

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES



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

Tesis que para obtener el grado de Doctor en Ciencias Sociales con Mención en Sociología presenta:

Cristina M. Herrera

Director de tesis: Dr. Julio Aibar

Lectores: Dra. Lucía Melgar

Dr. Santiago Carassale

México, DF, Julio 2007

FLACSO

..... SEDE ACADEMICA DE MÉXICO

Introducción

En este capítulo se analizarán 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 –como 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. Tampoco se puede decir que un discurso sirva a los intereses de un actor social o grupo en particular en todo momento, sino que es apropiado por diferentes actores incluso antagónicos, que lo “usan” para fines distintos. Es el carácter relativamente abierto del discurso lo que permite esta posibilidad. Sin embargo, creemos que si es posible identificar y poner nombre a un “discurso” determinado (por ejemplo el discurso médico o el discurso feminista), por más ambiguos que éstos sean, es porque existe una especie de “núcleo duro” que los define, más allá del cual las mutaciones y negociaciones son menos posibles. Esta 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.

2.1. 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" hubiera tomado la decisión de desarrollar esta política, que desde un punto de vista de derechos podemos catalogar como "progresista". Este acierto pareció deberse a características "personales" que hicieron del secretario elegido un "buen candidato" a los ojos del presidente, quien necesitaba mostrar que su gobierno sería "incluyente". Esas características personales, si bien 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 en discursos posibles de identificar. En efecto, algunos medios de comunicación presentaron al secretario de salud destacando varias de sus cualidades: 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*: 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 mixta¹², 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.

Si la medicina estatal había jugado un papel de creciente importancia desde el cardenismo (1935-1945) hasta la década de los años setenta, cubriendo tanto a la

¹² Entrevista publicada en Milenio Diario, Sábado 22 de Julio de 2006, por Blanca Valadez.

población asalariada como a la no asalariada bajo el 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 ochenta, con la búsqueda de mayor racionalización primero y luego 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, disminuir la capacidad de resolución y generalizar el pago directo de la población, entre otros aspectos. En adelante, “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 et. al, 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 a través 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 mismo secretario de salud desde hacía dos décadas, como miembro activo de un grupo poderoso dentro de lo que podríamos llamar la “red de políticas de salud” en México: el grupo Funsalud. El fundador de este grupo, el Dr. 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, a partir de esa administración ocuparon puestos importantes en el sector nuevos técnicos con un discurso racionalizador que desplazaron la antigua retórica revolucionaria, pero desde 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 decisiones, “a través de la producción no sesgada y libre de presión política” (SSA 1987 citado por Abrantes y Almeida op.cit). El objetivo de este centro, liderado por Frenk, era crear “Una nueva salud pública” cuyo objetivo era “dar a conocer las necesidades de la población y solucionar la demanda de forma a establecer un equilibrio entre esas necesidades y los recursos, definidos por ellos mismos como escasos” (Abrantes y Almeida, 2002). 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 a nivel 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). Esta tenía una visión

de lo público como el ámbito del Estado, e incluía a veces otras definiciones en uso, como la de la Salud Colectiva, focalizada en lo social. Este discurso era sostenido por 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 contra-hegemónico y subordinado en este campo.

Al definir a 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” (Abrantes y Almeida, op.cit). Según estas autoras, 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 este grupo, de enorme influencia política dentro del campo de la salud, a pesar de tener 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 (Tetelboin 2004, Abrantes y Almeida 2002, Guevara 2002). La Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud)¹³, por ejemplo, fue creada con el apoyo de un grupo selecto de empresarios y “tenía

¹³ Según estas autoras, Funsalud surgió como una institución no corporativa, con una membresía compuesta por cuadros del sector médico, miembros destacados del PRI y del sector empresarial, algunos de cuyos miembros tenían fuertes intereses en el mercado de la salud, la mayoría vinculados al partido en el gobierno de entonces y unos pocos más al PAN, y tuvo el apoyo financiero de grandes fundaciones privadas de Estados Unidos (2002).

como propósito garantizar el enlace y la comunicación entre los dirigentes del sector privado y los funcionarios gubernamentales” (Abrantes y Almeida, op.cit). 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), que buscó ganar apoyo popular mediante 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 por parte de la *élite* médica, aglutinada en la prestigiosa Academia Nacional de Medicina, como del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Al constituirse como un grupo selecto de “especialistas”, este grupo influyó en la propuesta de reformas que impulsó el gobierno de Ernesto Zedillo, y en las reformas a la seguridad social (Nueva ley del IMSS de 1995), y contribuyó con cuadros para los equipos de gobierno. El modelo teórico llamado “Pluralismo Estructurado”, que constituyó el punto de apoyo para las reformas del sistema de salud, fue elaborado en colaboración entre el Banco Mundial y un grupo de especialistas, donde destaca la participación del secretario de salud de Vicente Fox. El plan de salud de este sexenio, durante el cual se creó el programa que estamos analizando, contemplaba hacer efectiva la función exclusivamente *regulatoria* que se dice debería tener la Secretaría de Salud –y esto no muestra tener intención de modificarse en la administración actual, al menos hasta el momento. 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 aquellos restringidos a la población en pobreza extrema. Quedaría entonces una importante proporción de la llamada “población abierta” cubierta con el “Seguro Popular” –cuyos servicios prestaría el IMSS y el ISSSTE mediante una cuota, y otra a la que –para no dejar

en el desamparo absoluto, se le asignaría el "paquete básico", una serie de medidas puntuales "de bajo costo y grandes externalidades" como recomienda el Banco Mundial (1993), 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). El paquete básico para pobres, además, deberá en un futuro próximo ser financiado con lo que cada estado logre recaudar. El efecto es 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"; "privatización" se convierte en "participación social", y "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 interrogar a 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" (ent. F2). Si en este enunciado 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 genera 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" (ent. F2).

Las nuevas propuestas utilizan el lenguaje de la autonomía y del empoderamiento para avanzar medidas que en definitiva apelan al individuo consumidor (los términos "derechohabiente" o "ciudadano" son cada vez más reemplazados por los de "cliente" o "usuario", al estilo retórico del BM), a pesar de que sigan usando conceptos abstractos como universalidad, equidad y derecho a la salud, con otros sentidos. Pero finalmente es la autoridad médica, y no los individuos, quien determina las necesidades a atender, a través de la investigación científica y el conocimiento experto. Como señalan Abrantes y Almeida, "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" (2002).

Son interesantes las metáforas utilizadas para nombrar estas reformas. Uno de sus principales impulsores 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 cirujano 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 *Dr. 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 registradas como 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 bajo el 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” (op.cit.). De este modo, 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” (op.cit. cursivas nuestras).

Esta enumeración de términos, no sólo inconmensurables 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, a través de lo

que pretende ser un diagnóstico coherente de la realidad y su remedio. Los verbos 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 es presentado 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*”. (op.cit.). 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”.

La llamada “perspectiva de género” también ha sido apropiada 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 jugado en sus familias y comunidades para hacer frente a la crisis (Incháustegui 2002; Barquet 2002, Tarrés 2002). 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*”.

(Programa Nacional de Salud 2001-2006). 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 como 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 los servicios médicos 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?

Incháustegui (2002), señala que hay políticas dirigidas a las mujeres cuyos efectos son emancipadores en términos de género (aumentan sus libertades, derechos y autonomía), mientras que otras pueden aliviar sus problemas inmediatos, pero apelan y refuerzan su “papel histórico” como mujeres. 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 significaron 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 contenido de las políticas, sino la manera en que la categoría “mujer” y/o “familia” entran en ellas. Se las puede considerar agentes activas en la definición de estos temas y en la toma de las 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 como sinónimo de debilidad, incapacidad o minoría de edad, más aun 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.

2.2. *Los avatares de la política feminista en México*

Como señalábamos 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 (1994) y Beijing (1995). 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 impuestas por 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 señalamos, 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. Este 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 coloca esta autora es el de los discursos pro-familia de la nueva derecha norteamericana, 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 re-articulados de forma despolitizada. Un segundo eje de conflicto, es el que se da alrededor del contenido de los temas. Un programa de ayuda a adolescentes embarazadas, por ejemplo, puede tener un contenido moralizante y estigmatizante y dedicar sus esfuerzos a tratar de controlarlas y/o convertirlas en mejores madres para garantizar el bienestar de sus hijos (éste era el espíritu del programa “Arranque Parejo en la Vida”). Pero cada interpretación, continúa Fraser, conlleva una forma distinta de orientación programática en relación con el financiamiento, control institucional, diseño del servicio y elegibilidad. La lucha por la interpretación apunta al futuro involucramiento del estado y por eso abre un tercer eje de conflicto, que es entre política y administración, lo cual enfrenta a los movimientos sociales con los expertos y agencias del estado. Estos están 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 más público, 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 re-escritura 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 desempleo, discapacidad, pérdida del cónyuge etc). y como resultado, la necesidad es descontextualizada y recontextualizada: se presenta abstrayendo las especificidades de clase, raza y género y 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 auto-interpretaciones "recalcitrantes" de los clientes y las interpretaciones inmersas en las políticas administrativas. Así, el agente maximizador /objeto condicionado, además se convierte en un "yo profundo" que debe ser develado terapéuticamente. Son luchas complejas, dice 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 interpretaciones de necesidades que van en su contra. Sin embargo, sostiene la

autora, bajo ciertas 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 llevan 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 parte del 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 la actividad del movimiento fue invisibilizada. Por otra parte, reivindicaciones como el aborto o el derecho al lesbianismo dificultaban la aceptación social del movimiento. Según esta autora,

que fue además protagonista de esta 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 mismo y el ensimismamiento identitario se convirtió a la vez "narcisista" y "victimista" (Lamas op.cit.). 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 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 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 más tarde convertida en la de "feministas de la utopía" versus "feministas de lo posible" y finalmente la de "autónomas" versus "institucionalizadas".

Un segundo momento del feminismo, entonces, según Lamas, consiste en 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 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 reevaluar 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: violencia y aborto.

Pero no todos los espacios públicos creados para "cuestiones de género" resultaron favorables a las reivindicaciones feministas. Como señala Lamas, el

Instituto de las Mujeres, en manos de funcionarias conservadoras, no hizo 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, creemos que es importante aquí no caer en una forma demasiado general de plantear el problema –por ejemplo “la lucha contra la violencia”, de manera indistinta- que puede provocar confusión, en el mejor de los casos, 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 quizás un detonante de la decisión de las legisladoras feministas de confiar los recursos para violencia mejor 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 programas de prevención y atención de 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 bandas delictivas aliadas con grupos de poder (Segato, 2004). Cuesta 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 es contra 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 re-encauzamiento terapéutico individual o “de pareja” de situaciones impermeables a este tipo de intervención- y

por otro, servir como coartada para evitar afrontar las formas de violencia más difíciles de controlar por parte del estado.

2.3. La violencia doméstica como problema de Salud Pública y demanda feminista

Podríamos decir, a partir de lo anterior, 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” (2001). Involuntaria porque más allá de la intención de quienes los sostienen, estos argumentos forman parte de discursos que son producto de luchas de 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”, etc.

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 por una parte de la llamada medicina social y por otra del salubrismo tradicional, ambas corrientes 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 sintoniza 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. Regresaremos a este punto.

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 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. Estas, 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 señala 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” (2004). La lucha contra la violencia hacia las mujeres es también un tema 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” (Castells op.cit.). Para usar categorías de este mismo autor, podríamos decir que en la convergencia de discursos que subyace a la política que estamos analizando, 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 mujeres maltratadas. 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 aquellas 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 eugenésico de la “primera ola del feminismo” en el período post-revolucionario aprobó y apoyó las políticas salubristas de la época de control de las uniones y la sexualidad para prevenir la transmisión de enfermedades venéreas y así 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 “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.

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 con estilo de caricatura la diferencia entre

sexo (biológico) y 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. 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 al interior de la familia, debido a su *frecuencia*, e incluyen a los lectores como parte de quienes se encuentran probablemente en esta situación. Por una parte asumen en los profesionales de la medicina una falta de "preparación" ("sin esta preparación —en el enfoque de género— dicen, no podemos entender el concepto de violencia familiar") y por otra, la imposibilidad de ver como violentos algunos actos que ellos mismos seguramente viven pero se han vuelto costumbre y por lo tanto no son percibidos. Esto, señalan, es parte de los patrones culturales mexicanos que son aprendidos en la niñez y luego se repiten. Por las dudas aclaran que estos patrones culturales están presentes en todos los niveles económicos y grupos sociales y apelan al conocimiento científico para demostrar que sujetos iguales a ellos —prestadores de servicios de salud— en otras partes del mundo también ven a 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 de manera imperceptible, *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 sin embargo "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?. Creemos que estos argumentos presentados juntos interpelan a los profesionales de la salud desde posiciones de sujeto muy diferentes y antagónicas para ellos: como miembros de

la "cultura mexicana" se les sugiere que ellos también pueden ser parte del problema, que, como vimos, es un "mal" que puede empezar por cosas imperceptibles como gritar, insultar, etc. y terminar degenerando en situaciones como la violencia social, la improductividad o la desintegración familiar. Estos elementos, vistos como patología, suelen ser asociados por los médicos 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 ocupar 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 son utilizados para convencer a los profesionales de 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 es detenida "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 (Guevara 2002) y horas de trabajo perdidas, que cuestan a los empleadores, como en costos al 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 es presentado: 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*" (SSA 2002 cursivas nuestras). No queda tan evidente en esta redacción por qué "naturalmente" le correspondería 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 consecuencia de la violencia intrafamiliar) y el suicidio u homicidio a los que pueden conducir, que en rigor son categorías penales. Sólo se dice de manera tautológica que es un problema de salud porque *se hizo evidente que es un problema de salud pública*. Aquí los argumentos más fuertes son los que alertan sobre los costos hospitalarios de las lesiones más graves y esto quizás no es responsabilidad directa de los médicos y enfermeras 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 están 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 supone *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 o castigar y eso lo convierte en una especie de terreno de nadie, por más que se recuerde la obligatoriedad de esas 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 treinta y seis 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 es por esto último que finalmente se vuelve a decir que la Norma es una *guía* para los profesionales y el primer esfuerzo en el camino de "incorporar la perspectiva de género en el sector salud", el aporte de este programa al Plan Nacional de Salud 2001-200 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 tener la finalidad de convencer a los profesionales y directivos de las unidades de salud de la importancia de este programa, sino tal vez resaltar la autoridad de quien manda cumplir estas normas: el plan nacional que, como vimos antes, está animado por la nueva corriente de salud pública que la secretaria de salud busca implementar desde su papel regulador.

En una lógica más 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 no sólo carece de facultades para “controlar” el problema más allá de la sanción, sino 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 a través de un formato de registro de violencia intrafamiliar y sólo denunciar los casos donde la víctima es 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, pareciera 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 esta es parte de nuestra hipótesis- en su función médica, sino pedagógica. Esto resulta llamativo considerando 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- al hacer un balance de lo que se avanzó desde los años noventa, concluye elocuentemente que “el ámbito de procuración de justicia es *el último* en el que se puede intervenir, porque aún 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, señala, 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 señaló como prioridad 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” Esta transformación, explica, pasa por el reconocimiento de la mujer de que es un “sujeto de derechos” y que la violencia es un problema *social*, y no individual. No obstante, en este modelo las mujeres debían darse cuenta que la clave para salir del problema era *su* “actitud, comportamiento y utilización de servicios”. Mediante apoyo emocional (reflexiones grupales o individuales) se buscaba que ellas investigaran 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– los que impiden que la mujer salga de la violencia son *personas* (de la *familia* y de los *servicios de salud*), “por lo que podíamos 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*” (op.cit.). El enfoque apela al potencial emancipador de la diada: mujer conciente de sus derechos / profesional de la salud receptivo de su demanda. ¿Por qué los profesionales de salud serían más capaces que los de 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 salud mental las mujeres son enviadas 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.

Una gran limitación de origen para asignar responsabilidades, creemos, es la dificultad para definir el problema más allá de insistir en que es una manifestación más de la dominación de género –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 dedican a 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 en cuanto 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 visión de que el problema se genera en "familias disfuncionales", lo cual no sintoniza fácilmente con el argumento de los "patrones culturales" que naturalizan la violencia y que *todos* podemos estar viviendo de manera "desapercibida", como se lee en los textos preparados 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, y que algunos todavía piensen, como citó 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". Supuesto muy verosímil, si observamos que en el espacio público mexicano es posible expresar con total tranquilidad, como hizo recientemente un diputado federal al referirse a la reciente "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, los echa a

perder"¹⁴. En este contexto los funcionarios del programa aceptan que la definición misma del problema es un problema. Y aquí no sólo se trata de defender el carácter público del mismo frente a posiciones misóginas y conservadoras como la citada más arriba, sino de establecer los límites del problema con el fin de darle un tratamiento más eficaz. Este asunto se planteó desde la misma 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 el 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" (ent. F2). La pregunta que se plantea entonces es ¿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 tener una respuesta clara. Por ello el programa se propuso desarrollar un modelo complejo, al estilo del que se implementó en otros países, donde no sólo se busca modificar la legislación sino también crear alternativas en función de la complejidad misma del tema. Así, una de las funcionarias plantea que puede haber diversas soluciones dependiendo del grado de violencia, del tipo de violencia, de la situación particular de la mujer o 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

¹⁴ Artículo del periódico Correo, Irapuato. Leyes actuales sobreprotegen al sexo femenino: diputado federal. Por: Zayra Velázquez, 13 de Mayo de 2007.

recurre al argumento antes discutido 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” (ent. F2). Para un problema tan complejo y diverso, remata una 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, estos son los verdaderos ingredientes que están haciendo que la violencia se esté convirtiendo en el problema que es actualmente” (ent. F2). Sin embargo, cree que el sector salud es un actor clave para *prevenir hasta cierto punto*, a través de acciones para “detectar a tiempo” antes de que el nivel de violencia “escale a otros grados”. Hay también, comenta, una sobre mortalidad 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 al propio gremio médico del problema. Pareciera haber una confusión – que no es de este programa sino de casi todo el mundo– entre la idea de “tipos” y la de “grados” de violencia, que aún no se ha resuelto. Los *tipos* de violencia, independientemente de su grado de intensidad o frecuencia, deberían poder distinguir entre aquellas formas que son, como decía la funcionaria “inherentes al ser humano y ocurren alguna vez en la vida de todos” y aquellas que –estas sí relacionadas con la discriminación 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 (2006).

Los expertos de la sociedad civil no escapan a estas confusiones. Mientras que un grupo dentro del movimiento de mujeres coincide plenamente con los argumentos del programa –incluso le ha provisto de muchos de ellos–, otro, en cambio, cree que lo que se necesita es castigar con penas cada vez mayores a los hombres violentos (cárcel, distanciamiento de la familia) por considerar que éstos “no tienen remedio”, argumento que apoyan con documentos de experiencias en otros países que muestran casos donde las políticas públicas han tratado de hacer algo con los varones violentos a través de terapias de rehabilitación y han fracasado. Este mismo grupo de feministas alega que no se debería 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 en un momento en que 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 de violencia mucho más frecuentes y que afectan a *la larga igual o más* a las mujeres. Incluso dentro del grupo de gente que trabaja en refugios hay una fuerte división entre quienes sostienen que éstos deben ser manejados por organizaciones no gubernamentales y quienes dicen que es una obligación del gobierno atender a las mujeres y ofrecerles refugios financiados y operados por él.

2.4. La “hija boba” del matrimonio

¿Qué sujeto femenino construyen estos discursos sobre la violencia al articularse entre sí? Por una parte hay un discurso “victimista” dentro del feminismo, que como ya mencionamos se dice querer superar, pero es re-actualizado quizás involuntariamente 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, aunque con otra intención, coincide con muchas de las visiones del personal de salud sobre las pacientes, como veremos en los capítulos que siguen. El programa, en cambio, dice tener una visión *integral* de la mujer, que no sólo es

“mente y cuerpo” sino también “inconciente”, y en esa medida explica que “una mujer que se mete en una relación violenta en general viene de una familia violenta”. Además, se supone que normalmente *esta mujer* está en una relación de desventaja desde el punto de vista económico y social, dependiendo de su pareja y con hijos que atender. Al combinarse estos factores (la repetición inconciente de patrones aprendidos y la desventaja social), ni siquiera tienen redes solidarias sino más bien un entorno que reproduce los argumentos de que “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 de la pareja, familiares, de redes sociales, culturales e institucionales que explicarían la violencia en cada caso. Pero ¿la principal barrera para salir de esto se encuentra 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 las condiciones sociales y económicas?. Las soluciones propuestas pueden ser muy diversas según como se responda a esta pregunta. Pueden, en última instancia ser individualizantes y privadas o colectivas y políticas. La cuestión remite a una vieja discusión en 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, 2000), una dominación ejercida en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado, cuya mayor eficacia simbólica es la 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", como hemos visto al comentar el caso de México, y para articular políticamente sus demandas. Una opción es apelar a la identidad ciudadana y a los derechos, como sostiene Marta Lamas (op.cit.). Otra posible es reivindicar las "necesidades de las mujeres", pero esto es problemático en tanto no hay una manera de determinarlas sin caer en el esencialismo o en la arbitrariedad. Según Berlant (2000), recientemente se ha desplegado, entre los juristas norteamericanos, una propuesta liberal radical que ve al sufrimiento como algo más elocuente y superior al derecho. Según 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 definido no como alguien que piensa o trabaja, sino *alguien que ha sufrido la violencia de manera íntima*, operando con ello una extensión de la femineidad 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, señala, 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 mejor orientarse a las responsabilidades más que a los derechos, porque los derechos son androcéntricos, individualistas o liberal-burgueses. Fraser (1989) argumenta que esto puede llevar a algunos a pensar que el lenguaje de las *necesidades* es una alternativa al de los *derechos*, corriendo el riesgo con esto de hacer el juego a algunos conservadores, que prefieren dar "ayudas" en vez de otorgar derechos. Fraser adhiere a aquellos que favorecen la traducción de necesidades justificadas en derechos sociales, y se opone a las formas de paternalismo que derivan del reclamo de necesidades sin un reclamo de derechos. Sostiene que el lenguaje de las necesidades está instalado, para bien o para mal y que lo decisivo del lenguaje de los derechos es definir qué derechos se privilegiarán. Pero este lenguaje, según la autora, no es ni inherentemente emancipatorio ni inherentemente represivo. El discurso de los derechos puede producir formaciones sociales que sostenga el reconocimiento de derechos (Passavant 2000).

En la misma línea pero con mayor cautela, Berlant (op.cit.) sostiene que 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, eso 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 femeninas es visto como prueba de trivialidad, falta de auto-conocimiento o codicia. Más que enojo o trauma, dice Berlant, lo de las mujeres parece ser más un asunto de resignación, aversión pasional o resentimiento (2000).

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 a ellas, 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 hecho para 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 y tomándose la frente en 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". 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 tratables por el orden terapéutico, que intentará lograr la "remisión" del problema o al menos garantizar un "margen de mejora". Rose (1996) dice que los profesionales "*psi*" permiten que las racionalidades del gobierno se vinculen con la cuestión "privada" de cómo comportarse. Se produce aquí una de las principales contradicciones con la política feminista, ya que si bien sus demandas y necesidades son tomadas a cargo por el gobierno, contribuyendo con ello en primer lugar a darles visibilidad social, dependiendo de las respuestas que se articulen se corre el riesgo de despolitizarlas. Esto es tanto más crítico cuanto que, como señala Judith Butler (2006) la capacidad de desarrollar una distancia crítica con respecto a las normas sociales que construyen el género —en virtud del cual los sujetos son socialmente reconocidos— presupone poseer la habilidad de 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 la distancia crítica con las normas porque en cierta medida el "yo" se convierte en algo que no puede conocerse, amenazado con su inviabilidad, con ser desecho en cuanto deje de incorporar la norma mediante la cual se convierte en reconocible. Por eso, dice, 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", más aún

cuando “la medicalización viene a justificar la juridificación” (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 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 –que tiene su reverso en la patologización- no puede imputarse al programa que estamos estudiando o a los individuos o que lo manejan. 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), hay 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 (op.cit.), estos lenguajes y mecanismos institucionales aparecen por lo general superpuestos desde la misma concepción de los programas, y suelen ser simplificados 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 estos discursos en las instituciones a cargo de los programas.