entenderse mejor en el contexto de la "resolución de problemas sociales", la "construcción institucional" y la "formación de una clase profesional". Todo discurso es dialógico, como postuló Bajtín (1999), y por eso los discursos "reprivatizadores" que menciona Fraser, al ser parte del debate incorporan elementos del discurso de oposición. Un ejemplo que ofrece esta autora es el de los discursos profamilia de la nueva derecha estadounidense, que constituyen una fuerte reacción al feminismo de los años setenta pero hablan del "derecho de las mujeres al placer" o al "apoyo emocional de sus maridos", temas feministas que rearticulan en forma despolitizada. Un segundo eje de conflicto es el que se produce alrededor del contenido de los temas. Un programa de ayuda a las adolescentes embarazadas, por ejemplo, puede tener un contenido moralizante y estigmatizante y dedicar sus esfuerzos a tratar de controlarlas o convertirlas en mejores madres para garantizar el bienestar de sus hijos. Pero cada interpretación, continúa Fraser, conlleva una forma distinta de orientación programática en relación con el financiamiento, el control institucional, el diseño del servicio y la elegibilidad para recibirlo. La lucha por la interpretación apunta al futuro

involucramiento del Estado, y por esta vía abre un tercer eje de conflicto, que es el que se da entre la política y la administración, lo cual enfrenta a los movimientos sociales con los expertos y las agencias del Estado, conectados estrechamente con instituciones de producción y utilización de conocimientos. Varios de estos discursos están asociados a círculos profesionales restringidos, pero los de tipo jurídico y terapéutico alcanzan a un público más numeroso, que muchas veces participa en movimientos sociales. A veces incluso éstos se las arreglan para crear un círculo alternativo de expertos, y el discurso de los expertos, además de adquirir cierta "porosidad", constituye un "puente" que vincula los movimientos sociales con el Estado social. Debido a este papel de puente, el discurso experto tiende a ser administrativo. Consiste en una serie de operaciones de reescritura y traducción de necesidades politizadas en necesidades administrativas. La necesidad se redefine como correlato de una satisfacción burocráticamente administrable, es decir, un servicio social. Se especifica en términos de un estado de cosas ostensiblemente general que puede recaer en principio en cualquier persona (por ejemplo el desempleo, la discapacidad, la pérdida del cónyuge, etc.), y como resultado se descontextualiza y recontextualiza la necesidad: se presenta abstrayendo las especificidades de clase, raza, género y de cualquier contenido oposicional que pudiera haber adquirido en el proceso de politización. Las personas que tienen esas necesidades se vuelven "casos" individuales, en vez de actores colectivos. En virtud de esta retórica administrativa, el discurso de los expertos también tiende a ser despolitizante. En palabras de Fraser, "se rodea de un aura de facticidad que desalienta la discusión". Construye personas que son al mismo tiempo agentes racionales de maximización de utilidad y objetos causalmente condicionados, predecibles y manipulables, apartando aquellos aspectos de la agencia humana que involucran la construcción y deconstrucción de significados sociales. Más aún, estos discursos expertos están institucionalizados en aparatos estatales y tienden a ser "normalizantes" o "reformadores" y más frecuentemente estigmatizantes de la "desviación". Esto se vuelve explícito cuando los servicios incluyen una dimensión terapéutica que busca cerrar la brecha entre las autointerpretaciones "recalcitrantes" de los clientes y las interpretaciones inmersas en las políticas administrativas. Así, el agente maximizador/objeto condicionado se convierte además en un "yo profundo" que debe ser develado terapéuticamente. Son luchas complejas, apunta Fraser, porque los movimientos sociales buscan la atención estatal de sus necesidades aun cuando intenten oponerse a las interpretaciones administrativas y

terapéuticas de las mismas. Por lo general, y como resultado de esos procesos, los grupos subordinados tienden a internalizar ciertas interpretaciones de necesidades que van en su contra. Sin embargo, sostiene la autora, bajo algunas circunstancias difíciles de especificar teóricamente, los procesos de despolitización pueden interrumpirse. La emergencia del discurso de las necesidades, dice, es la otra cara de la creciente permeabilidad de las instituciones domésticas y económicas (la esfera "privada"). Las necesidades politizadas en el capitalismo tardío son entonces para ella necesidades "escurridizas" o "fugitivas" que inicialmente llevan el sello de las instituciones normativas de las que se escaparon y también la carga de que lo doméstico debe estar separado de la economía formal y del espacio público.

El enfoque de Fraser es útil para entender en parte por qué la apertura y adopción del discurso "de género" en las nuevas políticas públicas en México, a la vez que representó una oportunidad para el movimiento feminista, suscitó —y continúa haciéndolo— intensos conflictos en su interior. Fue en buena medida a partir de la creciente adopción de este discurso por el gobierno, que el movimiento de mujeres sufrió una escisión entre el sector de las llamadas feministas "radicales", que desconfiaban de la política por considerarla un ámbito masculino y patriarcal, y las que, siguiendo a Castells (2004), podríamos llamar "feministas pragmáticas". De acuerdo con Marta Lamas (2006) las primeras se identificarían con un momento del feminismo en México caracterizado por la política de la *identidad*, sustentado en un pensamiento cercano al esencialismo, que pretendía hablar en nombre de todas las mujeres, pensamiento al que denomina "mujerismo". Correspondería a lo que llama la "segunda ola del feminismo", que surgió en los años setenta e integraba a mujeres de clase media universitarias y de izquierda. Sus principales demandas eran la maternidad voluntaria, el alto a la violencia sexual y el derecho a la libre opción sexual. Este movimiento se dedicó a impugnar y denunciar las acciones del gobierno y de los partidos, y no a dialogar o construir alianzas políticas. De acuerdo con Lamas, en ausencia de canales formales de comunicación las posturas del movimiento fueron ignoradas o manipuladas por los medios de comunicación, y su actividad fue velada. Por otra parte, ciertas reivindicaciones como el derecho al aborto y al lesbianismo dificultaban la aceptación social del movimiento. Según esta autora, que fue además protagonista de dicha historia, el movimiento feminista no lograba dar un contenido a la noción de "autonomía", que era una de sus palabras clave. La "lucha" era un fin en sí misma y "el ensimismamiento identitario se convirtió a la vez en narcisista y

victimista” (Lamas, 2006). A principios de los años ochenta comenzaron los cambios: algunos sectores se orientaron al modelo de los grupos de presión, poniendo el acento en la igualdad jurídica, otros fundaron ONG y al recibir financiamientos para proyectos de “combate a la pobreza” se aliaron con mujeres de los sectores populares y configuraron la tendencia llamada “feminismo popular”. Otras más crearon redes temáticas, como la Red contra la Violencia a las Mujeres, la Red Campesina y la Red de Educadoras Populares. Hacia finales de los años ochenta se hizo evidente la ruptura, en un principio entre las “radicales” (de clase media y centradas en las reivindicaciones históricas del feminismo) y las “populares” (un movimiento de base más amplia y heterogénea), escisión que más tarde fue convertida en la de “feministas de la utopía” frente a “feministas de lo posible”, y finalmente la de “autónomas” versus “institucionalizadas”.

Un segundo momento del feminismo, según Lamas, es el de la institucionalización gradual de algunas de las formas organizativas del feminismo de cara a una intervención más eficaz en la esfera pública y en la reivindicación de la política como algo que es propio también de las mujeres. Este paso “de la protesta a la propuesta”, como lo llama la autora, se expresó en una creciente profesionalización de la intervención feminista en la vida pública y en el paso de la política de la *identidad* a la política *ciudadana*, lo cual fue favorecido también por el proceso que llevó a la izquierda mexicana a revalorar el papel de la democracia representativa y a cambiar su relación con el Estado. La necesidad de influir en las políticas públicas llevó a una parte importante del movimiento a participar en diferentes instancias de diálogo con el gobierno, e incluso a ocupar cargos públicos. En particular se buscó influir en torno a dos temas: la violencia y el aborto.

Pero no todos los espacios públicos creados para “cuestiones de género” resultaron favorables a las reivindicaciones feministas. Como refiere Lamas, el Instituto de las Mujeres, cuando estuvo en manos de funcionarias conservadoras, no ejerció presión alguna para resolver los asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez, aun cuando la lucha contra la violencia era “la única demanda sobre la cual la derecha no tenía objeción”. Si bien esto es cierto, consideramos que no debemos caer aquí en una forma demasiado general de plantear el problema —por ejemplo “la lucha contra la violencia” de manera indistinta— que en el mejor de los casos puede provocar confusión, y oportunismo en el peor. Si la inoperancia de muchas instancias públicas de reciente creación en el esclarecimiento de los asesinatos de Ciudad Juárez fue un detonante de la decisión que tomaron las legisladoras

feministas de confiar los recursos para eliminar la violencia al “malo conocido” (el sector salud), donde sí tenían aliadas, esto también resultó conveniente para el gobierno en la medida en que podía mostrar un compromiso en “la lucha contra la violencia de género” especialmente frente al exterior, donde el reclamo por los derechos humanos era más fuerte. El destino de estos recursos, sin embargo, era para los programas de prevención y atención de la violencia de pareja en los servicios médicos con el fin de “evitar que escale”. Con todo lo bienvenida y necesaria que pueda ser esta política, no tiene relación alguna con la urgencia de esclarecer y castigar la violencia de tipo mafioso que usó los cuerpos de mujeres jóvenes —pobres y mestizas— como trofeos de caza para marcar territorio entre las bandas delictivas aliadas con los grupos de poder.⁶ Resulta difícil pensar que previniendo la violencia en el hogar se evitará este otro tipo de violencia de género, aunque tengan algo en común, el hecho de que se dirigen contra las mujeres. En otras palabras, si bien el de la “lucha contra todas las formas de violencia” es un discurso inobjetable, articulado con el fin de convencer y llamar la atención pública ante esta necesidad, cuando se presentan formas muy diversas de violencia como elementos de una “escala” del mismo problema se corre el riesgo de confundir y dar lugar, por un lado, a la elaboración de políticas de violencia intrafamiliar ineficaces y hasta contraproducentes —por ejemplo las que confundiendo patrones distintos de violencia doméstica se orientan al reencauzamiento terapéutico individual o “de pareja” de situaciones impermeables a este tipo de intervención— y por otro, a servir como coartada para no afrontar las formas de violencia que al Estado le resulta más difícil controlar.

La violencia doméstica como problema de salud pública y tema feminista

A partir de lo anterior podríamos decir, que los argumentos que justifican el desarrollo de este programa son, para usar una frase de Judith Butler “una convergencia involuntaria y generativa de estructuras discursivas y reglamentadoras” (Butler, 2001). Involuntaria porque más allá de la intención de quienes los sostienen, estos argumentos forman parte de discursos que son producto de luchas de

⁶ Es la hipótesis de Susana Segato (2004) acerca de los feminicidios en Ciudad Juárez.

poder previas, cuyas inercias trascienden a los sujetos singulares que los actualizan y rearticulan. Generativa, porque al enunciarse, estos discursos producen también sujetos y prácticas dirigidas a ellos, en la medida en que los nombran y categorizan de una manera determinada, por ejemplo “víctimas de violencia”, “mujeres maltratadas”, “pacientes”, “familias disfuncionales”, etcétera.

Los discursos que más clara y explícitamente se articulan en esta convergencia —que hemos identificado como la “nueva salud pública” y el “feminismo institucionalizado”—, se han ido construyendo en las luchas internas de dos discursos más amplios, y por lo tanto en diálogo y antagonismo con otras corrientes de esos mismos discursos. La “nueva salud pública” se distingue de la llamada medicina social pero también del salubrismo tradicional, corrientes ambas relacionadas con la salud pública en tanto actividad *política* dedicada a la salud de la *colectividad*. Se distingue de ellas en tanto apela al individuo y de manera preventiva, pero lo hace desde “las necesidades de la población”. También se distingue de la medicina curativa y especializada —dedicada a la enfermedad— y de la biomedicina, dedicada a estudiar los “procesos intracelulares”, como acabamos de ver. A diferencia de éstas, su objeto es la *población*, pero no ya en términos políticos sino técnico-científicos, y al mismo tiempo apela a la responsabilidad individual y comunitaria, desde el modelo del riesgo y los estilos de vida. Al articularse —en el argumento de la “devolución” a la familia y el individuo de la gestión de su salud— con los discursos de la “gobernanza participativa” usa el lenguaje de los derechos, la autonomía del usuario y el *empoderamiento*, lo cual para el caso de las mujeres que sufren violencia se identifica con el discurso feminista, pero choca con el “núcleo duro” del orden médico, que se resiste a aceptar que el problema le concierne. Los argumentos de costo-efectividad que se esgrimen entonces como parte de este discurso para convencer al sector salud de que debe ocuparse del problema pueden aspirar a interpelar con algún éxito a los funcionarios y políticos que asignan presupuestos, pero no del mismo modo a los profesionales de la salud que atienden al público, como veremos más adelante.

En el caso de la vertiente del feminismo —pragmático e “institucionalizado”— que presta sus argumentos a esta política, también encuentra puntos de tensión con otras variantes, en particular con la de un feminismo más “radical” —algunas de cuyas exponentes también participaron en la elaboración y operación de ciertos componentes del programa en calidad de expertas en el tema. Éstas, que forman parte de la sociedad civil convocada a participar según el modelo de la nueva salud

pública y de la gobernanza, y que lo hacen no sin desconfianza hacia ella, se alían con las feministas “institucionalizadas” para oponerse a otras manifestaciones de la sociedad civil: las corrientes conservadoras que buscan defender el papel de la mujer en la familia tradicional. Como advierte Castells, si algo tienen en común los distintos feminismos es la oposición a “la identidad alienada de la mujer tal y como la definen los hombres y se conserva en la familia patriarcal” (Castells, 2004). La lucha contra la violencia hacia las mujeres es también una cuestión que aglutina a todas las corrientes de este movimiento, ya que al tiempo que para algunas es una preocupación inmediata, para otras es una “crítica ideológica al patriarcado en acción”. Para usar categorías de este mismo autor podríamos decir que en la convergencia de discursos que subyace a la política que nos ocupa ha predominado una combinación del feminismo *liberal*, defensor de la autonomía y los derechos de las mujeres —reivindicación que comparte con el feminismo socialista—, y un feminismo *pragmático*, orientado a la supervivencia y dignidad de las que son maltratadas.⁷ Esto último puede enlazarse con el ideal de la medicina de “salvar vidas” y “evitar que las mujeres vengan con la cabeza rota”, como dijeron las funcionarias, pero al seguir una lógica gubernamental administrativa entra en conflicto con las corrientes radicales del feminismo que desconfían del poder en general, y del poder médico en particular, por considerarlos masculinos y patriarcales. No es la primera vez que esto ocurre en México. El movimiento

7 Estas categorías fueron tomadas de Manuel Castells, 2004, quien propone una tipología analítica —no descriptiva— de los movimientos feministas en el mundo. Los tipos que incluye son: 1) el feminismo como extensión del movimiento por los derechos humanos, cuyo núcleo identitario es la defensa de los *derechos de las mujeres* como iguales a los hombres. Este feminismo tiene dos versiones, una *liberal*, que cree que estos derechos se pueden alcanzar dentro de las democracias liberales y no plantea necesariamente una transformación socioeconómica, y otra *socialista*, que afirma que la lucha contra el patriarcado está necesariamente ligada a la superación del capitalismo; 2) el *feminismo cultural*, que se basa en el intento de construir instituciones y espacios alternativos para las mujeres dentro de la sociedad patriarcal, lo que puede inducir la transformación cultural de la sociedad en general. Este tipo de feminismo a veces se asocia con el *feminismo de la diferencia* pero no necesariamente esencialista en cuanto a la identidad femenina; 3) el *feminismo esencialista*, que proclama la diferencia esencial de las mujeres frente a los hombres, arraigada en la biología y en la historia, y la superioridad moral/cultural de la femineidad como modo de vida; 4) el *feminismo lesbiano*, que se declara en contra de las instituciones patriarcales y de la heterosexualidad obligatoria —sin asimilarse a ninguna orientación sexual particular— y a favor de la autonomía respecto del mundo de los hombres; y finalmente 5) el *feminismo práctico*, que hace referencia a la corriente más amplia y profunda de las luchas de las mujeres, incluyendo a quienes son feministas en la práctica aunque no reconozcan la etiqueta. El autor asume que éste es un término polémico, ya que en teoría no podría haber feminismo sin conciencia

eugenésico de la “primera ola del feminismo” en el periodo posrevolucionario aprobó y apoyó las políticas salubristas de la época para el control de las uniones y de la sexualidad con el fin de prevenir la transmisión de enfermedades venéreas y de ese modo garantizar familias sanas y prolíficas, pero sin advertir que esta “emancipación de las mujeres de sus maridos” significaba al mismo tiempo su sometimiento al orden médico, que ahora se sentía autorizado a controlar de un modo más estrecho su cuerpo y su “privacidad” (Minna Stern, 1999). El feminismo, entonces como ahora, converge con la salud pública en determinados temas pero por motivos diferentes. Si en algo coinciden actualmente ambos discursos es en el argumento de que ciertos temas –como las muertes maternas, el control de la reproducción o más recientemente la violencia doméstica– que para las feministas son ante todo cuestiones de derechos, son “problemas de salud pública”. Esto les permite articularse en la definición de los problemas, en la elaboración de soluciones políticas y en la construcción de sujetos y saberes sobre esos sujetos. Pero es justamente aquí donde aparecen las negociaciones y desplazamientos de sentido que al mismo tiempo que permiten a las políticas funcionar, producen tensiones entre los discursos más amplios y los actores que los sostienen.

Argumentos para convencer a los médicos

Los materiales impresos para el personal médico hablan tanto de los derechos garantizados por la Constitución (a la protección de la salud y a la igualdad entre hombres y mujeres) y el derecho a una vida libre de violencia, como de los riesgos, daños a la salud y costos al sistema de salud que este problema ocasiona. Explican con ilustraciones de estilo de caricatura la diferencia entre el sexo (biológico) y el género (cultural y relacionado con el poder entre los sexos) y argumentan que sin comprender esta distinción no se puede interpretar el concepto de violencia familiar.

feminista; sin embargo desea incluir a las múltiples luchas y organizaciones de mujeres, sobre todo en el mundo en vías de desarrollo, que sin oponerse de forma explícita al patriarcado y la dominación masculina consideran que la transformación de su vida cotidiana pasa por su intervención en la esfera pública. Los movimientos populares de mujeres podrían entrar en esta categoría, así como las organizaciones que tratan de mejorar las condiciones de vida de las mujeres mediante servicios concretos, entre los que se incluye la atención a quienes sufren violencia.

Así, en ausencia de un “enfoque de género” y apelando a la supuesta hegemonía del discurso tradicional sobre la familia entre los lectores de ese material, aceptan que “el concepto de violencia familiar resulta tan difícil de interpretar como el de ‘guerra pacífica’” (SSA, 2002). A pesar de esto, a continuación hablan del carácter naturalizado, invisible y desapercibido de la violencia en el interior de la familia debido a su *frecuencia*, e incluyen a los lectores como parte de quienes probablemente se encuentren en esa situación. Por una parte asumen que en los profesionales de la medicina hay falta de “preparación” (“sin esta preparación –en el enfoque de género– dicen, no podemos entender el concepto de violencia familiar”) y por otra suponen que les resulta imposible ver como violentos algunos actos que ellos mismos seguramente viven, pero que como se han vuelto costumbre no los perciben. Esto, aseguran, es parte de los patrones culturales mexicanos que se aprenden en la niñez y que luego se repiten. Por si hay dudas aclaran que estos patrones culturales están presentes en todos los estratos económicos y grupos sociales, y apelan al conocimiento científico para demostrar que sujetos iguales a ellos –prestadores de servicios de salud– que viven en otras partes del mundo también consideran la violencia como natural, y por eso no la perciben. En seguida se les anuncia que para ayudar a sus pacientes que viven en violencia existe la Norma Oficial Mexicana y se les instruye sobre todos los tipos de violencia que existen aunque son imperceptibles, *apelando a su conocimiento médico para detectarlos*.

En un documento complementario, donde aparece la Norma comentada para los médicos, se advierte que “en nuestro país no se conoce de modo preciso la magnitud y repercusiones de este problema” (fue escrito antes de la publicación de las encuestas) pero que “existe un alto riesgo de perpetuación de *conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad*” (SSA, 2003). ¿Es algo cultural, como se dijo antes? Si es así ¿por qué aparecen ahora todos estos riesgos? Consideramos que estos argumentos, presentados juntos, interpelan a los profesionales de la salud desde posiciones de sujeto diferentes y para ellos antagónicas: como miembros de la “cultura mexicana” se les sugiere que ellos también pueden ser parte de un problema que, como vimos, es un “mal” que puede empezar por acciones imperceptibles como gritar, insultar, etc. y degenerar en situaciones como la violencia social, la improductividad o la desintegración familiar. Los médicos suelen asociar estos elementos, vistos como patología, con otros sectores sociales, como veremos más adelante, pero ante todo con el lugar del *paciente*, lugar con el que difícilmente pueden identificarse, y menos aún cuando al mismo

tiempo se les exige que ocupen el lugar de médico ante este problema, al apelar a su conocimiento y saber (el ojo clínico, el diagnóstico) para detectar signos y descubrir lo que *la* paciente no puede o no quiere decir. Analizaremos esto con mayor detalle en los capítulos que siguen.

Tres tipos de argumentos se utilizan para convencer a los profesionales de la salud de atender el problema de la violencia intrafamiliar contra las mujeres: el primero enfatiza los *daños a la salud* física y mental de quienes la padecen y el *riesgo de muerte* si la violencia no se detiene “a tiempo”; el segundo se refiere a los *costos económicos* relacionados con esos daños, tanto en “años de vida saludable perdidos” –usando la terminología del Banco Mundial (como apunta Guevara, 2002)– y horas de trabajo perdidas, que representan un costo para los empleadores, y para el sistema de salud en términos de gastos de internación y de atención médica; el tercero apunta a un problema “sistémico”, y conviene citar textualmente la manera en que se presenta: el sistema judicial, primer convocado a *controlar* la violencia intrafamiliar, “*por su propia naturaleza* ha restringido a la *sanción* el abordaje de la violencia familiar. Posteriormente, *se ha hecho evidente* la necesidad de la participación activa del sector salud *ya que se trata de un problema grave de salud pública. Además*, para las mujeres, *el espacio de los servicios de salud les es más familiar que el de los ministerios públicos* y otros del sector judicial” (cursivas nuestras) (SSA, 2002).

No resulta tan evidente, a partir de esta redacción, por qué le correspondería “naturalmente” al sector salud *controlar el problema*. En primer lugar, porque se habla de un solo problema (la violencia) y no de los delitos sancionables por el sistema penal que pertenecen a este rubro, en contraste con los aspectos del mismo que constituirían un problema médico. Más allá de atender las lesiones y trastornos visibles, los profesionales pueden sentirse interpelados por la urgencia de “salvar vidas” y prevenir muertes, si quedara más clara para ellos la cadena causal que va desde la “obesidad”, el “insomnio” o el “tabaquismo” de una paciente (se las nombra como posibles consecuencias de la violencia intrafamiliar) y el suicidio u homicidio a los que pueden conducir, que en rigor son categorías penales. Sólo se afirma –de manera tautológica– que es un problema de salud porque *se hizo evidente que es un problema de salud pública*. Y aquí los argumentos más fuertes son los que alertan sobre los costos hospitalarios de las lesiones más graves, lo que quizás no sea responsabilidad directa de los médicos y enfermeros sino de los directivos del sector. La última frase que hemos citado parece corroborar esta

ambigüedad, ya que reconoce que la participación de los profesionales de salud es “ideal” porque se encuentran en un espacio “más *familiar* para las mujeres, que los ministerios públicos”. Por el momento dejaremos de lado la cuestión de si este espacio *familiar* también implica *violencia* para las mujeres maltratadas (¿o sería una *violencia más familiar?*).

Lo que nos interesa destacar es que el carácter –quizás inevitablemente– ambiguo de la formulación del problema, que se ve reflejado en estas “directrices”, vuelve borrosos los límites entre prevenir, curar y castigar, y eso lo convierte en una especie de terreno de nadie, por más que se recuerde la obligatoriedad de esas mismas directrices. Es así como después de los argumentos “persuasivos” se dicta que la Norma Oficial es obligatoria. En un documento complementario, también dirigido a los médicos para dar a conocer esta misma norma se advierte que su no cumplimiento puede acarrear sanciones que incluyen desde multas hasta arresto por 36 horas y revocación del registro, estableciendo que la vigilancia de su aplicación está a cargo de la Secretaría de Salud y de los gobiernos de los estados.

Quizás por esto último finalmente se vuelva a admitir que la Norma es en realidad una *guía* para los profesionales y el primer esfuerzo en el camino de “incorporar la perspectiva de género en el sector salud”, también el aporte de este programa al Plan Nacional de Salud 2001-2002 en su meta de “vincular la salud con el desarrollo económico del país” (SSA, 2002). Esta mezcla de argumentos es significativa. La última frase, que presenta una elipsis entre los tres términos que enuncia y no explica el vínculo que hay entre ellos (la perspectiva de género, la salud y el desarrollo económico, en lugar de, por ejemplo, el avance de los derechos de las mujeres) no parece tratar de convencer a los profesionales y directivos de las unidades de salud de la importancia de este programa, sino tal vez resaltar la jerarquía de quien manda cumplir estas normas. El lugar de la enunciación es aquí la autoridad que le confiere al plan su carácter nacional y de estado, lo cual, si bien está animado por la nueva corriente de la salud pública y enmarcado en un nuevo esquema donde el sector tiene un papel regulador, evoca discursos de las épocas en que el Estado controlaba verticalmente todas las políticas sociales.

En una lógica global, entonces, el argumento que parece más creíble de todos los que se enumeran en estos documentos es el de la reducción de costos, la racionalización de la atención sanitaria y la prevención de la violencia, frente al hecho de que el sistema jurídico carece de habilidades para “controlar” el problema más allá de la sanción, asumiendo veladamente la incertidumbre de que esta sanción

realmente exista. La vinculación con el sistema jurídico es precaria y azarosa. La Norma Oficial obliga a notificar al Ministerio Público por medio de un formato de registro de violencia intrafamiliar y sólo denunciar los casos en que la víctima sea menor de edad. Con esto, desde el discurso oficial, “se busca empezar a establecer vínculos entre el sector salud y el sector justicia”. Sin embargo, al insistir en la “detección temprana” y la terapia parece darse por sentado que la justicia no funciona como agente de disuasión de la conducta delictiva, o en todo caso no es suficiente por sí sola para prevenirla. Por eso se apela a los profesionales de la salud, pero no tanto –y ésta es parte de nuestra hipótesis– en su función médica, sino en una misión pedagógica.

Esto resulta llamativo si consideramos que no se ha hecho el mismo esfuerzo en el sector de la educación, ni en el de la opinión pública. Una de las expertas de la sociedad civil en el tema –feminista y participante de los grupos que dialogaron con el gobierno– concluye elocuentemente al hacer un balance de lo que se avanzó desde los años noventa que:

...el ámbito de procuración de justicia es *el último* en el que se puede intervenir, porque aun cuando existan leyes (que requieren también de largos procesos de cabildeo), el problema está en las percepciones y manejo de casos por parte de fiscales, defensores de oficio, jueces etc. que *deslegitiman* [sic] los hechos violentos y los ven como privados. Para que esto cambie, se tiene que cambiar el sistema de justicia y esto sólo se logrará cuando se democratice más el sistema político mexicano (Saucedo, 2002).

Es por eso, comenta, que en el ámbito de la atención (que identifica con el trabajo de las ONG) se consideró prioritaria la necesidad de “atención *emocional* para ayudar a las mujeres a *solucionar su problemática de violencia*”. Si bien agrega que esto debe complementarse con apoyo legal y médico, para esta autora “la transformación de la mujer se convirtió en la clave para la desarticulación de la violencia, ante la inoperancia del ámbito legal y la misoginia imperante allí”. Para esta transformación se requiere que la mujer reconozca que es un “sujeto de derechos” y que la violencia es un problema *social* y no individual. No obstante, en este modelo las mujeres deben darse cuenta de que la clave para salir del problema –siguiendo a la misma autora–, es *su* “actitud, comportamiento y utilización de servicios”. Mediante el apoyo emocional (reflexiones grupales o individuales) se busca que ellas investiguen las relaciones de dominación en la pareja y en la

familia, en la medida en que “no existiendo un poder absoluto en manos del Estado” –idea que toma de Foucault–, quienes impiden que la mujer salga de la violencia son *personas* (de la *familia* y de los *servicios de salud*), “por lo que podríamos suponer que la intención de la mujer de protegerse de un hecho violento se vería reforzada *si existiera como complemento un profesional de la salud que por medio de la validación y el reconocimiento de su demanda, aportara elementos de apoderamiento para ésta*” (Saucedo, 2002).

Este enfoque apela al potencial emancipador de la díada formada por una mujer consciente de sus derechos y un profesional de la salud receptivo de su demanda. ¿Por qué los profesionales de la salud serían más capaces que los de la justicia para reconocer los derechos y demandas de las mujeres? ¿Qué sucede cuando, en el mejor de los casos, a través de los profesionales de la salud mental se envía a las mujeres a reclamar derechos no como individuos sino, para usar palabras de Fraser (1989) “como miembros de familias defectuosas”? ¿es este “regreso” a los médicos una constatación de que el Estado no es “absoluto”, o más bien de que el Estado es impotente para garantizar la justicia? Regresaremos a este punto más adelante.

El problema de la definición del problema

Una gran limitación de origen para asignar responsabilidades, como exponíamos al principio, es la dificultad para definir el problema, más allá de insistir en que se trata de una manifestación de la dominación de género –lo que en términos generales nadie niega–. Las funcionarias reconocen que “es un tema sobre el que se sabe muy poco”. Tanto en la academia internacional como entre los movimientos sociales que se interesan por este tema la controversia es grande y variada y eso ocurre también en México. Hay enormes diferencias en cuanto a cómo abordar el problema, e incluso respecto a la definición misma del problema. Sin contar a quienes no lo ven como tal –por ejemplo varios de los directivos de hospitales que entrevistamos, que sugerían que las mujeres “exageran” o incluso “se lo merecen”–, predomina la idea de que el problema se genera en “familias disfuncionales”, lo cual no concuerda fácilmente con el argumento de que los “patrones culturales” naturalizan la violencia y *todos* la podemos estar viviendo de manera “desapercibida”, como se lee en los textos que se prepararon para los médicos.

Si la confusión empieza ahí, es lógico que también exista controversia acerca de qué sector debe ocuparse del asunto —si es que debe ocuparse—, ya que algunos todavía piensan, como recordó una funcionaria, que “el sector salud lo único que tiene que hacer es poner la curita o el yeso a la mujer que llega golpeada, porque el problema es de justicia”. Detrás de estos deslindes, sostiene, subyace una “reacción generalizada ante el feminismo y ante el hecho de que las mujeres están tratando de defender a las mujeres” (Entrevista F2). Tal supuesto resulta muy verosímil si observamos que en el espacio público mexicano es posible expresar con total tranquilidad, como lo hizo recientemente un diputado federal al referirse a la Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, que “está un poco excedida” porque “cuando una ley se vuelve *sobreprotectora* de un sector de la sociedad, lo echa a perder”.⁸ En este contexto, las funcionarias del programa aceptan que la definición misma del problema es un problema. Y aquí no sólo se trata de defender su carácter público frente a posiciones misóginas y conservadoras como la citada, sino de establecer sus límites con la intención de darle un tratamiento más eficaz. Este asunto se planteó desde la discusión metodológica sobre los indicadores a utilizar en los estudios que se llevaron a cabo para establecer un “diagnóstico”. Como sostuvo con acierto una de las funcionarias:

...sabemos que en la vida real una cierta dosis de violencia se da en 90% de las parejas y de las situaciones en el trabajo, etc., y que todos en un momento dado gritamos, nos insultamos, dejamos de hablarle al otro o lo “castigamos” no dándole algo; finalmente es un mecanismo inherente al ser humano, la reacción violenta es muchas veces de sobrevivencia y con mucha facilidad se nos presenta a todos, en distinta medida (Entrevista F2).

Las preguntas entonces son: ¿cuándo estamos realmente ante una situación que requiere de una intervención?, en primer lugar, y en segundo ¿qué tipo de intervención requiere?

Estas preguntas siguen sin una respuesta clara. Por ello el programa se propuso desarrollar un modelo complejo, al estilo del que se adoptó en otros países, que no sólo pretenda modificar la legislación sino también crear alternativas en

8 “Leyes actuales sobreprotegen al sexo femenino: diputado federal”, artículo escrito por Zayra Velásquez y publicado en el periódico *Correo* en Irapuato el 13 de mayo de 2007.

función de la complejidad misma del asunto. Así, una de las funcionarias plantea que puede haber múltiples soluciones que dependerán del grado de violencia, del tipo de violencia, de la situación particular de la mujer y la de la familia, etc:

...para algunas mujeres cuya vida está en peligro la opción será refugiarse, para otras, recurrir a la atención médica, para otras buscar un acompañamiento legal para tratar de separar al agresor de la familia, y en el caso de los agresores, los que realmente tengan una disposición a reconocer que tienen un problema que no pueden controlar y que quieren controlar, acudir a grupos de ayuda para hombres violentos y tener [lenguaje médico al fin] un “gran margen de mejoría” o incluso la “remisión total”, mientras que otros no los tendrán.

Esta mayor complejidad, sin embargo, se ve nuevamente reducida cuando se recurre al argumento de la “escalada de violencia”. Se sigue sosteniendo que la violencia “va desde expresiones mínimas que todos vivimos en un menor o menor [sic] grado alguna vez en la vida, hasta el feminicidio, y en medio hay un millón de grados distintos, de tipos distintos, de circunstancias distintas en las que la violencia se da” (Entrevista F2). Para un problema tan complejo y diverso, remata la funcionaria en lo que pareciera ser un *lapsus*, no puede haber *una solución* (queriendo decir “una sola”). Esto queda más claro cuando agrega que, en su opinión “no se puede erradicar la violencia, ni el sector salud va a poder incidir en nada en lo que está generando esa violencia, que es la inequidad y el hecho de que el gobierno se responsabiliza cada vez menos por el bienestar de la población; éstos son los verdaderos ingredientes que están haciendo que la violencia se esté convirtiendo en el problema que es actualmente”. Sin embargo considera que el sector salud es un actor clave para *prevenir hasta cierto punto*, mediante acciones para “detectar a tiempo” antes de que el nivel de violencia “escale a otros grados”. Hay también, comenta, una sobremortalidad enorme por violencia entre los varones, cada vez más violencia callejera entre grupos, guerras, etc., es decir, “la violencia está escalando de una manera brutal en todo sentido, y si bien esto no se origina en el sector salud, los ‘platos rotos’ le cuestan carísimos en términos de ‘carga de enfermedad’, ‘años de vida perdidos’, etc., de modo que debe ‘entrarle al toro por los cuernos’ y en primer lugar convencer del problema al propio gremio médico”.

Parece haber una confusión aún irresuelta —en este programa y en casi todo el mundo— entre la idea de “tipos” y la de “grados” de violencia. Dentro de la

tipología de la violencia, independientemente de su grado de intensidad o frecuencia, se debería poder distinguir entre las formas que, como decía la funcionaria, son “inherentes al ser humano y ocurren alguna vez en la vida de todos” y las que —éstas sí relacionadas con la dominación de género— son manifestaciones de lo que Judith Butler llama *violencia fóbica contra los cuerpos* y que es común a la homofobia, el racismo y el sexismo (Butler, 2006). Los expertos de la sociedad civil no escapan a tales confusiones. Mientras que dentro del movimiento de mujeres un grupo coincide plenamente con los argumentos del programa —incluso le ha provisto muchos de ellos—, otro, en cambio, sostiene que conviene castigar con penas cada vez mayores a los hombres violentos (cárcel, distanciamiento de la familia) porque considera que éstos “no tienen remedio”, argumento que apoya con datos de otros países, cuyas experiencias muestran que las políticas públicas han tratado de hacer algo con los varones violentos mediante terapias de rehabilitación y han fracasado. Este mismo grupo de feministas alega que no se deben desviar recursos hacia programas para hombres, que finalmente no servirán de nada y podrían tener mejor destino en iniciativas para ayudar a las mujeres, y menos debe hacerse cuando los recursos son escasos. Quienes desde este sector se oponen también a los refugios argumentan que éstos se centran sólo en un tipo de violencia, la física, mientras que hay otros tipos mucho más frecuentes que a *la larga afectan tanto o más* a las mujeres. Incluso dentro del grupo que trabaja en refugios hay una fuerte división entre quienes sostienen que los deben manejar organizaciones no gubernamentales y quienes ven como obligación del gobierno atender a las mujeres y ofrecerles refugios financiados y operados por él.

El fruto del matrimonio entre la nueva salud pública y la perspectiva de género

¿Qué sujeto femenino construyen estos discursos sobre la violencia al articularse entre ellos? Por una parte hay un discurso “victimista” dentro del feminismo, que como ya mencionamos se intenta superar, y que quizás involuntariamente se reactualiza cuando se insiste en que “hay que encerrar a los hombres para proteger a las mujeres, porque éstas tienen miedo de denunciar, no conocen sus derechos, no hay quien las pueda acompañar desde el punto de vista legal, etc.”. Esto puede ser verdad en lo que atañe a la falta de redes institucionales de apoyo

para las mujeres, pero las muestra como seres indefensos, temerosos e ignorantes, imagen que, con otra intención, coincide con muchas de las que se ha formado el personal de salud sobre las pacientes, como veremos en los capítulos que siguen. El programa, según manifiestan sus funcionarias, dice tener en cambio una visión *integral* de la mujer, pero asocia esa visión con la idea de que ella “no sólo es mente y cuerpo sino también “inconsciente”, lo que explica que “una mujer que se mete en una relación violenta, en general viene de una familia violenta” (Entrevista F2). Además, supone que normalmente *esta mujer* está en una relación de desventaja desde el punto de vista económico y social al depender de su pareja con hijos que atender. Al combinarse la repetición inconsciente de patrones aprendidos en la familia y la desventaja social, las mujeres carecen de redes de apoyo y, peor aún, están inmersas en un entorno que reproduce los argumentos que les permiten “soportar” e incluso “comprender” la violencia, como: “así ha sido siempre o así tiene que ser... y eso es lo que nos toca”. Se alude así a una combinación de factores intrapsíquicos, de interacción con la pareja, familiares, de redes sociales, culturales e institucionales que explicarían la violencia sufrida, asumida o tolerada. Entonces ¿dónde se encuentra la principal barrera para salir de esto?, ¿en la mente de las mujeres (por la identificación emocional con el lugar que el sistema patriarcal les asigna) como sostienen muchas feministas?, o más bien ¿en un cambio en las condiciones sociales, políticas y económicas? Las soluciones propuestas pueden ser muy diversas según la respuesta que se dé a esta pregunta. Pueden, en última instancia ser individualizantes y privadas o colectivas y políticas.

La cuestión remite a una vieja discusión dentro de la sociología que no reproduciremos aquí, pero que se relaciona con la definición del sujeto moderno: ¿es un agente racional, reflexivo o condicionado? Y relacionado con esto, ¿qué posibilidades tiene de “agencia” o acción? La idea de *habitus* de Bourdieu, que para muchos significó una solución a este problema, encierra según algunas autoras feministas una contradicción: “es un modelo de cuerpos dóciles, a la Foucault y al mismo tiempo de un yo estratégico, acumulativo, que intercambia valor y se proyecta al futuro. El *habitus* resulta ser así una tecnología de acumulación estratégica y de juego, que opera según la lógica de la práctica, de manera adaptativa y adquirida desde la infancia” (Skeggs, 2004). En el caso del género, se trata según Bourdieu de “un *habitus* sexuado, la naturalización de algo arbitrario que se sostiene en la ‘violencia simbólica’, es decir aquella violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través

de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento, o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento, o, en último término, del *sentimiento* (Bourdieu, 2000a), una dominación que se ejerce en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado, cuya mayor eficacia simbólica es una característica corporal absolutamente arbitraria e imprevisible, como el color de la piel, y en este caso, el sexo. Según Skeggs, las fuerzas objetivas obligan al habitus a un juego estratégico, pero este concepto no puede dar cuenta de lo que sucede cuando no se puede entrar al juego o al campo, por ejemplo cuando las mujeres no pueden reclamar derechos en el sistema jurídico porque no están autorizadas para hacerlo, o como dice esta autora, “su posición no está legitimada en el orden simbólico”.

Esta disyuntiva sobre el sujeto femenino explica en parte por qué las feministas han tenido tantos problemas para definir el contenido del término “autonomía” y para articular políticamente sus demandas, como hemos visto al comentar el caso de México. Una opción es apelar a la identidad ciudadana, a los derechos y a la igualdad con el hombre, según el postulado central del feminismo llamado “de la igualdad”. Otra posible, es reivindicar las “necesidades propias de las mujeres”, más de acuerdo con el feminismo “de la diferencia”, algunas de cuyas variantes más elaboradas proponen que las mujeres, en lugar de buscar igualarse a los hombres en arenas o campos con lógicas definidas por ellos y vedadas de antemano, politicen lo que es distintivo de su experiencia, especialmente la maternidad. Algunas feministas enroladas en esta corriente se basan en los influyentes postulados de Carol Gilligan, según los cuales las mujeres tendrían incluso una ética –sustentada en el cuidado de los otros– muy diferente a la de los hombres, orientada al cumplimiento de reglas racionales y abstractas (Gilligan, 1982). Pero reivindicar las “necesidades propias de las mujeres” con base en estos supuestos también resulta problemático, en tanto no hay una manera de determinar esas necesidades sin caer en el esencialismo o en la arbitrariedad. Según Berlant (2000), recientemente se ha desplegado entre los juristas estadounidenses, una propuesta liberal radical que ve al sufrimiento como algo más elocuente y superior al derecho. Para esta autora el ciudadano modal imaginado ya no es un sujeto complejo con derechos, necesidades, obligaciones recíprocas respecto del Estado y la sociedad, intereses en conflicto, perspectivas de felicidad más allá de lo jurídico, sino *un efecto del trauma, que requiere protección y reparación política*. Si bien esto se agudizó durante la reacción conservadora de los años ochenta en Estados Unidos

ante las demandas de los movimientos sociales de las décadas anteriores, sostiene la autora, el feminismo de ese país contribuyó al “poder neutralizador” de la ética del sentimiento y de la empatía con los otros dominados, al postular un sujeto al que se define no como alguien que piensa o trabaja, sino *alguien que ha sufrido la violencia de manera íntima*, operando con ello una extensión de la feminidad tradicional de identificación de las mujeres con el sufrimiento en nombre de la virtud de la familia, al discurso de los derechos en las esferas públicas nacionales e internacionales. Esto facilitó, explica, el consenso político que sitúa las “narrativas de trauma” en un alto terreno ético por encima de intereses políticos y discusiones sobre la equidad.

Algunas feministas sostienen que es preciso orientarse a reivindicar responsabilidades, más que derechos, porque éstos son “androcéntricos, individualistas o liberal-burgueses”. Fraser (1989) argumenta que esto puede llevar a algunas a pensar que el lenguaje de las *necesidades* es una alternativa al de los *derechos*, corriendo el riesgo con ello de entrar en el juego de algunos conservadores que prefieren dar “ayudas” en vez de otorgar derechos. Fraser se adhiere a la posición de quienes proponen la traducción de las necesidades justificadas en términos de derechos sociales, y se opone a las formas de paternalismo que derivan del reclamo de necesidades sin un reclamo paralelo de derechos. Sostiene que el lenguaje de las necesidades, para bien o para mal, está instalado, y que lo decisivo del lenguaje de los derechos es definir qué derechos se privilegiarán. Pero este lenguaje, según la autora, no es inherentemente emancipatorio ni inherentemente represivo. El discurso de los derechos puede producir formaciones sociales que sostengan la reivindicación del reconocimiento de derechos (Passavant, 2000).

En la misma línea pero con mayor cautela, Berlant (2000) sostiene que el buscar la justicia bajo la ley “que cobija a todos” en circunstancias de falta de acceso real a la ciudadanía puede ser una táctica de necesidad, y que si esto requiere decir “medias verdades”, como por ejemplo que “una experiencia de identidad dolorosa golpea a un sujeto minorizado” para cambiar las normas jurídicas acerca de ese sujeto, no está mal. Pero pensar que la “vida buena” será alcanzada cuando no haya “dolor” sino sólo (tu) felicidad, dice la autora, no hace nada para alterar las estructuras hegemónicas de la normatividad, ya que la reparación del *dolor* no implica una vida justa. El modelo del trauma, añade, que puede ser apropiado cuando se habla de experiencias como el Holocausto, no lo es cuando se habla de sujetos que son efecto de un clima general de violencia y no de un *acto* de

violencia (por ejemplo el matrimonio, la reproducción y la sexualidad). Aun así, sostiene, la palabra “sufrimiento” puede ser muy dramática. Las mujeres tienen un compromiso ambivalente con el enojo, que en las aspiraciones normativas femininas es visto como prueba de trivialidad, falta de autoconocimiento o codicia. Más que enojo o trauma, dice Berlant (2000), “lo que prevalece en las mujeres parece ser más un asunto de resignación, aversión pasional o resentimiento”.

Entonces ¿estratégicas o víctimas? Es un dilema que persiste en el discurso que Fraser llama *oposicional*, en nuestro caso, el feminista. El discurso *administrativo*, en cambio, construye a los sujetos como las dos cosas a la vez: agentes que maximizan sus beneficios y al mismo tiempo objetos manipulables burocráticamente, debido a su “minorización”. El programa que nos ocupa, según sus actores, parte de la base de que las mujeres “no son ni tontas ni menores de edad”, y que “saben lo que quieren y muchas veces ponen en la balanza qué es lo que más les conviene, aunque estén viviendo una situación muy difícil”. Es decir, son sujetos racionales. Eso no quiere decir, sostiene una funcionaria, “que no haya que tratar de ayudarles a resolver el problema”. Y para empezar, es necesario “tener la voluntad y la capacitación para saberlas escuchar”, como reza un material impreso dirigido a los médicos. La primera página de este material reproduce, conviene comentarlo, un póster que se envió a las unidades de salud para ser colocado en las salas de espera, y que muestra a una mujer –joven, blanca, bella y arreglada– con lágrimas en los ojos, la mano sobre la frente y un gesto de angustia, enmarcada por un texto que ordena: “Dale la cara y mírala a los ojos. Para que ellas rompan el silencio tiene que haber alguien que las sepa escuchar”. Pero si las mujeres no hablan, dice una funcionaria, es porque “están muertas de pánico”. Nuevamente habría que tener la capacidad de distinguir entre aquellas que por el tipo y patrón de violencia que sufren efectivamente están “muertas de pánico” (como la joven del “póster”) y las que están quizás en posibilidades de evaluar el costo de continuar o no con una relación o denunciar a su agresor ante la justicia.

El sujeto a quien se espera beneficiar con esta política es ambivalente. Por una parte, dice una funcionaria, “sólo *ella* sabe lo que necesita”, y por otra, sin embargo, agrega que “no sólo la mujer o la familia que está en una situación de violencia es quien puede definir qué es lo que necesita y qué es lo que realmente quiere, si *llegó a un punto* en el que de verdad necesita ayuda profesional”. Pero al mismo tiempo “es difícil saber cuándo intervenir”. Lo mismo ocurre con los hombres violentos, que pueden ser tratables o no por el orden terapéutico, el cual,

de ser el caso, buscará obtener la “remisión” del problema o al menos garantizar un “margen de mejoría”. Rose (1996) afirma que los profesionales “*psi*” permiten que las racionalidades del gobierno se vinculen con la cuestión “privada” de cómo comportarse. Si ésta es la posición –intencional o no– del programa, se plantea en este punto una contradicción con la agenda feminista, ya que si bien el gobierno toma a cargo sus demandas y necesidades, contribuyendo con ello a hacerlas del conocimiento social, las respuestas que finalmente se articulen correrán el riesgo de despolitizar dichas demandas y regresarlas al campo “privado” del comportamiento individual. Esto es tanto más crítico, cuanto que, como explica Judith Butler (2006), la capacidad de desarrollar una distancia crítica respecto a las normas sociales que construyen el género –en virtud del cual los sujetos son socialmente reconocidos– presupone la habilidad para suspender o diferir la necesidad de esas normas. La paradoja es que si existe alguna “agencia” es la que se deriva del hecho de que somos constituidos por un mundo social que no elegimos. Butler afirma que no es fácil lograr una distancia crítica con las normas, porque en el proceso, en cierta medida el “yo” se convierte en algo que no puede conocerse, amenazado con su inviabilidad, con ser “deshecho” en cuanto deje de incorporar la norma mediante la cual se convierte en reconocible. Por eso, sostiene, la relación crítica depende también de la capacidad, *invariablemente colectiva*, de articular una alternativa, una versión minoritaria de normas o ideales que sostengan y permitan actuar al individuo. El problema, continúa esta autora, es que los individuos en muchos casos dependen de las instituciones de apoyo social para ejercer la autodeterminación, y éstas los obligan a usar sus propias categorías, que suelen ser normalizadoras. Tampoco escapa a esta función el derecho, que antes bien, como dice Bourdieu, es “el instrumento de normalización por excelencia”, y más aún cuando “la medicalización viene a justificar la juridificación” (Bourdieu, 2000b). Pero para este autor, es la creencia en la universalidad del derecho, también, el origen de la ideología que tiende a hacer del mismo un instrumento de transformación de las relaciones sociales. Así, es posible entender por qué, como sostiene Butler, todos los movimientos sociales modernos que lucharon por el reconocimiento lo hicieron en el lenguaje de los derechos (Butler, 2006).

El problema de la normalización de los sujetos –cuyo reverso es la patologización– no puede imputarse al programa que estudiamos ni a los sujetos que lo conducen. Debe verse en el conjunto de las lógicas que atraviesan a todas las políticas públicas, en mayor o menor medida. Como sostiene Anderson (citada por

Barquet, 2002), existen ámbitos institucionales diferentes para hacerse cargo de las demandas, y esto está fuertemente condicionado por el lenguaje en que se formulan. Así, si prima el lenguaje de las *necesidades*, que argumenta que la posición de las mujeres es de mayor vulnerabilidad, las instituciones apropiadas son de corte asistencial. Si en cambio predomina el lenguaje de los *derechos*, de la igualdad y la equidad, el reclamo se canaliza naturalmente por vía de la legislación. En la realidad de las políticas públicas, sostiene Barquet (2002), estos lenguajes y mecanismos institucionales aparecen por lo general superpuestos desde la misma concepción de los programas, y suelen simplificarse con fines pragmáticos. El tipo de instituciones que lleven a la práctica los programas, entonces, será un fuerte condicionante del lenguaje, la construcción de sujetos y las soluciones que finalmente prevalecerán. Complementaremos este análisis en los capítulos que siguen al analizar los aspectos de la “recepción” de dichos discursos en las instituciones a cargo de los programas.

Capítulo IV. La instrumentación de la política por el personal de salud. Los discursos ocultos sobre las mujeres que sufren violencia

El presente capítulo está organizado a partir del análisis de las respuestas que dieron los profesionales de salud a diversas cuestiones, que si bien no necesariamente aludían explícitamente a su papel como profesionales, fueron revelando elementos nodales de un discurso bien definido: el discurso médico. El análisis de este discurso se apoya, como se verá, en los marcos conceptuales elaborados por varios autores que han estudiado la relación entre la medicina, la sociedad, el poder y el saber desde diversas disciplinas. A lo largo de las entrevistas, en las cuales planteamos preguntas de diverso orden, fuimos identificando cuestiones que estos autores consideran nodales o estructurantes del orden médico como orden normativo, por ejemplo, la manera de concebir el objeto de la medicina, la figura del paciente —y la del médico—, su papel social, y diversos elementos éticos e ideológicos que sostienen este campo discursivo y práctico a la vez.

Estos elementos fueron surgiendo de manera indirecta pero muy clara, mientras los profesionales hablaban sobre la violencia doméstica, sus causas, su gravedad, los sujetos involucrados, el tipo de problema y su ámbito de incumbencia, así como el papel que deberían desempeñar los servicios de salud en él, lo que solía hacerse y lo que debía hacerse. La entrevista apelaba a diferentes órdenes: descriptivo, normativo, “experto”, moral, afectivo, etc., y consideramos que de todos los discursos que invocaron los profesionales al responder a nuestras preguntas, el discurso médico fue el más central y el que probablemente organiza y articula las demás posiciones de sujeto que los hablantes puedan adoptar en diversos órdenes. Si bien encontramos variaciones según la posición que ocupaba cada sujeto en el campo médico —más cercana o más alejada de posiciones de poder— y que dependía de características como la profesión, el género y la edad, las invariantes discursivas de este orden fueron igualmente evidentes. Trataremos de demostrar este argumento en el presente y en los siguientes capítulos.

Poner orden. El discurso médico frente a la violencia doméstica

El ámbito de la medicina constituye un espacio de prácticas sociales con propósitos y funciones específicos, pero es ante todo y en particular en las sociedades occidentales, un orden *normativo*, como han puesto en evidencia autores tan diversos como Talcott Parsons (1988), Ervin Goffman (1973), Michel Foucault (2004 y 2001), Georges Canguilhem (1982) o Jean Clavreul (1983). Como tal, es un *discurso* porque establece posiciones de sujeto, modelos de interacción, jerarquías, rituales, saberes, juicios y deberes de una manera particular. Algunos de los elementos que conforman a la medicina como un orden de discurso tienen que ver con un lugar de enunciación investido de autoridad. Si bien esta se sustenta actualmente en la *cientificidad* de sus argumentos y procedimientos, no ha perdido del todo su función sagrada. Tiene una particular misión y una especial forma de relacionarse con los cuerpos humanos que constituyen, en apariencia, su objeto de intervención.

Jean Clavreul,¹⁶⁴ cuya propuesta analítica nos guió en buena parte de este trabajo, sugiere que el discurso médico proporciona una “mitología” para la época contemporánea en la que “la trascendencia ligada con la biología es la última que queda”. Para este autor, el discurso sobre el hombre que constituye la medicina y que forma parte de nuestro lenguaje y de nuestra ideología, sigue siendo norma: la “humanidad sana”. Lo que dicta su ley es su *cientificidad*, ya que nadie discute que al menos en parte el saber médico es verdadero y verificable. El discurso médico es en cierto modo parasitario de la biología, y a su *cientificidad* remite cuando se le plantean cuestiones de tipo ético, pero frente a las interpelaciones de la “verdadera ciencia” o ciencia “básica”, con frecuencia se ampara en su supuesto carácter “artesanal”, fundamentado en la experiencia, la intuición y el “ojo clínico”. Aunque su carácter híbrido, de “ciencia aplicada”, le permite estas oscilaciones, su función mítica viene dada hoy por la supuesta *cientificidad* de su saber.

La verdad del discurso sobre la enfermedad depende entonces de su carácter científico, y es independiente de quien la enuncia. Por esta razón la relación entre el médico y el paciente no existe realmente, y en su lugar se establece otra que es permanente en el orden médico: la relación entre la institución médica y la enfermedad. Esto exige el borramiento de los sujetos en tanto que tales, no sólo del paciente sino también del médico como personas. La función de informante del

paciente no modifica en nada la preeminencia de la función del médico, porque es él quien organiza las informaciones, que no vienen todas, ni con mucho, de lo que pueda decirle el enfermo. Éste es sólo un indicador de signos físicos, y no alguien que demanda atención. La objetivación científica ha decretado la imposibilidad de conceder algún espacio al problema del sujeto, pero esto no constituye una *ignorancia* sino un *desconocimiento*, un *olvido a propósito*, es decir algo sistemático y estructurante en la construcción del discurso médico (Clavreul, 1983).¹

El cuerpo, afirma Clavreul, es para la medicina el sitio de la salud y no el del goce, tensión o conmoción que está siempre presente en la demanda (insatisfacción) del paciente.² Lo único que hace sufrir a los médicos es que “les falte un saber aplicable en algún momento”. Sin embargo cuando llegan a la conclusión de que “no es nada” o de que “es psíquico”, y más aún, cuando la medicina deja abierta la suposición de que tarde o temprano resolverá los males que le han sido confiados, “incita, ante todo, a cada cual, a dimitir por anticipado ante sus supuestos poder y saber”. La generosidad del médico, sostiene Clavreul, se limita al desempeño de proezas técnicas especializadas, generosidad que no se dirige al individuo en cuanto tal, sino a un representante cualquiera de la humanidad y sólo en la medida en que se encuentra en situación de enfermo.

Esto es posible gracias a la separación que establece la medicina entre el “hombre” y el “enfermo”. El discurso médico trabaja con el enfermo para restituir al verdadero “hombre”, el cual, a diferencia de aquél, siempre sospechoso, es libre y elige la razón y los ideales de la civilización. Pero esta característica de la medi-

1 Citando a Lacan el autor recuerda que el goce, distinto del placer, “es del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña”; “el placer, por el contrario, es reducción de la tensión, desaparición de la excitación, lo que nos mantiene a distancia —respetuosa, dice Lacan— del goce”.

2 El autor plantea que “la moderna ciencia, aplicada a la medicina, ha entrado en el cuerpo humano guiada por la dicotomía cartesiana de la psique y el soma. El cuerpo, en su dimensión extensa, somática, es una aportación brillante a la posibilidad de fotografiarlo, radiografiarlo, calibrarlo y condicionarlo, pero a la vez esta manera de considerarlo lo excluye de su relación con la llamada psique”. Según el mismo autor, los intentos por salvar el abismo entre lo corporal y lo anímico que suelen identificarse con la idea de lo “psicosomático” no logran tampoco aprehender al cuerpo en lo que tiene de más esencial, es decir, su dimensión gozante. Para el psicoanálisis, por el contrario, justamente lo que el sujeto quiere saber es qué deseo rige su goce —que lo aparta del placer— y para ello no tiene más remedio que hacer pasar ese fantasma por el lenguaje. Esta posibilidad queda excluida en el trato normal entre médicos y pacientes, donde el paciente se limita a escuchar lo que el saber médico tiene para decirle sobre su “padecimiento”, aunque esto sea decretarlo como “psicosomático” para derivarlo a algún profesional “*psi*”.

cina, que es tributaria del discurso humanista, entra en tensión con algunas de las preocupaciones de la salud pública, como el costo financiero que la atención de un solo individuo representa para la sociedad en su conjunto –preocupación que como vimos está en el centro de las justificaciones del programa de atención a la violencia doméstica–, y relacionado con esto, se enfrenta al problema tácito del supuesto “merecimiento” de ciertos individuos de ser “conservados” en detrimento de la especie –ya que la sociedad debe pagar–, lo que es contrario a muchas conductas “naturales” donde se sacrifican individuos para preservar la especie. A pesar de su humanismo de origen, y en tensión permanente con él, la medicina no puede evitar plantearse problemas como la eutanasia, el aborto, o la anticoncepción, prácticas donde de algún modo entran en disputa los intereses de la “especie” o de la colectividad, en detrimento de los del individuo. Cuando salen a la luz, estas tensiones revelan el carácter frágil del sujeto del humanismo: un sujeto único, autónomo y autodeterminado, basado en la libertad y en los derechos del *hombre*, que, sin embargo, como observa Eagleton (2004), por más cuestionado que se encuentre en nuestras sociedades contemporáneas –tanto por las prácticas del mercado como por los discursos posmodernos–, “sigue siendo un requerimiento político e ideológico del sistema”.

Del intento de resolución de estas tensiones internas a la propia medicina surgen quizás políticas de salud que articulan elementos discursivos dispares, como ocurre por ejemplo en la eugenesia, que bajo argumentos humanistas –la salud de la población– oculta la preocupación por aligerar una “carga de enfermedad” demasiado pesada para el sistema o evitar la reproducción de cierto tipo de individuos considerados socialmente riesgosos. Un ejemplo de ello es la política del examen clínico prenupcial que se impuso en el México posrevolucionario, desde la recién creada Secretaría de Salud, con la intención de repoblar el país con una “raza fuerte y sana” y la preocupación por la transmisión de enfermedades venéreas –propias de individuos socialmente riesgosos–. Esta política basó sus fuertes campañas en argumentos en favor de los derechos de las mujeres a “decidir sobre su propia reproducción”, lo cual fue apoyado por el movimiento feminista de la época, aunque por razones diferentes (Minna Stern, 1999). Las políticas contra la violencia doméstica podrían ser analizadas de manera similar, ya que presentan una articulación semejante de discursos: los derechos de las mujeres, por un lado, y la preocupación por la carga de la enfermedad que representan las secuelas de la violencia, y por la “propagación” de este mal a las generaciones posteriores

vía la “disfunción familiar”. Aquí los aspectos eugenésicos “involuntarios” tienen que ver con eliminar la “enfermedad” antes de que se “propague” –de acuerdo con el modelo de la prevención epidemiológica o, en el encuadre clínico, del tratamiento de la “infección”–, y evitar así que contamine al resto de la sociedad o le signifique un costo demasiado alto.

En el orden médico, buscar la salud es una obligación de todo ciudadano, pero en virtud de que el enfermo ha perdido las características del hombre libre y razonable que elige la salud, es el propio médico quien se siente autorizado a decidir por él en nombre del orden. Consideramos que el problema con la violencia doméstica es que no se aviene con facilidad a dejarse diagnosticar y tratar con las armas de que dispone el orden médico en sus aspectos nodales. Sin embargo éste debe hacerle algún lugar en él.

La violencia doméstica en el orden médico

Los participantes en este estudio fueron definidos de antemano como profesionales de la salud y no en función de sus otras posibles posiciones de sujeto (mujer, hombre, católico, protestante, padre o madre de familia, militante feminista, etc.), por lo que se les instó a hablar sobre la violencia doméstica desde esa ubicación, y a partir de la misma fueron movilizando diferentes estilos, variedades discursivas y posiciones. Las entrevistas se iniciaban apelando a su posición como profesionales de la salud, preguntando –tal como se hace con un experto– por la gravedad, magnitud, prevalencia, visibilidad y número de casos de violencia en su lugar de trabajo en un cierto periodo. Esta apelación resultaba afortunada en tanto lograba que el profesional se sintiera cómodo “en su campo”, considerando que, como también explica Clavreul, “el orden médico discute sus resultados técnicamente, con el apoyo de cifras, no su ética ni la finalidad que se asigna a sí mismo”. Posteriormente se les solicitaban ejemplos y descripciones de los procedimientos de rutina en su servicio (en términos de Scollon, *generalizaciones*) (2003), más adelante sus opiniones sobre las “causas” y “efectos” de la violencia (algo que muchas veces interpretaban como una solicitud de “diagnóstico”), luego se les pedía que expusieran sus sentimientos y sensaciones ante las presuntas víctimas de violencia, y finalmente su grado de compromiso moral y ético con el asunto, formulándoles preguntas que apuntaban a definir lo que “debía hacerse” y “quién debía hacerlo”.

En el análisis se contrastaron estos distintos elementos para dar cuenta de la articulación de los discursos en juego en este ámbito de prácticas.

De acuerdo con Scollon (2003), las *generalizaciones* son aquellas declaraciones y afirmaciones que hacen los miembros de un grupo o *comunidad de prácticas* para definir sus propias acciones, ideologías y motivos, y son estereotipadas. Muchas veces se llega a ellas de manera indirecta, a partir de las contradicciones que proclamaban los mismos participantes entre su propia experiencia (“a pesar de ser un miembro de ese grupo”) y lo que el grupo generalmente *hace* (“yo no ignoro la violencia, me acerco a la paciente y le pregunto” o bien “ese día la doctora sí preguntó qué le había pasado”). Las excepciones (“yo no”, “ese día sí”) parecen confirmar lo que es la regla en un servicio de salud típico. Las entrevistas permitieron contrastar los estereotipos con las experiencias de los sujetos, gracias a que éstas proporcionaron la descripción de numerosos detalles sobre sus hábitos y los del lugar o grupo al que pertenecían. Esto nos permitió ubicar el tema de la violencia doméstica contra las mujeres no sólo en el mapa mental de los individuos particulares, sino en el propio discurso médico.

También el vocabulario que utilizaron para describir las prácticas habituales ante estos casos revela lo que se considera una acción paradigmática en el orden médico. Cuando los profesionales de la salud identifican como problema, por ejemplo, que no es posible “hacer un seguimiento” de las pacientes después de haberlas enviado al trabajador social o al Ministerio Público, están manifestando que el seguimiento –por medio de un expediente clínico– es lo normal en este régimen discursivo, y por lo tanto la violencia no encaja cómodamente en él, ya que no se puede diagnosticar y menos entonces, monitorear. La inquietud que produce la dificultad para establecer *un* diagnóstico clínico revela que éste es un elemento nodal de la práctica médica, algo que al mismo tiempo permite señalar identidades, competencias e incompetencias, capacidades y jerarquías, en una acción que si bien se compone de acciones menores (examinar signos, preguntar, prescribir), es de un nivel superior: curar, vencer *el mal*. Una enfermera entrevistada que declaraba que *ella sí* “platicaba mucho con las pacientes” se quejó de que algunos médicos no hacían “buenos diagnósticos” porque insistían en curar el signo visible o audible (por ejemplo, dificultad para respirar) con los remedios habituales (suministrar oxígeno o medicamentos), cuando el *verdadero problema* era un síntoma de que en la casa “valían más los perros que la señora”. Pero “ver” esto implica ir más allá de lo que el discurso médico permite, que entrena para

ver signos físicos de patologías o lesiones, y “arreglarlos”. Según Clavreul, el médico requiere hacer una selección, quedarse solamente con lo utilizable, con lo que conviene para el diagnóstico y el tratamiento. Necesita sobre todo ponerse al abrigo del error, un error en el cual el enfermo lo expone a caer (porque miente, no quiere someterse a los rigores del tratamiento, etcétera).

Considérese, en ese contexto, el siguiente extracto de un texto de “directrices para los trabajadores de la salud para tratar la violencia en el hogar en un entorno clínico” que elaboró la OPS y fue distribuido por el Programa en todas las unidades de atención:

Esté atento a las “señales de peligro”. Si bien la mejor manera de descubrir la violencia en el hogar es preguntar directamente, varias lesiones o afecciones deben hacerle sospechar de la existencia del maltrato:

- Quejas crónicas vagas, que no tienen una causa física obvia;
- Lesiones que no coinciden con la explicación de cómo se produjeron;
- Un compañero que es excesivamente atento, controlador o renuente a dejar a la mujer sola;
- Lesión física durante el embarazo;
- Antecedentes de intentos de suicidio o pensamientos suicidas;
- Demora entre la lesión y la concurrencia al establecimiento para atenderse.

Evalúe su situación para determinar si está en peligro inmediato. Defina si la mujer considera que ella o sus hijos están expuestos a un peligro inmediato. En ese caso, ayúdela a considerar planes alternativos de acción.

El tomar en serio este texto, *autorizarlo*, implica advertir que algunas acciones de nivel inferior (por ejemplo preguntar) son irreversibles o, en los términos de Scollon (2003), introducen al sujeto en un “embudo de compromiso” que lo obliga a hacer algo que es tan difícil de cancelar como de cumplir, al menos dentro del discurso médico. ¿Cómo ofrecer certeza –y demostrar competencia– en un diagnóstico de “peligro inmediato” basado en la observación de “señales” totalmente inusuales dentro del discurso médico (“quejas vagas, sin causa física”, “un compañero excesivamente atento”, “pensamientos suicidas”)? Otra de las directrices establece: “Cuando sea posible, evite prescribir medicamentos que alteren

el estado de ánimo de la mujer que está viviendo con un compañero abusivo, ya que estos pueden poner en peligro su capacidad de predecir y reaccionar a los ataques de su compañero". Esta recomendación en primer lugar muestra que la prescripción de medicamentos es una de las acciones paradigmáticas del médico, pero al mismo tiempo le solicita evitarlo "cuando sea posible" (una vez que "determinó" si la mujer y sus hijos estaban en "peligro inmediato"). Esto explica en parte por qué muchas de las recomendaciones de los manuales para el personal de salud suelen ignorarse: definen un problema que no se juzga como *tratable* en el orden médico, por más sensible al mismo que "como persona" se declare el o la profesional en cuestión. No por nada el texto completo de esas directrices empieza con la frase "No tenga miedo de preguntar", asumiendo de entrada que existe un miedo en estos profesionales, por lo demás tan seguros de sí mismos *dentro* del orden médico.

Lo que con mayor frecuencia se reporta como práctica habitual en los casos de violencia que no han dejado una marca física evidente es que el médico diga: "en las radiografías no le veo nada... *no tiene nada*" (Entrevista 52) y envíe a la mujer al servicio de psiquiatría con el rótulo de "ansiedad", "depresión" o "neurosis", o bien, si juzga que el problema es más social que individual, al servicio de Trabajo Social, donde recibe consejos de diverso tipo sobre la familia, la educación de los hijos, las adicciones (de ser el caso), o cuestiones legales. Cuando hay lesiones graves muy visibles (las fracturas de cráneo parecen ser las primeras en la escala, seguidas por otras fracturas y heridas sangrantes), o bien evidencia de abusos considerados moralmente inadmisibles o aberrantes por cuestionar la moral de la familia –típicamente la violación de menores por parientes–, el caso se le notifica al Ministerio Público con la intermediación del servicio de Trabajo Social. En general el curso de acción que se sigue depende de la disposición del médico a considerarlo o no como un problema y de su criterio respecto del tipo de problema de que se trata y la solución que se le puede dar dentro de los servicios de salud, pero en su gran mayoría la estrategia reportada consiste en una combinación de ambas acciones: canalizar estos casos "intratables" al servicio de salud mental, con amplia preferencia por los psiquiatras en detrimento de los psicólogos, y al mismo tiempo enviarlos a los trabajadores sociales con la intención de dar canalización legal al caso, si fuera necesario, o en su defecto algo de "educación en derechos" y valores (aunque esta última palabra no se formula explícitamente). El análisis de las *generalizaciones*, mediante la descripción que hicieron los entrevistados de

las acciones y sus motivos, permitió acceder así a ciertas representaciones de la violencia doméstica y del papel de la salud frente a ella, lo cual da cuenta también de lo que es el "núcleo duro" del discurso médico.

Al indagar entonces en sus juicios sobre la gravedad, las causas, los agentes y las posibles respuestas a la violencia en los servicios de salud pudimos constatar que, en primer lugar, para los médicos en general no es un asunto de *orden médico*, si acaso de cierta patología mental difusa de la que deben encargarse los profesionales de esta área, pero preferentemente los psiquiatras, ya que aun cuando en el orden médico se ubiquen en una posición subordinada respecto de los médicos "propiamente dichos", ellos sí son de algún modo médicos, a diferencia de los psicólogos, por el hecho de que participan en sus acciones paradigmáticas: diagnosticar a partir de un saber científico y sobre todo, prescribir fármacos, lo que los psicólogos no están autorizados a hacer. La autoridad de los médicos –aunque sólo sean "generalistas" y no especialistas– sobre los psiquiatras, queda puesta en evidencia, entre otras cosas, en el hecho de que les envían a los pacientes "prediagnosticados" por ellos (con rótulos como "neurosis", "ansiedad", "depresión"). Con frecuencia a los profesionales de la salud mental se les llama, como dice Clavreul, para poner "un poco de orden" en el célebre y brumoso "factor psíquico". Pero se trata, según este autor, de una posición "reformista" preocupada por la eficacia inmediata más que por el rigor. Muchas veces detrás de un discurso normativo que ensalza la "interdisciplina" (suelen decir, por ejemplo: "aquí *nos apoyamos* con Salud Mental y con Trabajo Social") parece ocultarse una práctica de desentendimiento, a la vez que de dilución del problema.

En segundo lugar, la combinación de acciones de derivación a Salud Mental y a la vez a Trabajo Social –ruta de acción que parece ser la habitual y la que todos los profesionales juzgan correcta– se apoya en discursos que tipifican la violencia como un problema que es ante todo de "disfunción familiar". Entre las diversas maneras de clasificar las causas de la violencia doméstica que surgieron en los discursos de los propios entrevistados (patología mental, pobreza, falta de educación, cultura machista, falta de habilidades de comunicación, etc.), la de "disfunción familiar" pareció ser la predominante y también una especie de categoría "ómnibus" donde se combinaban todas las anteriores, y que en gran número de casos presentaban fuertes connotaciones de clase.

La "disfunción familiar", un concepto que viene de algunas corrientes de la psicología, parece usarse aquí para establecer algún "diagnóstico" que permita

asimilar (a la vez que desembarazarse de) un fenómeno complejo e intratable en el orden médico. Los modos de argumentación que empleó un gran número de profesionales revelaron que el uso del término “disfunción familiar” se articula a su vez con discursos discriminatorios pero con forma “científica”. Fue abrumadoramente asociado con las clases bajas. Considérese este ejemplo tomado de la entrevista a un psiquiatra:

“Él [el agresor] dice que no va a pararse por estos rumbos [servicio de psiquiatría] porque *él* no está loco... es la negativa *del machismo, del ignorante*, me da coraje porque sé que es el reflejo de una *falta de educación* y una falta tal vez *de oportunidades*, de esas gentes que *son así*, son enfermos, para mí *son enfermos mentales*, hay trastornos de personalidad, y a veces otro tipo de trastornos de *formación educativa*, me da coraje, me da coraje [...] generalmente todas esas gentes siempre traen una cuestión *muy enfermiza*, son pacientes generalmente *epilépticos*, son muy agresivos, tienen *problemas del [lóbulo] frontal*, tienen la *energía cerebral descontrolada*, tienen *ausencias*, aparte vienen de *familias disfuncionales, desintegradas*, es una cosa terrible, la mayoría son *alcohólicos, drogadictos, van a formarse así*, no porque ya traigan en los genes ese problema (cursivas nuestras)” (Entrevista 49).

Esta manera de presentar el “diagnóstico”, en forma de un listado de problemas de orden muy diverso pero bajo una apariencia de unidad, y sin establecer causas, consecuencias o agentes, tiene varios efectos: por un lado da fuerza al argumento principal, es decir, que es un problema de otro orden, de “falta de educación”, y demasiado complejo para ser tratado allí, y por otro, discrimina a los sujetos que encarnan el problema, cuya principal manifestación de desorden se enuncia justamente en la primera frase: la negativa a someterse al orden médico. Esto porque en última instancia la patología es física. El movimiento es doble: por un lado la patologización, por otro, la reducción de toda patología a lo biológico aunque se hable de educación. Regresaremos a este punto en los capítulos siguientes.

En este ejemplo, por ser el hablante un psiquiatra, vemos que toda la carga discriminatoria recae en el “enfermo”. Aquí él habla como médico: el enfermo del que se ocupa la medicina es aquel que porta en sí el ideal del hombre sano: la razonabilidad. En otros profesionales, en cambio, sobre todo cuando asumen plenamente el discurso médico, la carga discriminatoria se hace extensiva a quienes se encargan de atender estos “desórdenes”, incluyendo a los psiquiatras.

La obligación deontológica de “humanizar” los servicios médicos, observa Clavreul, tiene el efecto de crear “especialistas en relaciones humanas” de menor jerarquía. Se nos comentó que a varios centros hospitalarios había llegado la orden de “hacer algo” sobre el tema de la violencia doméstica junto con el material impreso pertinente, y se le había pedido a la trabajadora social y a la psicóloga de turno que dieran una plática, pero sin aclararles si era para profesionales o para el público, lo cual generó confusión. Se trataba de “hacer algo”, y para eso se echó mano de las profesionales encargadas de la “miscelánea”. Como dijo una psicóloga: “creen que por ser psicólogo sabes de chile, de mole y de pozole”. Si acaso alguien pudiera lidiar con este asunto en el servicio de salud son los “psicólogos”, y quizás por ello se defina el problema como de “disfunción familiar”. Esta representación, sin embargo, la comparte toda la gama de profesionales, y en especial los mismos psicólogos, pero la manera de verla es difusa: se pone en el mismo saco cualquier tipo de violencia, sea delictiva, intrafamiliar o social; no se identifican “agentes” ni un vínculo violento; la mujer parece ser un objeto pasivo o complaciente de la violencia, y en todo caso se trabaja con la idea de patología individual. Si se mencionan los problemas culturales o educativos, se enfatiza la responsabilidad individual (flojera, inadaptación) más que las condicionantes sociales. Cabe sin embargo destacar que un motivo determinante para que se decida atender o enviar casos a “terapia familiar” es la presencia de maltrato a los niños –a quienes se puede todavía rescatar–, y si se trata de una mujer, de lesiones graves como las fracturas.

Las mujeres maltratadas parecen pertenecer menos que cualquier otro “enfermo” a la jurisdicción del orden médico, que trata con la posibilidad de que ese enfermo se convierta en un “hombre sano” gracias a su autonomía y razonabilidad para someterse al orden. Históricamente la medicina se ha dirigido a las mujeres como interlocutoras privilegiadas, en tanto se encargan de cuidar la salud en el hogar, ya que mayoritariamente son ellas quienes desempeñan la tarea de alimentar a los niños, llevarlos a vacunar, darles los medicamentos prescritos por el médico, y otras labores de crianza. Quienes no cumplen con este papel social porque han perdido su autonomía y “dignidad” pasan al grupo de las intratables, como “histéricas”, masoquistas, etc. Regresaremos a este punto más adelante, cuando analicemos el discurso de género y de clase en los profesionales de la salud.

En este contexto de definición del problema llama la atención la preferencia de los médicos por derivar casos a los psiquiatras en detrimento de los psicólogos

(varios de ellos se quejaron de que “no les mandaban pacientes” a menos que el servicio careciera de un psiquiatra), lo cual podría verse como un mecanismo para mantener las jerarquías médicas, al tiempo que responde a las afinidades propias del gremio, y no por convicción en algún diagnóstico clínico. Los médicos y los psiquiatras comparten una relación de autoridad con los pacientes basada en “imponer lo que es bueno para alguien de quien se juzga que no está en condiciones de oponer un juicio admisible” (Clavreul, 1983). Los psicólogos, en cambio, al menos en teoría, deben trabajar con el “discurso” del paciente. En medicina, además, hay una jerarquía del saber que no puede ser abolida, porque instaura la misma existencia de un discurso médico. Cada cual sabe que existe un saber médico que nadie puede pretender poseer por entero, pero al que siempre es posible recurrir.

Discursos reformistas del orden médico

Las *generalizaciones* sobre lo que se hace en los servicios respecto de la violencia doméstica revelan así puntos nodales del discurso médico que señalan el carácter ajeno, a la vez que incómodo, de este problema. Otros puntos nodales que aparecieron en el discurso de los profesionales fueron: el objeto de la medicina, la relación entre el médico y el paciente y el papel social del médico, así como elementos ideológicos clave, como la ética médica, el secreto, y la exigencia de “neutralidad afectiva”.

Los discursos de los entrevistados sobre la violencia doméstica revelaron que efectivamente el objeto del orden médico es la enfermedad: los “males del cuerpo”. Esto quedó manifiesto tanto de manera directa como indirecta. En el primer caso se advirtió en el discurso de quienes se identificaban plenamente con esta posición en el orden médico y declaraban que su tarea, estrictamente hablando, era valorar las lesiones, tratarlas, observar su evolución, registrar todo en un expediente clínico y notificar al Ministerio Público si se juzgaba que el caso lo ameritaba. Expresiones muy típicas como “me llegó una fractura” (en lugar de “una mujer fracturada”) revelan este carácter de la medicina. La misma idea quedaba también en evidencia de manera indirecta cuando los entrevistados, —a veces los mismos—, cambiaban de posición y sostenían que el sufrimiento de la paciente los movía a actuar no como médicos, sino como “psicólogos” (en su visión, algo así como

“consejeros”), rompiendo con ello la exigencia de borramiento subjetivo y de “neutralidad afectiva” que implica la relación entre la medicina y la enfermedad.

Este desplazamiento, sin embargo, variaba según la profesión o posición que adoptara el entrevistado. Quienes más adoptaban la posición de considerar a la paciente como persona, y no sólo su problema médico, eran las enfermeras. Lo justificaban declarando que estaban más en contacto con las pacientes que los propios médicos, y que al conversar se enteraban de sus problemas conyugales y “comprendían” su sufrimiento. Oscilaban entre identificarse con ellas —quizás por cercanía social y de género— y mantener cierta distancia, en tanto que “profesionales”. Los enfermeros, además, como su nombre lo indica, son los encargados de tratar directamente con los cuerpos de los enfermos, registrar sus signos vitales, controlar lo que entra y sale de ellos, las dosis de medicamentos, los alimentos, la frecuencia y características de sus evacuaciones, etc., es decir, se encargan de las funciones corporales y de la higiene de los enfermos y pasan muchas horas en estas tareas; además “hablan” con ellos. Los médicos, en cambio, tratan con “el expediente” y el discurso sobre la enfermedad más que con los cuerpos mismos de los enfermos y su contacto con ellos es muy breve, en especial en los servicios públicos donde las consultas oscilan entre 10 y 20 minutos de duración. La enfermedad y la suciedad, como dice Clavreul, constituyen en el orden médico objetos “fóbicos”, ya que representan “lo otro” de la salud y el orden del organismo por el que ellos luchan. Cuando los psicólogos y psiquiatras hablaban desde fuera del orden médico referían que su tarea era precisamente “comprender” a las pacientes y a sus cónyuges, ser empáticos y “platicar con ellos”. Entre los médicos que veían “más allá de las lesiones”, las justificaciones para hacerlo eran de dos tipos: o bien defendían una posición cercana a la medicina social, con énfasis en considerar al paciente de manera “integral”, o bien declaraban que se salían de su papel y la “hacían de psicólogo” por rasgos de su propia personalidad. La expresión “hacerla de psicólogo” da cuenta de que sólo desdoblándose, saliéndose de su lugar de médico, podían simular una escucha y reconocer que estaban ante un sujeto. En quienes dicen tratar al sujeto “integral” la visión parece opuesta, pero en rigor es similar, ya que al concebir la salud como armonía y a ésta como lo que define a un sujeto integrado, no pueden menos que ver al paciente como un enfermo, y por ende como incapaz de juicio. Por ello, quizás, incluso quienes decían basar las terapias en la “empatía” y la “comprensión” describían sus métodos como los de un pedagogo, que “habla a los pacientes”, para “hacerles entender”.

En efecto, en la enorme mayoría de los casos esta consideración de la “persona” del paciente, más allá de su “enfermedad”, no se hacía reconociendo su propio saber o libertad, sino desde una postura paternalista, a juzgar por el vocabulario utilizado (“me conmueve que la pacientita venga llorando”, “le digo que no tiene que dejarse”). Aquí se ponía de manifiesto otro de los puntos nodales del discurso médico: la razón siempre está de su lado y la emoción del lado del enfermo. A pesar de la “empatía”, con el discurso paternalista queda preservada la autoridad del personal médico respecto del enfermo, de quien siempre se sospecha incapacidad para entender lo que le pasa y le conviene, o tendencia a sustraerse al orden de las prescripciones.

Es interesante que el discurso más inclinado a defender la autoridad médica basada en la “razón” por oposición a un enfermo incapaz de juicio fuera el sostenido por los médicos, los psiquiatras y algunos psicólogos; por el contrario, el discurso más proclive a justificar la misión del personal médico en términos de “vocación de servicio”, “solidaridad” y “empatía con el paciente” fue mayoritariamente expuesto por las enfermeras y las psicólogas. Los escasos médicos que sostuvieron esta posición defendían el papel “social” de su práctica, y enfatizaban el carácter pedagógico de la misma, mediante la “educación para la salud”, que no excluye la “educación en derechos”. No obstante, como ya hemos indicado, un mismo sujeto podía moverse de posición entre un discurso y otro con relativa facilidad. Probablemente el mismo tema de la conversación, visto más como un problema social o moral que médico, movilizaba en algunos de los entrevistados este tipo de argumentaciones acerca del orden médico y su papel.

Pero con excepción de algunas enfermeras, la mayoría de los profesionales se quejó de que las mujeres ocultaban el problema del maltrato, intentaban engañar, inventaban historias o simplemente no seguían sus “consejos”. Como afirma Goffman (1973), se intenta reforzar el modelo del “servicio profesional” precisamente porque está constantemente amenazado, especialmente cuando es difícil someter al paciente al cumplimiento de su papel de enfermo. Incluso quienes declaraban que conversaban con las pacientes, ya fuera por “empatía” o por las características de su propia práctica, como los psicólogos, lo hacían más hablándole a las pacientes que escuchando el discurso de éstas. En general las interrogaban para poder establecer un cuadro clínico o patología de tipo familiar, y a partir de ahí citar a la pareja o la familia para darles consejos de autoestima, deberes y derechos de los miembros de la familia, y cosas por el estilo. En el discurso médico

la palabra del enfermo parece ser lo menos importante y su función de informante se limita a la de indicador de signos corporales. De ahí que la queja sistemática de los profesionales, respecto a que las pacientes “no quieren hablar de la violencia” parezca responder más a un intento de desembarazarse del problema que a una necesidad de su práctica médica.

En este capítulo intentamos destacar que si bien los sujetos encargados de responder al problema de la violencia doméstica en los servicios de salud expusieron diferentes discursos y modalidades de discurso, cambiaron de posición dependiendo del tema del que se les solicitó hablar o del modo de hacerlo. Todos, por ser profesionales de la salud y por haber sido entrevistados como tales, acusaron de manera directa o indirecta la presencia preeminente del discurso médico en su comunidad de prácticas y en sus propios mapas mentales. Este discurso tiene un “núcleo duro”, formado por los elementos que hemos identificado como puntos nodales, y puede presentar, en los términos de Clavreul, “variantes reformistas” o “humanizantes” como las que podemos relacionar con la medicina social y las que hablan del paciente desde un punto de vista integral, lo cual también fue puesto en evidencia en las entrevistas. Sin embargo, como hemos intentado mostrar, no son hegemónicas en este orden de discurso. El hecho de que como “personas” o en otras posiciones de sujeto los profesionales tengan percepciones alternativas de la violencia doméstica, de quienes la sufren, del papel de la salud o de lo que debería hacerse al respecto, no impide que este discurso se imponga de manera casi “natural”, especialmente cuando el problema es efectivamente complejo, ajeno y difícil de tratar con las herramientas del orden médico.

Sin embargo la medicina tiende siempre a incluir nuevos problemas en su orden y a encontrar nuevos sentidos —médicos— donde antes no los había. Las adicciones, ciertos desórdenes mentales, la sexualidad y muchas otras cuestiones que fueron antes objeto de la moral, pasaron al dominio médico, y así se sometió a los individuos a nuevos análisis, pruebas y vacunas que lo ponen a cubierto de crecientes riesgos. La medicina preventiva tiene este propósito, pues algunos problemas le interesan más a la comunidad que al propio individuo, quizás ajeno a ellos, y como vimos, el orden médico tiene autoridad suficiente para intervenir en nombre de quien no conoce los riesgos que corre y los que a su vez representa para la sociedad. Es quizás por este papel pedagógico y moral que se arroga la medicina, que los profesionales de salud entrevistados tampoco declinaron hablar del problema aduciendo que éste “no era de su competencia”. Por el contrario, se

pronunciaron largamente sobre el asunto —manifestando que les gustaría conocer más al respecto y sobre todo saber cómo actuar—, y articulando con el propio discurso médico otros relacionados con el género, el orden legal, la moral, el orden social, lo público y lo privado, que analizaremos en los capítulos que siguen.

Capítulo V. Menos que humano. Discursos sobre género, clase y etnia en los profesionales de salud

Los discursos que se exponen en este capítulo surgieron del análisis de las respuestas de los profesionales a las preguntas acerca de los “sujetos” de la violencia doméstica. Se les preguntó primero de manera neutral y apelando a su saber de expertos, por ejemplo, “a qué población afectaba más este problema”, “con qué frecuencia”, etc., para pasar más adelante a indagar sobre “el tipo de mujer” que más lo experimentaba, y finalmente a abordar cuestiones emocionales, como “qué siente al ver una mujer golpeada”. Las que en su opinión eran las “causas” de la violencia contra las mujeres revelaron discursos sobre el género, la raza y la clase social que si bien no eran directos —como tampoco lo eran las preguntas— mostraban que fuera de su posición en el orden médico y apelando más a su “opinión” como individuos, en los profesionales subyacían prejuicios sociales que finalmente condicionaban su práctica, aun cuando pareciera estar fundamentada sólo en la “ciencia”. Aparecieron así discursos tradicionales —cuando no misóginos— sobre el papel de la mujer en la familia, sobre la propensión de ciertos grupos a la violencia, y en suma sobre el carácter “menos que humano” de ciertas categorías de sujetos; en ellos se mezclaban cuestiones étnicas, de clase y de género. Esta visión tiene consecuencias importantes para determinar el lugar que se les asignará en el orden médico.

Las mujeres como pacientes

Los profesionales entrevistados no hablaron de *las mujeres* hasta que se les interrogó de manera explícita al respecto. Al plantearseles el tema de la violencia doméstica en general, apelando a su posición en el orden médico, inmediatamente se refirieron a la que sufren los niños y los ancianos por la acción de los miembros

adultos de las familias, especialmente las mujeres. Cuando se les aclaró que de acuerdo con los “datos estadísticos” eran ellas las principales víctimas de violencia doméstica, muchos acotaron: “sí, pero también hay hombres maltratados, ¿eh?”. Las burlas explícitas sobre las mujeres que sufren violencia fueron comunes fuera de grabación y notablemente frecuentes entre los directivos de los hospitales a los que se acudió en primera instancia para iniciar el trabajo de campo en esos centros. Alguno, incluso, solicitó la colaboración de una trabajadora social para esta investigación, ordenándole burlescamente: “¡A ver usted, Patricia, que su marido le pega, venga que la van a entrevistar!”. Hubo comentarios misóginos que apuntaron a que las mujeres *a veces* merecían el maltrato —por ejemplo cuando “no se arreglan para el esposo”, “huelan mal”, “están gordas”, o cosas por el estilo—, los cuales fueron pronunciados incluso por algunos médicos encargados de coordinar las acciones de este programa contra la violencia en una jurisdicción de salud particular, tarea que por lo demás decían tomar en serio por tratarse de “un problema grave”.

Fuera de esos “extremos”, la mayoría de los profesionales entrevistados, expresó su deseo de “saber más sobre la violencia doméstica y en especial sobre cómo tratarla”, pero al preguntarles respecto a las mujeres maltratadas y especialmente sobre sus sentimientos y sensaciones al verlas en los servicios, dejaban aflorar discursos de alto contenido misóginos, que las culpaban por el maltrato sufrido, porque “se lo buscan”, “se dejan”, “participan”, “también agreden”, “les gusta”, o “son cobardes”. ¿Cómo interpretar tales contradicciones? Nuevamente aquí aparecen las articulaciones de discursos y desplazamientos entre las diversas posiciones de sujeto que mencionábamos anteriormente.

En el discurso médico, como vimos, se trata al paciente en tanto que enfermo y en la medida en que demuestra su disposición a ser razonable sometándose al orden médico con el fin de recuperar las características propias del “hombre”, es decir la libertad que lo lleva a escoger la razón (Clavreul, 1983). El enfermo, distinto del “hombre”, es siempre sospechoso de tomar decisiones contrarias a su salud, seguir los dictados del “organismo” en lugar de prescripciones desagradables, mentir, etc. ¿Qué esperar entonces de una mujer? El discurso sobre el “hombre” propio del humanismo es, como ya lo han advertido las feministas, masculino. En este caso la mujer no sólo es sospechosa en tanto que enferma, sino ante todo en tanto que mujer. Si hemos de tomar el discurso médico en serio, las mujeres no sólo están excluidas de la razonabilidad temporalmente, mientras

dura su condición de enfermas, sino de manera permanente, por ser mujeres. Aquí el discurso médico se articula con discursos históricos sobre lo femenino y lo masculino o sobre el género, que han destacado el carácter corporal, sensible e irracional de las mujeres en contraposición a la voluntad y la razón, que estarían del lado masculino. Este discurso, coincidente con la hegemonía del humanismo occidental, establece cadenas de equivalencias que equiparan lo femenino con la diferencia, la temporalidad, la anarquía, el error, el interés, la insanidad y la desviación, y a lo masculino con sus respectivos opuestos, la identidad, la universalidad, la cultura, el desinterés, la verdad, la sanidad y la justicia (Mohanty, 1991). Una parte de la historia de este discurso tiene que ver con la necesidad de neutralizar el poder político de las mujeres aristócratas después de la Revolución francesa, quienes fueron juzgadas por el nuevo régimen como “peligrosas” y “degradadas” (Gal, 1991). Recuerda Laclau (2006) que en el siglo XIX el carácter irracional y patológico de la “masa” asociado con una vida inferior solía compararse con la conducta de “los alcohólicos y las mujeres”, que entre otras muestras de desorden manifestaban un goce insano en la violencia. En contraste, las formas superiores de vida, como las del individuo portador de la razón y la normalidad, eran identificadas con *el hombre*.

Se ha dicho que el orden médico es masculino, independientemente del sexo de quien ejerza la medicina, precisamente porque en este discurso la razón está del lado del médico y la pasión del lado del o de la paciente. Como observa Clavreul, “la histérica es una mujer, por la misma razón que del lado del saber, hay un hombre”. Todo aquello que no se somete al orden médico es sospechoso de una alteración del juicio y de la tendencia a seguir, en cambio, los caprichos del deseo. Por eso cuando una “patología” no tiene justificaciones para el orden médico, lo que se encuentra en ella es simplemente “búsqueda de placer”, lo cual percibe con desagrado el discurso moralizante de la medicina. De ahí la frase —velada o abierta— en el discurso de los profesionales entrevistados, de que “a las mujeres les gusta que les peguen”. Como decíamos antes, esto las coloca fuera del orden médico que “ya tiene bastante con las enfermedades verdaderas”, y las arroja al mundo de la “patología mental”.

Los entrevistados se quejaron una y otra vez de que las mujeres no eran confiables y de que la credibilidad de su palabra era dudosa. También les reprochaban que no se sometieran con facilidad a los consejos de los profesionales cuando éstos decidían intervenir instándolas a “no dejarse” o a denunciar a su pareja, ya que

“reincidían” (el papel pasivo de *ser agredida* se convierte en activo: *reincidir*), lo que genera frustración en los médicos.

La “imposibilidad” de estas mujeres de volverse sujetos libres, autónomos y razonables parece condenarlas dentro del orden médico a una condición permanente de “enfermedad”. Un médico, al ejemplificar la forma en que actuaba frente a una pareja que llega al consultorio con signos de violencia, donde el que típicamente toma la palabra es el agresor, comentó que salía en defensa de la mujer diciéndole a su pareja: “¡Señor, la enferma es ella!” Frase contradictoria si lo que se pretende es dejar hablar a la mujer, ya que el papel de enfermo –que por lo demás parece tener aquí cualidades ontológicas– es silencioso. Este enunciado del médico muestra que su palabra es la única legítima, ya que no sólo se refiere a la mujer como “la enferma” sino que también hace callar al hombre que la acompaña, estableciendo así su autoridad sobre ambos. Aun así, sólo en pocos casos los profesionales hablaron del agresor como problema, y a lo sumo lo hicieron algunos psicólogos de manera exculpatoria, mencionando sus posibles traumas de infancia, frustraciones y, en última instancia, la imposibilidad de tratarlo, “por no aparecer en los servicios de salud”. La Norma Oficial y el programa mismo no incluyen directrices explícitas relacionadas con los agresores.

Las mujeres y la violencia

A partir de las entrevistas se pudo indagar en las representaciones que tienen los profesionales de la salud acerca de “las mujeres”, tanto en relación con su papel social como en su posición en la situación de violencia conyugal. Las respuestas a la primera cuestión pueden agruparse en dos grandes categorías: se las ve como individuos (mujeres) o bien como madres y esposas, y la violencia doméstica se juzga con base en estas representaciones. Si bien muchos mantenían ambas posiciones alternativamente –la mujer tiene derechos como individuo y a la vez obligaciones familiares–, fueron más quienes puestos a escoger se inclinaron por privilegiar la segunda opción. Corroboramos esta tendencia de los profesionales a asumir el sentido común de género cuando al ser interrogados por sus sentimientos frente a una mujer maltratada, la amplia mayoría expresó, junto con comentarios misóginos, que lo que más les preocupaba era el ejemplo que estas madres “dejadas” daban a sus hijos.

Esa dicotomía de posiciones femeninas (madre o mujer), si bien es analíticamente arbitraria, fue identificable en el discurso de los profesionales y pudo matizarse con las respuestas que dieron a la segunda cuestión, es decir, el lugar de las mujeres en la violencia. No necesariamente las posiciones más tradicionales –en el extremo, la de que la principal obligación de la mujer es atender a sus hijos y esposo con abnegación y cariño y armonizar la vida familiar gracias a las dotes propias de su género (cuidado, sensibilidad etc.)– coinciden en responsabilizar a la mujer por la aparente “disfunción” familiar que implica la violencia en ella. De modo inverso, quienes veían a la mujer principalmente como individuo, titular de derechos propios, etc., no necesariamente responsabilizaban sólo al agresor ni la veían a ella como una víctima pasiva de éste o de la cultura de género.

Pudimos detectar entonces tres grandes posiciones respecto al papel de la mujer en la violencia: 1) la que llamamos “culpable”, donde encontramos una variedad de respuestas que sostienen la idea de que la mujer participa de la relación violenta, ya sea por una “patología” explicada de distintas formas, como se verá después, por ser ella también agresora (de la pareja y los hijos), o bien por permitir –o incluso “gozar” de– la violencia; 2) la que llamamos “víctima impotente” del sistema, donde su situación es de debilidad, dependencia emocional e internalización de la devaluación social de que es objeto y 3) la que denominamos “víctima racional del sistema”, donde las fuentes de su incapacidad para demandar el derecho a no ser agredida no son internas sino externas: arbitrariedad del sistema legal, falta de apoyo y redes sociales, inequidad socioeconómica y el riesgo de mayores agresiones en presencia de todo lo anterior. Aquí se reconoce a la mujer como un individuo racional que en un contexto socioeconómico y cultural adverso evalúa las opciones y estratégicamente opta por un “mal menor”. Las propuestas o ideas sobre lo que es deseable hacer respecto de la violencia dependen fuertemente de estas visiones sobre las mujeres.

Pudimos detectar que las interpretaciones de los profesionales al respecto se basaban tanto en la interacción y diálogo con las pacientes como en preconcepciones, experiencias personales y estereotipos. Muchos declararon que las mujeres son poco confiables y mienten, si bien esta idea prevaleció más en los médicos que en el resto de los profesionales. Las enfermeras, y en menor medida las trabajadoras sociales, opinaban más de acuerdo con lo que las pacientes les habían “contado” o conocían por medio de personas cercanas, y tendían menos a considerar a las mujeres “mentirosas”. Sin embargo en la mayoría prevaleció la ambivalencia:

si bien cada entrevistado se ubicó con más claridad en una de las posturas mencionadas, su discurso contenía elementos de las otras. Por ejemplo, algunos de los que comprendían ampliamente las razones de las mujeres para guardar silencio respecto a la agresión sufrida (notablemente la ausencia de respuestas institucionales a sus demandas), al mismo tiempo expresaban enojo contra ellas porque “no se dan a respetar”, no “ejercen sus derechos” o simplemente “perdonan”.

Ciertamente, una gran mayoría de los entrevistados abierta o sutilmente y por diferentes razones tendía a culpar a la mujer por “permitir” la violencia en su familia; los agresores, curiosamente, permanecían invisibles en el discurso espontáneo. Al ser explícitamente interrogados al respecto, la actitud más común era la indiferencia, la negación, el rechazo o la perplejidad (“trato de comprenderlos pero no los entiendo”). Se empleó mucho más tiempo y energía para hablar de las mujeres agredidas y de su responsabilidad en la relación violenta, que del agresor. Algunos incluso sostuvieron que el machismo era culpa del “matriarcado” [sic] (las madres educan a sus hijos varones protegiéndolos y disculpándolos, mientras que a las hijas les enseñan a “aguantar”). Otras maneras de diluir la gravedad de la violencia hacia las mujeres que expresaron muy frecuentemente al ser interrogados al respecto fueron: anteponer la violencia que sufren otros miembros de la familia que son más “inocentes” (típicamente los niños y los ancianos) y enfatizar que los hombres también son agredidos por las mujeres (más que nada psicológicamente, valiéndose de la humillación). Esta postura la mantuvieron tanto los hombres como las mujeres. Un médico que se declaró enfáticamente a favor de los derechos de las mujeres a no ser agredidas, a abortar en caso de violación, etc., y que condenó con igual énfasis la violencia masculina contra ellas —sobre todo si hay lesiones externas—, al mismo tiempo se quejó de que se les protegiera tanto con programas especiales y se descuidara a los hombres “que también sufren, son humillados, a veces son padres solteros”.

La categoría de representaciones de la mujer que nombramos “víctimas del sistema”, no sólo se refiere a la situación objetiva de las que dependen económicamente de su pareja violenta y por lo tanto consideran poco conveniente separarse de él (víctimas “racionales”), sino de manera preponderante alude a la supuesta asunción del discurso misógino por parte de las mujeres, por ejemplo cuando no denuncian porque los demás “van a pensar que fue su culpa”, por “temor a ser regañadas” o por miedo al “qué dirán” si se convierten en separadas (víctimas “impotentes”). Esto fue dicho por la gran mayoría de los entrevistados.

En el primer caso, la decisión de no hablar, no denunciar, no separarse, puede ser vista como una conducta de algún modo racional, en la que las mujeres calculan cuál es el mal menor y prefieren aguantar la agresión de la pareja antes que la incertidumbre que plantea una situación de dependencia económica, especialmente en las etapas de crianza de los hijos. En el segundo caso se trata de una conducta más bien inconsciente, incluso “encarnada”. Quienes asumieron esta postura, hombres y mujeres por igual, mencionaron el temor y el “respeto” de las mujeres a su pareja, la dependencia emocional, el amor y hasta el masoquismo.

Nuevamente se percibe una gran ambivalencia en relación con “las mujeres” en general: son racionales, astutas y calculadoras (y aguantan las agresiones por conveniencia) o bien son víctimas de un sistema de valores en el que fueron socializadas y que ellas reproducen como algo natural. Tienen derecho a no ser agredidas pero también “se lo buscan”. Son mal vistas tanto si adoptan un papel pasivo en la relación violenta como, peor aún, si toman uno activo. Estas afirmaciones estaban presentes incluso en el discurso de un mismo sujeto, quien expresaba de este modo cierta perplejidad ante lo que se le antojaba una conducta “patológica” de las mujeres. El discurso médico, como demostró Goffman (1973), tiende a llamar patología a lo que en verdad ve como “desviación”: ¿por qué estas mujeres no hacen lo que deberían hacer?; ¿están cómodas en la “dominación masculina”, o no pueden salir de ella?

Para entender este dilema, habría que introducir una distinción entre la *culpa* o “internalización” del discurso del agresor por su víctima, y la *vergüenza* que siente al fallar en el cumplimiento de un mandato que pesa sobre ella y sufrir en consecuencia sanciones sociales. En el primer caso se asume subjetivamente una devaluación y se cree efectivamente que el maltrato es merecido; en el segundo, prevalece el temor a no ajustarse a lo que la sociedad y el grupo de referencia esperan. Las entrevistas a mujeres maltratadas muestran claramente ambas posiciones, incluso en la misma mujer.

Una enfermera opinó que la mejor manera de perder el “miedo al agresor” y dejar de lado la “culpa” era denunciar. Tal sería, en este discurso, una forma de objetivar, de convertir al agresor en objeto (de denuncia) y no en el ser (superior) del que depende la integridad corporal y anímica propia (lo que suele ir acompañado de la culpa). Pero esto último sucede en un tipo de violencia que algunos autores llaman “terrorismo íntimo” (Johnson, 2005), donde la violencia va *in crescendo* a lo largo de varios años y genera la dependencia de la agredida. En

general cuando sucede se llega a pensar en denunciar después de varios episodios de maltrato y como reacción a un agravamiento que ha traspasado algún umbral de tolerancia de la mujer. Tampoco esto significa el fin de ese proceso, que se caracteriza por varias idas y vueltas, momentos de maltrato y “reconciliación” alternativos. Esto hace que la frase de muchos profesionales a sus pacientes: “hay una ley que te protege, ¡úsala!”, sea difícil de cumplir.

Pero la inhibición para denunciar no siempre responde a los sentimientos de culpa, al terrorismo íntimo o a una especie de masoquismo o “gusto” por la violencia. El “temor al regaño” o a ser señaladas, que la mayoría de los entrevistados mencionó, son expresiones de *vergüenza* (social) más que de culpa (individual). Los mensajes que reciben las mujeres y refuerzan esta idea son: “sabías que así era”, “cuando te casaste sabías a lo que ibas”, etc. Al no denunciar suponen que están asumiendo un mandato social que no necesaria o solamente implica culpa o alguna forma de “patología mental”, como muchos entrevistados sostuvieron (masoquismo, personalidad pasivo-agresiva, etc.). En todo caso, es una falla en la tarea de hacer que “los caracteres de la pareja se acoplen”, como dijo una psicóloga (tarea que se supone la mujer tiene habilidades innatas para desempeñar). Varios de los entrevistados mencionaron que el papel de la mujer era sensibilizar a los hombres y en especial a sus hijos varones. Al indagar respecto a estas distinciones, respondieron que las mujeres piensan que es inútil denunciar porque aunque no se consideren culpables, “no les van a creer”. Con esto parecen “legitimar” el discurso masculino, *pero no lo autorizan*, lo cual habla más de la sociedad en la que viven que de sus propios problemas “mentales”. Una enfermera lo expresó del siguiente modo: la mujer permite la agresión “pero no cómodamente”, es decir, no quiere romper las normas sociales, pero subjetivamente se resiste a ellas (no se siente culpable, sólo asume inconscientemente su devaluación social). La adaptación al lugar que les confiere el discurso social predominante sobre lo femenino, que reproducen sus redes sociales y familiares, da a las mujeres cierto reconocimiento social que quizás no tengan en el orden de los derechos. Regresaremos a este punto más adelante.

Las entrevistas hechas a mujeres víctimas de “terrorismo íntimo” revelaron que este tipo de violencia no es un problema meramente conyugal, sino que involucra a la familia extensa, especialmente en los hogares que siguen la pauta extendida en México de que la mujer cohabita con la familia de origen del

marido. Esta costumbre, en un contexto de movilidad geográfica creciente, aleja a las mujeres de sus propias redes sociales. En estos casos se ponen en juego las lealtades familiares, y los parientes del marido, especialmente las mujeres, se dan la tarea de vigilar la conducta sexual de la esposa, de controlar su uso del tiempo y su cumplimiento de las obligaciones domésticas con el fin de garantizar la preservación del honor del marido y con éste el de la familia. Muchas veces, sin embargo, las redes sociales y familiares de la propia mujer reproducen el discurso del sometimiento conyugal. Los problemas de violencia suelen mantenerse dentro de estos ámbitos, a menos que se pongan de manifiesto en casos graves que ameritan hospitalización, o bien cuando efectivamente las mujeres han perdido todas sus redes por haber migrado solas, o sólo con su pareja y recurren a las instituciones de salud u otros servicios sociales. En las entrevistas se mencionó repetidamente el miedo de las mujeres al rechazo de la gente por “estar solas” y al desprecio social hacia sus hijos por tener padres separados. Si bien el incremento de madres solas ha atenuado en algo la condena social hacia ellas (“antes te excomulgaban”, dijo una entrevistada), el estigma no ha desaparecido, al extremo de que muchas “perdonan todo” a cualquier hombre que les haya “hecho el favor” de aceptarlas teniendo hijos de otro. Esta circunstancia fue mencionada como parte de la explicación de la tolerancia de las mujeres a las agresiones de la pareja. Un hombre es bueno (no es un agresor) si la acepta pese a que tiene hijos de otro, y si la mantiene. Ellas asumen entonces la responsabilidad de su conducta violenta: “no lo manden a llamar, yo les aseguro que no se va a volver a repetir”.

Queremos destacar con todo esto que la “explicación” de la permanencia de la violencia doméstica en la sociedad no se reduce a un único factor, como tienden a suponer los profesionales de salud cuando se les interroga desde su posición en el orden médico. Como hemos expuesto, ellos pueden enumerar muchos problemas de diverso orden e incluso decir, como repite la mayoría, que la violencia doméstica es “multifactorial”, pues la engendran la pobreza, el machismo, las patologías mentales orgánicas, la falta de habilidades para la comunicación con la pareja, la falta de educación y de valores, etc., factores todos que unidos en un mismo listado abonan la idea de un “diagnóstico” sin causa ni agente visible, pero en última instancia una patología. Sin embargo, la patologización dentro de este tipo de argumento está articulada con nociones de clase, etnia y género.

“Biología social”. Etnia y clase

Como decíamos, la relación entre el médico y el paciente suele sustituirse en el orden médico por la relación entre la institución médica y la enfermedad. Así como se separa al “hombre” del “enfermo”, el médico no habla desde sí mismo sino desde la autoridad que le confiere el carácter científico del discurso médico. Varios médicos nos interrogaron en la mitad de la entrevista acerca de nuestra formación para saber si éramos también médicos, y cambiaron de inmediato el tono de la conversación al enterarse de que no era así. Por ejemplo empezaron a tutearnos, a relajarse, o a ponerse en papel de autoridad (un médico comentó que antes de la entrevista había solicitado: “denme el formato de la entrevista para saber de qué voy a hablar”). También aludían a la experiencia que habían acumulado, y mencionaban todos los lugares en donde se habían desempeñado y los puestos que habían ocupado en los servicios médicos. Varios tomaron la necesidad de indagar respecto de las causas de las lesiones de sus pacientes, como una cuestión de honor personal, de necesidad de “desenmascarar” las mentiras de las pacientes porque éstas constituían una especie de afrenta a su autoridad. Una médica comentó: “Yo sí le pregunto: ‘oiga, a ver, ¿esto cómo estuvo?, ¿quién la golpeó? [...] ¡porque esto no es una caída!... dígame la verdad’ [...] O sea, les digo *que no me quieran ver la cara, ¿verdad?*” (Entrevista 7, cursivas nuestras). Sólo el médico puede *verle la cara* a la paciente.

Fue desde esta posición de autoridad social y moral que los profesionales de salud se atrevieron a establecer las causas de la violencia doméstica, reflejando con ello la ambivalencia entre excluir el tema o introducirlo —aunque patologizado—, en el orden médico. La autoridad de “la ciencia” confiere a los médicos una noción de alcurnia social que deben mantener mediante el cultivo constante de una imagen de respetabilidad y virtud personal. Algunas de estas virtudes míticas son el desinterés y la generosidad, y como dijeron varios, “les tenemos que transmitir esos valores que deben de tener”.

El saber y la autoridad que confiere la “ciencia” fueron invocados para justificar la atribución de patologías a quienes viven en situaciones de violencia, y para establecer distancias *sociales* con ellos. De este modo evocaron el orden “biológico” para deslindarse del problema en el orden médico y también para hacerse cargo de él. En el primer caso se ve la violencia como una ruptura del orden “natural” —que es armónico—, y sus causas obedecen a desórdenes morales, asunto

que no compete a la medicina. En el segundo, hay una confusa mezcla de elementos biológicos y morales que determinan la conducta (“es *biología*... es como se criaron durante generaciones”, según el discurso de varios entrevistados).

La disposición a involucrarse dependerá así del concepto que tengan los profesionales de la salud de su propio papel social: si defienden el orden médico a secas tenderán a deslindarse o en todo caso a enviar a las pacientes a salud mental o a trabajo social; si en cambio mantienen una idea más cercana a la de la “medicina social”, que incluya la educación, la prevención, etc., sentirán que la “falta de educación” es un mal que también deben combatir por cuestiones de “salubridad” y a veces de derechos. Pero muchas veces esta idea de “medicina social” se sustenta en una epidemiología clásica, más que social, que si bien habla del sujeto en sus múltiples aspectos, termina responsabilizándolo a él del mal que padece, cuando en rigor no está en sus manos controlar la mayoría de los factores que determinan su problema. La “educación para la salud” muchas veces se fundamenta en la ilusión de que una vez que el individuo conozca el problema y las maneras de prevenirlo, cambiará sus conductas y éste desaparecerá.

La población-objetivo es, nuevamente, la gente pobre, y las ambigüedades respecto a esta población son palpables. De acuerdo con nuestros entrevistados, la “culpa” de su desorden la tienen a veces la “modernidad” o las condiciones actuales de la vida urbana, otras el machismo y en menor medida el autoritarismo político, pero la mayoría de ellos, aún cuando mencionara esos elementos, no dejaba de reconocer que en última instancia eran los mismos individuos los incapaces de acceder a los valores “modernos”, por “flojera”, vicios o tendencia a lo ilegal. “El alcohol los vuelve malos”, dijo una doctora (Entrevista 7); otra aseguró que “la violencia es innata en los hombres, pero se puede controlar con la razón” (Entrevista 3). Estos sujetos, entonces, no tendrían la capacidad de “controlarse”.

Un médico de Quintana Roo, por ejemplo, idealizaba la vida de los antiguos mayas de la zona, que eran “población *normal*... porque nacían, se reproducían y morían en el mismo lugar” (Entrevista 14), mientras que la gente que venía de afuera a buscar trabajo, era “gente violenta, que viene a la aventura, no tiene raíces, no tiene empleo, viene huyendo”, es decir, ha roto el círculo biológico natural (“no tiene raíces”) y además es fugitiva del orden; en sus palabras: “huyen de la justicia, de la familia, de sus esposos o esposas”. Este médico le echaba la culpa a la “educación moderna”, con la cual, decía, “les rompimos el *alma* a los mayitas”, ya que ellos “en el pasado tenían bien delimitadas las obligaciones del

hombre y de la mujer y vivían en paz”. Con “educación moderna” se refería a la escuela, y más que nada a los medios de comunicación, que al difundir la cultura de masas, opuesta a la cultura “burguesa”, educada, exaltan la violencia y estropean el carácter, haciendo perder los valores familiares.¹⁸⁵ Este desplazamiento de sentido de la palabra educación es congruente con el discurso de la mayoría de los entrevistados, que si bien apelaban a la dicotomía “naturaleza vs. cultura”, no lo hacían en los términos de un discurso que exaltara lo natural y condenara la cultura, sino más bien al contrario, asociando la violencia con la falta de cultura y la cercanía a lo “natural” con lo *salvaje*.

En esta línea, un tipo de agresión que varios consideraron inaceptable fue la “mordedura humana”, como denominaron a la mordedura infligida a la paciente por su pareja, y peor aún cuando la consecuencia de ésta era una fractura ósea. En un hospital, cuando a varios profesionales se les planteó el tema de nuestra investigación, reaccionaron inmediatamente recordando con indignación el caso de una mujer a quien el marido le había fracturado un dedo con una mordedura. Las mordeduras –que parecen propias de un animal– fueron mencionadas también en otros lugares. La violencia en general suele adjudicarse a quien carece de entendimiento o habilidad de comunicación o simplemente está cerca de la animalidad, y esto lo relacionan sin duda con determinados sectores sociales. Educación significa también para ellos respeto al cuerpo, “razonabilidad”, habilidades de comunicación y “una pareja más igualitaria”. Un psiquiatra comentó: “las mujeres *ignorantes* creen que ése es su destino, *son religiosas*, la religión les dice que ésa es su cruz y que deben cargarla y aguantar porque son las esposas” (Entrevista 49). Lo moderno se opone aquí a lo religioso, que implica ignorancia.

La “falta de educación y cultura” se asocia con mucha frecuencia a la idiosincrasia de ciertas familias que reproducen tales patrones de manera casi “genética”. Este patrón incluye la violencia social y familiar, la conducta delictiva, las adicciones, la suciedad y, curiosamente, la sumisión, conductas privadas que trascienden al espacio público y revelan una *cuasi* naturaleza incivil. Como dijo una enfermera: “yo creo que es mucho *biología* [...]; yo siempre he dicho que tanto *violencia* como que se descuiden *las calles*, la *basura* y demás, es es todo *educación* [...] ignorancia, la *cultura* que han tenido desde el nacimiento y que después repiten en la edad adulta” (Entrevista 19). Aquí se llama a la biología a prestar su modelo (la reproducción genética) a un argumento que es moral e incluso estético (“sería *bonito* que se quite *todo eso*”, dijo una enfermera). Esa fealdad, inmoralidad

y en definitiva falta de orden, debe prevenirse antes de que se propague, porque constituye un riesgo social: “que despierten [las mujeres] porque les toca educar a las siguientes generaciones en los derechos y obligaciones de todos, hombres y mujeres”] (Entrevista 19). Las enfermeras se declaraban más cercanas a las pacientes en comparación con los demás profesionales; los médicos y psiquiatras eran quienes más distancia social establecían con los pacientes, principalmente porque ellos tenían “educación”.

En general las discriminaciones por clase social parecían ocultarse detrás de las de género al caracterizar la violencia doméstica como problema de pobres, gente no educada, o familias disfuncionales producto de patologías entre las que se mencionaban mayormente las de las mujeres. Esto las volvía riesgosas en el discurso y no aptas para mantener un orden basado en la educación y los valores familiares. Las discriminaciones étnicas, salvo excepciones, no fueron explícitas, pero parecían subsumirse en el discurso de la discriminación por clase social, por ejemplo al decir que los sectores rurales o indígenas “son gente agresiva”. Como hizo notar Roger Bartra (1987), citando a los filósofos del “ser nacional” que tuvieron enorme influencia en la conformación de estereotipos sociales en el sentido común mexicano, “el ser nacional es violento, después de la Revolución mexicana, y es asociado con los estratos bajos”. El arquetipo es el *pelado*. A éste, dice Bartra: “se le ha arruinado el alma antigua y no hay todavía en él ritmos modernos, está atrapado y por eso es peligroso. Su espíritu se encuentra en estado de rebeldía o al menos de desorden”. Palabras más, palabras menos, es lo que dijo el médico de Quintana Roo a quien ya mencionamos, respecto de los mayas actuales y en general de la gente que migra del ámbito rural a las ciudades.

Por medio de estos discursos ocultos, maquiados con argumentos pseudocientíficos y expresados desde una posición de autoridad conferida por el orden médico y por la pertenencia a una determinada etnia y a cierta clase social, los profesionales de la salud parecen estar preservando la “respetabilidad de clase media” a que los obliga su posición en el orden médico. Podríamos pensar que este lugar social funciona para los profesionales de la salud –si bien con algunas variaciones, dependiendo de su lugar dentro del campo– como una “sobredeterminación de posiciones de sujeto” (Laclau y Mouffe, 2000). Es decir, una posición que lleva implícitas otras a las que abarca y articula, por ejemplo la “clase” o la “etnia” (fuertemente asociada con la clase). Curiosamente, los pocos entrevistados que se refirieron de manera explícita a cuestiones étnicas no eran necesariamente “güeros” como popularmente

se les dice, sino mestizos. Se podría decir que la “bata blanca” que distingue a estos profesionales contribuye a “blanquear” el color de su piel, ya que quienes hablaron de cuestiones étnicas lo hicieron refiriéndose exclusivamente a los indígenas.

Para gran parte de estos profesionales la violencia suele ser, como vimos, privativa de las clases bajas, aunque algunos repitieran el discurso según el cual ésta “nos afecta a todos”, como dicen los folletos y algunos mensajes mediáticos. Sin embargo su propio grupo parece estar de algún modo inmunizado contra ella, y cuando ocurre es casi una excepción (“¿cómo puede dejarse golpear si tiene estudios, como yo?”, en palabras de una doctora). Sospechan, en cambio, que las clases muy altas sí experimentan violencia, quizás según el modelo que asocia el “espíritu aguerrido” con la aristocracia, en oposición a la “masedumbre” pequeño-burguesa (Boltanski y Chiapello, 2002). Pero no se sentían autorizados a hablar de ellas, de quienes decían “no se puede saber nada porque, si sufren alguna violencia, lo resuelven en su casa o con médicos privados”. En los pocos casos en que se abordó el tema de la violencia dentro de las clases pudientes notamos cierta tendencia a imaginar que es más “racional” o movida por el interés, ya sea económico (“se pelean por dinero”) o con el fin de humillar, para lo cual se usan los medios psicológicos más complejos. Especialmente hábiles en esto, según el discurso de varios entrevistados, parecen ser las mujeres de clase alta, porque tienen educación y capital social propio, además de medios económicos. El poder que confieren estos capitales aparecía en el imaginario de los entrevistados, la mayoría de los cuales pertenecía a estratos medios, como una manera de evitar la posición “pasiva”, y por ello enfatizaban la “reciprocidad” de género en las manifestaciones de violencia. Existe la creencia (reforzada por los medios que difunden supuestos resultados de “estudios científicos”) de que en los estratos medios y altos prevalecen la violencia “psicológica” y la “económica”, mientras que en los bajos reina la violencia física y sexual, lo que refuerza los estereotipos. Estas formas de violencia se pueden relacionar más fácilmente con la brutalidad, el desorden emocional y la patología, mientras que para las primeras se requieren algunas habilidades mentales (el cálculo frío, por ejemplo, tan enaltecido por el género *thriller* del cine actual, que por requerir un ojo “educado” se asocia más con el gusto de las clases medias). En todo caso, esas violencias tienen “una razón” o quizás no son una pura “sinrazón”, de ahí probablemente la insistencia de muchos entrevistados (en especial los de menor jerarquía en los servicios, como veremos) en diferenciarse de las pacientes por *tener educación*. Probablemente, como dice Cherrie Moraga (1988), “se teme más a la similitud que a la diferencia”.

¿Feminidad de clase?

En casi todos los profesionales apareció el sentimiento de indignación porque la mujer “se deja” (agredir) en vez de “dejar” al agresor o de responderle, que es lo contrario de “dejarse”. Un desplazamiento muy curioso de esta dicotomía “dejar/dejarse” en boca de varias de las mujeres profesionales, sin embargo, se deslizaba hacia lo físico. Hablaban de *dejar* de cuidar la apariencia, el físico, la limpieza del hogar, cuestiones comúnmente asociadas con lo femenino; en suma, ser una “dejada” y con ello no evitar que el hombre busque otras parejas o la maltrate y humille. Varias de las frases que las entrevistadas adjudicaron a las parejas de sus pacientes como ejemplos de humillación (¿merecida?) fueron: “ya no me sirves”, “estás gorda”, “estás fea”, “eres frígida”. Una muy socorrida entre ellas fue: “me da coraje como mujer” (que otras mujeres *se dejen*).

Curiosamente, en las narraciones de las mujeres maltratadas se mencionaban el arreglo y la limpieza como los principales valores por los que otras mujeres cercanas al agresor —en particular la madre y las hermanas— las juzgaban a ellas, y con ello reforzaban la idea de que si su virtud y respetabilidad estaban en duda, el maltrato era merecido. Si en los grupos más tradicionales la limpieza de la casa y el decoro en la vestimenta son expresión del pudor, la decencia y la buena conducta sexual de una esposa y madre, en las mujeres más educadas o “modernas”, cuya respetabilidad social además de la familia pasa por la profesión y los signos de estatus que da el consumo —como gran parte de las profesionales entrevistadas— esos valores se traducían en la búsqueda del arreglo personal, la “buena presencia” y el atractivo físico, no solamente para competir en el mercado laboral, también en el matrimonial, y con ello evitar que el hombre busque otras compañías. Como dijo una trabajadora social, “son culpables porque ‘se dejan’ [...] aunque hay mujeres que se cuidan físicamente para ser atractivas a sus parejas y sin embargo también sufren algunos maltratos, ¿no?” (Entrevista 31).

Según muchas de estas profesionales, si la mujer se ve obligada a salir a trabajar esto provoca reacciones violentas “porque el hombre es inseguro”, pero también porque ella deja de cumplir varias de sus obligaciones y “descuida a la pareja” [...]. Dos trabajadoras sociales opinaron que algunas de las mujeres que salen a trabajar también son “flojas”, porque “como ya trabajan y sienten que ya traen dinero a la casa, ya no quieren guisar, ya no quieren lavar”; agregaron: “también *uno* se busca los problemas, hay que ser realista” (Entrevista 34-35).

Reforzando la idea anterior, para estas profesionales el trabajo femenino remunerado disminuye la violencia sólo “cuando la gente tiene educación”, porque al ser más *razonables* y saber comunicarse, los hombres (también educados) entienden que esto significa un ascenso social para la pareja y la familia (Entrevista 34). La mayoría de las profesionales piensa, como dijo una de estas trabajadoras sociales, que “la mujer ‘actualizada’ (con mayor educación) es menos humillada y menos golpeada”.¹⁹⁵ Estas trabajadoras se distancian de sus pacientes, se sienten “un peldaño más arriba” y en términos misóginos y clasistas expresan su temor a que se les iguale a ellas. El trabajo de la mujer fuera de la casa produce desintegración familiar y violencia, aseguran, a menos que se haga con propósitos de superación personal, desarrollando una carrera de estudios. Una psicóloga fue elocuente al respecto: “es una sensación de disgusto, porque digo: cómo es posible que *tú* te dejes manejar, pues *uno es mujer*, y pues *yo bien o mal estudié*, como que quisiera uno que esa persona entendiera [...] esa persona tiene un año menos que yo, o sea, *vete tú y veme yo* [sic]” (Entrevista 50). La identificación “de género” de las profesionales con las mujeres maltratadas podía verse cuando enunciaban su discurso desde la primera persona del plural, por ejemplo al decir: “es la respuesta que *damos*: es por mis hijos, o es porque van a decir que es mi culpa”, mientras que cuando tomaban distancia de las pacientes (por ser profesionales y no iguales a ellas) utilizaban frases en tercera persona, como “ellas dicen, o ellas creen”. El distanciamiento —e incluso el antagonismo— resulta evidente en las palabras de una trabajadora social que, refiriéndose a las “mujeres de baja escolaridad, con tres o cuatro niños”, deploró: “No cooperan, no quieren denunciar. *Nos* echan a perder el caso” (Entrevista 34).

La misoginia a veces es una manifestación velada de clasismo, y la educación una manera igualmente velada de hablar de diferencias de clase. Muchas entrevistadas dijeron que la violencia afectaba “*incluso* a mujeres educadas” o a las que trabajan, lo cual resultaba mucho menos admisible ante sus ojos. Aquí sin embargo es preciso establecer algunos matices entre las instituciones en donde trabajaban las entrevistadas, ya que las usuarias de los servicios para los trabajadores del Estado, por ejemplo, a diferencia de las que acuden a los destinados a la población abierta o los del seguro social para el sector privado (muchas de ellas aseguradas por el trabajo de sus maridos), suelen tener estudios (son maestras o empleadas), y se encuentran socialmente más cercanas a las profesionales de salud que las atienden. A estas usuarias se les reprochaba *dejarse* “aun teniendo estudios” o también —al decir de

una enfermera— “dejarse maltratar por alguien que *no* tiene estudios”. A estos casos se les considera como fallas en la “autoestima”, que generan vergüenza porque “lo permiten”.

La debilidad de carácter, la sumisión y la “nobleza” fueron asociadas por algunos con la falta de estudios en la mujer en una curiosa mezcla de virtudes y “defectos” que podían aparecer en el discurso de un mismo profesional como si se tratara de sinónimos. Una delgada línea parece separar aquí el fortalecimiento del carácter y el abandono del lugar de sumisión de la mujer que ha estudiado, de la adquisición de rasgos amenazantes, como la pérdida de “nobleza”. Si, conforme a esta perspectiva los estudios son un arma de doble filo al tratarse de las mujeres, en el caso de los hombres, en cambio, sirven para contrarrestar su “natural” agresividad; como dijo una trabajadora social: “a mí me sorprendió muchísimo porque *el señor* tiene una formación académica, pero pues le ganaba más su “prueba del ego”, o bien, en el caso de un hombre sin educación, “[la señora] tiene fractura de un dedo, tiene la boca mordida; yo creo que le dio un beso bien apasionado” (Entrevista 31). Estas personas inspiran en las profesionales “coraje” (la mujer) y “asco” (el hombre).

Lawler (2004) sostiene que las distinciones de clase no desaparecieron en la modernidad tardía, sino que fueron desplazadas e individualizadas. Se desplazan para atribuirles a personas individuales (o familias) aprobadas o desaprobadas, normalizadas o patologizadas. El género es, para este autor, uno de los ejes centrales en que las distinciones de clase se establecen y mantienen (y viceversa) a través de los significados de clase que se asignan a diferentes formas de masculinidad y feminidad. Al comparar el tratamiento público que se dio en Inglaterra a dos movimientos de protesta de madres, uno de clase baja y otro de clase media, este autor concluye que a las mujeres de clase baja se les retrata como incapaces de autorreflexión, y sus protestas, en consecuencia, se desacreditan; por el contrario, a las mujeres de clase media de antemano se les autoriza para reclamar por sus hijos porque se considera que son madres psicológicamente normales (o “verdaderas” madres). Según Lawler, incluso para la izquierda (al menos la inglesa) la “infraclase” actual no tiene la dignidad del “proletariado” y se le describe con los mismos términos patologizantes; pero es un grupo esencial para la clase media porque le permite autodefinirse en las actuales condiciones. McRobbie (2004) apunta en la misma línea: “a través del prisma de la individualización de las mujeres, las diferencias de clase son reinventadas por medio de la violencia simbólica en el campo cultural y de los medios, y

se inscriben en el cuerpo femenino". De ahora en adelante, dice esta autora, "la joven madre soltera –y podríamos agregar la mujer maltratada– será vista como una persona abyecta, con una vida 'mal manejada', volviendo con ello a un estilo prefeminista y pre-welfare de ver a las mujeres menos favorecidas".

Los discursos de los profesionales de la salud que hemos entrevistado –tanto hombres como mujeres– parecen corroborar esta misma idea, que se forma en la confluencia de discursos sociales igualmente ocultos y diferentes del discurso médico: el de las distinciones de clase, género y etnia. Pero al ser enunciados por los profesionales de la salud en sus propios términos pueden verse reforzados –no sólo en los pacientes sino en toda la sociedad– precisamente por ser ellos los representantes del discurso más autorizado para hablar de "patologías". También el discurso médico parece colonizar más que nunca el de la psicoterapia. Como apunta Fraser (2003) al respecto, "en la época posfordista el enfoque basado en el habla e intensivo en tiempo, que favorecía el fordismo, tiende a ser eliminado de la cobertura de seguros y a ser reemplazado por psicología farmacológica de ajuste instantáneo". El auge de las neurociencias legitima esta tendencia, reforzando con ello la búsqueda de causas a cada vez más problemas en algún tipo de disfunción cerebral. A los psiquiatras se les envían los casos más "intratables", justamente porque ellos pueden medicarlos, en general con antidepresivos o ansiolíticos. No por nada las directrices de la OPS que comentamos en otro capítulo prácticamente ruegan a los médicos que "en lo posible eviten prescribir fármacos que alteren el estado de ánimo de la mujer". Con esto, además de evidenciar la dificultad para prever los efectos de medicar, dejan claro el carácter rutinario de esta práctica médica y muestran la dificultad para abandonarla ("medicar" etimológicamente aparece como "lo que hace un médico").

Este amparo en la biología, nuevamente, resulta poco convincente cuando constatamos que a falta de un saber aplicable se llevan los problemas al terreno moral. En relación con la violencia doméstica, definida como una "patología familiar", se culpa a las mujeres por "dejarse" (y dejar que ocurra), y en consecuencia se les juzga incapaces de juicio y de moralidad. Para los servicios de salud la mayor "decadencia" se manifiesta en la figura de "madres adolescentes sin escolaridad, y en la manera en que las trata el novio" (Entrevista 34). Según algunas profesionales, el "masoquismo" o el "amor" les impide reaccionar, nuevamente sugiriendo el "doble filo" que implica la educación de las mujeres, como ya mostramos en otro ejemplo: con estudios pueden abandonar el masoquismo, pero

también el "amor". La caricatura de la feminidad y masculinidad "degradadas" que presentan estas entrevistadas se muestra en la percepción de que "las mujeres dejan que sus agresores 'hablen por ellas' [lo que habla de una pérdida subjetiva] por temor a 'que se vayan con otra'", mientras "los hombres se juntan con sus amigos a presumir: son machos por golpear a la mujer y más machos por volverla a contentar" (Entrevista 34). Sin embargo estas mismas entrevistadas también juzgaron como "degradadas" a las mujeres que por trabajar y ganar dinero creen que tienen derecho a dejar de cumplir su papel de trabajadoras no remuneradas (Entrevista 34-35). Este discurso ambiguo, que identificamos en muchas de las profesionales entrevistadas –supuestamente "emancipadas"–, muestra la gran complejidad de su constitución subjetiva y la consecuente dificultad para lograr un "empoderamiento" femenino por decreto. Al asociar la capacidad de las mujeres de contestar la subordinación con una pérdida de los valores femeninos más constitutivos y reconocidos, parecen confirmar lo que afirma Berlant (2000): "la praxis femenina es establecida como terreno de solidaridad", y las mujeres "son exaltadas por tener un valor más simbólico que social, derivado de su experiencia en los terrenos del sentimiento íntimo y la sexualidad", configuración de contradicciones en virtud de la cual gana fuerza una "cultura sentimental" que dificulta el logro de la plena ciudadanía para las mujeres y otros grupos subordinados en virtud del "sufrimiento". Esta autora –que centra su análisis en la cultura nacional de Estados Unidos– sostiene que "la gente puede tener dignidad en los dominios del capitalismo nacional contemporáneo sólo en la medida en que habita el mundo pasivamente, viviendo a través de la negatividad, en nombre del optimismo mantenido por un estado (nación) de constante "mejoramiento". En una línea similar, McNay (2004) observa que "la feminidad es un lugar inestable y una posición difícil de ocupar para *ciertas mujeres*, pero en virtud no de su 'posición devaluada en el orden *falocéntrico*', como dicen algunas feministas, sino de la dinámica de las clases". Según esta autora, es porque carecen de capital económico y cultural que las mujeres de clase baja invierten tanto –económica y emocionalmente– en una *apariencia* de clase media, en la feminidad burguesa o en el matrimonio; ya que son formas de compensación ante la discriminación racial, de género o de clase, y les otorgan una cuota de "normalidad psicológica". Retomaremos la cuestión en el capítulo final.

La paradoja que plantea la violencia doméstica a estas mujeres es que ese mismo discurso de promoción de la unidad familiar a cualquier precio –que se les

recuerda en muchas de las instituciones a las que acuden en busca de ayuda— es el mismo que las devuelve a la “patología” de la que buscaban escapar. Podemos ver con todo esto que en el campo de la medicina, así como en el jurídico, hay más de un discurso en juego, y que no necesariamente se aplican a un caso las reglas oficiales de ese campo. Como intentamos mostrar, un caso de violencia puede ser “diagnosticado” con argumentos morales, de género o de clase, disfrazados de ciencia. Esto tiene eficacia porque tales “verdades” en parte coinciden con las de la *doxa* y sobre todo porque quien las enuncia habla en representación de un discurso cuya autoridad es *cuasi* sagrada. Veremos en el siguiente capítulo cómo se relaciona este orden con el orden legal y con la distinción —política— entre lo público y lo privado.

Capítulo VI. Tratándose de derechos...

Este capítulo se apoya en el material que recopilamos en las entrevistas a los profesionales de la salud, directamente relacionado con preguntas acerca de la Norma Oficial, los procedimientos que deberían seguirse y los que efectivamente se siguen, su posición sobre la posibilidad de notificar o incluso involucrarse en denuncias ante instancias legales, los límites que encuentran en la propia práctica profesional, la percepción de apoyo de su institución y de otros sectores de la sociedad en el caso de que decidan involucrarse, y en especial su concepción de la violencia intrafamiliar en términos de un problema público frente a otro privado, lo cual condiciona notablemente su manera de tratar el tema. Las posiciones sobre el carácter legal o médico de la violencia se relacionan con las tensiones entre el campo médico y el jurídico, pero también con los discursos que hemos analizado anteriormente, es decir, su visión de las mujeres, o más generalmente de quienes sufren violencia. Al mismo tiempo el carácter público o privado de los asuntos familiares, que tiene que ver con posturas tradicionales o “modernas” sobre los individuos y la familia, se mezcla con el discurso aparentemente científico de las patologías y su forma de tratarlas.

Público y privado

Entre los profesionales de la salud encontramos las mismas ambivalencias que podríamos ver en las mujeres y en la sociedad en general en relación con el carácter público o privado de lo relativo a la violencia doméstica, pero con características peculiares según la posición que ocupan en el orden médico. En efecto, los mismos términos “intrafamiliar” o “doméstica” remiten a lo privado. Por otra parte, la mayoría asume que es un problema grave y que “algo debe hacerse” al

respecto, pero al dar sus opiniones echan mano de argumentos de al menos tres órdenes distintos: la violencia doméstica es un tema público (o debe enfrentarse) en primer lugar porque constituye un *riesgo social* al “propagarse” a las siguientes generaciones, y en menor medida, pero vinculado con esto, porque “no hacer nada” es más *costoso* para la sociedad y en definitiva para el sistema de salud que “hacer algo”. El tercer orden de motivos para intervenir, aunque fueron menos quienes lo sostuvieron, tiene que ver con que se trata de un asunto de *derechos*. Fueron muy pocos quienes consideraron que el tema era estrictamente privado y no había que inmiscuirse en ese ámbito.

Sin embargo encontramos nuevas ambigüedades cuando contrastamos tales argumentos con lo que los profesionales consideraron que era su propio papel en los servicios de salud frente a la violencia doméstica. Como vimos anteriormente, la gran mayoría, —sólo si había determinado que se trataba de un problema atenuable en el servicio de salud—, se inclinaba por aconsejar a la paciente de manera informal y luego derivar el caso a salud mental. La mayoría de los profesionales de salud mental y de enfermería, aunque quizás por motivos diferentes, ocupaba buena parte de la sesión de “consejos” en recordar a las pacientes que ellas valían lo suficiente para tener derecho a no ser maltratadas. Fueron estos mismos profesionales quienes, además de explicar que una parte de su trabajo era “educar en derechos”, planteaban la necesidad de enviar a las mujeres maltratadas a instancias legales para que interpusieran denuncias contra su agresor. Se reproduce aquí la misma dicotomía incómoda entre “curar” o “encerrar” que forma parte del debate más amplio de las políticas públicas sobre la violencia doméstica y que está lejos de resolverse, aun en estos niveles.

Ahora bien, dentro del orden médico la posibilidad de “curar” la violencia doméstica resulta incierta, así como la de “prevenir” su propagación, salvar vidas, o incluso evitar gastos hospitalarios excesivos, estrategias discursivas que parecen ser las elegidas por el programa para convencer a los profesionales de la salud de que el problema les concierne. Al mismo tiempo, ellos ven el orden legal como un ámbito hostil, oscuro y ajeno, que en definitiva tampoco resuelve el problema. Quizás por eso los médicos tendieron a no pronunciarse sobre el asunto o más bien a “quitárselo de encima”, mediante apelaciones a la “interdisciplina” y la derivación a “salud mental” o a la canalización indirecta al orden legal, vía los trabajadores sociales.

Pero como referíamos antes, el orden médico tampoco renuncia del todo a tratar un problema que juzga grave y riesgoso, y la ya mencionada preferencia por

enviar casos a los psiquiatras tal vez tenga que ver con que aún se alberga alguna esperanza en que el saber médico, por más “secundaria” que sea la especialidad indicada para ello, tendrá herramientas de orden médico para curar “este mal”. Incluso cuando parecieran inclinarse por encerrar, además de —o ante la imposibilidad de— curar, derivando pacientes a trabajo social con una notificación al Ministerio Público, lo hacen confiando en que “el médico legista sabrá qué hacer” en estos casos.

Como ya vimos, la vía para reintroducir el problema en el orden de la medicina, pero de manera subordinada, es la patologización individual de cierto tipo de sujetos. Esta inclinación a manejar el asunto —podríamos decir “internamente”—, que vimos ejemplificada en la acción de derivar a instancias legales sólo casos juzgados como “graves” en el orden médico, por ejemplo fracturas o delitos “contra natura” como el abuso de menores en la familia, nos lleva de nuevo a la ambivalencia del orden médico entre lo público y lo privado, que se relaciona en parte con las tensiones entre la ética del propio campo y las leyes del orden jurídico-político, y de manera más general, aunque no necesariamente coincida con lo anterior, con el discurso de “los derechos”.

De acuerdo con Nora Rabotnikof (1997), la dicotomía entre lo público y lo privado ha asumido históricamente diversos significados, de los que analiza tres: a) la oposición entre lo *común* y lo *particular*, b) la de lo *visible* en contraposición a lo *oculto* o secreto, y c) la de lo *abierto* en oposición a lo *cerrado*. Lo público se asocia, en la primera acepción, con lo colectivo, lo que es de interés común (por ejemplo la seguridad pública o la salud pública), mientras que lo privado se relaciona con el interés individual. La dicotomía entre la sociedad política y la sociedad doméstica proviene de esa distinción previa. En la segunda acepción, lo privado es aquello de lo que no puede hablarse, en contraste con lo que se hace público. Y en la tercera, lo público es lo accesible a todos (como los lugares públicos) mientras que lo privado no es objeto de uso colectivo, sino que se encuentra “cercado”. Rabotnikof refiere que estos tres sentidos asociados a lo público y lo privado se han articulado históricamente de manera variable desde la antigüedad hasta la sociedad moderna. Así, lo público puede ser tomado como el espacio de los iguales (en la versión de la *polis* griega), es decir, donde no hay sometimiento y los asuntos se discuten a la luz del día y en un espacio abierto. Podríamos ver lo privado (el ámbito de la familia), en contraste, como el espacio donde los problemas “no se hacen públicos” y donde no existe la misma igualdad. En la manera

actual de comprender la violencia doméstica se deja ver lo primero (el carácter oculto de esa violencia), mientras que lo segundo, la existencia de sometimiento en el interior de la familia, no es tan transparente ni se percibe fácilmente. Esto porque las versiones más modernas de lo público y lo privado se apoyaron en la distinción que establece el derecho romano entre el derecho público, que se refiere a los asuntos del pueblo, y el derecho privado, que regula las cuestiones del ámbito mercantil y familiar, espacio dominado por el *pater familias* (Rabotnikof, 1997). A su vez, como han observado las feministas, la división entre lo público y lo privado, que es política y revela el carácter inferior de uno de los dos polos, establece dos tipos de poderes: el social para lo público, y el natural para lo privado, que correspondería al espacio doméstico, naturalizando de esta manera un orden que es patriarcal y desigual (Pateman, 1996).

Versiones liberales más modernas distinguen entre una cara pública y una privada, pero en los propios individuos (Sennett, 1978), reclamando el derecho a la *privacidad* personal en aspectos que la persona considere privados. Otra versión de lo privado frente a lo público de interés para nuestro tema es la que puede denominarse “romántica” en términos de Brown (1999); este concepto se remonta a Rousseau y continúa con los comunitaristas, y ve lo privado como aquellos lazos comunitarios sostenidos en la cultura que, distinguiéndose del Estado y la economía, dan sustento a la comunidad política. La noción habermasiana de esfera pública comparte con esta visión la defensa de un mundo cultural vinculado a la vida de los individuos, en oposición a la burocracia y a las organizaciones de la economía, pero difiere en un aspecto básico, que es postular el ideal de la discusión racional entre sujetos libres sobre visiones alternativas del bien, en lugar de defender un orden moral compartido y homogéneo. Es a través de esta esfera pública como el mundo de la vida —que tiene una parte privada y una pública— se vincularía a la sociedad política. Suele usarse este modelo teórico para plantear la necesidad de una sociedad civil orientada a la defensa de los derechos y cuyo medio es el diálogo racional (Cohen y Arato, 2000).

Nancy Fraser (1989) reconoce que el modelo de Habermas corrige la visión dualista de la distinción entre lo público y lo privado al introducir esta distinción tanto en el espacio de la integración sistémica (entre el Estado y la economía oficial) como en el espacio de la integración social o “mundo de la vida”. De este modo, el mundo de la vida tendría un aspecto vinculado con lo público estatal (a través de la esfera pública), y un aspecto privado, vinculado a la esfera de la

economía oficial (a través de la familia, que le provee de trabajadores y consumidores). Sin embargo, según esta autora, Habermas no advierte que la familia está fuertemente imbuida por roles de género definidos y desiguales, en la medida en que el rol de trabajador es masculino (no considera que el trabajo gratuito de crianza forme parte de la reproducción material) mientras que el de consumidor es femenino. Fraser destaca que el modelo de Habermas, al ubicar a la esfera íntima del lado de la reproducción simbólica, olvida el hecho de que en la familia los medios del dinero y del poder están fuertemente implicados en una relación de clara desventaja para las mujeres. Paralelamente, el rol de ciudadano que predomina en la esfera pública de la sociedad civil habermasiana también es masculino, según esta autora, en tanto sus principales características (opinión pública, diálogo argumentativo, formación de la voluntad, defensa de los débiles) corresponden a las virtudes del hombre. En contraparte, las mujeres suelen ver invalidados sus argumentos en cuestiones tan cruciales como el consentimiento para mantener relaciones sexuales o, en relación con nuestro tema, en la denuncia de la violencia infligida por su pareja. Fraser se pregunta por la capacidad de diálogo y de participación en la esfera pública que pueden tener las mujeres cuando existe una creencia tan arraigada sobre su incapacidad y su “necesidad de ser protegidas” en un espacio público entendido de manera masculina. La autora finaliza con una cuestión clave: si la tarea de la sociedad civil es luchar por la “descolonización del mundo de la vida”, el problema no es saber si éste se impondrá moralmente por sobre la lógica de los sistemas, sino cuáles de sus normas prevalecerán. Las feministas, en la medida en que han insistido en la urgencia de “politizar lo personal” han sacado la violencia doméstica del ámbito intocable de “lo privado” y lo han llevado al terreno de los derechos. Pero aquí nos encontramos con otra tensión: la que existe entre el reconocimiento jurídico y el “reconocimiento social” de los sujetos (Honneth, 1997). Ser sujeto de derecho no equivale a “tener derechos que hacer valer” como persona, como veremos más adelante.

Por otra parte, como argumenta Eagleton (2004), la idea habermasiana de esfera pública basada en la pragmática universal no sólo confía tal vez ingenuamente en la orientación al consenso de las propiedades del lenguaje, sino que al tener como horizonte una idea abstracta de justicia y excluir el cuerpo, excluye con él las necesidades concretas y materiales de los individuos. Para este autor, el incesante proceso de discutir todas las cuestiones relacionadas con los valores corresponde a la esfera pública, pero ésta tiene como condición que las particu-

laridades concretas de los individuos puedan ser respetadas y satisfechas mediante la igualdad de derechos para participar en la definición de los valores. Para ello, sin embargo, quien habla debe tener legitimidad social, ya que la autoridad no emana de quien habla, sino que la confiere quien escucha. Cierta tipo de mujeres no goza de esa autoridad. Frecuentemente hay más de un conjunto de reglas en juego en un campo, por ejemplo el jurídico, acerca de quién está autorizado a hablar en público, o quién puede tener voz política (Fraser, 2001). Y en relación con esto Clavreul recuerda que la palabra “atestiguar” proviene de “testículos” (así como “histeria” de útero). Como asegura Lawler (2004), la práctica de justificación por la que un juez declara a alguien “culpable” de algo, lo patologiza o lo descalifica, no es la práctica abierta de justificación que opera en un campo. En los casos de violencia sexual, por ejemplo, los jueces bien pueden invocar, no el derecho, sino el sentido común acerca del comportamiento adecuado de los hombres y las mujeres. En la medida en que estos juicios no están “descolgados” sino que coinciden con las verdades del sentido común, los jueces no pierden autoridad al pronunciarlos (aunque se les pueda criticar), porque su autoridad está dada por su persona.

Las mujeres maltratadas que entrevistamos confirmaron esto al reportar de manera sistemática que habían sufrido maltrato en los servicios de salud y de justicia, lo cual se manifestó a través del estigma, el descrédito de sus testimonios, y la sospecha inmediata de que “se lo han buscado”. El entorno social e institucional de las mujeres que sufren violencia desempeña un papel ambivalente, en algunos casos promoviendo el discurso de los derechos o de la dignidad, pero en otros, a veces de manera preponderante, transmitiendo y perpetuando los mensajes que legitiman la violencia. Ésta no puede ejercerse sin antes quitarle al otro el carácter de *semejante*. La vida no siempre transcurre en un mundo de valores positivos y de consenso, sino de poder y conflicto. La persistente caracterización de las relaciones de género en el espacio doméstico como un asunto privado hace que, siguiendo con la dicotomía de lo visible frente a lo oculto, las relaciones de poder en su interior no sean cuestionadas, e incluso no sean reconocidas. Este discurso “privatizador” de la violencia doméstica ha sido crecientemente confrontado por otro, proveniente de los movimientos de los derechos humanos y de las mujeres, que también circula en los medios de comunicación y penetra por lo tanto en el espacio de lo “privado”, reivindicando muchas veces la idea de la sociedad civil como agente que, ante las insuficiencias o arbitrariedades del Estado, debe velar

por la defensa de los derechos de los ciudadanos y garantizar su cumplimiento. Este discurso está presente en las políticas con perspectiva de género y en el programa de prevención de la violencia doméstica en particular, y los profesionales de salud lo han recibido por diversas vías, tanto desde las directrices de la propia Secretaría de Salud como de los medios de comunicación.

El orden médico combina de una manera peculiar las distintas versiones de lo público y lo privado. Por un lado, las instituciones de salud pública están llamadas a intervenir en asuntos que son más importantes para la colectividad que para el individuo, por lo que están autorizadas a entrar en la “privacidad” de la familia cuando el imperativo público lo requiere. La familia en esta versión no es “lo privado” como lo inaccesible a la mirada pública, ya que la medicina irrumpe en ella con el fin de regular sus eventos de salud y enfermedad desde el nacimiento hasta la muerte de sus miembros, y finalmente la hace su aliada. Así todo puede ser ventilado si es necesario, porque al ser la sociedad quien paga, la medicina tiene derecho a vigilar la salud de cada cual. Por otro lado, puede ampararse, como lo hace, en el código deontológico interno de la medicina que le dicta “no inmiscuirse en los asuntos familiares” (Clavreul, 1983) y apelar al “secreto médico” que obliga a mantener oculto el diagnóstico del enfermo. Sin embargo, como sostiene Clavreul, el secreto médico tiene como única finalidad preservar al propio cuerpo médico de demandas de tipo ético o legal. Lo que no puede formular en términos médicos es secreto o “indiscreción”. El secreto está así al servicio de la ideología, hace más vergonzosa la enfermedad, y su vocación por respetar la privacidad del enfermo es dudosa. En teoría, se puede apelar al secreto cuando el problema en cuestión no se juzga como un delito, o bien cuando no se le considera del orden de la salud pública, lo que exigiría ventilar cuestiones privadas en favor de un bien público, por ejemplo el controvertido asunto de hacer públicas las prácticas sexuales o el estatus serológico de las personas con VIH, considerados riesgosos para terceros. Pero en rigor, cuando sólo se trata de preservar la privacidad del enfermo el imperativo del secreto no se cumple, y quizás por ello las mujeres prefieran no decir nada sobre la violencia doméstica en los servicios de salud. Como refirió una trabajadora social: “se corre la voz enseguida en el servicio, todo el mundo se entera, por *morbo*” (Entrevista 31).

La ambivalencia de los profesionales de salud en relación con la distinción entre lo público y lo privado se manifiesta entonces en la articulación de diferentes discursos. A veces equiparándola con la distinción entre lo visible y lo oculto,

ellos manifiestan que la violencia doméstica es un problema “público” porque, aunque se quiera ocultar, siempre alguien (y en seguida todo el mundo) se entera. Por lo mismo, es más fácil controlarlo en las ciudades pequeñas donde todos se conocen y resulta difícil de ocultar. Aquí lo público toma la acepción de lo visible, lo que mediante el rumor o el chisme se vuelve de dominio público. Es público a pesar de que “no debería serlo”.

Otra variante de esta noción de lo público como lo visible da al asunto de la violencia doméstica, quizás por sus connotaciones de género, tintes de frivolidad. Tal vez las campañas publicitarias que desde el gobierno se hicieron en contra de la violencia doméstica, donde se mostraban rostros de mujeres –famosas y no famosas– maquilladas como si hubiesen recibido brutales golpes hayan contribuido a generar esta visión. Varios entrevistados manifestaron que “violencia siempre hubo, pero ahora *está de moda*” e incluso algunos comentaron que sugerían a sus pacientes ir a denunciar, aprovechando que “ahora *está de moda*”. Esta manera de caracterizar la denuncia recuerda a algunos *reality shows* de la televisión, donde los conflictos y aberraciones familiares (con escenas de violencia incluidas) son sacados a la luz, al mismo tiempo que se llama a los actores a restablecer el orden. En esta exposición pública –o en nuestro caso en el “morbo” que favorece que todo el mundo se entere en los servicios médicos de las lesiones que sufrió una mujer– es posible reconocer cierto “*voyeurismo* de clase” como el que Stathatos (2004) advierte en algunas producciones artísticas contemporáneas donde las expectativas burguesas de “suciedad de la clase obrera” se ven confirmadas en una suerte de “repugnancia excitante”, mediada quizás, podríamos añadir, por un “*voyeurismo* sexista”. Como vimos en el capítulo anterior, hay un mito según el cual la violencia doméstica física y brutal es patrimonio de las clases bajas, mientras que en las “educadas” predominaría la violencia psicológica.

Otra versión de lo público que dieron los entrevistados es la que identificamos con el discurso feminista, donde lo privado, al convertirse en un asunto de derechos, pasa al ámbito de lo político. En este caso los entrevistados insisten en que aunque la gente lo considere privado “hay que meterse”, y si es necesario indagar con preguntas indirectas que eviten ofender, para poder intervenir. Una pregunta clave y efectiva que descubrió una enfermera era “¿con quién dejó a sus hijos?”, porque ahí –comentaba– “se sueltan a llorar y empiezan a contar todo”. Esta profesional, que parecía conocer los puntos débiles de las mujeres, demostraba al mismo tiempo su competencia en una de las estrategias típicas del orden

médico cuando tiene que usar todas las armas disponibles para que el enfermo se someta y de ese modo permita la intervención a favor de la salud de la población. Es decir, el discurso de los derechos de la mujer se combina con las exigencias de la salud pública, y no necesariamente de manera “cínica”. Sin embargo hay ciertos límites que muestran que algunas transgresiones no sólo son intratables por el orden médico, sino que además éste prefiere no verlas. Cuando se trata de violencia sexual, por ejemplo, algunos profesionales que se declaran comprometidos con los derechos prefieren “no meterse”. Esto parece ser mucho más “privado” y genera pudor, cierto moralismo (no ser “metiche”) o incluso rechazo, pero es transformado en el discurso médico en una aparente estrategia terapéutica: “para qué le hago revivir a la señora lo que le pasó, mejor le hablo de otra cosa para que se olvide” (Entrevista 30).

La casi totalidad de los entrevistados, tanto hombres como mujeres, fue así ambivalente respecto del carácter público o privado de la violencia doméstica. La mayoría se pronunció a favor de considerar público el problema y de tomar acciones al respecto, ya sea por verlo como un delito o –con mayor frecuencia– como un riesgo social. Sin embargo, al mismo tiempo manifestaban temor a meterse en algo “privado” y sufrir agresiones. Como dijo una doctora, “es un delito [...] pero el marido puede venir a decirme: oiga usted por qué se mete en lo que no le importa, ¿no?”. La mayoría se mostró partidaria de “hacer algo” pero al preguntarles quién debía hacerlo, muchos declaraban que no era su especialidad “meterse en eso”.

Como decíamos al comienzo, quizás sea el desconcierto frente a un problema que no se sabe a ciencia cierta si pertenece al orden médico, al legal o a ambos y, vinculado con esto, si es público o privado, lo que provoca los deslizamientos de sentido entre las nociones de público y privado, delito o patología, que mostraron los entrevistados. Consideramos que gran parte de estas ambivalencias se origina en la relación incómoda que existe entre el orden médico y el orden legal.

Orden médico y orden legal

La ambivalencia de los profesionales respecto del carácter público o privado, delictivo o patológico de la violencia doméstica se extiende a la definición acerca de lo que “hay que hacer”. Nuevamente aparece aquí un probable temor al “embudo del compromiso” (Scollon 2003) si se involucran en cuestiones del ámbito legal.

Muchos suponen erróneamente que si siguen las normas oficiales para la atención de la violencia intrafamiliar en los servicios de salud estarán obligados a acudir a atestiguar en un juicio, cuando en realidad sólo se les pide que notifiquen los casos para sentar antecedentes si la mujer decide eventualmente denunciar. Si los médicos se sienten cómodos en el papel de “expertos científicos” convocados por la justicia, no lo están cuando el diagnóstico que deben extender al ámbito legal no se reduce a consignar lesiones o fracturas, sino que va acompañando un expediente –legal y no médico– de violencia intrafamiliar. Para el médico no hay un agresor visible, lo que lo obliga a dar crédito a la palabra de la mujer, que como vimos es dudosa. La mayoría de los profesionales declaró que evitaría involucrarse en la defensa de una mujer maltratada sin haber sido testigo presencial de la agresión, ya que no podía fiarse del relato de ésta.

Uno de los médicos encargados de promover el programa en una jurisdicción de salud comentó que como estrategia de convencimiento a los médicos de los hospitales les advertía que si no notificaban los casos de violencia al Ministerio Público podían *quizás* recibir alguna sanción profesional en el futuro. Sin embargo el sistema legal era para la gran mayoría de ellos algo ajeno, oscuro y también desautorizado. Manifestaban gran desconfianza en sus instituciones, que “no resuelven nada”. La mayoría expresó no querer verse involucrada, o crearse problemas –sin especificar cuáles son– al tener que “dar la cara” y “poner la firma” en un ámbito al que ven como hostil. Los problemas que, dicen, esto les ocasionaría, son enumerados de manera vaga y en un listado inconexo. Por ejemplo, puede haber represalias de los agresores por meterse en lo “privado”; pueden “perder lo que tienen” por estar defendiendo algo indefendible, poco claro, donde la propia víctima no sostiene su posición de denunciante; pueden dejar de cumplir sus obligaciones profesionales por tener que ir a presentarse ante el juez que los puede citar en horarios de trabajo, y con ello hacerse acreedores de sanciones de los superiores o incluso perder el empleo. Esto muestra la falta de apoyo de los directivos de los hospitales a acciones legales en favor de las pacientes, y además pone en evidencia que el temor de los profesionales parece estar más dirigido al propio orden médico que al jurídico, al que más bien ven como ajeno. El orden médico, afirma Clavreul, se sustrae a la ley porque se juzga de nivel superior, lo que quedó de manifiesto en muchas de las declaraciones de los médicos, como “a mí sólo me responsabiliza la historia clínica” (Entrevista 59), o bien, “me molesta que vengan al consultorio *después* de haber pasado primero por el Ministerio

Público [...] es Salud el que debe coordinar las acciones” (Entrevista 1). El orden jurídico requiere cada vez más del saber médico, y éste ejerce así un imperialismo “científico” que se sustrae al orden legal. Rehúye cuestiones éticas y privilegia, en caso de controversia, la solidaridad profesional.

Es quizás por una mezcla de desconfianza en el ámbito legal y el deseo de evitar las incomodidades que les ocasiona vincularse con él, que los profesionales recurren a la patologización de las mujeres y a otros elementos del discurso médico: el secreto, o la posición en el orden de las especialidades (siempre habrá otro médico que tenga ese saber, en este caso un médico legista). Un psiquiatra dijo: “es un delito que hay que castigar para controlar a la gente *mal formada*, pero el sistema legal no lo hace, los llevan a la cárcel y salen a los ocho días; si la señora no se fue de ahí, se las va a pagar todas... por lo tanto, lo que queda es *educar* a las próximas generaciones” (Entrevista 49).

Sólo las trabajadoras sociales y algunas enfermeras hablaron de la necesidad de derivar los casos de violencia al Ministerio Público. El resto prefirió inclinarse por la tarea de “educar en derechos” –que en rigor son valores– desde una visión patologizante de los grupos sociales que padecen este mal (baja autoestima, falta de conciencia o de interés en sus derechos, incapacidad para reclamarlos, etc.). Cuando los profesionales se quejan de la falta de programas o de instituciones que apoyen estas acciones, en realidad se refieren a: la escuela, que debe también educar en derechos; las propias familias que educan con el ejemplo y, para los casos graves, algún servicio especializado de atención integral, que abarque psicoterapia, asesoría legal y refugio, como los que proveen algunas ONG. Varios plantearon que estos centros deberían ser manejados por el sector salud. Parece haber así un doble movimiento de exclusión e inclusión de la violencia doméstica en el orden médico, mediante una repatologización (si bien mental) que obliga a los sujetos a regresar de algún modo al orden al que previamente pusieron en cuestión con sus “signos intratables”. Sin embargo, al mismo tiempo que los ven como enfermos se indignan por su falta de voluntad –más que de capacidad– para hacerse responsables por sus propios males, lo cual parece más congruente con el modelo del “vicio” que con el de la enfermedad “sólo física”. Lo mismo ocurre con las campañas contra el tabaquismo o las drogas, donde se trata a los sujetos como enfermos y “delincuentes” por igual.

Retomando algunas ideas de Clavreul, el orden médico y el orden legal comparten varias características: son normativos y prescriptivos; deben garantizar el

orden del cuerpo –orgánico en un caso, social en el otro–; declaran el estatus de un sujeto (sano o enfermo, inocente o culpable); lo interrogan pero toman la palabra por él; ponen orden en la vida, la desviación y la muerte; se colocan del lado del bien y buscan que todo sujeto se identifique con ellos; establecen medidas de normalidad y exclusión de los no asimilables al orden, medidas que van cambiando con la historia según la ideología de la época y del poder político, pero también los propios estándares de normalidad creados por ellos. La homosexualidad, por dar un ejemplo, pasó de ser vista como un delito a ser considerada una patología, y ahora es el mismo orden médico quien decreta su exclusión de la lista de las enfermedades. Ha sido también la medicina, al crear técnicas y procedimientos más limpios y seguros, la que ha ayudado a la sociedad a familiarizarse más con la idea del aborto. El orden médico no es menos coercitivo que el orden legal: mantiene gente con vida a la fuerza, pero más que nada para preservarse como discurso de autoridad. Justamente por eso debe ampararse en una ideología, para sortear los obstáculos que le opone la propia ciencia allí donde hay principios no demostrados o contradictorios, y cuando pretende legislar más allá de sus límites, recurre a sus orígenes sagrados. El juramento médico tiene esta función, además de instaurar una fidelidad corporativa. La ideología que sostiene el discurso médico se basa en varios mitos: el de la igualdad de los hombres ante la medicina –así como ante la ley–, el del apego a las leyes de la naturaleza y de la ciencia, el de la multiplicación del saber médico por medio de innumerables especialidades, el de la libertad del paciente, el del secreto, el desinterés y la generosidad del médico. Todos ellos, apunta Clavreul, no tienen más propósito que garantizar la respetabilidad del cuerpo médico y regir las relaciones entre colegas. El médico es el intérprete del orden de la naturaleza y no hay argumentos razonables que se puedan oponer a la “ciencia”, de ahí su poder.

Muchos de los entrevistados a quienes se les planteó la situación hipotética de tener que atender a una mujer o a una niña embarazada como producto de una violación, se declararon partidarios de “la vida” por sobre cualquier derecho establecido (en México el aborto por violación no está penalizado). Con la excepción de quienes desde posiciones cercanas a la eugenesia social postularon que quizás habría que considerar un aborto “terapéutico” porque el “producto” podía presentar deformaciones o problemas al ser hijo de un ser agresivo y mal adaptado (Entrevista 2), muy pocos tomaron la posición contraria; la mayoría se mostró ambivalente o francamente a favor del “bebé”, por ser “una vida”. Muchas de las

profesionales entrevistadas expusieron estos argumentos y junto con ellos se identificaron con la “madre” y expresaron el temor a quedar estériles casi como un castigo después de un aborto (“puedes *fallar* más adelante”), o a sentirse culpables por haber rechazado un hijo propio, a pesar de no haberlo deseado. Incluso hubo quien se identificó: “*uno como feto*, percibe todo lo que la mamá vive”. Es un ejemplo de la forma en que el discurso médico opera ideológicamente: las “leyes naturales” que el orden médico interpreta a su modo aparecen por encima de las leyes humanas, pero como veíamos en otro capítulo, poco tienen de naturales en la medida en que la naturaleza misma “elimina” a algunos individuos en favor de la especie, y finalmente estas mismas leyes aparecen en el discurso médico cargadas de moralidad (el castigo de quedar estéril, la falla como madre, la culpa, etc.). Más que leyes “naturales” (que determinarían qué es una vida humana y a partir de qué momento lo es) son leyes morales, que contradicen los propios argumentos científicos que se utilizan en muchas partes como fundamento para despenalizar el aborto.

Ahora bien, tanto el derecho como la medicina se dirigen al deber ser y no al “sujeto”, pero las distingue el hecho de que la medicina busca disimular esta “deshumanización” valiéndose de esa ideología. Las normas jurídicas, a diferencia de las médicas, no son morales sino “de adaptación” (Clavreul, 1983). Si bien apuntan a un deber ser (sin el cual nadie se sometería a la ley), no tratan directamente con él como lo hace la medicina (la salud), sino con el ser (las infracciones al orden que instaura). El sujeto del derecho no es el que tiene derechos que se han de respetar, sino quien está sometido a las sanciones que el derecho impone a cualquiera que comete un delito. Su poder es incierto porque depende de la relación subjetiva de los individuos con el derecho, y también de su eficacia en la ejecución de las normas jurídicas que instaura (por ejemplo, “el agresor debe ser castigado”). La mera existencia de “derechohabientes”, dice Clavreul, no es necesaria para poner en funcionamiento el aparato judicial, que funciona independientemente de éstos.

Si esto es así, cuando los profesionales de la salud dicen a las pacientes “hay una ley que te protege, úsala” o “haz valer tus derechos” para convencerlas de que “no se dejen maltratar”, están invocando la noción de “sujeto de derechos” que propone esta política pública, inspirada en el argumento feminista de hacer respetar “el derecho de las mujeres a no ser agredidas”, que probablemente oyeron en las pláticas de capacitación o en los medios. La noción de sujeto de derecho

—en el sentido jurídico que le da Kelsen (1994)—, afectaría en cambio al agresor en tanto tal, y le correspondería a la mujer aportar las pruebas necesarias para que la norma jurídica de castigar su delito se aplique. Sin embargo, las instancias de denuncia suelen ser las primeras en desalentar a las propias mujeres, al aplicar otros “juegos de reglas” distintos del jurídico, basados en valores de sentido común que revelan la falta de reconocimiento social de las mujeres. “Para denunciar hay que tener *valor*”, dijo una enfermera (Entrevista 18). Pero aparentemente no se trata aquí sólo de tener “agallas”, sino de tener *valor social*. A ciertas mujeres “no se les cree”. Una psicóloga lo expresó de este modo: “No hay ese *valor* para decir que tienen este problema [...] pero es más por vergüenza, ‘tenemos mucho pudor y decimos: *yo no quiero estar dentro de esa estadística*’” (Entrevista 52). Están en ciertas estadísticas quienes representan un problema social y deben ser regulados por el Estado.

Los médicos saben que las mujeres no tienen el “valor” suficiente para enfrentarse a las instancias legales y lo manifiestan en su generalizado desprecio o desconfianza en las instancias de denuncia, donde no sólo no resuelven el problema de las mujeres, sino que incluso se burlan de ellas. De ahí que sus consejos a las pacientes, en el sentido de “usar la ley” parezcan obedecer más a un deseo de librarse del problema que al convencimiento de que efectivamente allí pueden “hacer valer sus derechos”. ¿Necesitan este consejo sólo ellas? Muchas de las profesionales parecían sugerir que ellas, gracias a la educación y a que ésta les permitía tener conciencia y “no dejarse” maltratar, afortunadamente no necesitaban recurrir a demandas ante la justicia ni al azaroso proceso de demostrar que *merecen respeto*. El orden médico, que efectivamente aparece como superior, se los proporciona.

¿Normalización privatizadora?

La violencia doméstica es un tema incómodo para el orden médico por su carácter híbrido entre lo público como político-legal; lo público como problema de interés común y de salud pública; o una patología más bien privada que se hace pública por “morbo”. Sin embargo se le debe atender desde el momento en que la salud pública lo incorporó en su lista de problemas, recurriendo para ello a expertos que hicieron un “diagnóstico” basado en números y con un lenguaje familiar para el

orden médico: *incidencia, prevalencia, factores de riesgo, predisponentes*, etc. (SSA/INSP, 2003). La patologización de algo, provista por expertos, habilita para convertirlo en un problema social y por lo tanto objeto de políticas, incluyendo el cálculo de los costos de no atenderlo. Pero este nuevo modelo de políticas públicas, como veíamos, también se apoya en la devolución a la familia —y a la mujer en particular— de la responsabilidad de “empoderarse” para gobernarse a sí misma y resolver sus problemas y los de su familia. Quizás por eso el tipo de patologización que se impone es “privatizador”. Lo que dice esta psicóloga ejemplifica lo declarado por muchos entrevistados: “en cuestiones legales yo no me meto, mi labor es entender a esa persona y también al que la agredió y que se den cuenta de dónde se originó todo para que puedan cambiar [con la idea de preservar la familia], darles la idea de que *podemos cambiar*, sólo hay que desear hacerlo” (Entrevista 50). Muchos psicólogos que se inclinaron hacia el diagnóstico de “desintegración” o “disfunción” familiar rehuyeron la idea de considerar la violencia como un delito. Como dijo esta misma psicóloga, “si es un delito, lo sería de los dos, del agresor y de la que lo permite” y “si fuera necesario aplicar sanciones, éstas deberían ser ‘privadas’ (dentro del contrato terapéutico) más que legales”.

En una primera lectura del material de campo encontramos que la mayor parte de los profesionales, con algunas variaciones que referiremos enseguida, mostraba lo que aparenta ser una combinación contradictoria de elementos del discurso conservador sobre la familia con elementos cercanos al discurso de los derechos de las mujeres. Tratamos de ver en cada caso si era posible encontrar un mayor peso de uno u otro discurso, para establecer las probables vinculaciones con diferencias en edad, sexo y profesión de los entrevistados. Así, en un primer momento observamos que el discurso tradicional o conservador tenía variantes: una, claramente misógina, que fue expresada casi exclusivamente por el personal directivo —fuera de grabación— y que terminaba justificando o minimizando la violencia contra las mujeres; y otra, de “empatía” con las mujeres e indignación ante un maltrato inmerecido en tanto aquéllas cumplían un papel muy valioso para la sociedad como madres y esposas, que sostenían mayormente las mujeres de menor rango profesional dentro de los servicios —la mayoría enfermeras pero también algunas trabajadoras sociales—. El discurso que identificamos en un principio como más “moderno” también presentaba variantes: la que expresó la mayoría de los médicos de ambos sexos, que hemos abordado largamente en este trabajo, relacionada con la identificación de la violencia hacia las mujeres con los sectores “no educados”, en que por lo mismo

“se dejaban” y “no hacían respetar sus derechos”, y otra, más abiertamente a favor de los derechos de las mujeres y de acciones de tipo legal para proteger esos derechos, donde predominaron los profesionales más jóvenes, independientemente de su profesión, y el personal que trabajaba en los servicios de urgencias. Esto último probablemente se debía, especulábamos, a que por su lugar de trabajo estos profesionales no podían dejar de *ver* las consecuencias de la violencia que los otros llegaban a pasar por alto. Sin embargo la mezcla de elementos de diferentes discursos en un mismo sujeto, que tendía a ser evidente a pesar de las diferencias, hacía difícil establecer una clasificación de los profesionales en relación con su posición frente a la violencia contra las mujeres. Un análisis más atento reveló que lo que parecía una mezcla era más bien una oscilación entre discursos relacionada con los distintos momentos de la entrevista donde eran interpeladas distintas posiciones de sujeto. Ante preguntas que demandaban su “conocimiento experto”, las respuestas tendían a ser más neutras y quizás “políticamente correctas”, sin que esto implicara una falta de “sinceridad”. Cuando se les preguntaba por sentimientos o sensaciones, en cambio, emergían elementos morales tradicionales y prejuicios sociales, como los que hemos descrito. También suponíamos que los individuos que menos tenían que perder en el orden médico, debido a su posición subordinada en él, podían desplazarse con mayor facilidad hacia posiciones más “humanistas” o simplemente de identificación con las pacientes, y no solamente los enfermeros o psicólogos, también los médicos de menor nivel en la jerarquía de los servicios de salud. Retomaremos estas ideas al final del trabajo.

La poca cabida que estos asuntos “privados” tienen en el discurso médico *más estricto* queda puesta en evidencia cuando, al tiempo que envían los casos de violencia intrafamiliar a “salud mental”, algunos médicos opinan que “hablar con el psicólogo es ir a hablar de intimidades y de *pendejadas*”, como una psicóloga aludió irónicamente a la manera en que los médicos caracterizaban su propia práctica. Ahora bien, el contarle a una enfermera o a una psicóloga que ha sido maltratada por la pareja, aun cuando sea un paso que no todas las mujeres quieren dar, no implica el mismo compromiso que supone la acción de *denunciar* ante instancias de justicia. Según el modelo anterior, contarle algo a una psicóloga es mantener el asunto en lo privado y en un marco de autoridad diferente. Muchas mujeres no dicen nada, y otras dicen pero no denuncian. Quienes lo hacen son una franca minoría. Denunciar obligaría a convertir el problema en público, por que involucra al orden legal.

Para muchos entrevistados, tanto entre las mujeres maltratadas como entre los profesionales de la salud, lo privado es del orden de lo familiar y no debería salir de allí (“cómo le voy a tener confianza *si no es nada mío*”, le dijo una paciente a una psicóloga); los profesionales deben entonces ganar su confianza (volverse “algo de ellas”) y en el caso de los terapeutas, comprender a ambos miembros de la pareja, de ahí que no estén muy dispuestos a tomar parte en las declaraciones o las sugerencias de denuncia. En todo caso, si están de acuerdo en que la violencia es un delito —además de una “patología”— sienten que no son ellos quienes tienen que encargarse de ese aspecto (es “pérdida de tiempo”, “no arreglo nada”, “mejor dedicarle tiempo a mis pacientes”, “no quiero ser *metiche* ni establecer culpabilidades”, “debo ser objetivo y comprender la problemática de cada uno”, etc., fueron todas frases dichas por psicólogos).

En general vemos cierta tendencia a la desresponsabilización individual del agresor paralela a la responsabilización de la víctima vía la patologización social y moral, especialmente cuando el delito se comete dentro de la familia —cuya armonía es tarea de la mujer— y sobre todo cuando la víctima no es “inocente”.

Refiere Foucault (2001) que “la forma de crimen que apareció como pertinente para plantear la pregunta por la *locura* de un sujeto en el siglo XIX, fue el crimen *contra natura*, contra lo que se suponía eran las leyes de la naturaleza inmediatamente inscritas en el corazón humano, y que ligaban a las familias y las generaciones, es decir, crímenes de familia, asesinatos cometidos contra padres, hijos o similares”. Estos actos no tenían inteligibilidad en el discurso sobre la familia como lugar de solidaridad “natural”, y ello llevó a patologizar la violencia en su interior. Quizás por esta dificultad para entender la violencia dentro de la familia nuestros entrevistados repitieron frases como: “las mujeres ocultan la agresión cuando viene de un miembro de la familia, pero no cuando viene de un extraño”, o “le tienen miedo [al agresor] *aunque sea de la familia*”. Este discurso supone que la familia es lo seguro y lo natural, y por lo tanto las agresiones en su interior no tienen “razón” de ser.

Cuando la violencia toma el lugar de “lo natural” en una familia, como vimos en el discurso de varios entrevistados, y se transmite por generaciones como una especie de “herencia biológica”, algo del orden de lo patológico parece estar en juego y es preciso entonces eliminarlo “antes de que escale”. Parece asomar aquí una noción de “degeneración” que, como también hace notar Foucault (2001), permite ligar a todo un peligro patológico para la sociedad. Cuando es así el derecho no tiene más

que callarse, agrega el autor, porque son los psiquiatras quienes están entrenados para entender esa “locura” que puede llegar a una intensidad extraordinaria, aunque permanezca invisible hasta el momento de estallar. Las funcionarias entrevistadas sostuvieron una idea de la violencia contra las mujeres que si bien no es ésta, puede dar lugar a interpretaciones similares cuando entra al orden médico: no hablaron ellas de herencia biológica ni de problemas cerebrales, pero sí de una transmisión intergeneracional, según un patrón que se repite de manera “inconsciente”, va en aumento y puede terminar en homicidio si los médicos no la detectan “a tiempo”. Es deber de la salud pública, concluían, salvar *estas vidas*. Este modelo lo comparten muchos expertos en el tema, tanto en México como en el mundo entero, y si bien no está exento de polémica, informa muchas de las políticas e intervenciones al respecto, orientadas tanto al ámbito jurídico como al de la salud. Las directrices consecuentes estarán entonces dirigidas a la prevención, con la ayuda del “ojo clínico” del médico, de un mal que se ubica en algún punto intermedio entre la enfermedad y el delito (¿el vicio?). Lo que hacen los médicos, entonces, es enviar a las mujeres a “salud mental”.

Recordemos con Foucault, en este punto, que la psiquiatría se constituyó como “una medicina del alma individual” y a la vez del “cuerpo colectivo”, porque la locura era un peligro social en la medida en que se le asociaba con condiciones malsanas de existencia (sobrepoblación, promiscuidad, vida urbana, alcoholismo, excesos, relajación de costumbres), o se le percibía como fuente de peligros (para uno mismo, para los otros, para el entorno, para la descendencia, para la herencia, etc.). No otra cosa sostuvieron nuestros entrevistados al referirse a la violencia doméstica. La idea de individuo “peligroso”, dice Foucault (2001), a diferencia de la penalidad moderna que no da derecho a la sociedad sobre los individuos más que por lo que *hacen*, permite que la sociedad tenga derecho sobre los individuos por lo que *son*, y no en términos de estatus sino de naturaleza. El origen de esta fundación en el derecho, de una responsabilidad *sin falta*, está ligado al riesgo en el estilo de vida moderno, donde las indemnizaciones no se dirigen a castigar, sino a reparar daños y tratar de evitar riesgos futuros. Es una sanción que indica que aquello a lo que llamamos la *pena* no tiene que ser un castigo, sino un mecanismo de defensa de la sociedad. Así, se imponen castigos destinados no al crimen sino al infractor, pero sobre todo a lo que lo hace criminal, con lo que se puede hacer a un individuo penalmente responsable sin tener que determinar si era libre al elegir el mal o no, pero asociándolo en cambio con un riesgo que está *en su persona* y que hay que eliminar de diversas maneras.

Sin embargo, en los servicios de salud no sólo se privilegia la atención en salud mental, sino que se usan modelos “terapéuticos” que más que clínicos parecen de educación familiar, donde los profesionales le recuerdan a cada miembro de la familia sus obligaciones (ayudar en la casa, “lavar los trastes”, por ejemplo) y motivan a todos a que se comuniquen sus sentimientos unos a otros. “Salud mental es educación”, dijo una psicóloga (Entrevista 51), tarea que comparten “las madres y las escuelas”. “Es enseñar a no gritar, no tirar basura, no ser ‘cochino’, no ser grosero, no golpear”, en suma, no ser “maleducado”, lo que permite garantizar un “orden no violento”.²³⁶ Parece una estrategia orientada a evitar que los vicios “privados” pasen a lo “público” —como espacio común—, algo que podría llamarse “moral y civismo”, pero apropiado por la salud pública, en este caso mediante la “salud mental”.

En la redefinición de lo público y lo privado que caracteriza al Estado “facilitador” actual, parece que sólo algunos grupos de sujetos y problemas ameritan la intervención de los poderes públicos. Éstos deben “normalizar” a los sujetos que implican riesgos o costos para la sociedad. Pero el juego de la responsabilidad penal y de la determinación psicológica, como concluye Foucault, sigue siendo la encrucijada del pensamiento jurídico y médico. Quizás por esto, en una sociedad y para un tipo de delito donde el orden legal es claramente ineficiente, la vía elegida sea la educación moral a través del orden médico. Desarrollaremos esta cuestión en el siguiente capítulo.

Capítulo VII. Límites y alcances discursivos de las políticas de salud contra la violencia de pareja

En este capítulo trataremos de articular los análisis que realizamos en la primera y segunda partes del trabajo: el de los que –por pragmatismo metodológico y expositivo– hemos llamado discursos oficiales y el de los discursos ocultos en esta política específica. De Ipola (1987) recomienda analizar la *producción* y la *recepción* de los discursos como dos momentos separados y asimétricos, aunque no independientes. En nuestro caso la producción y la recepción del discurso contra la violencia de pareja desde la salud pública se relacionan con dos momentos en el desarrollo de esta política pública: el de su diseño y el de su puesta en práctica. El tomar ambos permite ver lo que Baldwin y Hawkins (citado por Hood, 2000) llaman la cualidad de “tubo de dentífrico” en los regímenes regulatorios: cuando se presiona en un sector del tubo éste se aplana, pero aparece un abultamiento en otro.

Hemos intentado aplicar un análisis discursivo al estudio de una política pública particular partiendo del supuesto de que este enfoque podría aportar elementos nuevos en relación con los análisis tradicionales de políticas, como los de tipo económico, administrativo, institucional, político e incluso cultural, pero con otros enfoques. Consideramos que un estudio de este tipo no rivaliza con otros análisis posibles, sino que más bien apunta a elementos diferentes de las políticas, vistas éstas como campo de lucha entre las demandas, la racionalidades, las formas de interpretar necesidades y de construir problemas que conforman discursos. Éstos tienen una independencia relativa de los sujetos particulares que los utilizan y actualizan, como hemos tratado de mostrar, pero los sostienen actores sociales y políticos con lógicas diversas: las tecnologías de gobierno que buscan mantener un orden o regular lo social de manera “costo-efectiva”, además de obtener legitimidad, la búsqueda de reducción de riesgos, la lucha por el reconocimiento jurídico o social de grupos excluidos de la ciudadanía, la defensa de identidades políticas, la búsqueda de resolución de conflictos, e incluso la ficción

de una unidad nacional (y familiar) más allá de esos conflictos, como habremos de especular hacia el final de este trabajo. Elegimos por ello un enfoque teórico-metodológico que observa los problemas sociales —y sociológicos— desde la articulación entre la política, la cultura y el lenguaje.

Un análisis *interdiscurso*, decíamos inicialmente, puede ayudar a explicar algunas de las supuestas “inconsistencias” y “fallas” en el desarrollo de una política, especialmente cuando este campo de lucha se ha tornado más complejo y ha dejado de responder a la lógica según la cual lo público es el ámbito de acción del “Estado” como aparato de gobierno. Permite ver, por ejemplo, que así con los términos que definen un problema y su solución, no es fácil determinar de manera unívoca o definitiva los éxitos y fracasos de un programa. Esto dependerá del discurso de cada actor que intervenga, e incluso de una lógica que los trascienda. Creemos, y trataremos de mostrarlo en este capítulo, que lo que puede leerse como fracaso conforme a un discurso, puede ser un logro para otro, e incluso una mezcla de ambos si consideramos distintos elementos del mismo proceso político. Si bien las resultantes de este juego no son sólo ni necesariamente producto de la planeación racional, pueden servir a determinados fines o aspiraciones a corto, mediano o largo plazos. ¿Debemos juzgar que ha fracasado una política que hasta el momento no ha podido “medir” sus resultados en términos de costos ahorrados o muertes evitadas? ¿No es ya un logro que los derechos de un sector de la población se hayan vuelto, al menos, tema de debate público? ¿Tienen singulares consecuencias las maneras alternativas de nombrar a los sujetos de la política y sus necesidades, y de diseñar soluciones? Consideramos que un análisis como el que proponemos puede responder si no a todas, al menos a algunas de estas preguntas. Otras permanecerán necesariamente abiertas.

Si asumimos el principio de la *indeterminación relativa del sentido*, según el cual un discurso expuesto por un emisor en un momento y tiempo determinados no produce un único efecto sino que genera un “campo de efectos posibles” (Sigal y Verón, 1985) y recordamos que “cuando los individuos no se sienten interpelados por un discurso es porque han sido interpelados con éxito por otros discursos antagónicos o simplemente diferentes del primero” (De Ipola, 1987), comprenderemos mejor la advertencia de Hood (Hood, Rothstein y Baldwin, 2001), que observa que:

...en algunas condiciones institucionales, por ejemplo cuando diferentes niveles de gobierno y diferentes culturas profesionales y organizacionales operan tanto en

el establecimiento de metas como en la implementación de una política, los “implementadores” pueden ser en la práctica los que establezcan los estándares de un programa, aplicando sus propios referentes éticos y conduciendo sus propios análisis privados de costo-beneficio.

Éste es en parte el caso, creemos, en la política que fue nuestro objeto de estudio y cuyo análisis recapitularemos a continuación.

Matrimonio por conveniencia

Al analizar los discursos oficiales de esta política vimos que una vertiente pragmática y también liberal del discurso feminista estableció un diálogo y relaciones de cooperación con algunas agencias del gobierno que habían adoptado y redefinido el discurso de la “perspectiva de género” y que a la vez contaban con la presencia de mujeres feministas en puestos clave, lo cual daba como resultado una convergencia de intereses, pero con sutiles diferencias en la forma de interpretarlos. En la medida en que la perspectiva de género que había adoptado el gobierno coincidía con la que impulsaron las políticas de ajuste, con énfasis en la devolución de responsabilidades, el término *empoderamiento*, que para el feminismo implicaba la capacidad de las mujeres de tener acción autónoma y libertad para decidir como individuos, tomó en este discurso otro significado levemente diferente: el de capacidad de autogestión. El discurso de las políticas que fueron llamadas de “género y desarrollo” en los años ochenta y noventa apeló a las mujeres como agentes activos, pero en sus papeles históricos de madres de familia (Tarrés, 2002). Así, la política *ciudadana* que las feministas intentaron articular para superar la etapa de la política *identitaria* que Lamas (2006) asociaba con la victimización, corre el riesgo de verse diluida al entrar en contacto con ese nuevo sentido de la palabra *empoderamiento*. En el caso de las mujeres que el discurso administrativo-burocrático tiende a categorizar como “deficitarias” en este papel tradicional (las que han perdido su capacidad de autonomía, que están “muertas de pánico”, que no pueden mantener la armonía familiar, etc.) la respuesta, más que ciudadana, es terapéutica. Las mujeres son interpeladas como agentes activos, pero en un papel que tradicionalmente ha minado su capacidad de concebirse como individuos con derechos y libertades (además de obligaciones). Al entrar la apelación al

empoderamiento en el discurso burocrático asistencial –y no en el jurídico con el mismo impulso, sino, en sustitución parcial de éste–, esa capacidad de agencia se le exige a las mujeres pero a la vez se declara inexistente, en tanto en el discurso más amplio se les considera “población vulnerable”, por lo que el papel de clientes o beneficiarias de la ayuda se sobrepone al de agentes activas de las políticas.

Si la idea de *necesidad* pudiera desarticularse del discurso neoconservador que la asocia fuertemente con la idea de “dependencia” y a ésta con la de “minoría de edad”, quizás este desplazamiento no se produciría del mismo modo. En realidad la dependencia mutua es constitutiva de lo social, algo que en otras culturas no es motivo de vergüenza sino de orgullo (Sennett, 2003). Pero en las condiciones actuales, donde el “merecimiento” se evalúa en virtud de una cualidad abstracta e individual como el potencial psicológico o la “motivación” (Sennett, 2003) más que en función de los factores sociales y políticos que rodean y condicionan a los sujetos, este desplazamiento se produce con gran facilidad y conveniencia para los poderes reguladores, que como ya hemos visto, ocultan este hecho político bajo un discurso de científicidad.

Decíamos en el tercer capítulo que la “nueva salud pública” se distinguía de la medicina social y del salubrisimo tradicional, corrientes ambas relacionadas con la salud pública en tanto actividad *política* dedicada a la salud de la *colectividad*, porque apelaba al *individuo*, de manera preventiva. Sin embargo lo hacía desde “las necesidades de la población” *científicamente determinadas* y jerarquizadas, más que debatidas. En virtud de ello, también pretendía distinguirse de la medicina curativa y especializada –dedicada a la enfermedad– y de la biomedicina, que se aboca a estudiar los procesos intracelulares. Sin embargo, al combinarse estos elementos en el discurso de la responsabilidad individual, desde el modelo del riesgo y los estilos de vida, la nueva salud pública no parece estar tendencialmente muy lejos de lo que Rose (2007) llama la “biopolítica contemporánea”, caracterizada por nuevas formas de autoridad y experticia sobre los seres humanos, que comienzan a experimentarse a sí mismos como “criaturas biológicas”, lo que ofrece un territorio cada vez más abierto a la intervención bioeconómica, al desarrollo de principios bioéticos y a una “política vital molecular”. Esto se vuelve posible en virtud de las nuevas tecnologías médicas y farmacológicas de que se dispone, y de los llamados a la autoingeniería biológica. Lejano como pueda parecer al contexto de nuestro estudio, no lo es tanto cuando observamos la creciente y vertiginosa tendencia en las escuelas de enseñanza primaria de todos los sectores sociales en

México –y en muchos otros países– a “medicar” a los niños después de dudosos diagnósticos de “trastorno por déficit de atención e hiperactividad”, un área de conocimiento muy en boga que parece ofrecer un remedio rápido a cuestiones que antes solían manejarse con disciplina, resignación o en el mejor de los casos con una interrogación sobre las condiciones sociales y familiares que rodeaban a los niños. Queremos con este ejemplo sólo señalar que la apelación a la autoridad médica en diversas cuestiones relacionadas con el control social puede no ser un hecho tan raro o azaroso si lo vemos desde una lógica más global. La medicina parece adquirir en la actualidad un papel cada vez más trascendente y normativo, y en su vocación por la “vida” podría ser una aliada de la vertiente más pragmática del feminismo institucionalizado, que buscaba, en primera instancia, la supervivencia de las mujeres. Sin embargo hemos visto que para los médicos no es muy fácil vincular la posibilidad de “salvar vidas” con el establecimiento de un diagnóstico que ven como problemático.

Al analizar los discursos ocultos en el personal de salud vimos que varios de los puntos nodales del discurso médico *se oponían y desautorizaban* al discurso oficial de esta política, *pero no sólo contra la vertiente de género* (como suponían las funcionarias, sospechando del carácter “machista” del mundo médico), también contra la de la nueva salud pública, poniendo en duda que la cuestión fuera de incumbencia del orden médico. El discurso oficial los convocaba apelando a su saber médico, indicándoles los signos y riesgos que deben detectar y registrar, pero les presentaba el problema de manera ambigua, aludiendo a cuestiones sociales, culturales, de derechos, de género, económicas, morales e incluso delictivas, como vimos, y de manera más importante, sugiriendo una identificación de los médicos con los enfermos, lo cual es aun menos admisible en este discurso. Vimos que había un problema en el orden médico –hecho para “curar”– con la idea de prevención, y más aún si ésta era de dudosa plausibilidad. Aparecía también, veladamente, la disputa histórica entre curar y encerrar a los individuos riesgosos que siempre involucró a las instituciones médicas y jurídicas, campos éstos que se requieren y al mismo tiempo se recelan mutuamente, como vimos en el sexto capítulo. Los discursos médico y jurídico, al mismo tiempo que pertenecen a dos órdenes normativos y cerrados, son quizás paradójicamente de los que más se ha apropiado el público, como vimos en la disputa de la salud frente a la justicia que divide a las feministas. Las normas exigen a los médicos un diagnóstico de “riesgo” que ellos no creen posible establecer con certeza y que resuelven enviando a las pacientes a salud mental, de preferencia a un

psiquiatra. Pero las directrices oficiales ruegan a éstos no prescribir fármacos “que podrían alterar el estado de ánimo de sus pacientes”, cuestión que los distingue de los psicólogos y les otorga identidad en el orden médico. Por si no bastaran estos elementos “desafortunados” o de “mala apelación”, como les llama Austin (1971), se comunica a los médicos que les toca controlar la violencia intrafamiliar en virtud de que las mujeres no acuden a las instancias de justicia y en cambio “los servicios de salud les resultan más familiares”, es decir, por una cuestión de pragmatismo.

Consideramos, por todo lo anterior, que el discurso oficial en realidad apela a los profesionales de la salud no tanto en su función médica sino ante todo pedagógica. Su éxito dependerá, en consecuencia, de cada médico o trabajador de la salud en particular, que podrá sentirse llamado o no a cumplir tal función en virtud de otros discursos que influyan en él, independientemente de su sexo, de su edad o del lugar que ocupa en un servicio determinado. Hemos comprobado que muchos profesionales estaban efectivamente dispuestos a asumir esa tarea una vez que se les interpelaba desde otros discursos distintos al del *estricto* orden médico. Como hemos visto, en este orden, además de la tensión entre *incluir o excluir* el tema existía otra, entre atender a “*cualquier representante de la humanidad*” (humanismo) o a quien lo “*merece*” en tanto muestra capacidad y “motivación” para restablecer su autonomía (sujeto humanista al fin) y dejar de representar un riesgo social, y otra más, entre los *intereses del individuo y los de la colectividad*. Como hemos visto, para cada una de estas opciones hay discursos disponibles, y los sujetos los utilizan a veces simultáneamente, dependiendo de la posición en que se sientan interpelados (como médico, como mujer, como consejero, etcétera).

En el quinto capítulo presentamos la idea de que en tanto el orden médico no puede desentenderse del todo del tema (en virtud de su tendencia a absorber cada vez más problemas sociales), lo *reintroduce* convirtiéndolo en una *patología mental* que si bien se considera *orgánica* para que quepa en el orden médico y al mismo tiempo lo preserve como tal, puede recomponerse mediante la *moral y la educación*, ya que tiene que ver con ciertos sectores sociales peligrosos, presuntamente inclinados al vicio. Se mostró que la *patología* se traducía en *disfunción familiar* y las *mujeres* se convertían en las principales *responsables* de la misma, en un discurso que aparecía como una mezcla de elementos *sexistas y clasistas*. Al no contar con un diagnóstico inteligible y dudar de la palabra de la mujer, se relegaba a ésta al campo de la “*histeria*” o de la pura búsqueda de placer, lo que la dejaba fuera del orden médico propiamente dicho.

En el capítulo VI se sugirió que la *psicologización* no sólo *privatizaba* y con ello coincidía con los *discursos conservadores* sobre la mujer y la familia, sino que era también congruente con las nuevas técnicas de gobierno, que valoran la *motivación personal* como una cualidad casi ontológica que define la integración exitosa de un sujeto en la sociedad. Esto se veía reflejado en la inclinación de los entrevistados a *desentenderse de lo legal* y a ver en la violencia una “*patología*” más que un delito (castigo –o reeducación– no por lo que el individuo *hace* sino por lo que *es*). El orden médico tiende a sustraerse al orden jurídico porque considera que sus leyes son de nivel superior. Esto puede ser funcional a la necesidad de hacer algo y poner orden, ante la sospecha de que el Estado, último garante del orden legal, no lo puede lograr por medio del sistema de justicia.

Una serie de argumentos desafortunados

¿Qué ha ocurrido, entonces, entre las esferas de la producción y del reconocimiento de estos discursos? El discurso de la “*nueva salud pública*”, combinado de una manera particular con el de la “*perspectiva de género*”, se le impone al orden *médico*, cuya razón de ser, la curación de enfermedades, es la que predomina en las estructuras hospitalarias. A pesar de pertenecer al mismo campo (el de la salud) y de recibir del Estado el papel *rector* del sector, este discurso oficial no parece recibir en este orden médico demasiada *autorización*. El director de un hospital de Chetumal, en Quintana Roo, por ejemplo, después de recordarnos que los médicos *merecen más respeto* porque de todos los profesionales que existen en la sociedad son *los que más estudian y se sacrifican*, manifestó un gran malestar con el lenguaje de la “*nueva salud pública*”, que en su opinión intentaba remplazar la relación “*médico-paciente*” basada en la “*confianza*”, por una transacción entre “*clientes*” y “*prestadores de servicios*” donde cada uno busca su propio beneficio. “*Si el paciente deja de tener confianza en el médico y está a la defensiva de que éste no viole sus derechos, entonces los médicos vamos a hacer lo mismo*”, amenazó, y “*vamos, por ejemplo, a negarnos a atender pacientes con sida, y eso no se vale, ¿no?*”.¹

¹ Director de un hospital en Quintana Roo, comunicación fuera de entrevista.

Bourdieu (2000b) refiere que el sufrimiento corporal está en casi todos los ritos negativos destinados, como dice Durkheim, a producir “gente fuera de lo común” y es el que corresponde a todos los aprendizajes universalmente impuestos a los futuros miembros de la *élite*. Esta inscripción en el cuerpo (sufrimiento) puede tender a inculcar disposiciones permanentes, como los gustos de clase, más que los signos externos al cuerpo como las decoraciones, la vestimenta, etc. Los signos incorporados, como las formas o maneras de hablar, los acentos, las formas de caminar y de estar, los modales, el porte, etc., son también llamadas al orden a los propios miembros de la *élite*, que cumplen una “función sacerdotal” (Bourdieu, 2000b). La manera de narrar los logros “evolutivos” de este orden, como hemos visto en el capítulo III (donde citábamos frases como “ese año no hubo muertes”, “el doctor X luchó *infructuosamente* contra el paludismo pero *años más tarde* sus estrategias fueron usadas *con éxito*”, etc.), son semejantes a lo que Bourdieu llama “la confesión sacerdotal” (2001), la autocrítica (“no encontrábamos la cura para esa enfermedad”) como forma suprema de la autocelebración (“hasta que la encontramos” —lo que implica que así sucederá siempre—). La “culpa sacerdotal”, dice Bourdieu, no funciona como culpa sino como una prueba suplementaria de la dificultad y de la necesidad de la función sacerdotal. La autocrítica la borra y permite acumular los beneficios de la culpa y los de la confesión pública. Los discursos que tienen tal característica, según este autor, son los que Kant llamó “disciplinas superiores”,² como *la teología, el derecho y la medicina*. En estos campos, dice este autor, “la cohesión social del cuerpo de ‘intérpretes’ tiende a conferir a sus decisiones la apariencia de tener un fundamento trascendental”, que sólo puede cuestionarse si ocurre una crisis relativamente grave de este “contrato de delegación” (Bourdieu, 2000b).

El lenguaje *eufemístico* de la “prestación de servicios” y de los derechos del paciente (o cliente) que se recicla en el nuevo discurso “privatizador” de la salud parece atentar contra la autoridad médica tradicional, que reclama la aceptación pasiva del saber médico por el paciente, aunque se hable de ello como una relación de confianza. Pero esto, como vimos en el capítulo IV, es un punto nodal del discurso médico, y en esa medida es improbable que sea superado sólo con la “educación de las siguientes generaciones de médicos en los nuevos valores”.

2 En *El conflicto de las facultades*, citado por Bourdieu, 2000b.

Un médico, al recordar sus tiempos de practicante en un hospital, afirmó que “la medicina es jerárquica y autoritaria porque no le queda otro remedio”. Relataba anécdotas que mostraban el modo de operación de una cadena de mandos casi militar en esas instancias entre las diversas jerarquías de pasantes —todavía estudiantes— de distinto nivel, médicos recién recibidos, especialistas, jefes, etc. Por ejemplo narraba que los de menor jerarquía se ponían de pie o cedían el lugar cuando entraba a la sala común un médico de superior jerarquía, aunque fuera también un practicante, y éste podía ordenarle al más novato tareas subalternas como “ir por los refrescos”, y las cumplía sin la menor objeción, como ocurre en un regimiento. Este médico explicaba que tal estructura era *necesaria* por el tipo de responsabilidad que debía asumir el jefe o el médico de superior jerarquía al tratarse nada menos que de la vida o la muerte de las personas. Como el superior pone su firma “autorizada”, asumiendo la responsabilidad última —aunque el practicante se haya equivocado—, a cambio exige lealtad y obediencia, en una especie de pacto constitutivo y protector del gremio.³

Podemos identificar aquí una “invariante enunciativa” (Sigal y Verón, 1987) del discurso médico que tiene que ver con un reclamo de autoridad y es independiente del contenido variable que adquiriera el papel social de la medicina en ese discurso. Encontramos esta posición dominante en todos los servicios de salud, incluso en aquellos que estaban dentro de la jurisdicción de un gobierno de centro izquierda, los del Distrito Federal, cuya secretaria de salud en ese momento era una de las principales exponentes del discurso de la medicina social en México. Eso se vio reflejado en los niveles superiores de manera opuesta a lo que sucedía en los servicios de las demás instituciones. Las autoridades de salud del Distrito Federal fueron las que dieron una mejor acogida a nuestra investigación y las más dispuestas a colaborar, justamente porque estaban lanzado también un programa contra la violencia intrafamiliar en el que participaban los servicios de salud y también los servicios de refugios manejados por el gobierno.⁴ Los médicos en general, sin embargo, mostraban en su discurso las mismas “invariantes del orden médico”.

3 Comunicación personal de un médico del D.F. fuera de entrevista.

4 La secretaria de salud en funciones en el D.F. cuando realizamos las entrevistas era la doctora Asa Cristina Laurell, conocida en el ámbito académico porque sostiene la visión de la Medicina Social en México. Los refugios recibieron más impulso y apoyo durante la administración de Rosario Robles como jefa de gobierno que en las de sus sucesores del mismo partido.

He aquí una de las principales barreras –aunque no insalvable, si apelamos a otras posiciones de sujeto de los mismos profesionales de la salud– contra el ideal de encontrar en ellos “como complemento [de la mujer], un profesional de la salud que por medio de la validación y el reconocimiento de su demanda aportara elementos de apoderamiento para ésta” (Saucedo, 2002). Conforme a este ideal se espera que la mujer que está en proceso de tomar conciencia de sus derechos y en esa medida desea salir de la violencia –y de la dominación masculina que es su causa– sea asistida por los profesionales de la salud que deben reconocer su “demanda” ante “la misoginia imperante en el sistema de procuración de justicia” (Saucedo, 2002). Según lo que hemos encontrado, esto resulta problemático en por lo menos dos aspectos: en primer lugar, en relación con la posibilidad de que los médicos validen la demanda de la mujer maltratada, si aceptamos con Bourdieu que el campo de la medicina y el jurídico comparten algunos atributos fundamentales típicos de su “función sacerdotal”: básicamente las estrategias de *censura disimulada* mediante “la exclusión de los que no pueden hablar en los lugares donde se habla con autoridad” (y como hemos visto en el capítulo V, la misoginia no es sólo atributo del campo de procuración de justicia; impregna también al orden médico en sus puntos nodales). En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, es igualmente problemática la posibilidad de que la mujer haga valer sus derechos –aunque en el servicio de salud le hayan dicho que “tiene una ley para usar”– cuando no hay un reconocimiento social de su demanda como sujeto *con* derechos, ni del carácter delictivo de la agresión que sufrió, que obligaría a castigar a su agresor (sujeto *del* derecho en términos formales). Más allá de la ley que habla de la igualdad jurídica de hombres y mujeres hay un modelo de reconocimiento social en México y en muchos otros países, que construye al sujeto femenino ante todo como miembro de una familia cuyo jefe legítimo es un hombre (de ahí las categorías de “derechohabiente” a los beneficios sociales que siguen vigentes en muchas instituciones como “jefe de hogar”, “esposa” o “hija”). Como dice Bourdieu (2000b), de acuerdo con estas reglas encubiertas del campo jurídico, “algunos estarán obligados a conquistar por la fuerza su derecho a la palabra, mientras que otros directamente serán excluidos a través de las leyes de la misma formación del grupo, que funciona como censura previa”.

Para resumir, el discurso oficial del programa enfatiza que “hay dos visiones claramente diferentes en la salud pública sobre la violencia doméstica: una, que predominó antes de 1994, momento en el que la OMS declaró que se trataba de

un problema de salud pública, y otra, posterior a esa fecha”.⁵ Antes, se afirma, la violencia intrafamiliar “era vista como natural e inevitable, no pertenecía al ámbito de la salud excepto en la función de curar lesiones, era considerada un asunto privado que en todo caso debía resolverse en el campo judicial (penal), pero también era un problema ‘cultural’ (*de otros*) y psicológico, por lo tanto su atención no correspondía a la medicina”. La nueva posición, establece justamente lo opuesto:

...el problema no es natural sino social y por lo tanto prevenible, compete a la salud pública porque no atenderlo le representa costos, es público y por lo tanto asunto de derechos (que hay que promover), tiene que ver con el poder y por lo tanto “*también es de nosotros*” (a diferencia de lo cultural que era “*de otros*”), los problemas psicológicos pertenecen al área de la salud mental, por lo que le toca atenderlos al sector salud, y finalmente, el papel de éste no sólo es el de curar lesiones sino el de “*romper el ciclo*”, considerando todas las demás consecuencias que tiene la violencia, además de las lesiones. Éstas derivan del hecho de que la violencia es un proceso progresivo, que se agrava, y que, de no atenderse, tendrá como resultado que “una parte de las mujeres acabará muerta o en la cárcel” (por matar al agresor).

Después de esta descripción (y prescripción) de la visión actual, se convoca al sector a involucrarse porque “las mujeres van al menos una vez en su vida a los servicios de salud”, los cuales representan “un espacio de oportunidad” para enfrentar el problema. Si esto es así, a partir de nuestro análisis podemos constatar que en los médicos tiende a predominar la visión “vieja” de la violencia doméstica y de su papel frente a ella: dudan que el problema se pueda prevenir y lo “naturalizan”, pero desde una mezcla de “viejo” y “nuevo” racismo, mezclado con prejuicios de clase (de ahí quizás la extraña idea de que “lo cultural es *de otros*”). La violencia se convierte en patología –para poder asimilarla– pero de orden “mental” (por lo tanto no les toca, en todo caso sí a los psiquiatras que intervienen sobre el cerebro, o en última instancia a los psicólogos, que están para asuntos “privados” y problemas familiares). La familia debe, además, resolver sus

⁵ Presentación de la doctora Aurora del Río, directora del programa, en el Congreso Nacional de Salud Pública organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos en marzo de 2007.

problemas de manera privada, ya sea en el ámbito penal, o bien con terapia de autoestima y recomposición familiar y de la pareja. Con todo, prefieren esta última vía porque les resulta más accesible o menos incierta y ajena que la judicial.

El orden médico puede tratar lesiones o signos, no ve el agente “patógeno”. En este caso no puede actuar sobre la relación violenta ni sobre el agresor (que es quien controla la relación), sólo sobre lo que “ve”. Ésta es una razón que el discurso médico arguye, a pesar de su vocación expansiva, para no absorber el tema: no puede “curar” porque no controla al agente causante; tampoco puede diagnosticar y menos incidir desde los signos visibles, desde su propio discurso. Más bien destierra el problema al campo de la patología mental, pero la responsabilidad recae en la mujer, que es la que “se deja ver” en los servicios. La razón subjetiva y moral para excluirla, sin embargo, es la construcción del cuerpo, la suciedad y la enfermedad como objetos fóbicos del orden médico, y más aún cuando se trata de mujeres. La misoginia que atraviesa este orden se manifiesta en el desprecio social —que los y las profesionales reflejan desde su lugar particular— por el cuerpo “dejado” de la mujer, su “falta de voluntad” y motivación, su imposibilidad de adquirir una “conciencia mórbida” (un elemento necesario para que el orden médico pueda operar), y finalmente, su carencia de potencial o atributos de “buena madre” (muchos de los profesionales que instaban a las mujeres a no “dejarse” lo hacían en nombre del bienestar de sus hijos). Todo lo anterior parece contribuir a que también en los servicios se vea a la mujer como *en el fondo* merecedora de maltrato. Por eso nos permitimos cierta ironía al comentar los argumentos del programa en el capítulo III, cuando sugeríamos que los servicios de salud, más que un ámbito “más familiar” que los ministerios públicos, representaban para las mujeres quizás “una violencia más familiar”. Es común que en los estudios sobre violencia de género se denuncie la “revictimización” de las mujeres en las instituciones de salud y de justicia, y la suposición no parece muy exagerada si consideramos lo que ellas refieren al hablar de sus experiencias en estos lugares. Manifiestan claramente que los médicos en tanto tales no pueden ir más allá de este discurso:

...El médico solamente nos revisa, ¿verdad? porque me ha tocado que me revisen y yo les he dicho que mi esposo me pegó, y no me hacen caso, o sea, no le dan la debida canalización. Del médico, no hay ninguna respuesta. (Mujer 40 años, Saltillo).

Los médicos no se involucran en eso, o sea, pasan desapercibido el hecho de que la mujer está sufriendo violencia o hasta los niños, los hijos. No sé, entonces es

más fácil cerrar los ojos que mandar a la persona al lugar adecuado [...]. Además, cuando nos dicen qué hacer [se olvidan que]... no sé si queremos, pero no podemos salir de esa vida violenta. (Mujer 44 años, D.F.).

Si bien varias de las mujeres que entrevistamos dijeron que las psicólogas y trabajadoras sociales les merecían más confianza (las enfermeras “son chismosas”, comentó una de ellas), en general declararon que no solían acudir a los servicios de salud por problemas relacionados con la violencia. Cuando eran víctimas de lesiones lo común era que recurrieran a sus amigas, vecinas o parientas para que les proporcionaran remedios caseros o apoyo moral. Quienes recurrían a los servicios eran más bien mujeres que no contaban con este tipo de redes informales de apoyo ni con recursos económicos para acudir a los servicios privados, donde “no quedan registradas”. Con frecuencia evitaban hacerse presentes en los servicios porque no confiaban en los profesionales de la salud o porque no querían que las señalaran. Aducían que sentían vergüenza y que desconfiaban del personal de salud, algunas veces a raíz de experiencias personales, otras por historias que les habían relatado otras mujeres, e incluso por estereotipos. En las localidades pequeñas, donde “todos se conocen”, la tendencia a evitar ser vistas en los servicios era más marcada, excepto en los lugares donde la ausencia de redes era más fuerte, como en las zonas de alta movilidad poblacional (Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006).

Las enfermeras se mostraron más sensibles al problema, no tanto desde su posición en el orden médico, al cual legitiman, sino fuera de él, como mujeres que han visto esos casos entre personas cercanas a ellas e incluso en sí mismas. Este desplazamiento de posición quedó muy claro cuando le explicamos a una enfermera de qué se trataba el estudio y le solicitamos una entrevista como profesional. Nos pidió que la entrevistáramos más bien “como víctima”.

La notable *invisibilidad* de los agresores parece deberse menos a una “ausencia física” —argumento al que muchos profesionales recurrieron para justificar su falta de respuesta en relación con los “agentes causantes” de las lesiones—, y más a un desconocimiento u “olvido a propósito” de estos profesionales. Esto por diferentes razones: quizás porque los agresores no pueden ser controlados (antes bien ellos controlan la relación violenta), o porque son tácitamente “exculpados” por las normas de género tradicionales y los estereotipos de masculinidad predominantes, o bien (como manifestaron muchas profesionales entrevistadas) por una identificación con la mujer, que tiene como consecuencia el temor al hombre

violento. El miedo a una agresión de los atacantes de sus pacientes se reconoció con mucha frecuencia, en especial por las profesionales de sexo femenino. Los agresores suelen acompañar a sus víctimas a los servicios de salud —en especial los que responden al perfil de perpetradores de “terrorismo íntimo”— con el fin de controlar lo que ellas dicen. Un ejemplo muy claro de que los hombres no están ausentes, sino que son más bien excluidos por el orden médico, es el que ya mencionamos en otro capítulo al comentar la actitud de un médico que en la consulta hacía callar al agresor diciendo que “la enferma” era la mujer.

Cabe reconocer, con todo, que efectivamente en los ministerios públicos a las mujeres les va peor, y sus palabras al respecto son elocuentes:

Me tomaron radiografías y ya después cuando sí me vieron que estaba mal me dijeron que a lo mejor me lo hice yo sola, que si es cierto que me lo hizo mi esposo. (Mujer 44 años, D.F.)

Y me dijo: “ay señora, usted de qué se queja, si eso es así toda la vida —dice— lo que debería de hacer es acostumbrarse [...] No, no —dice— porque si no, ¿para qué se casa?” y ya no, y pues me salí. (Mujer 26 años, D.F.)

Y pienso que tienen que creernos a las víctimas cuando uno les está diciendo cómo están las cosas. Porque uno, ¿cómo va a poner tanta imaginación de inventar tal o cual historia? (Mujer 40 años, Saltillo.)

No me pelaron y sí llevaba yo mis actas. Pero no te hacen caso, o sea, necesitas ir morada. (Mujer 34 años, D.F.)

Ese día fui a la delegación y le dije: “¿sabe qué? mi marido me pegó”. “A ver, mi hija, pues a ver dónde te pegó. Es que no se te ve nada.” “¿Pues qué quiere, que le abra el oído?, ¿es que quiere que me traigan arrastrando para que ustedes puedan hacer su trabajo?”. (Mujer 44 años, D.F.)

Fui al ministerio público, que vean si así, sangrando, me hacían caso [...] pero no le dan importancia, te tratan con indiferencia, con indolencia, para ellos piensan que son problemas familiares, eso ya no les importa. (Mujer 35 años, Cancún.)

En términos políticos, si analizamos todo el proceso a partir de las “visiones del mundo” que propone Hood para estudiar las lógicas argumentativas de la gestión pública (la visión jerárquica, la individualista, la participativa y la fatalista), observamos un discurso que proviene de un movimiento social (por los derechos de las mujeres a no ser agredidas y a tomar la palabra), que tiene una lógica

participativa, entra por propia decisión estratégica a un campo gubernamental al que juzga apropiado en tanto garantiza solidez, inercia burocrática y tradición: el sector de la salud. Esto, porque al interior de esa institución se han “colado” agentes y argumentos que forman parte de este movimiento y prometen potenciales alianzas. La lógica de este sector, sin embargo, es jerárquica y burocrática, pero al utilizar el discurso de la “nueva salud pública”, que como vimos está emparentado con el de la “gobernanza participativa”, promueve la participación de la comunidad y el empoderamiento (especialmente de los pobres y las mujeres) para que estén a la altura de la tarea que les toca desempeñar en el nuevo orden. Por eso esta lógica participativa se convierte en individualista, al estar articulada con el discurso más amplio de la racionalización que exigen las políticas de ajuste y que implica la devolución a la familia y la comunidad de la gestión de sus propios problemas. Aquí aparecen, entonces, las apelaciones a la responsabilidad de la familia (léase las mujeres) para garantizar un ambiente y unas conductas saludables. De ahí a la culpabilización de la mujer por la disfuncionalidad familiar hay un solo paso, especialmente cuando se deja el tema en manos del orden médico que, como vimos, tiene un lugar donde depositar los problemas intratables: el servicio de salud mental (y en segunda instancia el de trabajo social). Ante la dificultad para tratar estos problemas —dado que se percibe la inutilidad de canalizar a la justicia estos casos—, la atención termina convirtiéndose en terapia familiar o de pareja, en el mejor de los casos, o en regaños y moralización paternalista a las mujeres, en el peor. Ahora bien, dada la gran dificultad para percibir la violencia intrafamiliar que se advierte en los profesionales, podemos sospechar que los casos que se hacen efectivamente visibles son los más “graves” —quizás asociados con el patrón de “terrorismo íntimo” ya citado— (véase Johnson, 2005; y Johnson y Ferraro, 2000), de ahí que convenga preguntar si la terapia de pareja o de incremento de la autoestima es en realidad una solución, o más bien un agravante.

El discurso administrativo, que como dice Fraser (1989) construye sujetos que son al mismo tiempo agentes racionales de maximización de utilidades y objetos causalmente condicionados, predecibles y manipulables, no es necesariamente producto de una intención malévola de los agentes que lo utilizan, sino una inercia de lo que Bajtín llama “géneros discursivos”, algunos de los cuales “son tan estandarizados que a veces la voluntad del hablante se manifiesta sólo en la selección de un género y en la entonación expresiva” (Bajtín, 1999). Es así como el término “mujeres maltratadas”, o “mujeres en alto riesgo”, aunque se usen con

la intención de enfatizar los derechos de las mujeres a no ser maltratadas, también y por la propia inercia del género administrativo se deslizan a la noción de debilidad, pasividad y manipulabilidad. Una vez que el discurso entró al campo de la “recepción”, en el orden médico, se reconvierte con gran facilidad al código de este orden: las “pacientitas”, en el mejor de los casos, que vuelve a ser jerárquico. No es irrelevante el hecho de que las mujeres que acuden a los servicios públicos sean, también, pobres, lo que además, como hemos visto, está asociado a determinado color de piel, aunque esto no pueda decirse abiertamente.

¿Terapia o política?

¿Cómo es la mujer que construye esta “convergencia involuntaria y generativa de estructuras discursivas y reglamentadoras”? (Butler, 2001), ¿culpable, defectuosa, necesitada, víctima, derechohabiente o sujeto con derechos? Ahí está la cuestión. Si el lenguaje define el campo, el de la patología (y peor cuando se sospecha que ésta es “gozada”) no hace a las mujeres muy aptas para reclamar derechos en nombre de la individualidad. Por su parte, la norma (el establecimiento de lo normal) es también un mecanismo por el cual el poder jurídico se vuelve productivo (de sujetos) más que restrictivo (Butler, 2006). El hecho de que el orden legal también sea “normalizador” aunque utilice el lenguaje de la igualdad y la imparcialidad, nos regresa a la idea ya citada de Butler, quien asegura que la relación crítica con las normas que nos constituyen depende de la capacidad, *invariablemente colectiva*, de articular una alternativa que sostenga y permita actuar al individuo. Uno de los problemas, dice la autora, es que los individuos en muchos casos dependen de las instituciones de apoyo social para ejercer la autodeterminación, y éstas los obligan a usar sus propias categorías, que suelen ser normalizadoras. Estas normas tienen consecuencias de largo alcance sobre nuestra concepción del modelo de humano con derechos, o del humano que se incluye en la esfera de la deliberación política. A veces el uso de esas categorías normalizadoras es hasta cierto punto estratégico, como ocurre en el caso citado por esta autora de personas que desean cambiar de sexo y para acceder a ello —en países donde la cirugía correspondiente está cubierta por el seguro social— deben someterse a pruebas diagnósticas que determinan la “disforia de género” o “trastorno de identidad de género” (llamada DSM-IV), que monitoriza los signos de homosexualidad incipientes y establece que

esta “disforia” es un trastorno psicológico. Así, una de las más importantes vías para satisfacer el deseo, dice Butler, pasa por una patologización, definida por médicos y psiquiatras (2006). En otras ocasiones —quizás en la mayoría— el uso de las categorías normalizadoras es preteórico, inconsciente o bien internalizado por los sujetos que ellas definen.

Según Fraser (1989) “en las sociedades capitalistas dominadas por lo masculino, lo político suele definirse por oposición a lo doméstico o personal, y a lo económico”. Las instituciones que despolitizan el discurso, en consecuencia, son la familia nuclear encabezada por un hombre, por un lado, y las instituciones del mercado, del crédito, las corporaciones privadas y principalmente los lugares del trabajo asalariado, por otro. En el primer caso la vía de despolitización es la de “personalizar” o “familiarizar” los temas; en el segundo al contrario, la de “despersonalizar” o “economizar” los mismos apelando a fuerzas o imperativos impersonales, prerrogativas de propiedad privada o problemas técnicos que deben ser resueltos por gerentes y planificadores. Hemos visto a lo largo de nuestra exposición que ambas lógicas operan en este caso. La “personalización” de la violencia, por un lado, y la “despersonalización” del sistema que dicta las nuevas reglas en materia de políticas sociales, por otro. En las dos estrategias el resultado es la reducción de las cadenas de relaciones de “para” en la interpretación de las necesidades (necesito *x para* alcanzar y), en especial evitando que éstas traspasen los límites que separan lo doméstico y lo económico de lo político. Si la violencia doméstica, por ejemplo, está encapsulada como asunto privado, personal o familiar, y el discurso público sobre este fenómeno se canaliza en públicos especializados asociados con el derecho familiar, el trabajo social, y la sociología o psicología del comportamiento “desviado”, dice Fraser, esto sirve para reproducir la dominación de género. Esta autora describe al sistema de bienestar estadounidense como implícitamente dividido por géneros: los programas que llama “masculinos” (asumen que el papel de jefe de hogar es masculino) someten a sus “clientes” a menores controles y vigilancias, los colocan en la posición de “derechohabientes” y no los estigmatizan porque ya “pagaron su parte”. También los posicionan como consumidores en el mercado, les dan dinero en efectivo más que aportes en especie y los consideran conforme a lo que suele llamarse “individuos posesivos”. Califican entonces como ciudadanos sociales. Los programas “femeninos”, en cambio, son de “alivio”, y se les conoce por los tipos de humillaciones que infligen a sus clientas. Éstas tienen que hacer esfuerzos enormes para ser elegibles y mantener esa elegibilidad, y enfrentan un fuerte componente de

vigilancia. A las receptoras de estos programas se les percibe como beneficiarias de la caridad estatal o menos aún, ya que se les trata como desviadas, fracasadas, etc. Se asume que las madres que reciben esta ayuda “no trabajan” y por eso se les obliga a trabajar. A las mujeres en este modelo no se les considera consumidoras con poder de compra, y casi siempre la ayuda es en especie o “etiquetada”. Estas beneficiarias son “clientas”, una posición de sujeto dotada de mucho menos poder y dignidad en las sociedades capitalistas que la de “comprador”. En estas circunstancias ser un cliente (del bienestar) es ser un dependiente abyecto. Esta palabra tiene connotaciones de “caída” desde la autonomía. Pero los programas para madres que no cuentan con un proveedor hombre las construyen sólo como madres, en la medida en que no les ofrecen alternativas que les permitan trabajar. Son lo contrario del individuo comprador y ciudadano. En consecuencia, interpretan sus necesidades como “necesidades de madre” y su esfera de actividad como el hogar. Ahora bien, dice Fraser, esto debería ser una identidad honrosa en la sociedad que establece la separación de esferas (pública y privada), sin embargo el sistema no honra a estas mujeres. Decreta que deben pero no pueden ser madres normativas. Para esta autora, que propone ver al sistema estadounidense de bienestar como un sistema jurídico-administrativo-terapéutico, incluso el mejor de los subsistemas (el masculino) es degradante y despolitizante. Este sistema sustituye la política de la interpretación de necesidades por el manejo administrativo, jurídico y terapéutico de la satisfacción de necesidades, es decir, tiende a sustituir un proceso de interpretación de necesidades dialógico y participativo por uno monológico y administrativo. Sin embargo, sostiene esta autora, lo social por un lado es una arena de actividad estatal, y por otro, un nuevo terreno de contestación política ampliada. Buena parte de la expansión de la rama social del Estado, de hecho, es una respuesta a movimientos sociales. Citando a Theda Skocpol recuerda que el Estado social no es un agente político unificado y autopoiesido sino un resultante y un nexo polivalente de formaciones de compromiso, donde se sedimentan los resultados de luchas pasadas y las condiciones de nuevas luchas. De hecho, cuando el sistema actúa como un agente sus resultados son no-intencionales. Sus operaciones de definición monológica de necesidades son en parte una estrategia de contención de los movimientos sociales, pero cuando se ocupa de temas antes dejados a la esfera privada, los desnaturaliza y al mismo tiempo se arriesga a que se politicen más.

Consideramos que los aspectos discursivos que menciona esta autora, más allá de las diferencias que podamos encontrar entre su descripción y la del contexto

mexicano, pueden ser pertinentes en nuestro caso. Lo que llama “el manejo administrativo, jurídico y terapéutico” es coherente con el resultado que adquiere la aplicación del discurso de esta política en el ámbito de la práctica médica, donde, como vimos, la palabra del paciente importa poco. Por otra parte, es verdad que la sola apropiación del tema por el gobierno, independientemente del contenido que los diversos agentes le hayan dado en el proceso, abre la puerta a nuevas disputas y resignificaciones, y de manera más fundamental, erosiona las bases del reconocimiento simbólico de las mujeres tal como ha sido construido hasta el momento. En nuestro país se constata, al igual que en Estados Unidos, según describen Fraser o Butler, una reacción conservadora y defensora de la familia patriarcal ante los avances de los reclamos feministas, independientemente de su fuerza relativa en cada contexto, y también a los cambios socioeconómicos que han obligado a las mujeres a diversificar sus papeles sociales en los hechos. La arena de discusión ha sido abierta, y con esto las fronteras entre lo público y lo privado se han desplazado. Parte de esta disputa que tiene como escenario la esfera pública, muestra como ejemplos recientes la promulgación de la Ley de despenalización del aborto en el DF, y la de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia en todo el país. Con toda la controversia que han generado estas leyes, donde podemos identificar la participación de fuerzas que no tienen que ver sólo con los temas de las mujeres y de la familia sino que se articulan con los ejes izquierda-derecha o laicidad-religiosidad estatal, han puesto un foco sobre estos problemas y con ello dan la posibilidad de que se hagan oír otras formas de interpretar las necesidades y los derechos de las mujeres. El programa que hemos analizado es parte de este proceso abierto, y conviene juzgarlo en la confluencia de todas estas fuerzas que lo atraviesan, y en la coyuntura histórica en que ha emergido.

Capítulo VIII. ¿Salvar vidas o preservar el cuerpo? Reflexiones finales

A partir del análisis que hemos presentado hasta aquí, consideramos que la existencia de este programa contra la violencia de pareja es importante no sólo porque representa un hito en el largo y arduo proceso de divulgación de las demandas de las mujeres, y en esa medida ha contribuido a abrir el debate, sino también porque puede hacer valiosas aportaciones desde un sector específico del gobierno.

Más allá de las cuestiones estructurales y políticas que limitan la capacidad de acción de programas como éste –y que como hemos mencionado en otros capítulos tienen que ver con la estructura del sector, la dificultad de coordinación entre el centro y los estados y las disputas entre agencias del propio gobierno cuyas ideas sobre la cuestión difieren–, es posible identificar problemas organizativos e institucionales que son comunes e incluso “necesarios”, como argumenta Hood, a muchas políticas públicas: mientras que los discursos oficiales apelan al rigor y la transparencia, en la instrumentación de los programas los discursos ocultos mantienen la opacidad de sus procedimientos, dando tiempo al sistema para adaptarse al problema emergente. Se toman “atajos” como el de adaptar al nuestro los estándares técnicos de otros países, y se apela a una estructura organizacional compleja que incluye responsabilidades indefinidas o dispersas en cuanto a la instrumentación y la obligatoriedad de las medidas, estrategias todas que permiten evitar la responsabilidad por los fracasos cuando se trata de problemas complejos o poco conocidos. Por su parte, las argumentaciones que respaldan las políticas de control de riesgos suelen adoptar una exigencia de “alarmismo” para obligar a muchas agencias a involucrarse.¹

¹ El modelo conceptual utilizado para establecer las intervenciones necesarias habla de una evolución del problema que va desde la violencia en el noviazgo hasta el feminicidio. La propuesta entonces es intervenir en distintos ámbitos y según etapas: 1) desnaturalización (difundir mensajes), 2) promoción de la salud (evitar inicio temprano de la violencia de pareja), 3) diagnóstico temprano (detección en los servicios de

¿Se puede combatir la violencia doméstica?

La complejidad y dificultad de manejo de este problema en particular no es algo que afecte sólo a México. Numerosos estudios documentan esta misma dificultad en países más desarrollados e incluso con un mayor compromiso político en el asunto (Gelles, 2000; Loseke, Gelles y Cavanaugh, 2005; Tiefenthaler, Farmer y Sambira, 2005; Dutton, 2006). Al revisar la literatura internacional advertimos que si bien en las últimas décadas ha habido un crecimiento exponencial de los estudios sobre la violencia intrafamiliar, doméstica y de pareja, el fenómeno sigue siendo poco entendido y en consecuencia mal atendido. Existen controversias tanto en las formas de medirlo como en las conexiones lógicas entre la teoría, las causas, los orígenes y los tratamientos necesarios.

Esto ocurre también en México, donde los datos que han recabado diferentes estudios presentan inconsistencias que no los hacen totalmente comparables y fiables (Castro y Cacique, 2007). Los instrumentos de medición que se utilizan –y que están estandarizados en el mundo– suelen cuantificar el fenómeno mezclando tipos de violencia que pertenecen a patrones diferentes, como hemos observado anteriormente (Jonson, 2000). Algunos autores han identificado al menos doce teorías sobre la violencia, que pueden agruparse en psicológicas, psicosociales y socioculturales (Feldman y Ridley, 1995). En opinión de estos autores, ha predominado el enfoque del “aprendizaje social”, que enfatiza el aprendizaje observacional de los modelos de comportamiento y los determinantes del entorno y privilegia lo cognitivo, haciendo hincapié en las percepciones, expectativas y cogniciones como mediadoras del comportamiento. El enfoque feminista, que ha llamado la atención sobre cuestiones estructurales, sobre la necesidad de responsabilizar al agresor y la de incrementar las intervenciones judiciales, ha sido criticado por no dar cuenta de la dinámica relacional, de la violencia en las mujeres, de los hombres que no son violentos, etc. Según Johnson y Ferraro (2000), a pesar de que existe consenso alrededor de los modelos “ecológicos” (multifactoriales, que incluyen niveles que van desde lo intrapsíquico hasta lo institucional, pasando por la interacción de pareja, familiar y de redes sociales), la mayoría de las

salud), 4) tratamiento (donde se enfatiza lo psicológico) más atención médica de las consecuencias físicas, 5) prevención de la muerte (refugios) y 6) seguimiento, mediante la recuperación del proyecto de vida de las mujeres (personal de refugios y centros especializados).

investigaciones sigue un enfoque unidireccional, con excepción de algunas que combinan los temas de la privacidad, la desigualdad de poder, la aprobación subcultural de la violencia y las sanciones negativas que se perciben (Gelles, 2000).

Las discrepancias entre los profesionales, los diseñadores de políticas y los investigadores son grandes, y se refieren fundamentalmente a cuatro cuestiones: 1) el papel de los procesos cognitivos individuales; 2) los procesos de conflicto en la pareja; 3) la dinámica de género, y 4) la exposición temprana y la transmisión intergeneracional de la violencia. Se ha dado un acalorado debate sobre estas interpretaciones y la manera de tratar la violencia, especialmente alrededor de dos opciones que se presentan como opuestas: cambiar los estereotipos de género o bien desarrollar habilidades de manejo y “control del enojo”. Algunos autores aseguran que a los enfoques feministas les falta trabajo empírico para vincular la categoría amplia de “patriarcado” con los factores situacionales que median entre ésta y la violencia (por ejemplo inconsistencia de estatus, disparidad de recursos, estrés etc.), entre “actitudes patriarcales” y comportamiento abierto, y para identificar intervenciones basadas en el género que se puedan combinar con las de manejo de conflicto. Respecto a la transmisión intergeneracional consideran que se sabe poco, a pesar de que se ha vuelto un lugar común (Johnson y Ferraro 2000). Esto sucede, sostienen, porque las investigaciones han prestado escasa atención al proceso de desarrollo del problema. También hay controversia sobre los factores que perpetúan la violencia, entre los cuales los más citados son: a) privacidad en la familia; b) ciclos de la violencia que tienen el efecto atenuante de la “luna de miel”; c) la falta de mandatos legales fuertes y consistentes, y d) aislamiento social y falta de redes de apoyo.

En realidad parece no haber claridad acerca de los factores que predisponen, precipitan o perpetúan la violencia, y si esto sucede en el mundo no es extraño que en México, donde las acciones fueron más tardías, exista similar confusión. Ésta, obviamente, se traslada al terreno de las intervenciones. Si bien algunas evaluaciones indican que el tratamiento de la violencia es efectivo hasta cierto punto, en comparación con dejar que el asunto competa sólo al terreno judicial (por ejemplo la violencia física se reduce aunque no se elimina, y tampoco se eliminan las formas de violencia psicológica), los estudios son escasos y a veces carecen del rigor necesario. Se sabe poco sobre qué modelos funcionan mejor para determinada población y para ciertas circunstancias, nivel o tipo de violencia. Buena parte de esta dificultad se encuentra a nuestro parecer en la misma naturaleza del

problema, que abarca órdenes diversos como el género, la familia, el derecho, la salud, etc., y que penetra las esferas pública y privada de diversas maneras.

Hemos visto a lo largo de nuestra exposición que esta misma confusión puede generar la inacción de quienes están llamados a intervenir en los servicios de salud, problema que tampoco afecta sólo a México. Son numerosos los estudios que se han realizado en países con muy diferentes marcos institucionales y culturales, que –si bien con enfoques distintos al nuestro– han mostrado los límites que enfrentan los profesionales de la salud para identificar la violencia doméstica en sus pacientes, aun aquellos que están comprometidos a hacerlo.² Un estudio entre médicos de primer nivel de atención en Estados Unidos, por ejemplo, destacó entre las barreras para una adecuada atención a la violencia, la identificación cercana con las pacientes, el miedo a ofender, la falta de entrenamiento y la falta de tiempo (Sugg y Inui, 1992). Otros estudios han mostrado que dado que el personal de salud es producto de la misma tradición cultural que sus pacientes, no necesariamente juzga negativamente las actitudes que dan soporte al abuso contra la mujer (Kim y Morse, 2002; Gerbert *et al.*, 2002). La actitud de los profesionales de la salud hacia la violencia puede ser potencialmente perjudicial, y esto se ha observado en mujeres que reportan haber sido doblemente victimizadas: por el abusador, y también por el personal de salud que las responsabiliza a ellas del maltrato que sufrieron (Sampelle, 1991; Campbell, 1994). Entre los factores que inhiben la atención médica del problema se detecta también que la obligación de reportar a la justicia puede ser un desincentivo para los profesionales, quienes se preocupan por el bienestar y la confidencialidad de la paciente, y carecen de tiempo para establecer una relación de confianza que no resulte amenazante para ella (Chang *et al.*, 2005). También se menciona que para el personal de salud es fatigante y poco satisfactorio tratar de resolver estos casos, debido a la reticencia de las pacientes a revelar la violencia que sufren (Gerbert *et al.*, 1999). Otro factor limitante es el simple olvido de que algunas constelaciones de síntomas pueden ser consecuencia indirecta de la violencia (eventos pasados de abuso físico, sexual o emocional, depresión, ansiedad, migraña persistente, dolor pélvico, dolor de estómago vago que no cede ante el tratamiento, cuando la descripción de la manera en que se produjo la lesión no

2 Por ejemplo: Rodríguez-Bolaños *et al.*, en prensa; Rodríguez-Bolaños *et al.*, 1993; Viterbo Silva, 2003; Zink, Elder, Jacobson y Klostermann, 2004; Taft, Broom y Legge, 2004; Valdés-Santiago, 2004; Cohn, Salmon y Stobo, 2002; Hamberger, 2004.

coincide con lo que se ve, cuando hay “propensión al accidente” o marcas en lugares extraños, etc.) (Gerbert *et al.*, 1999). Otra dificultad que refieren los médicos es que ellos están entrenados para identificar rápidamente el problema y “arreglarlo”, por lo que tienden a “arrancar la confesión” a las mujeres con fines de diagnóstico y tratamiento, en lugar de emplear estrategias de acercamiento más lentas y “sensibles”, que, como se recomienda, a la larga podrían dar mejores resultados (Booher *et al.*, 2003; Gerbert *et al.*, 2000). La falta de eficacia de la primera estrategia suele desmotivar también a los médicos, quienes esperan obtener resultados visibles. A pesar de ello, muchos estudios sobre mujeres maltratadas muestran que, si bien en algunos casos ellas no revelarían la situación en la que se encuentran ni siquiera con estrategias de acercamiento, en muchos otros sí estarían dispuestas a hablar de la violencia si los profesionales de la salud se mostraran más sensibles (Rodríguez *et al.*, 1998; Zink, Jacobson, Regan y Pabst, 2004; Zink, Regan, Goldenhar, Pabst y Rinto, 2004). En general, según estudios diversos, la percepción de las mujeres es que los profesionales de la salud dan una respuesta inapropiada al problema de violencia doméstica que sufren (Naumann *et al.*, 1999). Algunas investigaciones que se realizaron en Inglaterra mostraron que antes de acudir a la policía las mujeres maltratadas sufrían en promedio 30 episodios de golpes, y entre 20 y 30% de ellas acudía a los servicios de salud, consultando más en psiquiatría que en otros servicios. De ahí derivan la conclusión de que el éxito de sus contactos con los servicios de salud puede ser clave. Estos estudios sostienen que el abordar la victimización repetida puede prevenir 30% de los casos de violencia. Como parte de la discusión sobre el papel que le toca desempeñar a la salud pública como complemento del enfoque de la justicia penal sobre la violencia, Karen Leander (2002) describe el modelo sueco de la “post-vencción” (en vez de pre-vencción), donde lo que se intenta es prevenir la repetición de la violencia (así como el suicidio) una vez detectada (ya que casi siempre se ignora cuándo comenzó el proceso violento). Según esta autora, el enfoque tradicional (prevención primaria, estrategias secundarias –para reducir la prevalencia– y estrategias terciarias –para reducir la discapacidad producida–) se vuelve difícil de aplicar cuando es mucho lo que se ignora sobre el padecimiento, como en el caso de la violencia. De ahí que en esta propuesta se utilice el enfoque de los “grupos de riesgo”, que debe articular medidas preventivas diferentes para diferentes poblaciones.

Dado que efectivamente el sistema de salud es un ámbito al que las mujeres acuden más que al de justicia, no se debe renunciar a la posibilidad de contribuir

desde allí a la detección y canalización de casos de violencia. Siguiendo esta lógica, lo mismo debería hacerse en el sector de la educación, lo cual fue un reclamo que hicieron casi todos nuestros entrevistados al moverse a la posición “humanista” (y también por impotencia ante un problema que les parece demasiado complejo), ya que en este espacio no solamente se hacen visibles casos de abuso infantil –un gran porcentaje de los cuales también incluye violencia contra la mujer– (R. Gelles, 2000), sino que es un ámbito clave para la transmisión de patrones distintos de relación entre los géneros.

En el caso de los médicos y médicas –sin cuya orden o canalización los demás profesionales de la salud no pueden actuar–, es importante insistir en su papel en la detección de posibles casos. Esto obliga a tener y mostrar mayor claridad sobre el carácter vinculante de las normas hechas a tal efecto, y a evitar el lenguaje que iguala la violencia que produce muertes con las peleas conyugales que ellos mismos pueden tener. Nadie quiere identificarse con un asesino por haberle dejado de hablar a su pareja. Por otra parte, el mismo orden médico que hemos analizado presenta obstáculos propios a la incorporación de este discurso “híbrido” en su práctica cotidiana, transformándolo en un discurso patologizante y estigmatizante de las afectadas. Esto sugiere que quizás habría que plantear el problema apelando a cuestiones de derechos con mayor claridad, y con imágenes no victimistas de la mujer.

El orden médico, aun cuando sea un campo relativamente cerrado y “autopoiético” no es monolítico ni inmodificable. Ha tenido y tiene en su interior discursos “heréticos”, que si bien terminan reproduciendo su lógica, lo hacen generando ciertos deslizamientos. Quienes se encuentran en las posiciones hegemónicas en el campo, son los detentadores de su ideología en el estado más “puro”. Los jefes y los médicos muy especializados pueden estar en este grupo, que como hemos visto tiene características de *élite*. Esto se debe, en parte, a su necesidad de hacer valer los largos años de preparación y disciplina que han vivido y con la postergación de los disfrutes propios del lugar que ocupan en la jerarquía social. No cabe duda de que los médicos han aplicado sobre sí mismos las mismas o mayores disciplinas que exigen a sus pacientes. Han debido postergar, por ejemplo, la posibilidad de “ganar mucho dinero como especialistas”, que “es la aspiración de todo médico”, según nos comentó uno de ellos fuera de entrevista. La dura competencia en el campo médico obliga también a la disciplina, aunque la ideología hable de la abnegación del médico sólo por la “humanidad”. Según este mismo médico, “se ha demostrado

que los estudiantes de medicina son moralmente más conservadores que sus contrapartes de otras carreras”,³ algo que atribuía especulativamente al hecho de que están más dispuestos a aceptar las jerarquías y las disciplinas que la profesión exige. Sin embargo en la actualidad parecen estarse produciendo cambios que a largo plazo podrían representar una oportunidad para la instrumentación de programas como éste y que tal vez deberían aprovecharse: mientras que cada vez son más las mujeres que ingresan a la carrera de medicina y actualmente superan el porcentaje de hombres que lo hace –52 frente a 48% en 2003– (G. Cruz, 2006), la mayoría de ellas permanece en los puestos menos prestigiosos según las reglas del campo, ya que al tener que combinar su profesión con la familia y la maternidad, prefieren los puestos de medicina general o primer nivel de atención en hospitales públicos, en vez de trabajar en los servicios privados especializados cuyo nivel de competitividad exige más tiempo y dedicación. Los hombres, en cambio, son mayoría en esos puestos, aunque cada vez sean relativamente menos en la carrera, y probablemente los que llegan a esos lugares son quienes, en virtud de su situación económica combinada con autodisciplina, pueden pasar más tiempo en formación. Esta diferenciación de hecho de la profesión médica por géneros, a su vez podría implicar una diferenciación por clase. Por esa razón quizás sea conveniente dirigir los mensajes de manera diferenciada a los profesionales, atendiendo a las posiciones que ocupan dentro del sistema. Los jefes y las jefas, directores y directoras de servicios, poco favorables a la intromisión de un discurso “ajeno”, suelen ser un obstáculo para la adecuación de programas como éste, dada la jerarquía que existe en las instituciones, que impide que médicos de menor rango –quizás dispuestos a involucrarse–, tengan apoyo para hacerlo. ¿Convendría enfatizar los aspectos coercitivos como una mejor estrategia para convencer a estos médicos que desempeñan puestos jerárquicos?

Asimismo es necesario reconocer que no sólo las expectativas y discursos de los operadores de las políticas introducen “distorsiones”; también lo hacen los de la propia gente que debe ser “regulada” por estos medios y se resiste a ello de diversas maneras, una de las cuales es no acudir a los servicios o no decir “la verdad”. Las políticas suelen asumir que los sujetos quieren cambiar y están dispuestos a hacerlo de una vez por todas. No sucede esto con frecuencia: muchos agresores no

3 El médico del D.F. que nos hizo estos comentarios fuera de entrevista se refería a “algunas encuestas” sobre valores que demostraban que los estudiantes de medicina eran más conservadores, por ejemplo, en relación con la sexualidad.

quieren cambiar y muchas de las víctimas tampoco, y cuando deciden hacerlo, el proceso es largo e incluye varias idas y vueltas, algo que las evaluaciones de resultados pueden juzgar como fracaso. Tampoco el proceso tiene indicadores cognitivos que puedan “medirse” como muchos programas asumen (Gelles, 2000). El peligro de esto es que las evaluaciones apresuradas de supuestos “fracasos” en los procesos de cambio en las personas pueden estar enviando el mensaje de que “algo está mal en ellos”.²⁹¹

Las inercias institucionales, dice Hood (2001), son más fuertes en las comunidades discursivas profesionales recónditas y de aspecto introvertido, que tienden a ser “autopoiéticas” porque encarnan distintos patrones de discurso que requieren de una laboriosa traducción al tratar con el entorno, por ejemplo el derecho, la medicina y las ciencias naturales. Este tipo de comunidades tenderá a responder a las presiones de apertura por parte del entorno, de maneras que reproduzcan sus modos básicos de operación con un mínimo de disturbio, por lo tanto sus respuestas tenderán a ser cuestionables y llenas de efectos colaterales no esperados, como parece ocurrir con el orden médico en relación con este tema. No podemos predecir entonces si en tal caso ocurrirá lo que este autor denomina “repliegue por etapas”, es decir donde las instituciones responden a las presiones al cambio en dos fases: 1) con las respuestas de “primer orden” operan cambios en los arreglos gerenciales y organizacionales, que no modifican las estructuras más profundas y los sistemas nodales de valores, y 2) con las respuestas de “segundo orden”, sí producen cambios en esos valores centrales. En este modelo, la verdadera evolución ocurriría cuando todos los actores hubieran absorbido los nuevos valores (Laughlin y Broadbent, 1995, citado por Hood, 2001). Hemos observado que los profesionales más jóvenes encontraban menor dificultad que los de mayor edad para desplazarse a otras posiciones de sujeto y adoptar un lenguaje de derechos y de equidad. También hemos visto que el discurso de la empatía y del servicio a la “persona” era más frecuente entre las enfermeras que en los otros grupos de profesionales, y que aparecía una combinación de ambos elementos en quienes trabajaban en los servicios de urgencias, más que en quienes lo hacían en otros servicios.

Se puede especular sobre estas variaciones y suponer que el tipo de trabajo que desempeñan (donde tienen más evidencias del problema, o más contacto con las pacientes), el género del profesional (las mujeres podrían sentirse identificadas o bien, solidarias) y la edad (la exposición a discursos alternativos en los medios) determinarían una mayor apertura al tema y la posibilidad de intervenir con éxito

en el cambio evolutivo del que hablan los analistas de políticas. Sin embargo, en función de nuestros principales hallazgos consideramos que de producirse este cambio será lento, y que más difícilmente ocurrirá en el ámbito institucional que en el de los individuos particulares. Además, tendrá más probabilidad de producirse apelando, no a su posición en el orden médico, sino a otras posiciones de sujeto —que el sentido común asocia con posiciones “humanistas” en la medicina—. Esto dependerá menos de los esfuerzos de persuasión y capacitación —aunque éstos son necesarios— que de cambios más globales en los discursos sociales sobre el género, la familia, las mujeres y la violencia, discursos cuyo mayor o menor impulso resultará de una lucha en el espacio público, que es finalmente política.

Encubrir el proceso de formulación de una política, manifiesta Hood, equivale al encubrimiento del *juicio político* sobre la prioridad relativa de diferentes principios por quienes reclaman cierta clase de experticia tecnocrática o autoridad *no política*. Fraser, a quien citamos en varias ocasiones, describe este mismo mecanismo, que Bourdieu (2001) caracteriza como un *lenguaje político no marcado políticamente* y que halla su paradigma en el discurso cientificista. Para Hood, sin embargo, esto puede solucionarse mediante “pronunciamientos públicos acerca de cómo los asesores razonaron los problemas, para evitar la *impresión* de juicios políticos *ad hoc* enmascarados como experticia tecnocrática” (cursivas nuestras). Pero ¿es sólo una “impresión”, o es algo constitutivo de las políticas públicas? El mismo Hood, al ir más allá del aspecto sistémico-institucional y observar el contexto de las políticas, encuentra que “las estrategias de prevención de la responsabilización parecen definir las políticas *tanto o más* que las consideraciones ‘funcionales’ relacionadas con las características técnicas de los problemas”. Esta responsabilización puede provenir de diversos agentes “públicos” o “privados”, y como vimos en los primeros capítulos, en el caso mexicano los discursos y la opinión pública internacional fueron agentes de gran peso en el proceso de esta política.

Si hubo guerra, que no se note. Algunos desafíos para el feminismo

Hace relativamente poco tiempo, se presentó en los medios de comunicación una fuerte polémica alrededor del vestido típico que usaría “Nuestra belleza México” en el certamen de Miss Universo, en un desfile que habría de celebrarse en el

Distrito Federal –tras haberse descartado la ciudad de Oaxaca, elegida originariamente, para evitar mostrar al mundo los conflictos políticos que ahí ocurrían–.⁴ El primer diseño que se propuso para el vestido llevaba imágenes de la Guerra Cristera, la sangrienta confrontación que resultó de la rebelión católica de los años veinte en contra del laicismo del Estado. En estas imágenes aparecían personajes ahorcados y mujeres de negro asistiendo a misas clandestinas, así como la Virgen de Guadalupe. Después de la polémica se decidió cambiar el diseño por otro, ya que en la batalla de argumentos predominó la idea de que el vestido exhibía ante el mundo “trapos sucios” que “debían lavarse en casa”, como dijo un personaje que fue entrevistado en la radio.⁵ Este argumento prevaleció por sobre los que observaban que reivindicaba los valores de un solo sector de la sociedad. El nuevo vestido exhibió, en cambio, una especie de naturaleza muerta vernácula donde destacaban los elotes, el maguey, las vasijas de barro y demás elementos típicos, ordenados al estilo de los tradicionales “altares de muertos” mexicanos.

Quedó demostrado que un concurso de “belleza femenina” –uno de cuyos principales atributos en la moral de género es la pulcritud– no está libre de política, cuando la representante de Estados Unidos en el certamen fue sonoramente abucheada por el público, probablemente en reacción a las discusiones del momento sobre las nuevas leyes migratorias en aquel país y que afectan a gran número de mexicanos.

Al comentar en la radio la nueva Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia,⁶ una de las diputadas que la impulsaron, de quien no es posible sospechar que defienda una ideología de derecha, destacó más de una vez

4 Se trató del certamen de belleza *Miss Universo 2007*. El conflicto en Oaxaca tuvo su origen en los reclamos del gremio magisterial; más tarde intervinieron muchos miembros de la sociedad y la fuerza pública, por lo que fue adquiriendo un carácter cada vez más violento.

5 Una nota en *La Jornada* del día 14 de abril de 2007 informa que “Numerosos historiadores, analistas políticos, artistas e incluso religiosos como el sacerdote Miguel Concha, expresaron su repudio al atuendo: ‘no tiene ningún sentido desenterrar conflictos políticos o religiosos que enfrentaron a los mexicanos. Felizmente, eso ya está superado. Hubo violencia y volverla a exhibir es un contrasentido, es aberrante, desentona y es inoportuno’, afirmó el religioso”.

6 Una nota en *La Jornada* del día 14 de abril de 2007 informa que “Numerosos historiadores, analistas políticos, artistas e incluso religiosos como el sacerdote Miguel Concha, expresaron su repudio al atuendo: ‘no tiene ningún sentido desenterrar conflictos políticos o religiosos que enfrentaron a los mexicanos. Felizmente, eso ya está superado. Hubo violencia y volverla a exhibir es un contrasentido, es aberrante, desentona y es inoportuno’, afirmó el religioso”.

que esta ley impediría que ocurrieran más feminicidios, que son “una vergüenza nacional frente al mundo”. Con diferente intención quizás, pero con igual efecto, la embajadora de México ante la Unión Europea declaró con preocupación la víspera de la presentación de un informe de ese organismo sobre feminicidios en el mundo, que lo único que deseaba era que el *dossier* sobre Ciudad Juárez fuera fidedigno, porque “a todos nos preocupa la imagen de nuestro país” (*Milenio Diario*). Las sucesivas autoridades del estado de Chihuahua apelaron al mismo discurso para acallar las voces de quienes reclamaban justicia para las víctimas de Ciudad Juárez. Estas voces disonantes, decían –y no los crímenes–, “enlodaban” la imagen del estado y del país.

La nación aparece en estos discursos como una familia cuyos “trapos sucios se lavan en casa”, como dijo el oponente al vestido cristero de Miss México, entrevistado en la radio. Confirmamos esta misma impresión al consultar el diario de campo de nuestra investigación y verificar que más de un directivo de hospital nos había interpelado con visibles signos de molestia por el hecho de ser “extranjeras investigando estos temas”.⁷ Llama la atención la gran persistencia de este discurso sobre la nación, que parece atravesar todos los estratos y el espectro ideológico. Es un recurso muy frecuente el de tapar el conflicto apelando a lealtades de superior jerarquía, como la familia o la nación. ¿Será por ello que resulta tan difícil hacer de la violencia contra las mujeres un tema público?

Como afirma Bourdieu, la construcción de grupos dominados sobre la base de tal o cual diferencia es inseparable de la construcción de grupos establecidos con base en propiedades genéricas, que en otro estado de relaciones simbólicas definían la identidad social y a veces legal de los agentes concernidos (los hombres, los ciudadanos, los patriotas, etc.). Éstos tienen más interés en la perpetuación de una relación *dóxica* con la realidad, que lleva a aceptar como naturales las divisiones establecidas o a negarlas simbólicamente por la afirmación de una unidad (nacional, familiar, etc.) de mayor rango. Los avances del feminismo en la definición de las políticas y quizás más aún los de las mujeres comunes que más silenciosamente han debido adaptarse a las transformaciones sociales y a las crisis, adquiriendo sin querer mayores condiciones de autonomía, han producido sin duda un discurso de reacción conservadora, que pretende reafirmar los valores de la familia tradicional. No sólo eso. Estamos, se nos dice, en un momento crítico

7 Dos de las entrevistadoras de este proyecto éramos “de origen extranjero”.

en que impera la violencia en todas sus formas, y más que nunca “los mexicanos debemos unirnos”.

Pero la globalización y las políticas de ajuste han hecho su parte, ya que han obligado a los estados nacionales a redimensionarse, y en el caso de países como el nuestro han socavado su capacidad para imponer un orden donde impere la ley. “Los fanatismos prosperan precisamente por la falta de una religión cívica acordada libremente, por la falta de una ética política y social verosímil”, sostiene Régis Débray (2000), agregando que hay una relación intrínseca entre la desaparición de puntos de referencia y el ascenso de mitos de los orígenes. La retórica de la “gran familia mexicana” (y también la de la pequeña, al justificar la militarización del país con el argumento de que esto impedirá que la delincuencia y las drogas “entren a tu casa”) es bombardeada por los medios de comunicación justamente en un momento de grandes conflictos, violencia delictiva y dificultad para hacer que opere, no solamente un estado de derecho, sino incluso lo que Castoriadis llama el estado de la ley (1996). La cuestión de la justicia, dice este autor, es la cuestión de la política, de cuando la institución de la sociedad ha dejado de ser sagrada o tradicional y el “reino de la ley” no puede eludir la pregunta ¿qué ley, por qué esta ley y no otra?³⁰¹ En este “regreso a lo sagrado”, a falta de justicia, los miembros del ejército se convierten en “nuestros héroes”, aun cuando algunos sean sospechosos de haber violado y asesinado a una anciana indígena, a quien las autoridades insistieron en “dejar descansar en paz”, como pidió el gobernador del estado donde fue asesinada. ¿Ella también deberá, como las muertas de Juárez, inmolarse en el altar de la unidad nacional o de la gran familia? ¿Es para sorprenderse esta petición del gobernante cuando la misma retórica del ser nacional otorgó a las mujeres ese valor simbólico –que no social–? Las maneras de entender la privacidad en la política del sentimiento nacional, dice Lauren Berlant (2000), “reducen la sociedad a un espacio libre de luchas y el hogar a un espacio libre de dolor”.

¿No será, en este contexto, una mala apelación utilizar el lenguaje del “desamor”, que tantas críticas suscitó entre los juristas mexicanos, al comentar la nueva Ley contra la violencia hacia las mujeres?⁸ Este lenguaje, que habla de celos, indiferencia y desamor como si fueran el “huevo de la serpiente” que romperá en feminicidios ¿no termina convirtiendo a este discurso no sólo en algo inasimilable por el orden jurídico, sino además en un mecanismo de reproducción de la

8 Milenio Diario, sábado 3 de febrero de 2007.

subjetividad femenina basada en el amor romántico y la armonía conyugal? Estas cuestiones merecen ulteriores análisis. Como sostiene Berlant, la identificación compasiva que ancla la unidad nacional –al igual que la familiar– establece la eliminación del dolor como el límite de la responsabilidad política. Aunque se refiera a la cultura política estadounidense contemporánea, su propuesta no deja de ser sugerente para pensar en nuestro caso. El alivio del dolor como fin político autoriza un discurso terapéutico, que en última instancia desplaza las cuestiones de equidad y valor como asuntos de poder. ¿El sector salud pagará los platos rotos, como dijo nuestra funcionaria?

Quizás porque cumple esta “función”, podríamos especular, el programa –aunque con menos recursos– no ha sido cancelado, como se suponía desde un principio dado el tinte conservador que se esperaba de las nuevas autoridades federales. Todo el proceso parece mostrar la vulnerabilidad de una política pública cuando no es sostenida por movimientos sociales fuertes, con todo el mérito que han tenido las feministas en México, a pesar de esta característica. Como ya expusimos, desde una lógica global podríamos suponer que, de manera planeada o no, el orden médico ha sido llamado a *poner orden en lo micro*, tanto porque le es más *accesible* (mientras que lo macro permanece incierto), como porque el discurso médico, aun si se trata de la salud mental, jerárquicamente subordinada, *cumple un papel moral y trascendente*, moraliza pero habla como *intérprete de la naturaleza y desde la ciencia*, lo que encuentra poca oposición “razonable”.

Los motivos pueden ser dos: uno, la constatación de que *el sistema jurídico no es eficaz* como asegurador del orden –y la medicina *sí*, al menos en la ideología–, y el otro, la creencia arraigada, más allá de los discursos mediáticos sobre los derechos, de que la violencia pertenece al *ámbito de la moral privada* y al espacio de la familia. Una misma idea puede ser conservadora y liberal: la *responsabilidad* del bienestar es *individual*, no ya del Estado, pero cuando los individuos (en este caso las víctimas de violencia, en vez de los agresores) no se muestran capaces de autogobernarse, se les da *terapia de motivación* o técnicas de “*empoderamiento*”, un concepto que fue acuñado por el feminismo con muy diferentes propósitos. La *responsabilidad penal* queda opacada, oculta y en su lugar aparece una *incapacidad que recae en la víctima*.

En el necesario esfuerzo por recuperar y dar sustancia a la categoría de género, el movimiento feminista enfrenta hoy ciertos “pactos patriarcales” no escritos (C. Amorós, citada por Torres Falcón, 2005) en distintos niveles y espacios sociales.

En este trabajo hemos intentado ilustrar algunos de ellos. Podemos constatar la presencia de esos pactos, por ejemplo, cuando los ministerios públicos, jueces, médicos y médicas, sacerdotes y personal de servicios sociales, –tanto públicos como privados– aconsejan a las mujeres ser más obedientes, cariñosas o solícitas con sus agresores, con el fin de mantener la armonía familiar. Encontramos huellas de estos mismos pactos en el discurso de los médicos (y médicas) cuando al hablar de las pacientes se expresan en términos misóginos, articulados con prejuicios del más variado tipo, entre los que destacan los étnicos y de clase, así como la patologización de aquellas que –además de ser mujeres– reúnen esas otras características de desigualdad social. También se refuerzan los pactos patriarcales cuando al insistir tan enfáticamente –y sin ofrecer razones– en la decisión de “no meterse con el sistema de justicia” los médicos y médicas parecieran sugerir más bien: “no vamos a entrar en conflicto entre autoridades (masculinas) a causa de las (volubles) mujeres”. En la lógica del poder político, como ejemplifica la patente ineficacia para esclarecer los feminicidios de Ciudad Juárez, parece subyacer similar mensaje: “no entraremos en conflicto con las mafias y grupos de poder que parecen estar detrás, a causa de mujeres de dudoso origen o reputación”. Pero tampoco conviene al Estado entrar en conflicto con los mandatos emanados de los organismos internacionales, por lo que la de priorizar la violencia familiar en la política contra la violencia de género, puede resultar una estrategia eficaz de legitimación a bajo costo.

Como explicamos en diversas partes de este texto, esos pactos se fundamentan, según algunas autoras feministas, en la necesidad implícita del orden de género de neutralizar o conjurar la presunta peligrosidad que encarnan las mujeres. Ante ello, sin embargo, es necesario que el movimiento feminista evite el “deseo de exculpación” que según algunas autoras parece subyacer al discurso de la mujer-víctima. Este término, además de ir en sentido contrario a la noción de empoderamiento, favorece también la judicialización –y con ella la individualización– de un problema que es social, como la misma categoría de género implica. El recuperar el poder crítico y político de esta categoría supone evadir un deslizamiento involuntario hacia el discurso conservador del “populismo punitivo” –como le llama Elena Larrauri–, que podríamos asociar con lo que hemos descrito en el primer capítulo como mecanismos de la sociedad de control. Como también decíamos al comienzo, si se confía exclusivamente en el sistema penal para erradicar la violencia de pareja se corre el peligro de abandonar la lucha

por cambios sustantivos que incluyan la creación de recursos para las mujeres más vulnerables a la violencia, esto es, las socialmente menos favorecidas. Recuperar el poder crítico de la categoría de género implica evadir otro deslizamiento más: el que se produce hacia los discursos que privilegian la búsqueda de la armonía familiar para proteger a la sociedad, otro de los mecanismos de las sociedades de control. En suma, siguiendo la distinción que hiciera Castoriadis (1996), no sólo debe garantizarse el gobierno de la ley –hoy en entredicho en nuestro país– sino fundamentalmente el estado de derecho, lo que supone una discusión –necesariamente política– sobre el contenido de esa ley y de esos derechos.

Retomando una idea que planteamos en la introducción de este texto, trascender los enfoques individualizantes –ya sea psicológicos o penales– y enfrentar el problema en toda su complejidad implica como primer paso avanzar en un análisis estructural del fenómeno de la violencia que no sólo considere al género como categoría de subordinación de las mujeres sino que también incluya las desigualdades de clase y etnia, entre otras. Este reconocimiento necesariamente implica ubicar el problema en el contexto sociohistórico y político concreto en que se produce, ya que de su particular configuración dependerán las posibilidades reales de elaborar políticas multisectoriales, con la participación de los grupos afectados y coordinadas por ellos. Aun reconociendo el gran desafío que supone un cambio cultural de esta naturaleza y la imposibilidad de realizarlo desde un solo sector de la sociedad o del Estado, compartimos la idea de que este esfuerzo debe realizarse, debe ser integral y debe al mismo tiempo reconocer las diferencias entre grupos de mujeres con distinta vulnerabilidad y entre diferentes formas de violencia contra las mujeres.

Como hemos sostenido numerosas veces a lo largo de este texto, los discursos sociales tienen sus propias inercias, independientemente de la voluntad de los sujetos que los utilicen, y en virtud de su carácter abierto pueden del mismo modo sufrir mutaciones que van más allá de las intenciones de quienes los formularon con determinado fin. Por esta razón consideramos que el enfoque que hemos usado permite ver un poco más que los análisis convencionales de políticas –o quizás ver otras cosas–. Podemos analizar los errores y aciertos de una política particular desde la propia lógica interna de los discursos que le dieron origen o bien podemos hacerlo como observadores del interdiscurso. El resultado será muy diferente en cada caso. Desde el discurso de las nuevas políticas públicas se buscarán resultados de impacto y costo-efectividad; desde el discurso feminista,

el empoderamiento y el aumento de la conciencia de derechos en las mujeres, desde la intersección de ambos, la eliminación de la violencia o en todo caso su disminución. Los médicos querrían salvar vidas si pudieran, o combatir los males en nombre de la ciencia. Adoptar el "punto de vista del actor", en caso de que fuera posible, nos resultará más o menos incómodo dependiendo del campo en que se encuentre el actor en cuestión, pero no nos permitirá observar las lógicas que influyen en todos ellos y que tienen que ver en última instancia con el campo del poder. Las luchas entre fuerzas sociales y políticas son visibles e históricas, pero al mismo tiempo el poder en México las ha ido manejando con base en un modelo más administrativo y burocrático que político-deliberativo. La retórica nacional y corporativa le sirvió con éxito como sustento durante largos años y aún pervive. De estas confluencias históricas emerge una política determinada y no llega al mundo sin esas marcas. Iniciativas como ésta son terreno de disputa. En ellas los sujetos son importantes, pero más aún lo son los sujetos colectivos, sin los cuales no es posible siquiera que los problemas se vuelvan públicos y menos que se sostengan como tales, como muestra el hecho de que las alianzas estratégicas y coyunturales le han permitido al feminismo lograr que sus demandas sean al menos escuchadas y apropiadas por el gobierno. Los procesos históricos que han conducido a esto han sido largos y sinuosos, y esperamos con este trabajo haber contribuido a poner en evidencia algunos de ellos. Mucho queda por profundizar. No obstante, esperamos haber aportado también algunos elementos para enfocar mejor el objetivo y con ello volver más nítido un problema que merece más y mejores estrategias de resolución.

Bibliografía

- Abrantes, R. y C. Almeida. 2002. "Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México", *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (4), pp. 971-989, jul-ago, Río de Janeiro.
- Agoff, C., A. Rajsbaum y C. Herrera. 2006. "Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México", *Salud Pública de México*, 48 (1), México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. 1993. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Ginebra, ONU.
- Austin, J. 1971. *Cómo hacer cosas con palabras*, Barcelona, Paidós.
- Bajtín, M. 1999. "El problema de los géneros discursivos", *Estética de la creación verbal*, México, Siglo XXI.
- Barquet, M. 2002. "Sobre el género y las políticas públicas: actores y contexto", en E. Urrutia (coord.), *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, México, El Colegio de México/PIEM.
- Bartra, R. 1987. *La jaula de la melancolía. Identidad y metamorfosis del mexicano*, México, Grijalbo.
- Bauman, Z. 1996. "Modernidad y ambivalencia", en A. Giddens, Z. Bauman, N. Luhmann y U. Beck, *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos.
- . 2003. *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*, Barcelona, Gedisa.
- Berlant, L. 2000. "The Subject of True Feeling: Pain, Privacy and Politics", en J. Dean (ed.), *Cultural Studies and Political Theory*, Cornell, Cornell University Press.
- Birgin, H. 2002. "Imagen y percepción de la ley de violencia familiar en Argentina", *Debate Feminista*, 13 (26), octubre.
- BM (Banco Mundial). 1993. *Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial. Informe sobre el desarrollo mundial*, México, BM.
- Boltanski, L. y E. Chiapello. 2002. *El nuevo espíritu del capitalismo*, Madrid, Akal.

- Booher, T., J. Lane y L. Davis. 2003. "Domestic Violence in the Outpatient Setting", *J. Am. Acad. Dermatol.*, 50 (2), pp. 262-265.
- Bourdieu, P. 1995. *Respuestas. Para una antropología reflexiva. Entrevista con Loïc Wacquant*, México, Grijalbo.
- _____. 2000a. *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama.
- _____. 2000b. "Elementos para una sociología del campo jurídico", en P. Bourdieu y G. Teubner, *La fuerza del derecho*, Santa Fe de Bogotá, Colombia, Ed. Uniandes/Inst. Pensar/Siglo del Hombre.
- _____. 2001. *¿Qué significa hablar?*, Madrid, Akal.
- Brown, M. 1999. "Reconceptualizing Public and Private in Urban Regime Theory: Governance in AIDS Politics", *International Journal of Urban & Regional Research*, 23 (1), p. 70.
- Bustelo, E. 1999. "La política social esquivada", *Revista de Ciencias Sociales*, 6, <<http://200.5.196.245/argiropolis/d.../publicaciones/CS/6/1a.htm>>.
- Butler, J. 2001. *El género en disputa*, México, PUEG/UNAM.
- _____. 2006. *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós.
- Cámara de Diputados/*Diario Oficial de la Federación*. 2007. *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*, México, <www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>.
- Camou, A. (ed.). 2001. *Los desafíos de la gobernabilidad*, México, Porrúa/Flacso/UNAM.
- Campbell, J.C. 1994. "Battered Women's Experiences in the Emergency Department", *Journal of Emergency Nursing*, 20 (4), pp. 280-288.
- Canguilhem, G. 1982. *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI.
- Cansino, César. 2000. *La transición mexicana 1977-2000*, México, Centro de Estudios de Política Comparada.
- Castells, M. 2004. *La era de la información*, vol. II, *El poder de la identidad*, México, Siglo XXI.
- Castoriadis, C. 1996. "La democracia como procedimiento y como régimen", *Iniciativa Socialista*, 38, febrero.
- Castro, Riquer e I. Casique. 2007. "Violencia de pareja contra mujeres en México: en busca de datos consistentes", *Informe nacional sobre violencia y salud*, México, Secretaría de Salud.
- Castro, Riquer y Medina, ME. (coords). 2004. *Violencia de género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*, México, Instituto Nacional de las Mujeres.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. s.f. México, <<http://www.gene-roysaludreproductiva.gob.mx/>>.
- CIMAC Noticias. 2009. "Comunicación e información para la mujer", 17 de abril,

- <<http://www.cimac.org.mx/portada.html>>.
- Clavreul. 1983. *El orden médico*, Barcelona, Argot.
- Cohen, J. y A. Arato. 2000. *Sociedad civil y teoría política*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Cohen, J. y J. Rogers. 1995. "Secondary Associations and Democratic Governance", en Cohen y Rogers (eds.), *Associations and Democracy*, Londres, Verso.
- Cohn, F., M. Salmon y J. Stobo (eds.). 2002. *Confronting Chronic Neglect. The Education and Training of Health Professionals on Family Violence*, Washington, DC, Institute of Medicine/National Academy Press.
- Cruz, G. 2006. "Supera matrícula femenina la carrera de médico en México", *CIMAC Noticias*, 23 de octubre, <www.cimacnoticias.com>.
- Chang, J., P. Cluss, L.A. Ranieri, L. Hawker, R. Buranosky, D. Dado, M. McNeil y S. Scholle. 2005. "Health Care Interventions for Intimate Partner Violence: What Women Want", *Women's Health*, 15, pp. 21-30.
- De Certeau, M. 1988. *The Practice of Everyday Life*, Londres, University of California Press.
- De Ipola, E. 1987. *Ideología y discurso populista*, México, Plaza y Valdés.
- Débray, R. 2000. "Dios y el planeta político", en B. Arditi (ed.), *El reverso de la diferencia. Identidad y política*, Caracas, Nueva Sociedad.
- Deleuze, G. 1991. "Posdata sobre las sociedades de control", en Ferrer (ed.), *El lenguaje literario*, Montevideo, T 2. Nordan.
- Donzelot, J. 1988. "The Promotion of the Social", *Economy & Society*, 17 (3), Londres, Routledge.
- Dutton, D. 2006. *Rethinking Domestic Violence*, Vancouver, University of British Columbia Press.
- Eagleton, T. 2004. *La estética como ideología*, Madrid, Trotta.
- Fairclough, N. 1994. *Discourse and Social Change*, UK, Polity Press.
- _____. 2003. "El análisis crítico del discurso como método para la investigación en ciencias sociales", en Wodak y Meyer (eds.), *Métodos de análisis crítico del discurso*, Barcelona, Gedisa.
- _____. y G. Kress. 1993. "Critical Discourse Analysis", en Wodak, *Métodos de análisis crítico del discurso*, Barcelona, Gedisa.
- Family Violence Prevention Project. An Informational Packet for Health Professionals, San Francisco, California. 1993. s.p.i.
- Favela, Diana M. 2004. "La regulación jurídica de las organizaciones civiles en México: en busca de la participación democrática", en Cadena Roa (coord.), *Las organizaciones civiles mexicanas hoy*, México, CEIICH/UNAM.

- Feldman, C. y C. Ridley. 1995. "The Etiology and Treatment of Domestic Violence between Adult Partners", *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (4), invierno.
- Fitoussi, J.P. y P. Rosanvallon. 2003. *La nueva era de las desigualdades*, Buenos Aires, Manantial.
- Foucault, M. 1983. *El discurso del poder*, México, Folios.
- _____. 1999. "La gubernamentalidad", *Estética, ética y hermenéutica*, Barcelona, Paidós.
- _____. 2001. "L'évolution de la notion de l'individu dangereux dans la psychiatrie légale du XIX s", *Dits et écrits*, vol. II, 1976-1988, París, Quarto-Gallimard.
- _____. 2004. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.
- Fraser, N. 1989. *Unruly Practices. Power, Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*, Minnesota, University of Minnesota Press.
- _____. 2001. "Recognition Without Ethics?", *Theory, Culture and Society*, 18 (2-3), pp. 21-42.
- _____. 2003. "From Discipline to Flexibilization? Rereading Foucault in the Shadow of Globalization", *Constellations*, 10 (2), Blackwell.
- Fung, A. y E.O. Wright. 2003. "Thinking about Empowered Participatory Governance", en Fung y Olin Wright (eds.), *Deepening Democracy. Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance*, Londres, Verso.
- Gal, S. 1991. "Between Speech and Silence", en M. Di Leonardo (ed.), *Gender at the Crossroads of Knowledge. Feminist Anthropology in the Modern Era*, California, University of California Press.
- Gelles, R. 2000. "Public Policy for Intimate Violence and Child Maltreatment: A Few Successes, Many False Promises", *UMKC Law Review*, otoño.
- Gerbert, B, N. Caspers, N. Milliken, M. Berlin, A. Bronstone y J. Moe. 2000. "Interventions that Help Victims of Domestic Violence", *The Journal of Family Practice*, 49 (10), octubre, pp. 889-895.
- Gerbert, B., N. Caspers, A. Bronstone, J. Moe y P. Abercrombie. 1999. "A Qualitative Analysis on How Physicians With Expertise in Domestic Violence Approach the Identification of Victims", *Ann Intern Med*, 131, pp. 578-584.
- Gerbert, B., S. Gansky, J. Tang, S. McPhee, R. Carlton, K. Herzig, D. Danley y N. Caspers. 2002. "Domestic Violence Compared to Other Health Risks. A Survey of Physicians' Beliefs and Behaviors", *Am J Prev Med*, 23 (2), pp. 82-90.
- Gilligan, C. 1982. *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Mass. Harvard University.

- Goffman, E. 1973. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Guevara Ruiseñor, E. 2002. "Las políticas públicas de salud en el siglo XX. Los desafíos del feminismo", en G. Gutiérrez Castañeda (coord.), *Feminismo en México: revisión histórico-crítica del siglo que termina*, México, PUEG/UNAM.
- Hamberger, L.K. 2004. *Domestic Violence Screening and Intervention in Medical and Mental Healthcare Settings*, Nueva York, Springer Publishing Company.
- Heise, L. 1998. "Violence Against Women: An Integrated Ecological Framework", *Violence Against Women*, 4, pp. 262-290.
- Hercovich, I. 2002. "Las oprimidas sospechadas", *Debate Feminista*, 13 (26), octubre.
- Honneth, A. 1997. *La lucha por el reconocimiento*, segunda y tercera partes, Barcelona, Crítica.
- Hood, C. 2000. *The Art of the State: Culture, Rhetoric, and Public Management*, Oxford, Clarendon.
- _____, Henry Rothstein y Robert Baldwin. 2001. *The Government of Risk: Understanding Risk Regulation Regimes*, Nueva York, Oxford University Press.
- Incháustegui Romero, T. 2002. "Incluir al género. El proceso de institucionalización de políticas públicas con perspectiva de género", en G. Gutiérrez Castañeda (coord.), *Feminismo en México: revisión histórico-crítica del siglo que termina*, México, PUEG/UNAM.
- INEGI/Inmujeres. 2004. *Encuesta Nacional de la dinámica en los hogares* (ENDIREH), México, INEGI.
- Johnson, M. 2005. "Domestic Violence: It's not About Gender – Or is it?", *Journal of Marriage and Family*, 67, diciembre, pp. 1126-1130.
- _____, y K. Ferraro. 2000. "Research on Domestic Violence in the 1990s: Making Distinctions", *Journal of Marriage and the Family*, 62, noviembre, pp. 948-963.
- Kelsen, H. 1994. *Teoría pura del derecho*, Buenos Aires, Argentina, Eudeba.
- Kim, J. y M. Motsei. 2002. "Women Enjoy Punishment: Attitudes and Experiences of Gender-Based Violence Among PHC Nurses in Rural South Africa", *Social Science and Medicine*, 54, pp. 1243-1254.
- Laclau, E. 2006. *La razón populista*, Buenos Aires, Argentina, FCE.
- _____, y C. Mouffe. 1985. *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*, Buenos Aires, Argentina, FCE.
- _____, y C. Mouffe. 2000. "Posición de sujeto y antagonismo: la plenitud imposible", en B. Ardite (ed.), *El reverso de la diferencia. Identidad y política*, Caracas, Nueva Sociedad.

- Lamas, M. 2006. *Feminismo. Transmisiones y retransmisiones*, México, Taurus.
- Langford, D.R. 1996. Policy Issues for Improving Institutional Response to Domestic Violence, *Journal of Nursing Administration*, 26 (1), pp. 39-45.
- Larrauri, E. 2007. *Criminología crítica y violencia de género*, Madrid, Trotta.
- Lash, S. y J. Urry .1998. *Economías de signos y espacio. Sobre el capitalismo de la posorganización*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.
- Lawler, S. 2004. "Rules of Engagement: Habitus, Power and Resistance", en Adkins y Skeggs (eds.), *Feminism after Bourdieu*, Londres, Blackwell Publishing.
- Leander, K. 2002. "Preventing Men's Violence against Women", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (412), pp. 15-19.
- Londoño, J.L., A. Gaviria y R. Guerrero. 2000. "Violencia en América Latina: epidemiología y costos", *Asalto al Desarrollo*, Washington.
- Loseke, D., R. Gelles y M. Cavanaugh. 2005. *Current Controversies on Family Violence*, California, Sage Publications.
- Lozano, R. 1999. "Efectos de la violencia doméstica en la salud: ciudad de México", en Morrion y Biehl (eds.), *El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas*, Washington, BID.
- Mayntz, R. 1998. *New Challenges to Governance Theory*, Jean Monet Chair Paper RSC No 98/50 <<http://www.iue.it/Mayntz.htm>>.
- Mc Nay, L. 2004. "Agency and Experience: Gender as a Lived Relation", en Adkins y Skeggs (eds.), *Feminism after Bourdieu*, Londres, Blackwell Publishing.
- Mc Robbie, A. 2004. "Notes on 'What Not to Wear' and Post-feminist Symbolic Violence", en Adkins y Skeggs (eds.), *Feminism after Bourdieu*, Londres, Blackwell Publishing.
- Minna Stern, A. 1999. "Responsible Mothers and Normal Children: Eugenics, Nationalism and Welfare in Post-Revolutionary Mexico 1920-1940", *Journal of Historical Sociology*, 12 (4), diciembre.
- Moctezuma, B.G. 2006. "Legislación y normalización", en M. Fuentes, A. Moguel, M. Muñiz y J.A. Solís (co-ords.), *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, México, Secretaría de Salud/FCE.
- Mohanty, Ch. 1991. "Under Western Eyes", en Ch. Mohanty, *Third World Women and Politics of Feminism*, Indiana, Indiana U. Press.
- Moraga, Ch. 1988. "Para el color de mi madre", en Ana Castillo y Norma Alarcón (eds.), *Esta puente mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas en Estados Unidos*, San Francisco, ISM Press.

- Naumann, P., D. Langford, S. Torres, J. Campbell y N. Glass. 1999. "Women Battering in Primary Care Practice", *Family Practice*, 16 (4), Gran Bretaña, Oxford University Press, pp. 343-352.
- OPS/OMS. 2003. "Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación científica y técnica 588", Washington D.C., OMS.
- Parsons, T. 1988. *El sistema social*, Madrid, Alianza.
- Passavant, P. 2000. "The Governmentality of Discussion", en Jodi Dean (ed.), *Cultural Studies and Political Theory*, EU, Cornell University Press.
- Pateman, C. 1996. "Críticas feministas a la dicotomía público / privado", en C. Castells (comp.), *Perspectivas feministas en teoría política*, Barcelona, Paidós (Estado y Sociedad).
- Pierre, J. y G. Peters. 2000. *Governance, Politics and the State*, Nueva York, St. Martins Press.
- Prats, J. 2003. "El concepto y el análisis de la gobernabilidad", *Instituciones y Desarrollo*, 14-15, pp. 239-269.
- Rabotnikof, N. 1997. *El espacio público y la democracia moderna*, México, Instituto Federal Electoral (Colección Temas de la Democracia, serie Ensayos).
- Riquer, F. y R. Castro. 2008. *Violencia de género en las parejas mexicanas*, Inmujeres/CRIM-UNAM.
- Rodríguez, H, M. Bauer, Y. Flores-Ortiz y S. Skupinski-Quiroga. 1998. "Factors Affecting Patient-physician Communication for Abused Latina and Asian Immigrant Women", *Journal of Family Practice*, 47 (4), octubre, p. 309.
- Rodríguez-Bolaños, R., M. Márquez-Serrano y M.L. Kageyama Escobar. s.f. *Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua*, en prensa.
- Rose, N. 1996. "The Death of the Social? Re-Figuring the Territory of Government", *Economy & Society*, 25 (3), Londres, Routledge.
- _____. 2007. *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Nueva Jersey, Princeton University Press.
- Sampsel, C.M. 1991. "The Role of Nursing in Preventing Violence Against Women", *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 20 (6), pp. 481-487.
- Saucedo, I. 2002. "De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones", en E. Urrutia, *Estudios sobre mujeres y las relaciones de género en México*, México, El Colegio de México.
- Scollon, R. 2003. "Acción y texto. Para una comprensión conjunta del lugar del texto en la (inter)acción social, el análisis mediato del discurso y el problema de la acción social", en Wodak y Meyer, *Métodos de análisis crítico del discurso*, Barcelona, Gedisa.

- Segato, R.L. 2004. *Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado: la escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez*, Brasilia, Serie Antropológica.
- Sennett, R. 1978. *El declive del hombre público*, Barcelona, Península.
- _____. 2000. *La corrosión del carácter*, Barcelona, Anagrama.
- _____. 2003. *El respeto: sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*, Barcelona, Anagrama.
- Sigal, S. y E. Verón. 1985. *Perón o Muerte. Los fundamentos discursivos del fenómeno peronista*, Buenos Aires, Legasa.
- Skeggs, B. 2004. "Exchange, Value and Affect. Bourdieu and 'The Self'", en L. Adkins y B. Skeggs (eds.), *Feminism after Bourdieu*, Oxford, Blackwell.
- Soberón, G. 2006. "El desarrollo de las políticas públicas", en M. Fuentes, A. Moguel, M. Muñoz y J.A. Solís (coords.), *La experiencia mexicana en salud pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, México, Secretaría de Salud/FCE.
- SSA. 1995-2000. Programa de Reformas al Sector Salud, México, Secretaría de Salud.
- _____. 2001-2006. Programa Nacional de Salud, México, Secretaría de Salud.
- _____. 2002. Violencia Familiar. Programa Mujer y Salud, México, Secretaría de Salud.
- _____. 2003. Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, México, Programa Mujer y Salud, Secretaría de Salud.
- _____. 1999. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, México, SSA.
- SSA/INSP. 2003. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres I (ENVIM I), México, Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Salud Pública.
- SSA/INSP. 2007. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres II (ENVIM II), México, Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Salud Pública.
- Stathatos, J. 2004. "Imágenes para el final del tiempo", en Pérez D. (ed.), *La certeza vulnerable. Cuerpo y fotografía en el siglo XXI*, Barcelona, Gustavo Gili.
- Sugg, N. y T. Inui. 1992. Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence. Opening Pandora's Box, *Journal of the American Medical Association*, 267 (23), pp. 3157-3160.
- Taft, A, D. Broom y D. Legge. 2004. *General Practitioner Management of Intimate Partner Abuse and the Whole Family: Qualitative Study*, <doi:10.1136/bmj.38014.627535.0B. bmj.com>.

- Tarrés, M.L. 2002. "Apuntes para un debate sobre el género, la política y lo político", en E. Urrutia (coord.), *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*, México, El Colegio de México/PIEM.
- Tetelboin, C, J.A. Granados, N. Tournier y P. Tavernier. 2005. "Alternancia y política de salud en México", *Estudios Sociológicos*, XXIII (67), enero-abril, México, El Colegio de México.
- Tiefenthaler, J., A. Farmer y A. Sambira. 2005. "Services and Intimate Partner Violence in the United States: a Country Level Analysis", *Journal of Marriage and the Family*, 67, agosto, pp. 565-578.
- Torres, M. 2005. *La violencia en casa*, México, Paidós.
- Valadés, Blanca. 2006. Entrevista publicada en *Milenio Diario*, sábado 22 de julio.
- Valdés-Santiago, R. 2004. "Respuesta médica ante la violencia que sufren las mujeres embarazadas", en Marta Torres (comp.), *La violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, México, El Colegio de México.
- _____. 2004. "Del silencio privado a las agendas públicas: el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México", en Marta Torres (comp.), *La violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, México, El Colegio de México.
- Viterbo Silva, I. 2003. "Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil", en *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 19 (Sup.2), pp. 263-S272.
- Wodak, R. 2003. *Métodos de análisis crítico del discurso*, Barcelona, Gedisa.
- Zink, T., J. Jacobson, S. Regan y S. Pabst. 2004. "Hidden victims: The health care needs and experiences of old women in abusive relationships", *Journal of Women's Health*, 13 (8), pp. 898-908.
- Zink, T., N. Elder, J. Jacobson y B. Klostermann. 2004. "Medical Management of Intimate Partner Violence Considering the Stages of Change: Precontemplation and Contemplation", *Annals of Family Medicine*, 2 (3), mayo/junio, pp. 231-239.
- Zink, T., S. Regan, L. Goldenhar, S. Pabst y B. Rinto. 2004. "Intimate Partner Violence: What are Physicians' Perceptions?", *JABFP*, 17 (5), sept-oct, pp. 332-340.

Entrevistas citadas

- F1. Funcionaria Programa Mujer y Violencia.
- F2. Ex funcionaria Programa Mujer y Violencia.
1. Médico familiar. Chetumal. IMSS.
 2. Médica general. DF. Azcapotzalco. SSA. 57 años.
 3. Médica general. Urgencias. Cancún. SSA. Hospital General.
 7. Médica urgencias. DF. Villa Coapa. IMSS. Hospital de Especialidades. 42 años.
 14. Médico familiar. Chetumal. SSA. Hospital Materno Infantil. 47 años.
 15. Médico familiar. DF. Madero. SSA. Terapia Intensiva. 41 años.
 18. Enfermera. Urgencias. Saltillo. ISSSTE. 42 años.
 19. Enfermera. DF. Cuauhtémoc. SSA. Terapia Intensiva. 26 años.
 20. Enfermera. DF. Iztapalapa. IMSS. 41 años.
 29. Enfermera. Chetumal. SSA. Hospital General. 25 años.
 30. Enfermera. Cancún. SSA. Hospital General. 35 años.
 31. Trabajadora social. Chetumal. ISSSTE. 42 años.
 32. Trabajadora social. Chetumal. IMSS.
 33. Trabajador social. Saltillo. SSA/Htal. de la Mujer. 50 años.
 34. Trabajadora social. DF. Villa Coapa. IMSS. Hospital de Especialidades. 40 años.
 48. Trabajador social. Cancún. IMSS. Hospital General. 48 años.
 49. Psiquiatra (hombre). Chetumal. SSA. Hospital General. 50 años.
 50. Psicóloga. Chetumal. SSA. Hospital General.
 51. Psicóloga. DF. Cuauhtémoc. SSA. Terapia Intensiva.
 52. Psicóloga. Saltillo. ISSSTE. 39 años.
 59. Psiquiatra (hombre). DF. Cuauhtémoc. SSA. Terapia Intensiva. 48 años.

Entrevistas no citadas

4. Médica. Saltillo. ISSSTE. Urgencias. 34 años.
5. Médica. Chetumal. ISSSTE. 47 años.
6. Médica. Saltillo. IMSS. Urgencias. 37 años.
8. Médica. DF. IMSS. Medicina Familiar. 47 años.
9. Médico. DF. IMSS. Medicina Familiar.
10. Médico. DF. IMSS. 46 años.
11. Médica. DF. IMSS. 45 años.
12. Médica. Saltillo. SSA. Urgencias. 39 años.
13. Médica. DF. SSA. Medicina General. 36 años.
16. Médica. DF. SSA. Encargada Programa Mujer y Violencia. 40 años.
17. Enfermero. DF. IMSS. Urgencias Traumatología. 32 años.
21. Enfermera. DF. SSA. 45 años.
22. Enfermera. Saltillo. SSA. Hospital de la Mujer.
23. Enfermera. Chetumal. IMSS. 32 años.
24. Enfermera. Saltillo. IMSS. 42 años.
25. Enfermera. DF. SSA. 50 años.
26. Enfermera. Chetumal. SSA. Hospital Materno Infantil. 46 años.
27. Enfermero. Cancún. IMSS. 37 años.
28. Enfermera. DF. IMSS. 43 años.
53. Psicólogo. Chetumal. SSA. Hospital General.
54. Médico psiquiatra. DF. IMSS. Hospital General.
55. Psicóloga. DF. IMSS. 40 años.
56. Psicóloga. Saltillo. IMSS. 42 años.
57. Psicóloga. Chetumal. IMSS. 35 años.
58. Psicóloga. DF. IMSS.
36. Trabajadora social. Chetumal. ISSSTE. 28 años.
37. Trabajador social. Saltillo. SSA. Hospital de la Mujer. 52 años.
38. Trabajadora social. Chetumal. SSA. Hospital Materno Infantil.
39. Trabajadora social. Cancún. SSA. Hospital General.
40. Trabajadora social. Saltillo. IMSS. 42 años.
41. Trabajadora social. DF. SSA.
42. Trabajadora social. DF. SSA. 52 años.
43. Trabajadora social. DF. SSA. 34 años.
44. Trabajadora social. Chetumal. SSA. Hospital General.
45. Trabajadora social. DF. IMSS. 48 años.
46. Trabajadora social. DF. IMSS. 38 años.
47. Trabajadora social. Saltillo. ISSSTE. 29 años.

Diseño de portada y fotomontaje

Cynthia Trigos Suzán

Imagen de portada

Shing Hei Ho

Corrección de estilo

Patricia Cárdenas

Lectura de galeras

Juan Jorge García Letechipia

Formación electrónica

Liliana Rojas

Invisible al ojo clínico: violencia de pareja y
políticas de salud en México

Se terminó de imprimir el 28 de septiembre de 2009
en los talleres de Editores e Impresores FOC, S.A. de C.V.,
Los Reyes 26, Col. Jardines de Churubusco, Del. Iztapalapa, 09410 México D.F.
Para su elaboración se utilizaron tipos AGaramond y Frutiger
Se tiraron 1000 ejemplares



¿Por qué con tanta frecuencia la implementación de políticas públicas se orienta en la dirección opuesta a los objetivos prefijados en su diseño?

Este libro explora desde un enfoque original aspectos poco abordados del diseño e instrumentación de una política de salud pública dedicada a prevenir y atender la violencia contra las mujeres en el hogar. Mediante el análisis discursivo, pone en evidencia que las políticas públicas suelen ser el resultado, no de una planificación racional por parte de los actores estatales y no estatales, sino de otro tipo de factores, como las presiones de los organismos internacionales, la disponibilidad de narrativas relacionadas con el tema, el contexto sociocultural de los actores y tomadores de decisiones y la sensibilidad, los supuestos y los prejuicios de los mismos frente a algunos problemas sociales.



pueg
Programa
Universitario de
Estudios de
Género



Instituto Nacional
de Salud Pública