

**La violencia doméstica contra las mujeres como problema público.
Discursos sociales en el diseño de políticas de salud y en los prestadores de
servicios médicos en México**

Cristina M. Herrera

FLACSO – México

Instituto Nacional de Salud Pública

Preparado para presentar en el Congreso del Latin American Studies Association
(LASA), Montréal, Canada Septiembre 5-8, 2007.

La violencia doméstica contra las mujeres como problema público. Discursos sociales en el diseño de políticas de salud y en los prestadores de servicios médicos en México¹

Introducción

La violencia doméstica contra las mujeres² fue recientemente definida en México como un problema de Salud Pública *debido a su magnitud*. Por lo mismo, se volvió objeto de políticas públicas desde este sector. Sin embargo los agentes encargados en los servicios médicos de poner en práctica las normas y procedimientos emanados de esta nueva política, parecen no sentirse interpelados por esta tarea y poco dispuestos a cumplirla, de acuerdo con datos recientes (SSA/INSP, 2003, 2007). Asimismo, y según la misma fuente, las propias usuarias de estos servicios -a quienes la política en cuestión intenta favorecer-, tampoco se inclinan a buscar en estas instancias solución al problema del maltrato conyugal, prefiriendo más bien mantenerlo oculto o resolverlo de manera “privada”. Una de las razones que aducen para esto es el estigma y la discriminación de que son objeto (o que temen sufrir) por parte de los profesionales que las atienden en esos servicios públicos.

Esta discrepancia entre las intenciones y la aplicación concreta de una política pública puede verse desde diferentes ángulos: puede ser analizada como un problema de implementación, identificando obstáculos a nivel organizacional, presupuestal, institucional, político, etc., o puede verse también desde el punto de vista *cultural*, analizando los discursos sociales que se entrecruzan en él, tanto desde su tematización pública y diseño político, como desde los mismos mapas mentales que tienen los sujetos involucrados en aquellos espacios de interacción definidos como lugares de operación de los programas.

Este trabajo presenta los principales hallazgos de una investigación más amplia, donde se eligió la segunda vía de análisis, por entender que un enfoque 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

¹ Este documento es parte de la tesis doctoral del mismo nombre que fue sometida al término del Programa de Doctorado en ciencias Sociales con mención en Sociología de la FLACSO-México, en agosto de 2007, gracias al apoyo de la FLACSO y del Instituto Nacional de Salud Pública.

² Utilizaremos indistintamente los términos violencia *doméstica* e *intrafamiliar* para referirnos al maltrato ejercido en el ámbito del hogar, pero centrándonos en aquel cuyo objeto es la mujer y su agente la pareja masculina de aquélla, dejando de lado por el momento otras formas de violencia doméstica como la que ejercen las mujeres o la que es perpetrada contra niños y/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 de las que nos ocuparemos a lo largo de este trabajo.

“inadecuación” entre el diseño de las mismas y la realidad de los sujetos a quienes interpela, y cuya vida, conducta o valores, intenta modificar. En esa investigación se estudió en particular el programa “Mujer y violencia” de la Secretaría de Salud en México, mediante un análisis discursivo de los planteamientos del programa y de las declaraciones y explicaciones de quienes tienen la responsabilidad de ponerlo en práctica en sus distintas facetas: el personal de salud de instituciones públicas.

Objetivos y supuestos

Nuestros objetivos en tal investigación fueron, en primer lugar, explicar tanto la emergencia como los problemas de implementación de esta política pública sectorial en particular, en segundo, estudiar a través 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.

Para ello 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 después cómo estos sujetos se ubicaban frente a él y por qué tomaban las actitudes que tomaban en la práctica.

La hipótesis que nos guió 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 visibles 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.) eran parte de la explicación de su posicionamiento frente al tema y por lo tanto de sus prácticas.

Aspectos teórico-metodológicos

La elección del enfoque teórico-metodológico para este estudio partió de la convicción de que el orden del discurso no es una dimensión ornamental que se añade a la vida social, sino que constituye su misma sustancia, produciendo sujetos, prácticas significativas, relaciones de poder, conocimientos, “problemas” sociales y soluciones políticas. Es en relación con esos discursos que los individuos adoptan diferentes “posiciones de sujeto” (Foucault 1983), dependiendo del campo en el que se desenvuelvan o de sus requerimientos específicos en un momento dado.

De acuerdo con el *principio de la indeterminación relativa del sentido*, un discurso, producido por un emisor en un momento y tiempo determinados, no produce un único efecto. Genera un “campo de efectos posibles”. De ese campo, un efecto se

producirá en unos receptores, y otro efecto en otros (Sigal y Verón 1985). Estos efectos e intenciones se relacionan más estrechamente con los aspectos *enunciativos* del discurso, que fueron los que hemos privilegiado en el análisis, y que tienen que ver con posiciones de autoridad, hegemonía y subalternidad y por lo tanto con estrategias para hacer valer e imponer determinadas visiones del mundo (Bourdieu 2001), definiciones de problemas, reglas de juego y soluciones políticas, es decir, relaciones de poder. Por ello elegimos un enfoque teórico-metodológico que vincula el análisis del discurso más con el interés de las ciencias sociales que con el de la lingüística o el análisis textual (Fairclough 2003, Scollon 2003).

Así, exploramos tanto el momento de la emisión como el de la recepción de los discursos que están explícita e implícitamente implicados en esta política en particular, y desde ese punto de vista analizamos el aparente “desajuste” entre el diseño y la puesta en práctica de esta política, suponiendo que responde en gran medida a la ambigüedad que genera la particular mezcla de elementos discursivos, producto del encuentro entre los discursos y la normatividad oficiales y otros discursos sociales que atraviesan a los sujetos implicados.

El contexto histórico de la enunciación y recepción de estos discursos está marcado por las reformas neoliberales del estado -que para nuestro caso, se inclina a responsabilizar a los individuos del cuidado y mantenimiento de su salud-, 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, lo cual se expresa y justifica *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, etc. El objeto de análisis fue 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 que tienen los sujetos implicados de posicionarse ante el problema, más allá de sus intenciones individuales.

Desde este marco teórico se elaboró una metodología analítica que delineó los campos discursivos principales, sus coincidencias y tensiones y, dentro de ellos, se examinaron los usos profesionales y personales del discurso. La herramienta metodológica empleada fue entonces el análisis del discurso y las técnicas de investigación, fueron entrevistas en profundidad y análisis de documentos. Para un análisis de los discursos que hemos llamado “oficiales”, se recopiló material de documentos de este programa gubernamental y entrevistas en profundidad a funcionarios a cargo de su diseño y dirección. Para el análisis de los discursos de

los operadores del programa, se realizó trabajo de campo en tres estados del país que de acuerdo con la encuesta nacional llevada a cabo por el mismo programa presentaban altas tasas de prevalencia de violencia de pareja: Quintana Roo, Coahuila y el Distrito Federal. Se realizaron en total 58 entrevistas en profundidad a profesionales de los servicios de salud de las tres instituciones públicas del sector. De ellos se entrevistó a 16 médicos, 14 enfermeros, 11 psicólogos y 17 trabajadores sociales. Se realizó también observación participante en los servicios de salud y diario de campo en las tres entidades. Para complementar la información, se realizaron también 24 entrevistas en profundidad –ocho en cada estado- a mujeres víctimas de violencia contactadas en diferentes instituciones. El análisis se apoyó también en datos secundarios provenientes de dos encuestas nacionales sobre prácticas y opiniones de profesionales de salud sobre este tema (SSA/INSP 2003).

Principales hallazgos

1. Los discursos oficiales del programa: salud pública y perspectiva de género

Al analizar los discursos “oficiales” de esta política, delineamos dos grandes campos discursivos: el de la Salud Pública y el de la “Perspectiva de género”, vinculado al feminismo. Vimos que estos no eran discursos homogéneos ni monolíticos, sino que presentaban variantes, deslizamientos que pueden verse como sedimento de luchas sociales y políticas pasadas, condicionadas también con coyunturas específicas. Observamos que las relaciones entre ambos campos discursivos eran articulaciones particulares de esas variantes, lo que daba como resultado discursos híbridos, o de compromiso, con cierta eficacia práctica pero también notables ambigüedades. Es así como, en nuestro caso, en una coyuntura favorable, debida fundamentalmente a presiones internacionales, una vertiente “pragmática” y también “liberal” del discurso feminista estableció un diálogo y relaciones de cooperación con algunas agencias del gobierno, donde se había adoptado y redefinido el discurso de la “perspectiva de género”, a la vez que se habían introducido allí funcionarias feministas, dando como resultado una convergencia de intereses, pero “sutiles” diferencias en la forma de interpretarlos.

Observamos que la “nueva salud pública”, que se fue imponiendo a partir de las exigencias de ajuste y reforma del sector salud, y que dio los lineamientos principales a las políticas de las que este programa forma parte, se distinguía por un lado de la llamada medicina social, y por otro, del salubrimo tradicional. Ambas corrientes estaban relacionadas con la salud pública en tanto actividad *política* dedicada a la salud de la *colectividad*, mientras que la nueva salud pública apelaba más bien al *individuo*, y 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, dedicada a estudiar los “procesos intracelulares” (Abrantes y Almeida 2002, Teitelboim et.al. 2005).

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 muy lejos –tendencialmente- 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”. Aunque este modelo no está generalizado en México, donde prevalece una notable desigualdad en el ingreso y en consecuencia en el acceso a la salud, sí puede verse que la medicina adquiere –como en otras partes-, un papel cada vez más trascendente y normativo.

En su vocación por la “vida”, entonces, la medicina podría ser una aliada de la vertiente más “pragmática” del feminismo (Castells 2004) cuyo objetivo más inmediato, a través de las políticas de prevención de la violencia doméstica, era la supervivencia de las mujeres (suspendiendo por el momento el debate sobre los derechos de las mismas y las responsabilidades de sus agresores). Sin embargo, como veremos más adelante, para los médicos no resulta muy fácil vincular la posibilidad de “salvar vidas” con el establecimiento de un diagnóstico, que ven como problemático. Esto es así por las características propias del orden médico, pero también por la misma ambigüedad en la formulación del discurso oficial, que los interpela y convoca a hacerse cargo de la prevención de la violencia intrafamiliar.

En la medida en que la perspectiva de género que adoptó 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. Este sentido de la palabra tenía como antecedente el discurso de las políticas que fueron llamadas de “género y desarrollo” en los años ochenta y noventa, que apelaron a las mujeres como agentes activos, pero en sus papeles históricos como madres de familia (Tarrés 2002). Es así como la política *ciudadana* que las feministas llamadas “institucionalizadas” intentaron articular para superar la etapa de la política *identitaria* que Marta Lamas (2006) asocia con el lugar de la victimización, corre el riesgo de verse diluida al entrar en contacto con ese nuevo sentido de la palabra *empoderamiento*. Si bien éste no es el sentido que se le quiere dar en este programa específico, ni es la intención de las funcionarias a cargo, puede ser el que finalmente se adopte en la práctica, como veremos al analizar lo que sucede en los servicios de salud.

En el caso de las mujeres que el discurso administrativo-burocrático tiende a categorizar como “deficitarias” en este papel tradicional (mujeres que han perdido su capacidad de autonomía, 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 antes bien, en sustitución parcial de éste-, esa capacidad de agencia es exigida a las mujeres pero a la vez declarada inexistente, en tanto son constituidas en el discurso más amplio como “poblaciones vulnerables”, por lo que el papel de “clientes” o “beneficiarias” de la ayuda social se sobreimpone al de agentes activas de las políticas.

Si la idea de “necesidad” pudiera ser desarticulada del discurso neo-conservador 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, hecho que en otras culturas no es motivo de vergüenza sino de orgullo (Sennett 2003). Pero en las condiciones actuales, donde el “merecimiento” es evaluado 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 más globales, que ocultan este hecho político bajo un discurso de cientificidad.

2. Los discursos “ocultos” en el personal médico

Al analizar los discursos “ocultos” en el personal de salud vimos que el predominante era el discurso médico, visto en este contexto como “no oficial” en la medida en que varios de sus puntos nodales *se oponían y desautorizaban* al discurso oficial de esta política, *pero no sólo contra la vertiente de género* (como suponían algunas funcionarias, asignando a los médicos un carácter machista) sino también contra la vertiente de la “nueva” salud pública, poniendo en duda que el tema fuera de incumbencia del orden médico. Al mismo tiempo, cuando nuestros entrevistados eran obligados -por el tono de las preguntas- a moverse a otras posiciones de sujeto (como hombre, mujer, consejero, patrón, etc.) surgían discursos sociales menos visibles o menos “legítimos” para caracterizar la vida, atributos y conductas de sus pacientes. Estos eran con frecuencia discursos misóginos (“las mujeres mienten”) o conservadores sobre su papel en la familia, sobre lo público y lo privado, y -menos abiertamente pero muy presente- sobre aspectos étnicos y de clase, que si bien al articularse con el discurso médico daban una apariencia de “neutralidad científica”, en el fondo eran moralizantes y estigmatizantes, como se verá más adelante.

El discurso oficial –plasmado en folletos y guías de acción para los médicos- los convoca apelando a su *saber*, indicándoles posibles signos y riesgos de violencia que deben detectar y registrar, pero, a nuestro juicio, les presenta el problema de manera ambigua, aludiendo a cuestiones sociales, culturales, de derechos, de

género, económicas, morales e incluso delictivas y, de manera más “desafortunada” -en el sentido que da Austin (1971) a esta expresión, como una “mala apelación”-, al sugerir una identificación de los médicos con el lugar del “enfermo” (al recordarles que todos, “incluso los lectores de este folleto”, vivimos violencia en el hogar sin darnos cuenta). Esto no resulta muy admisible en el discurso médico, que para operar establece una clara distancia entre el lugar del médico, portador de la razón, y el del enfermo, dominado por la pasión (Clavreul 1983). Difícilmente un médico se identifique con ese lugar cuando al mismo tiempo se lo interpela como médico, y más aún cuando todo el problema de la violencia de género es presentado como un continuo que –si no es detectado a tiempo– “escala” desde la “indiferencia” y el “desamor” hasta el feminicidio.

En el orden médico, además de la tensión entre *incluir o excluir* el tema, existe 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 vs. los de la colectividad*. Para cada una de estas alternativas hay discursos disponibles, y los sujetos los utilizan a veces simultáneamente, dependiendo de la posición en la que se sientan interpelados.

Sin embargo, en la medida en que 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 es tematizada como *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”.

Nuestro análisis mostró cómo la *patología* era traducida en *disfunción familiar* y las *mujeres* se convertían en las principales *responsables* de la misma, en un discurso que aparecía con una mezcla de elementos *sexistas y clasistas*. Al no tener 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.

Al indagar en sus juicios sobre la gravedad, causas, agentes y posibles respuestas a la violencia en los servicios de salud, pudimos constatar que, en primer lugar, el tema no era para los médicos en general un asunto de *orden médico*, si acaso de cierta “*patología mental*” difusa, de la que deben encargarse los profesionales de esta área, pero preferentemente psiquiatras, ya que aun cuando en el orden médico se ubiquen en una posición subordinada respecto de los médicos “*propriadamente dichos*”, a diferencia de los psicólogos ellos sí son de algún modo “*médicos*”, por el hecho de participar 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 sobre los psiquiatras, sin embargo, –aunque sólo sean “*generalistas*” y no especialistas, queda puesta en evidencia, entre otras cosas, en el hecho de que les envían a los

pacientes de algún modo “prediagnosticados” por ellos (con rótulos como “neurosis”, “ansiedad”, “depresión”). Los profesionales de la salud mental son llamados con frecuencia, como dice Clavreul (1983), a 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.

La combinación de acciones de derivación a Salud Mental y a la vez a Trabajo Social por parte de los médicos –ruta de acción que parece ser la habitual y juzgada correcta por todos los profesionales-, se apoya en discursos que tipifican la violencia como un problema 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, no sólo la predominante sino también una especie de categoría “ómnibus” donde se combinaban todas las anteriores, en gran número de casos con 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 permite asimilar (a la vez que desembarazarse de) un fenómeno complejo e intratable en el orden médico. Los modos de argumentación usados por un gran número de profesionales, a su vez revelaron que el uso del término disfunción familiar se articula con discursos discriminatorios pero con forma “científica”. La “disfunción familiar” fue abrumadoramente asociada con las clases bajas. Considérese este ejemplo tomado de la entrevista a un psiquiatra:

“El [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” (ent. 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 está enunciada 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 –aunque se hable de educación- a lo biológico.

Sugerimos que la “*psicologización*” no solo *privatiza* y con ello coincide con los *discursos conservadores* sobre la mujer y la familia, sino que es también congruente con la *nueva filosofía neoliberal* que valora 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 preferir 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).

3. El inter-discurso: una convergencia involuntaria de estructuras reglamentadoras

Observamos un problema en el orden médico -hecho para “curar”-, con la idea de prevención, y más aun si ésta es de dudosa viabilidad. Las normas exigen a los médicos un diagnóstico de “riesgo” que no ven posible de establecer con certeza y que resuelven enviando a las pacientes a salud mental, de preferencia a un psiquiatra. Pero las directrices oficiales ruegan no prescribir fármacos “que podrían alterar el estado de ánimo de sus pacientes”, cuestión que distingue a estos profesionales de los psicólogos, otorgándoles identidad en el orden médico.

Por si no bastaran los elementos “desafortunados” o de “mala apelación”, como les llama Austin (1971), se anuncia a los médicos que les toca controlar la violencia intrafamiliar, en virtud de que las mujeres no van a las instancias de justicia y en cambio “los servicios de salud les resultan más familiares”. Aparece aquí 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. Los discursos médico y jurídico, al mismo tiempo que pertenecen a dos órdenes normativos y cerrados, son quizás paradójicamente los que más han sido apropiados por el público, como se ve en la disputa entre “salud” vs. “justicia” que divide a las feministas en este tema. Pero el orden médico tiende a sustraerse al orden jurídico porque cree que sus leyes son de “nivel superior”. Esto puede ser funcional a la necesidad más global de “hacer algo” y poner orden, ante la sospecha de que el Estado, último garante del orden legal, no lo puede lograr a través del sistema de justicia.

¿Qué ha ocurrido, entonces, entre las esferas de la producción y del reconocimiento de estos discursos?. El discurso de la “nueva salud pública”

combinado con el de la “perspectiva de género” de una manera particular, se impone al orden *médico*, cuya razón de ser es la curación de enfermedades y 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 reemplazar 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?”³.

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 parte del paciente, aunque se hable de ello como una “relación” de “confianza”. Pero esto 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”. 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 estas instancias, entre las diversas jerarquías de pasantes –todavía estudiantes- de distinto nivel, médicos recién recibidos, especialistas, jefes, etc., por ejemplo narrando cómo los de menor jerarquía se ponían de pie o cedían el lugar al entrar a la sala común un médico de nivel superior, aunque fuera también un practicante, y cómo éste podía ordenar al más “novato” tareas subalternas como “ir por los refrescos”, las cuales eran cumplidas sin la menor objeción, como ocurre en un regimiento. Este médico explicaba que esa estructura era *necesaria* por el tipo de responsabilidad que debía asumir el jefe o el médico de nivel superior, 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 gremio⁴.

Podemos identificar aquí una “invariante enunciativa” del discurso médico (Sigal y Verón 1987), 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 bajo jurisdicción de un gobierno de centroizquierda, los del

³ Director de un hospital en Quintana Roo, comunicación fuera de entrevista.

⁴ Comunicación personal de un médico del D.F, fuera de entrevista.

D.F., cuya secretaria de salud en ese momento era una de las principales exponentes del discurso de la medicina social en México. Los médicos en general, sin embargo, mostraban en su discurso las “invariantes del orden médico”.

Esta es una de las principales barreras –aunque no insalvable, si apelamos a otras posiciones de sujeto de los mismos profesionales de 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). En 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” (op.cit.).

Según lo que hemos encontrado, esto es problemático en por lo menos dos aspectos: en primer lugar, en relación con la posibilidad de validación de la demanda de la mujer maltratada por parte de los médicos, si aceptamos con Bourdieu (2000) que el campo de la medicina y el jurídico comparten algunos atributos fundamentales típicos de su “función sacerdotal”: básicamente las estrategias de *censura disimulada*, a través de “la exclusión de los que no pueden hablar en los lugares donde se habla con autoridad”, y como hemos visto en nuestro análisis, la misoginia no es sólo atributo del campo de procuración de justicia, sino que impregna también al orden médico en sus puntos más nodales.

En segundo lugar, y como consecuencia de lo anterior, es igualmente problemática la posibilidad de que la mujer haga valer sus derechos –aún si en el servicio de salud le dijeron 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 sufrida, que obligaría a castigar a su agresor (éste 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 muchas otras partes, que construye al sujeto femenino ante todo como miembro de una familia, cuyo jefe legítimo es un hombre (de ahí las categorías de “derechohabencia” a los beneficios sociales que siguen vigentes en muchas instituciones como “jefe de hogar”, “esposa” o “hija”). Como dice Bourdieu (2000), 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. En la vieja visión, se

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

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 visión, establece justo lo opuesto: “el problema no es natural sino social y por lo tanto prevenible, le toca 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. Estas 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 toda esta descripción (y prescripción) de la visión actual, se dice que hay que 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, podemos constatar a partir de nuestro análisis empírico, 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, 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 es convertida 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 problemas de manera privada, ya sea en el ámbito penal, o bien con terapia de autoestima y recomposición familiar y de la pareja. Pero prefieren esta última vía, quizás porque les es 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), sino sólo sobre lo que “ve”. Esta es una razón que el discurso médico tiene, 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 puede “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 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 insistían a las mujeres en que no debían “dejarse”, lo hacían en nombre del bienestar de sus hijos).

Todo lo anterior parece contribuir a que la mujer sea vista –también en los servicios de salud- como *en el fondo merecedora* del maltrato. Por eso sugerimos un poco irónicamente, al comentar los argumentos del programa donde se les dice a los profesionales que los servicios de salud son un espacio “más familiar” que el de procuración de justicia, que quizás para las mujeres, más que un espacio “más familiar” es una “*violencia* más familiar”. Es lugar común en los estudios sobre violencia de género hablar de la “re-victimización” de las mujeres en las instituciones de salud y de justicia, y nuestra suposición no parece muy exagerada, si consideramos los propios relatos de ellas al hablar de sus experiencias en estos lugares. Que los médicos en tanto que tales no pueden ir más allá de este discurso, lo manifiestan claramente:

“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), en general declararon no acudir a los servicios de salud por problemas relacionados con la violencia. Cuando existían lesiones causadas por ésta, lo común era que recurrieran a amigas, vecinas o parientas a 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, o con recursos económicos para acudir a los servicios privados, donde “no quedan registradas”. Con frecuencia, evitaban hacerse “visibles” en los servicios, porque no confiaban en los profesionales de salud o bien porque no querían que se las señalara. Los motivos que aducían eran vergüenza y desconfianza en el personal de salud, algunas veces a raíz de experiencias personales, otras por historias oídas de otras mujeres o incluso por estereotipos. En localidades pequeñas, donde “todos se conocen” la tendencia a evitar ser vistas en los servicios era más marcada, excepto en aquellos lugares

donde la ausencia de redes era más fuerte, como es el caso de las zonas de alta movilidad poblacional (Agoff et. al. 2006).

Las enfermeras se mostraron más sensibles, no tanto desde su posición en el orden médico, al cual legitiman, sino fuera de él, como mujeres que han visto casos entre sus personas cercanas o incluso en ellas mismas. Este desplazamiento de posición quedó muy claro cuando una enfermera, al explicarle de qué se trataba el estudio y solicitarle una entrevista como profesional, nos pidió que a ella la entrevistáramos mejor “como víctima”.

La *invisibilidad* de los agresores parece deberse menos a una “ausencia física” – argumento al que muchos profesionales recurrieron (y sólo ante preguntas explícitas) para justificar su falta de respuesta en relación con los “agentes causantes” de las lesiones-, y más a un desconocimiento u “olvido a propósito” por parte de estos profesionales. Esto por diferentes razones: quizás porque los agresores no pueden ser controlados (antes bien ellos controlan la relación violenta), porque son tácitamente “exculpados” desde normas de género tradicionales o 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 la agresión por parte de los agresores de sus pacientes, fue expresado con mucha frecuencia, en especial por las profesionales de sexo femenino. Los agresores suelen acompañar a las víctimas a los servicios de salud, en especial aquellos que responden al perfil de perpetradores de “terrorismo íntimo” (Jonson 2005), que las acompañan con el fin de controlar lo que dicen. Los hombres no están ausentes, sino que son más bien excluidos por el orden médico. Un ejemplo muy claro de esto nos lo proporcionó un médico, al relatar que cuando llega a consulta una pareja con signos de que la mujer fue golpeada por su marido, y éste toma la palabra por ella, él sale en supuesta defensa de la mujer haciendo callar al hombre y diciéndole que “la enferma es ella”. Si, como dice Clavreul (1983), el papel del enfermo es silencioso, este ejemplo nos muestra cuál es la única palabra autorizada en este orden, y esta palabra excluye al agresor.

Hay que decir, 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 –dice- 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).

Creemos, por todo lo anterior, que el discurso oficial de prevención de la violencia intrafamiliar 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 esta función, en virtud de otros discursos que lo atraviesen, independientemente de su sexo, edad o lugar que ocupan en un servicio determinado. Hemos comprobado que muchos profesionales estaban efectivamente dispuestos a asumir esta tarea, una vez que se los interpelaba desde otros discursos distintos al del orden médico *estricto*.

Discusión

Hemos mostrado, de manera bastante sintética, el análisis de una serie de argumentos desafortunados que atraviesan el diseño y pretensión de puesta en práctica de una política de salud dirigida a prevenir la violencia contra las mujeres en el hogar. En realidad, hay que decir que a nivel mundial tampoco hay claridad acerca de los factores que predisponen, precipitan o perpetúan la violencia, y si esto sucede a este nivel, no es extraño que en México, donde las acciones fueron más tardías, exista la misma confusión. Esta se traslada al terreno de las intervenciones desde la salud.

Si bien hay evaluaciones que indicarían que el tratamiento de la violencia es efectivo en cierto porcentaje, en comparación con dejar el asunto sólo en el 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, circunstancias, nivel o tipo de violencia. Pero parte de esta dificultad, creemos, se encuentra en la misma naturaleza del problema que involucra órdenes discursivos diversos como el género, la familia, el derecho, la salud, etc., y que atraviesa las esferas pública y privada de diversas maneras.

Hemos visto a lo largo de nuestro estudio, que esta misma confusión puede generar inacción por parte de quienes están llamados a intervenir en los servicios de salud, lo cual tampoco es un problema que afecte sólo a México. Son numerosos los estudios realizados 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, aún aquellos que están comprometidos a hacerlo (Rodríguez Bolaños, Family Violence Project 1993, Viterbo 2003, Zink et.al, Taft 2004, Valdez-Santiago 2004, Cohn et. al. 2002, Hamberger 2004).

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. Pero siguiendo esa lógica, lo mismo debería hacerse en el sector de la educación, reclamo que hicieron casi todos nuestros entrevistados al “moverse” a la posición “humanista” (y también por impotencia ante un problema que ven demasiado complejo), ya que ahí no solamente se hacen visibles casos de abuso infantil –un gran porcentaje de los cuales también incluye violencia contra la mujer (Gelles 2000)- sino que es un ámbito clave para la transmisión de otros patrones de relación entre los géneros.

En el caso de los médicos –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 menos victimistas de la mujer.

El orden médico, aun cuando sea un campo relativamente cerrado y “autopoietico” (Hood 2001) 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”. Jefes y médicos muy especializados pueden estar en este grupo, que como hemos visto tiene características de *élite*. Pero en la actualidad se están produciendo cambios que pueden a largo plazo representar una oportunidad para la implementación de programas como éste y que tal vez deberían aprovecharse: mientras que cada vez son más las mujeres en México que entran a la carrera de medicina, superando el porcentaje de hombres que lo hace -52% versus 48% en 2003- (Cruz 2006), la mayoría de las mujeres se queda en los puestos menos “prestigiosos” según las reglas del campo, porque combinan su profesión con la familia y la maternidad, prefiriendo ocupar puestos de medicina general o primer nivel de atención en hospitales públicos, en vez de trabajar también en 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

auto-disciplina, 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 profesionales en distintas posiciones de poder dentro del sistema. Los jefes y directores de servicios poco favorables a la intromisión de un discurso “ajeno”, suelen ser un obstáculo para la implementación de programas como éste, dada la jerarquía que existe en las instituciones que impide involucrarse a médicos de menor rango quizás dispuestos a hacerlo.

También hay que reconocer que no sólo las expectativas y discursos de los operadores de las políticas son los que introducen “distorsiones”, sino las de la propia gente que debe ser “regulada” por estos medios y se resiste a ello de diversas maneras, una de ellas 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 quieren cambiar y muchas de las víctimas tampoco, y cuando deciden hacerlo el proceso es largo e incluye varias idas y vueltas, lo 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, dice este autor, es que las evaluaciones apresuradas de supuestos “fracasos” en los procesos de cambio en las personas, estén enviando el mensaje de que “algo está mal en ellos”.

Hemos observado en los profesionales más jóvenes entrevistados una mayor facilidad para desplazarse a otras posiciones de sujeto y adoptar un lenguaje de derechos y de equidad que los de mayor edad. También hemos visto que el discurso de la empatía y del servicio a la “persona” es más frecuente en las enfermeras que en los otros grupos de profesionales, y la combinación de ambos elementos, en quienes trabajan en servicios de urgencias más que en quienes lo hacen en otros servicios. Se puede especular sobre estas variaciones y suponer que el tipo de trabajo (más visibilidad del problema, o más contacto con las pacientes), el sexo del profesional (las mujeres podrían sentirse identificadas o bien solidarias) o la edad (la exposición a discursos alternativos en los medios) determinarían la mayor o menor apertura al tema y la posibilidad de intervenir con éxito en el cambio evolutivo del que hablan los analistas de políticas. Sin embargo, creemos, en función de nuestros principales hallazgos, que de producirse este cambio será lento y más difícil de ocurrir en el nivel institucional que en el de los individuos particulares, y que 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 esfuerzos de persuasión y capacitación –aunque estos son necesarios– que de cambios más globales en los discursos sociales sobre el género, la familia, las mujeres y la violencia, discursos que se seguirán impulsando o no, como resultado de una lucha en el espacio público, que es finalmente política.

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 invisibilizada, y en su lugar aparece una *incapacidad que recae en la víctima*.

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 creemos 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 Inter.-discurso. 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 querrán salvar vidas si pudieran o combatir los males en nombre de la ciencia.

Adoptar el “punto de vista del actor” en el caso que fuera posible, nos resultará más o menos incómodo dependiendo del campo en el que el actor en cuestión se encuentre, pero no nos permitirá observar las lógicas que los atraviesan a 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 en base a un modelo más administrativo y burocrático que político-deliberativo. La retórica nacional y corporativa le sirvió con éxito de sustento durante largos años, y aún persiste. De estas confluencias históricas emerge una política determinada y no llega al mundo sin esas marcas.

Desde una lógica global podríamos suponer que de manera planeada o no planeada, el orden médico ha sido llamado a *poner orden en lo micro*, tanto porque éste le es más *accesible* (mientras que el orden macro permanece incierto), como porque el discurso médico, aun si se trata de la salud mental, que es 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 orden jurídico no es “eficaz”* como asegurador del orden -y la medicina al menos en la ideología, *sí-*, y el otro, la creencia arraigada, más allá de los discursos mediáticos sobre los derechos, que la violencia pertenece al *ámbito de la moral privada* y al espacio de la familia.

Iniciativas como ésta son terreno de disputa. En ellas los sujetos son importantes, pero más aun lo son los sujetos colectivos, sin los cuales no es posible siquiera que el gobierno considere asumir sus demandas, y menos sostenerlas, como demuestra 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 son largos y sinuosos y quizás el mayor aporte de este trabajo es haberlo hecho visible. No obstante, creemos que hemos aportado también algunos elementos para enfocar mejor el objetivo, de modo que los problemas sean más nítidos y se pueda decidir mejor qué hacer con ellos.

Referencias

Abrantes R, Almeida C. 2002. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. En: *Cadernos de Saúde Pública*. 18(4):971-989, jul-ago 2002. Rio de Janeiro.

Agoff C, Rajsbaum A, Herrera C. 2006. Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. En: *Salud Pública de México*. Vol. 48, suplemento 1. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Austin J. 1971. *Cómo hacer cosas con palabras*. Paidós. Barcelona.

Bourdieu P. 2000. Elementos para una sociología del campo jurídico. En: Bourdieu P, Teubner G. *La fuerza del derecho*. Ed. Uniandes /Inst. Pensar/ Siglo del Hombre. Santa Fé de Bogotá. Colombia.

Bourdieu P. 2001. *¿Qué significa hablar?*. Akal. Madrid.

Castells M. 2004. *La era de la Información*. Vol II. *El poder de la identidad*. Siglo XXI eds. México.

Clavreul. 1983. *El orden médico*. Argot. Barcelona.

Cohn F, Salmon M, Stobo J (eds.). 2002. *Confronting Chronic Neglect. The Education and Training of Health Professionals on Family Violence*. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, DC.

Cruz G. 2006. "Supera matrícula femenina la carrera de médico en México". En: CIMAC Noticias. 23 de Octubre de 2006. (www.cimacnoticias.com).

Fairclough N. 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*. Gedisa. Barcelona.

Family Violence Prevention Project. *An Informational Packet for Health Professionals*, San Francisco, California. 1993.

- Foucault M. 1983. El discurso del poder. Folios. México.
- Gelles R. 2000. Public policy for intimate violence and child maltreatment: a few successes, many false promises. UMKC Law Review. Fall, 2000.
- Hamberger LK. 2004. Domestic Violence Screening and Intervention in Medical and Mental Healthcare Settings. Springer Publishing Company, New York.
- Hood C. 2001. The government of risk: understanding risk regulation regimes / Christopher Hood, Henry Rothstein, and Robert Baldwin. Oxford University Press. N. York.
- Johnson M. 2005. "Domestic Violence: It's not about gender – Or is it?". En: Journal of Marriage and Family 67 (December 2005): 1126-1130.
- Lamas M. 2006. Feminismo. Transmisiones y retransmisiones. Taurus. México.
- Rodríguez-Bolaños R, Márquez-Serrano M, Kageyama Escobar ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. En prensa.
- Rose N. 2007. The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century. Princeton University Press. New Jersey.
- Saucedo I. 2002. De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones. En Urrutia E. Estudios sobre mujeres y las relaciones de género en México. 2002. El Colmex. 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. Gedisa. Barcelona.
- Sennett R. 2003. El respeto: sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad. Anagrama. Barcelona.
- Sigal S, Verón E. 1985. Perón o Muerte. Los fundamentos discursivos del fenómeno peronista. Legasa. Buenos Aires.
- SSA/INSP. 2003. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM). Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Taft A, Broom D, Legge D. 2004. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. En: BMJ doi:10.1136/bmj.38014.627535.0B. bmj.com.
- Tarrés ML. 2002. Apuntes para un debate sobre el género, la política y lo político. En: Urrutia E. (coord.). Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas. El Colegio de México-PIEM. México.

Tetelboin C, Granados JA, Tournier N, Tavernier P. 2005. Alternancia y política de salud en México. En: Estudios Sociológicos. Vol. XXIII, núm. 67, enero-abril, 2005. El Colegio de México. México.

Valdez-Santiago R. Respuesta médica ante la violencia que sufren las mujeres embarazadas. En: Marta Torres (Comp.) La violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. El Colegio de México, 2004.

Viterbo Silva I. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia Brasil. En: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003, 19(Sup.2):S263-S272.

Zink T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. 2004. Medical Management of Intimate Partner Violence Considering the Stages of Change: Precontemplation and Contemplation. En: Annals of Family Medicine. Vol. 2 n°3, May/june 2004. pp. 231-239.