

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 .....

## Capítulo 6. ¿Salvar vidas o preservar El cuerpo?. A modo de conclusión

### Introducción

En este capítulo trataremos de articular los análisis realizados en la primera y segunda parte del trabajo: el de los que -por practicidad metodológica y expositiva- hemos llamado “discursos oficiales” y “discursos ocultos” en esta política específica de salud. De Ipola (1987) recomienda analizar la *producción* y *recepción* de los discursos como dos momentos separados y asimétricos, aunque no independientes entre sí. En nuestro caso, la producción y recepción del discurso contra la violencia de pareja desde la salud pública, se relacionan con dos momentos en el desarrollo de esta política pública: su diseño y su puesta en práctica. Tomar ambos momentos, el del diseño y el de la implementación de una política, permite ver también lo que Baldwin y Hawkins llaman la cualidad de “tubo de dentífrico” en los regímenes regulatorios (cuando se presiona en un sector del tubo éste se aplana, pero aparece un abultamiento en otro sector) (1984, citado por Hood 2000).

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

de grupos excluidos de la ciudadanía, la defensa de identidades políticas, la búsqueda de resolución de conflictos, o incluso la ficción de una unidad nacional (y familiar) más allá de esos conflictos, como nos permitiremos especular hacia el final. Elegimos entonces por ello un enfoque teórico-metodológico que observa los problemas sociales –y sociológicos- desde la articulación entre política, cultura y lenguaje.

Un análisis *inter-discurso*, creemos, puede ayudar a explicar algunas de las supuestas “inconsistencias” y “fallas” en el desarrollo de una política, especialmente en un momento en el que este campo de lucha ha devenido más complejo y ha dejado de responder a la lógica según la cual lo público es el ámbito de acción del “estado” como aparato de gobierno. Permite ver, por ejemplo, que así como los términos que definen un problema y su solución, los éxitos y fracasos de un programa no son fáciles de determinar de manera unívoca o definitiva. En todo caso, esto dependerá del discurso de cada actor en juego o incluso de una lógica que los trascienda. Creemos, como trataremos de mostrar en la parte final de este trabajo, que lo que puede leerse como “fracaso” desde un discurso, también puede ser un “logro” en otro, o incluso una mezcla de ambas cosas si consideramos distintas dimensiones del mismo proceso político. Las resultantes de este juego no son sólo ni necesariamente producto de la planeación racional, pero pueden servir a determinados fines o aspiraciones a corto, mediano o largo plazo. ¿Debemos juzgar como fracaso una política que hasta el momento no ha podido “medir” sus resultados en términos de costos ahorrados o muertes evitadas?. ¿No es ya un logro que los derechos de un sector de la población se hayan vuelto -al menos- tema de debate público?. ¿Tienen iguales consecuencias las maneras alternativas de nombrar a los sujetos de la política y sus necesidades, y de diseñar soluciones? Creemos que un análisis como el que proponemos puede responder si no a todas, al menos a algunas de estas preguntas. Otras permanecerán necesariamente abiertas.

Si asumimos el principio de la *indeterminación relativa del sentido*, según el cual un discurso, producido por un emisor en un momento y tiempo determinados no produce un único efecto sino que genera un “campo de efectos posibles” (Sigal y Verón, 1985) y recordamos que “cuando los individuos no se sienten interpelados por un discurso es porque han sido interpelados con éxito por otros discursos antagónicos o simplemente diferentes del primero” (De Ipola, 1987), comprenderemos mejor la advertencia que hace Hood (2001), cuando señala que “en algunas condiciones institucionales, por ejemplo cuando diferentes niveles de gobierno y diferentes culturas profesionales y organizacionales operan tanto en el establecimiento de metas como en la implementación de una política, los ‘implementadores’ pueden ser en la práctica los que establecen los estándares de un programa, aplicando sus propios referentes éticos y conduciendo sus propios análisis privados de costo-beneficio” (2001). Este es en parte el caso, creemos, en la política que fue nuestro objeto, y cuyo análisis recapitularemos a continuación.

### 6.1 *Matrimonio por conveniencia*

En la primera parte, al analizar los discursos “oficiales” de esta política vimos cómo 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 mujeres feministas, dando como resultado una convergencia de intereses, pero “sutiles” diferencias en la forma de interpretarlos. 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. El discurso de las políticas que fueron llamadas de “género y desarrollo” en los años ochenta y noventa, 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 intentaron articular para superar la etapa de la política *identitaria* que Lamas (2006) asociaba con la victimización, corre el riesgo de verse diluida al entrar en contacto con ese nuevo sentido de la palabra *empoderamiento*. En el caso de las mujeres que el discurso administrativo-burocrático tiende a categorizar como “deficitarias” en este papel tradicional (mujeres que han perdido su capacidad de autonomía, que están “muertas de pánico” o 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” se sobrepone 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, que como ya hemos visto, ocultan este hecho político bajo un discurso de cientificidad.

Decíamos en el capítulo 2, que la “nueva salud pública” se distinguía por una parte de la 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*-, ya que apelaba al *individuo*, de manera preventiva. Sin embargo, lo hacía desde “las necesidades de la población” *científicamente determinadas* y jerarquizadas, más que debatidas. En virtud de ello, también pretendía distinguirse de la medicina curativa y especializada -dedicada a la enfermedad- y de la biomedicina, dedicada a estudiar los “procesos intracelulares”. Sin embargo, al combinarse estos elementos en el discurso de la responsabilidad individual, desde el modelo del riesgo y los estilos de vida, la nueva salud pública no parece estar tendencialmente muy lejos de lo que Rose 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” (2007). Esto se vuelve posible en virtud de las nuevas tecnologías médicas y farmacológicas a disposición, y los llamados a la auto-ingeniería biológica. Lejano como pueda parecer al contexto que estamos estudiando, no lo es tanto cuando observamos la creciente y vertiginosa tendencia en las escuelas de enseñanza primaria de todos los sectores sociales en México -y en muchos otros países-, a “medicar” a los niños después de dudosos diagnósticos de “trastorno por déficit de atención e hiperactividad”, un área de conocimiento muy en boga que parece ofrecer un remedio rápido a cuestiones que antes solían manejarse con disciplina, resignación o en el mejor de los casos, con una interrogación sobre las condiciones sociales y familiares que rodeaban a los niños. Queremos con este ejemplo sólo señalar que la apelación a la autoridad médica en diversas cuestiones relacionadas con el control social, puede no ser un hecho tan raro o azaroso si lo vemos desde una lógica más global. La medicina parece adquirir en la actualidad un papel cada vez más trascendente y normativo, y en su vocación por la “vida” podría ser una aliada de la vertiente más pragmática del feminismo institucionalizado, que buscaba, en primera instancia, la supervivencia de las

mujeres. Sin embargo, hemos visto que para los médicos no es muy fácil vincular la posibilidad de “salvar vidas” con el establecimiento de un diagnóstico que ven como problemático.

En la segunda parte, al analizar los discursos “ocultos” en el personal de salud vimos que varios de los puntos nodales del discurso médico *se oponían y desautorizaban* al discurso oficial de esta política, *pero no sólo contra la vertiente de género* (como suponían las funcionarias, 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. El discurso oficial los convocaba apelando a su saber médico, indicándoles posibles signos y riesgos que deben detectar y registrar, pero les presentaba el problema de manera ambigua, aludiendo a cuestiones sociales, culturales, de derechos, de género, económicas, morales e incluso delictivas, como vimos en el capítulo 2, y, de manera más importante, sugiriendo una identificación de los médicos con el lugar del enfermo, lo cual es aún menos admisible en este discurso. Vimos que había un problema en el orden médico -hecho para “curar”-, con la idea de prevención, y más aun si ésta era de dudosa plausibilidad. Aparecía también, veladamente, la disputa histórica entre “curar” y “encerrar” a los individuos riesgosos, que siempre involucró a las instituciones médicas y jurídicas, campos éstos que se requieren y al mismo tiempo recelan mutuamente, como vimos en el capítulo 5. 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 vimos en la disputa entre “salud” vs. “justicia” que divide a las feministas en este tema. 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” 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”.

Creemos, por todo lo anterior, que el discurso oficial en realidad apela a los profesionales de la salud no tanto en su función médica sino ante todo pedagógica. Su éxito dependerá, en consecuencia, de cada médico o trabajador de la salud en particular, que podrá sentirse llamado o no a cumplir 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*. Como hemos visto en la segunda parte de este trabajo, en este orden, además de la tensión entre *incluir o excluir* el tema, existía otra, entre atender a “*cualquier representante de la humanidad*” (humanismo) o a quien lo “*merece*” en tanto muestra capacidad y “*motivación*” para restablecer su autonomía (sujeto humanista al fin) y dejar de representar un riesgo social, y otra más, entre los *intereses del individuo vs. los de la colectividad*. Como hemos visto, 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 (como médico, como mujer, como consejero, etc.).

En el capítulo 4, se presentó la idea de que en tanto el orden médico no puede desentenderse del todo del tema (en virtud de su tendencia a absorber cada vez más problemas sociales), *reintroduce* el tema 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”. Se 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 como 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.

En el capítulo 5 se sugirió que la *psicologización* no solo *privatizaba* y con ello coincidía con los *discursos conservadores* sobre la mujer y la familia, sino que era 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*). 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 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.

## 6.2 Una serie de argumentos desafortunados

¿Qué ha ocurrido, entonces, entre las esferas de la producción y del reconocimiento de estos discursos?. El discurso de la "nueva salud pública" combinado 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?”<sup>15</sup>.

Bourdieu (2000b) señala que el sufrimiento corporal está en casi todos los ritos negativos destinados, como dice Durkheim, a producir “gente fuera de lo común” y el que corresponde a todos los aprendizajes universalmente impuestos a los futuros miembros de la *élite*. Esta inscripción en el cuerpo (sufrimiento) puede tender a la inculcación de disposiciones permanentes como los gustos de clase, más aun que los signos externos al cuerpo como las decoraciones, vestimenta, etc. Los signos incorporados, como todo eso que se llama formas o maneras de hablar, acentos, formas de caminar, de estar, modales, porte, etc., son también llamadas al orden a los propios miembros de la *élite*, que cumplen una “función sacerdotal” Bourdieu (2000b). La manera de narrar los logros “evolutivos” de este orden, como hemos visto en el capítulo 2 (donde citábamos frases como “ese año no hubo muertes”, “el Dr. X luchó *infructuosamente* contra el paludismo pero años *mas tarde* sus estrategias fueron usadas *con éxito*” etc.), son semejantes a lo que Bourdieu llama “la confesión sacerdotal” (2001), la “autocrítica” (“no encontrábamos la cura para esa enfermedad”) como forma suprema de la autocelebración (“hasta que la encontramos” –lo que implica que así sucederá siempre). La “culpa sacerdotal”, dice Bourdieu, no funciona como culpa sino como una prueba suplementaria de la dificultad y de la necesidad de la función sacerdotal. La autocrítica las borra y permite acumular los beneficios de la culpa y los de la confesión pública. Los discursos que tienen esta característica, según este autor, son los que Kant llamó “disciplinas superiores”<sup>16</sup> como *la teología, el derecho y la medicina*. En estos campos, dice el autor, “la cohesión social del cuerpo de ‘intérpretes’ tiende a conferir a sus decisiones la apariencia de tener un

---

<sup>15</sup> Director de un hospital en Quintana Roo, comunicación fuera de entrevista.

<sup>16</sup> En *El conflicto de las facultades*, citado por Bourdieu (2000b).



fundamento trascendental”, que sólo puede ser puesto en cuestión si ocurre una crisis relativamente grave de este “contrato de *delegación*” (2000b).

El lenguaje *eufemístico* de la “prestación de servicios” y de los derechos del paciente (o cliente) que se recicla en el nuevo discurso “privatizador” de la salud, parece atender 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, como vimos en el capítulo 3, 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 gremio<sup>17</sup>.

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.

---

<sup>17</sup> Comunicación personal de un médico del D.F, fuera de entrevista.

Encontramos esta posición dominante en todos los servicios de salud, incluso en aquellos que estaban bajo jurisdicción de un gobierno de centroizquierda, los del D.F., cuya secretaria de salud en ese momento era una de las principales exponentes del discurso de la medicina social en México. Este hecho se vio reflejado en cambio en los niveles superiores, de manera opuesta a lo que sucedía en los demás servicios. Las autoridades de salud del D.F. fueron las que mejor recepción a nuestra investigación mostraron y las más dispuestas a colaborar, justamente porque estaban lanzado también un programa contra la violencia intrafamiliar, que involucraba no sólo a los servicios de salud sino también a servicios de refugio manejados por el gobierno<sup>18</sup>. Los médicos en general, sin embargo, mostraban en su discurso las “invariantes del orden médico”.

He aquí 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 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 el capítulo 3, la

---

<sup>18</sup> La secretaria de salud en funciones en el D.F. al momento de realizar las entrevistas era la Dra. Asa Cristina Laurell, conocida en el ámbito académico por sostener la visión de la Medicina Social en México. Los refugios recibieron más impulso y apoyo durante la administración de Rosario Robles como jefa de gobierno, que por parte de sus sucesores del mismo partido.



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 “derechohabiciencia” a los beneficios sociales que siguen vigentes en muchas instituciones como “jefe de hogar”, “esposa” o “hija”). Como dice Bourdieu, 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 (2000b).

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”<sup>19</sup>. En la vieja visión, se afirma, la violencia intrafamiliar “era vista como natural e inevitable, no pertenecía al ámbito de la salud excepto en la función de curar lesiones, era considerada un asunto privado que en todo caso debía resolverse en el campo judicial (penal), pero también era un problema “cultural” (“*de otros*”) y psicológico, por lo tanto su atención no correspondía a la medicina”. La nueva visión, establece justo lo opuesto: “el problema no es natural sino social y por lo tanto prevenible, le

---

<sup>19</sup> Presentación de la directora del programa (Dra. Aurora del Río) en el Congreso Nacional de Salud Pública, organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública en Marzo de 2007, en Cuernavaca, Morelos.



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- como *en el fondo* merecedora de maltrato. Por eso sugeríamos un poco irónicamente en el capítulo 2, al comentar los argumentos del programa, que los servicios de salud, más que un ámbito “más familiar” para las mujeres que los ministerios públicos, representaban para ellas quizás “una violencia más familiar”. Es lugar común en los estudios sobre violencia de género hablar de la “revictimización” de las mujeres en las instituciones de salud y de justicia, y la 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”. (enfermera ISSSTE Chetumal).

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", que las acompañan con el fin de controlar lo que dicen. Un ejemplo muy claro de que los hombres no están ausentes, sino que son más bien excluidos por el orden médico, es el que ya mencionamos en otro capítulo al comentar la actitud del médico de Quintana Roo, que en la consulta hacía callar al agresor, diciendo que "la enferma" era la mujer.

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).

En términos políticos, si analizamos todo el proceso a partir de las "visiones del mundo" que propone Hood para estudiar las lógicas argumentativas de la gestión pública (la visión jerárquica, la individualista, la participativa y la "fatalista"),

observamos lo siguiente: un discurso que proviene de un movimiento social (por los derechos de las mujeres a no ser agredidas y a tomar la palabra), que tiene una lógica participativa, entra por propia decisión estratégica a un campo gubernamental al que juzga apropiado en tanto garantiza solidez, inercia burocrática y tradición: el sector de la salud. Esto, porque al interior de esa institución se han “colado” agentes y argumentos que forman parte de este movimiento y prometen potenciales alianzas. La lógica de este sector, sin embargo, es jerárquica y burocrática, pero al utilizar el discurso de la “nueva salud pública” que como vimos está emparentado con el de la “gobernanza participativa”, promueve la participación de la comunidad y el empoderamiento (especialmente de los pobres y las mujeres) para que estén a la altura de la tarea que les toca desempeñar en el nuevo orden. Por eso, esta lógica participativa, como también hemos visto, se convierte en individualista, al estar articulada con el discurso más amplio de la racionalización que exigen las políticas de ajuste y que implica la devolución a la “familia” y la “comunidad” de la gestión de sus propios problemas. Aquí aparecen, entonces, las apelaciones a la responsabilidad de la familia (léase las mujeres) para garantizar un ambiente y conductas saludables. De ahí a la culpabilización de la mujer por la disfuncionalidad familiar hay un solo paso, especialmente cuando el tema es dejado en manos del orden médico que, como vimos, tiene un lugar donde depositar los problemas intratables: el servicio de salud mental (y en segunda instancia el de trabajo social). Ante la dificultad para tratar estos problemas –lo que incluye la inutilidad percibida de canalizar a la justicia estos casos–, la atención termina convirtiéndose en terapia familiar o de pareja, en el mejor de los casos, o regaños y moralización paternalista a las mujeres, en el peor. Ahora bien, si dada la gran dificultad para percibir la violencia intrafamiliar que reportan los profesionales, podemos sospechar que los que se hacen efectivamente visibles son los casos “graves” –quizás asociados con el patrón de “terrorismo íntimo” ya citado (Johnson 2000, 2005)–, cabe preguntarse si la terapia de pareja o de incremento de la autoestima, es en realidad una solución o más bien un agravante.



El discurso administrativo, que como dice Fraser (1989) construye sujetos que son al mismo tiempo agentes racionales de maximización de utilidades y objetos causalmente condicionados, predecibles y manipulables, no es necesariamente producto de una intención malévola por parte de los agentes que lo utilizan, sino una inercia de lo que Bajtín llama "géneros discursivos", algunos de los cuales "son tan estandarizados que a veces la voluntad del hablante se manifiesta sólo en la selección de un género y en la entonación expresiva" (1999). Es así como el término "mujeres maltratadas", o "mujeres en alto riesgo", aunque se usen con la intención de enfatizar los derechos de las mujeres a no ser maltratadas, también y por la propia inercia del género administrativo, se deslizan a la noción de debilidad, pasividad y manipulabilidad. Una vez que el discurso entró al campo de la "recepción", en el orden médico, se reconvierte con gran facilidad al código de este orden: las "pacientitas", en el mejor de los casos, que vuelve a ser jerárquico. No es irrelevante el hecho de que las mujeres que acuden a los servicios públicos sean, también, pobres, lo que además, como hemos visto, está asociado a un determinado color de piel, aunque esto no pueda decirse abiertamente.

### 6.3 *Terapia vs. Política*

¿Cómo es la mujer que construye esta "convergencia involuntaria y generativa de estructuras discursivas y reglamentadoras"? (Butler 2001). ¿Culpable, defectuosa, necesitada, víctima, derechohabiente o sujeto con derechos?. He ahí la cuestión. Si el lenguaje define el campo, el de la patología (y peor cuando se sospecha que ésta es "gozada") no hace a las mujeres muy aptas para reclamar derechos en nombre de la individualidad. Por su parte, la norma (el establecimiento de lo normal) es también un mecanismo por el cual el poder jurídico se vuelve productivo (de sujetos) más que restrictivo (Butler 2006). El hecho de que el orden legal también sea "normalizador" aunque utilice el lenguaje de la igualdad y la imparcialidad, nos regresa a la idea ya citada de esta autora, quien asegura que la relación crítica con las normas que nos constituyen, depende de la capacidad, *invariablemente colectiva*, de articular una alternativa que sostenga y permita

actuar al individuo. Uno de los problemas, señala, es que los individuos en muchos casos dependen de las instituciones de apoyo social para ejercer la autodeterminación, y éstas los obligan a usar sus propias categorías, que suelen ser normalizadoras. Estas normas tienen consecuencias de largo alcance sobre nuestra concepción del modelo de humano con derechos, o del humano que se incluye en la esfera de la deliberación política. A veces, el uso de esas categorías normalizadoras es hasta cierto punto estratégico, como ocurre en el caso citado por esta autora de personas que desean cambiar de sexo y para acceder a ello - en países donde la cirugía correspondiente está cubierta por el seguro social-, deben someterse a pruebas diagnósticas que determinan la "disforia de género" o "trastorno de identidad de género" (llamada DSM-IV), que monitoriza los signos de homosexualidad incipientes y establece que esta "disforia" es un trastorno psicológico. Así, una de las más importantes vías para satisfacer el deseo, dice Butler, pasa por una patologización, definida por médicos y psiquiatras (2006). En otras ocasiones -quizás en la mayoría- el uso de las categorías normalizadoras es pre-teórico, inconciente o bien internalizado por los sujetos que ellas definen.

Según Fraser (1989), "en las sociedades capitalistas dominadas por lo masculino, lo político suele definirse por oposición a lo doméstico o personal y a lo económico". Las instituciones que despolitizan el discurso, en consecuencia, son la familia nuclear encabezada por un hombre, por un lado, y las instituciones del mercado, del crédito, las corporaciones "privadas" y principalmente los lugares del trabajo asalariado, por otro. En el primer caso, la vía de despolitización es la de "personalizar" o "familiarizar" los temas, en el segundo, al contrario, la de "despersonalizar" o "economizar" los mismos, apelando a fuerzas o imperativos impersonales, prerrogativas de propiedad privada o problemas técnicos que deben ser resueltos por gerentes y planificadores. Hemos visto, a lo largo de nuestra exposición, que ambas lógicas operan en este caso. La "personalización" de la violencia, por un lado, y la "despersonalización" del sistema que dicta las nuevas reglas en materia de políticas sociales, por otro. En las dos estrategias, el resultado es la reducción de las cadenas de relaciones de "para" en la

interpretación de las necesidades (necesito x para alcanzar y), en especial evitando que estas traspasen los límites que separan lo doméstico y lo económico de lo político. Si la violencia doméstica, por ejemplo, está encapsulada como asunto privado, personal o doméstico y el discurso público sobre este fenómeno se canaliza en públicos especializados asociados con el derecho familiar, el trabajo social, y la sociología o psicología del comportamiento "desviado", dice Fraser, esto sirve para reproducir la dominación de género. Esta autora describe al sistema de bienestar norteamericano como implícitamente dividido por géneros: los programas que llama "masculinos" (asumen que el papel de jefe de hogar es masculino) someten a sus "clientes" a menores controles y vigilancias, los colocan en la posición de "derechohabientes" y no los estigmatizan porque ya "pagaron su parte". También los posicionan como consumidores en el mercado, les dan dinero en efectivo más que aportes en especie y los consideran lo que suele llamarse "individuos posesivos". Califican entonces como ciudadanos sociales. Los programas "femeninos", en cambio, son de "alivio", y son conocidos por los tipos de humillaciones que infligen a sus clientes. Estos tienen que hacer esfuerzos enormes para ser elegibles y mantener esa elegibilidad y tienen un fuerte componente de vigilancia. Los receptores de estos programas son vistos como beneficiarios de la caridad estatal o menos aún, ya que son tratados como desviados, fracasados, etc. Se asume que las madres que reciben esta ayuda "no trabajan" y por eso se las obliga a trabajar. Las mujeres en este modelo no son consideradas consumidoras con poder de compra, y casi siempre la ayuda es en especie o "etiquetada". Estos beneficiarios son "clientes", una posición de sujeto dotada de mucho menos poder y dignidad en las sociedades capitalistas, que la de "comprador". En estas circunstancias ser un cliente (del bienestar) es ser un dependiente abyecto. Esta palabra tiene connotaciones de "caída" desde la autonomía. Pero los programas para madres sin un proveedor hombre las construyen sólo como madres, en la medida en que no les ofrecen alternativas que les permitan trabajar. Son lo contrario del individuo comprador y ciudadano. En consecuencia, interpretan sus necesidades como "necesidades de madre" y su esfera de actividad como el hogar. Ahora, dice Fraser, esto debería ser una



identidad honrosa en la sociedad que establece la separación de esferas (pública y privada), pero el sistema no honra a estas mujeres. Decreta que deben pero no pueden ser madres normativas. Para esta autora, que propone ver al sistema norteamericano de bienestar como un sistema jurídico-administrativo-terapéutico, incluso el mejor de los subsistemas (el masculino) es degradante y despolitizante. Este sistema sustituye la política de la interpretación de necesidades por el manejo administrativo, jurídico y terapéutico de la satisfacción de necesidades, es decir, tiende a sustituir un proceso de interpretación de necesidades dialógico y participativo por uno monológico y administrativo. Sin embargo, sostiene esta autora, lo social por un lado es una arena de actividad estatal, y por otro, un nuevo terreno de contestación política ampliada. Mucho de la expansión de la rama social del estado, de hecho, es una respuesta a movimientos sociales. Citando a Theda Skocpol, recuerda que el estado social no es un agente político unificado y auto-poseído sino una resultante y un nexo polivalente de formaciones de compromiso, donde se sedimentan los resultados de luchas pasadas y las condiciones de nuevas luchas. De hecho, cuando el sistema actúa como un agente, sus resultados son no-intencionales. Sus operaciones de definición monológica de necesidades, son en parte una estrategia de contención de los movimientos sociales, pero cuando se ocupa de temas antes dejados a la esfera privada, los desnaturaliza y al mismo tiempo se arriesga a que se politicen más.

Creemos que los aspectos discursivos que menciona esta autora, más allá de las diferencias que podamos encontrar entre su descripción y la del contexto mexicano, pueden ser pertinentes en nuestro caso. Lo que llama "el manejo administrativo, jurídico y terapéutico" es coherente con el resultado que adquiere la aplicación del discurso de esta política en el ámbito de la práctica médica, donde, como vimos, la palabra del paciente importa poco. Por otra parte, es verdad que la sola apropiación del tema por parte del gobierno, independientemente del contenido que los diversos agentes le hayan dado en el proceso, abre la puerta a nuevas disputas y resignificaciones, y de manera más fundamental, erosiona las bases del reconocimiento simbólico de las mujeres tal



como ha sido construido hasta el momento. En nuestro país se constata, al igual que en los Estados Unidos que describen Fraser o Butler, una reacción conservadora y defensora de la familia patriarcal ante los avances de los reclamos feministas, independientemente de su fuerza relativa en cada contexto, y también a los cambios socioeconómicos que han obligado a las mujeres a diversificar sus papeles sociales en los hechos. La arena de discusión ha sido abierta, y con esto las fronteras entre lo público y lo privado se han desplazado. Parte de esta disputa que tiene como escenario la esfera pública, muestra como ejemplos recientes, la promulgación de la "Ley de despenalización del aborto" en el D.F, y la de "Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia" a nivel nacional. Con toda la controversia que han generado estas leyes, donde podemos identificar la participación de fuerzas que no tienen que ver sólo con los temas de las mujeres y de la familia sino que se articulan con los ejes izquierda-derecha, o laicidad-religiosidad estatal, han puesto un foco sobre estos problemas y con ello permiten la posibilidad de que se hagan oír otras formas de interpretar las necesidades y los derechos de las mujeres. El programa que hemos analizado es parte de este proceso abierto y conviene juzgarlo en la confluencia de todas estas fuerzas que lo atraviesan, y en la coyuntura histórica en que ha emergido.

#### 6.4 *¿Se puede combatir la violencia doméstica?*

Creemos, con todo lo anterior, que la existencia de este programa es importante, no sólo porque forma parte de un largo y arduo proceso de visibilización de las demandas de las mujeres y en esa medida ha contribuido a abrir el debate, sino además porque puede hacer algunos aportes como sector específico del gobierno. Más allá de las cuestiones estructurales y políticas que limitan la capacidad de acción de programas como éste y que como hemos mencionado en los capítulos 1 y 2 tienen que ver con la estructura del sector, la dificultad de coordinación entre el nivel central y los estados y las disputas entre agencias del propio gobierno que tienen visiones distintas del tema, es posible identificar problemas organizativos e institucionales que son comunes e incluso "necesarios", como dice Hood, a

muchas políticas públicas: mientras que los discursos oficiales apelan al rigor y la transparencia, en el nivel de la implementación, los discursos ocultos mantienen la opacidad de sus procedimientos, dando tiempo al sistema a “adaptarse” al problema emergente. Se toman “atajos” como el de adaptar los estándares técnicos de otros países, y se apela a una estructura organizacional compleja que incluye responsabilidades indefinidas y/o dispersas en el nivel de la implementación y la obligatoriedad, estrategias todas que permiten evitar la responsabilización por los fracasos, cuando se trata de problemas complejos o poco conocidos. Por su parte, las argumentaciones de políticas de control de riesgos suelen tener una exigencia de “alarmismo” para obligar a muchas agencias a involucrarse<sup>20</sup>.

La complejidad y dificultad de manejo de este problema en particular, no es algo que afecte sólo a nuestro país. Numerosos estudios documentan esta misma dificultad en países más desarrollados o incluso con un mayor compromiso político en el asunto (Gelles 2000, Loseke et.al. 2005, Johnson y Ferraro, 2000, Tiefenthaler et. al. 2005, Dutton 2006). Revisando la literatura internacional existente, estos autores muestran de alguna manera que si bien las últimas décadas han visto un crecimiento exponencial de literatura y estudios sobre violencia intrafamiliar, doméstica y de pareja, éste sigue siendo un fenómeno poco entendido y en consecuencia mal atendido. Existen controversias tanto en las formas de medir el fenómeno como en las conexiones lógicas entre teoría, causas, orígenes y tratamientos. Esto ocurre también en México, donde los datos recabados por diferentes estudios presentan inconsistencias que no los hacen totalmente comparables y/o fiables (Castro y Casique 2007). Los instrumentos de

---

<sup>20</sup> El modelo conceptual utilizado para establecer las intervenciones necesarias habla de una evolución del problema que va desde la violencia en el noviazgo hasta el feminicidio. La propuesta entonces es intervenir en distintos ámbitos y según etapas: 1. desnaturalización (difundir mensajes), 2. promoción de la salud (evitar inicio temprano de la violencia de pareja), 3. diagnóstico temprano (detección en los servicios de salud), 4. tratamiento (donde se enfatiza lo psicológico) más atención médica de las consecuencias físicas, 5. prevención de la muerte (refugios) y 6. seguimiento, a través de la recuperación del proyecto de vida de las mujeres (personal de refugios y centros especializados).

medición que se utilizan –y que están estandarizados e nivel internacional- suelen cuantificar el fenómeno mezclando tipos de violencia que pertenecen a patrones diferentes, como hemos señalado anteriormente (Johnson 2000). Se han identificado al menos doce teorías sobre la violencia, que pueden agruparse en psicológicas, psicosociales y socio-culturales (Feldman y Ridley 1995), pero según estos autores lo que ha predominado es el enfoque del “aprendizaje social”, que enfatiza el aprendizaje observacional de modelos de comportamiento y los determinantes del entorno y privilegia lo cognitivo, haciendo hincapié en las percepciones, expectativas y cogniciones, como mediadoras del comportamiento. El enfoque feminista, por su lado, que ha servido para llamar la atención sobre cuestiones estructurales, la necesidad de responsabilizar al agresor y de incrementar las intervenciones judiciales, ha sido criticado también porque no da cuenta de la dinámica relacional, de la violencia en las mujeres, de los hombres que no son violentos, etc. Según Johnson y Ferraro (2000), a pesar del consenso alrededor de los modelos “ecológicos” (multifactoriales, que incluyen niveles que van desde lo intrapsíquico hasta lo institucional, pasando por la interacción de pareja, familiar y de redes sociales), la mayoría de las investigaciones sigue teniendo un enfoque unidireccional, con excepción de algunos que combinan privacidad, desigualdad de poder, aprobación sub-cultural de la violencia y sanciones negativas percibidas (Gelles 2000). Las discrepancias entre profesionales, diseñadores de políticas e investigadores son grandes, y se refieren fundamentalmente a cuatro temas: a) el papel de los procesos cognitivos individuales b) los procesos de conflicto en la pareja, c) la dinámica de género y d) la exposición temprana y la transmisión intergeneracional de la violencia. Existe un acalorado debate sobre estas interpretaciones alternativas y la manera de tratar la violencia: cambiar estereotipos de género versus desarrollar habilidades de manejo y “control del enojo”. En el caso de los enfoques feministas, falta trabajo empírico para vincular la categoría amplia de “patriarcado” con los factores situacionales que median entre ésta y la violencia (inconsistencia de estatus, disparidad de recursos, estrés), entre “actitudes patriarcales” y comportamiento abierto, y para identificar intervenciones basadas en el género que se puedan

combinar con las de manejo de conflicto. Con respecto a la transmisión intergeneracional también se sabe poco, a pesar de que es un lugar común (Jonson y Ferraro 2000). Esto porque las investigaciones dieron escasa atención al proceso de desarrollo del problema. También hay controversia sobre los factores que perpetúan la violencia: a) privacidad en la familia, b) ciclos de la violencia que tienen el efecto atenuante de la “luna de miel”, c) la falta de mandatos legales fuertes y consistentes y d) aislamiento social y falta de redes de apoyo. En realidad, no hay claridad acerca de los factores que predisponen, precipitan o perpetúan la violencia, y si esto sucede a nivel mundial 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. 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 nuestra exposición 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 etl.al, Taft 2004, Valdez-Santiago 2004, Cohn et. al. 2002, Hamberger 2004). Un estudio entre médicos de primer nivel de atención en Estados Unidos, por ejemplo, encontró como barreras para una adecuada atención a la violencia, la

identificación cercana con las pacientes, el miedo a ofender, la falta de entrenamiento y la falta de tiempo (Sugg & Inui 1992). Otros estudios han mostrado que dado que el personal de salud es producto de la misma tradición cultural, no necesariamente juzga negativamente las actitudes que dan soporte al abuso contra la mujer (Kim & Motsei 2002, Gerbert et al 2002). La actitud de los profesionales de la salud hacia la violencia puede ser potencialmente perjudicial, y esto ha sido observado en mujeres que reportan haber sido doblemente victimizadas: por parte del abusador, y también por parte del personal de salud, que las responsabiliza a ellas del maltrato sufrido (Sampsel 1991, Langford 1996, Campbell 1994). Entre los factores que inhiben, se señala también que la obligación de reportar a la justicia puede ser un desincentivo para ocuparse del problema, por preocupaciones acerca del bienestar y confidencialidad de la paciente (Chang 2005), y la falta de tiempo para establecer una relación de confianza que permita hacerlo, sin que resulte amenazante para la paciente (Chang 2005). También se menciona lo fatigante y poco satisfactorio que es para el personal de salud tratar de resolver estos casos, debido a la reticencia de las pacientes a revelar la violencia que sufren (Gerbert et al. 1999). Otro factor es el simple olvido de que algunas constelaciones de síntomas pueden ser consecuencia indirecta de la violencia (eventos pasados de abuso físico, sexual o emocional, depresión, ansiedad, migraña persistente, dolor pélvico, dolor de estómago vago que no cede ante el tratamiento, cuando la descripción de la manera en que se produjo la lesión no coincide con lo que se ve, cuando hay "propensión al accidente" o marcas en lugares extraños, etc). (Gerbert et al. 1999). Otro factor que señalan los médicos es que ellos están entrenados para identificar rápido el problema y "arreglarlo", por lo que tienden a "arrancar la confesión" a las mujeres con fines de diagnóstico y tratamiento, en lugar de emplear estrategias de acercamiento más lentas y "sensibles", que, como se recomienda, a la larga podría dar mejores resultados (Booher et al. 2003, Gerbert et al, 2000). La falta de resultados de la primera estrategia suele desmotivar también a los médicos, que están entrenados para obtener resultados visibles. A pesar de ello, muchos estudios hechos con mujeres maltratadas muestran que, si bien en algunos casos

ni siquiera con estrategias de acercamiento ellas revelan la situación en la que se encuentran, muchas otras estarían dispuestas a hablar de la violencia si los profesionales de salud se mostraran más sensibles (Rodríguez et. Al. 1998, Zink et al. 2004). En general, según estudios diversos, la percepción de las mujeres es que los profesionales de salud dan una respuesta inapropiada al problema de la violencia doméstica que sufren (Naumann, 1999). Otros estudios (en Inglaterra) han mostrado que antes de ir a la policía, las mujeres maltratadas sufren en promedio 30 episodios de golpes y entre 20% y 30% de ellas va a los servicios de salud, consultando más en psiquiatría que en otros servicios. El éxito de sus contactos con los servicios de salud, suponen entonces, puede tener un papel clave. Estos estudios dicen que abordar la victimización repetida puede prevenir 30% de los casos. Karen Leander (2002) habla sobre el modelo de la "postvención" (en vez de prevención) en Suecia, donde lo que se intenta es prevenir la repetición de la violencia (al igual que el suicidio) una vez detectada (porque casi siempre se ignora cuándo comenzó el proceso violento). Es parte de la discusión sobre qué papel le toca jugar a la salud pública como complemento del enfoque de la justicia penal sobre la violencia. Según esta autora, el enfoque tradicional (prevención primaria, estrategias secundarias -para reducir la prevalencia- y estrategias terciarias -para reducir la discapacidad producida) se vuelve difícil cuando se ignora mucho sobre el padecimiento, como es el caso de la violencia, por lo que en esta propuesta se usa el enfoque de los grupos de riesgo, que debe tener medidas preventivas diferentes.

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 “autopoiético” no es monolítico ni inmodificable. Ha tenido y tiene en su interior discursos “heréticos”, que si bien terminan reproduciendo su lógica, lo hacen generando ciertos deslizamientos. Quienes se encuentran en las posiciones hegemónicas en el campo son los detentadores de su ideología en el estado más “puro”. Jefes y médicos muy especializados pueden estar en este grupo, que como hemos visto tiene características de *élite*. Esto se debe, en parte, a que hacen valer los años de preparación, que suelen ser largos y requerir de disciplina, y la postergación de los disfrutes propios del lugar que ocupan en la jerarquía social. La propia disciplina que exigen de sus pacientes la han aplicado o la aplican a sí mismos por igual. Deben postergar, por ejemplo, la posibilidad de “ganar mucho dinero como especialistas” que “es la aspiración de todo médico”, según nos comentó uno de ellos fuera de entrevista, y la competencia en el campo obliga también a la disciplina, aunque la ideología hable de la abnegación del médico sólo por la “humanidad”. Según este médico, “se ha demostrado que los estudiantes de medicina son moralmente más conservadores que sus contrapartes de otras





carreras"<sup>21</sup>, lo que atribuía especulativamente al hecho de que están más dispuestos a aceptar las jerarquías y las disciplinas que la profesión exige. 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 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. ¿Quizás enfatizar los aspectos coercitivos sería una estrategia exitosa para convencer a estos médicos que detentan puestos jerárquicos?

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".

---

<sup>21</sup> Este médico del D.F., que nos hizo estos comentarios fuera de entrevista, se refería a "algunas encuestas" sobre valores, que demostraban que los estudiantes de medicina eran más conservadores por ejemplo en relación con la sexualidad.

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”.

Las inercias institucionales, dice Hood, son más fuertes en comunidades discursivas profesionales recónditas y de aspecto introvertido que tienden a ser “autopoiéticas” porque encarnan distintos patrones de discurso que requieren de una laboriosa traducción al tratar con el entorno, por ejemplo el derecho, la medicina o las ciencias naturales. Este tipo de comunidades tenderá a responder a las presiones del entorno hacia la apertura, de maneras que reproduzcan sus modos básicos de operación con un mínimo de disturbio, por lo tanto sus respuestas tenderán a ser problemáticas y llenas de efectos colaterales no esperados, como parece ocurrir con el orden médico en relación con este tema. No podemos predecir entonces si en este caso ocurrirá lo que Hood denomina “repliegue por etapas”, donde las instituciones responden a las presiones al cambio en dos fases: con las respuestas de “primer orden” operan cambios en los arreglos gerenciales y organizacionales que no modifican las estructuras más profundas y los sistemas nodales de valores, y con las respuestas de “segundo orden”, en cambio, producen cambios en esos “valores”. La evolución ocurre cuando todos los actores han absorbido nuevos valores (Laughlin y Broadbent 1995 citado por Hood 2001). 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.

Encubrir el proceso de formulación de una política, dice Hood, equivale a encubrir el juicio político –sobre la prioridad relativa de diferentes principios- por parte de quienes reclaman cierta clase de experticia tecnocrática o autoridad *no política*, como señala Fraser, citada más arriba, mecanismo que Bourdieu (2001) llama un *lenguaje político no marcado políticamente* y que halla su paradigma en el discurso cientificista. Para Hood, sin embargo, “se necesitan pronunciamientos públicos acerca de cómo los asesores razonaron los problemas, para evitar la *impresión* de juicios políticos *ad hoc* enmascarados como experticia tecnocrática” (cursivas nuestras). ¿Es sólo una “impresión”, o es algo constitutivo de las políticas públicas? El mismo Hood, al ir más allá del aspecto sistémico-institucional y observar el contexto de las políticas, encuentra que “las estrategias de prevención de la responsabilización parecen definir las políticas tanto o más que las consideraciones “funcionales” relacionadas con las características técnicas de

los problemas". Esta responsabilización puede provenir de diversos agentes "públicos" o "privados", y como vimos en los primeros capítulos, en el caso mexicano, los discursos y la opinión pública internacional fueron elementos de gran peso.

### 6.5. Si hubo guerra, que no se note

Recientemente los medios de comunicación fueron espacio de una fuerte polémica alrededor del vestido típico que usaría "Nuestra belleza México" en el certamen de Miss Universo, en un desfile a celebrarse en el Distrito Federal -luego de descartar la ciudad de Oaxaca, elegida originariamente, para evitar mostrar al mundo los conflictos políticos que ahí se hacían visibles. El primer diseño propuesto para cubrir a la "belleza mexicana" llevaba imágenes de la "Guerra Cristera", la sangrienta rebelión católica de los años veinte en contra del laicismo del estado. En estas imágenes, se representaban personajes colgados de la horca y mujeres de negro asistiendo a misas clandestinas, así como la Virgen de Guadalupe. El diseño debió retirarse y ser cambiado por otro, después de una ardua batalla en la que predominó el argumento de que el vestido exhibía ante el mundo "trapos sucios" que "debían lavarse en casa", como dijo un personaje entrevistado en radio<sup>22</sup>. Este argumento prevaleció por sobre los que señalaban que reivindicaba los valores de un sólo sector de la sociedad. El nuevo vestido exhibió, en cambio, una especie de naturaleza muerta vernácula donde destacaban los elotes, el maguey, las vasijas de barro y demás elementos típicos, ordenados al estilo de los tradicionales "altares de muertos". Que un concurso de "belleza femenina" -uno de cuyos principales atributos en la moral de género es la pulcritud- no está libre de política, sin embargo, quedó demostrado cuando la representante de Estados Unidos fue sonoramente abucheada por el público, probablemente en relación con las discusiones que se estaban realizando

---

<sup>22</sup> Una nota en La Jornada del día 14 de Abril de 2007 informa que "Numerosos historiadores, analistas políticos, artistas e incluso religiosos como el sacerdote Miguel Concha, expresaron su repudio al atuendo: 'no tiene ningún sentido desenterrar conflictos políticos o religiosos que enfrentaron a los mexicanos. Felizmente, eso ya está superado. Hubo violencia y volverla a exhibir es un contrasentido, es aberrante, desentona y es inoportuno', afirmó el religioso".

paralelamente sobre las nuevas leyes migratorias en aquél país y que afectan a gran número de mexicanos.

Al comentar en radio la “Nueva ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia”<sup>23</sup> una de las diputadas que la impulsó —de quien no es posible sospechar defender una ideología de derecha—, destacó más de una vez que esta ley impediría que ocurran más feminicidios, que son una vergüenza nacional frente al mundo. Con diferente intención quizás, pero igual efecto, la embajadora de México ante la Unión Europea, la víspera de la presentación de un informe de ese organismo sobre feminicidios en el mundo, declaró con preocupación que lo único que deseaba era que el dossier sobre Ciudad Juárez fuera fidedigno, porque “a todos nos preocupa la imagen de nuestro país”<sup>24</sup>. Las sucesivas autoridades del estado de Chihuahua apelaron al mismo discurso para acallar las voces de quienes reclamaban justicia para las víctimas de Ciudad Juárez. Estas voces disonantes, decían —y no los crímenes—, “enlodaban” la imagen del estado y del país.

La nación aparece en estos discursos como una familia y “los trapos sucios se lavan en casa” como dijo un oponente al vestido cristero de Miss México, entrevistado en radio. Confirmamos esta misma impresión al consultar el diario de campo de nuestra investigación y verificar que más de un directivo de hospital nos había interpelado con visibles signos de molestia por el hecho de ser “*extranjeras* investigando estos temas”<sup>25</sup>. Llama la atención la gran persistencia de este discurso sobre la nación, que pareciera atravesar todos los estratos y el espectro ideológico. Tapar el conflicto apelando a lealtades de nivel superior como la familia o la nación es un recurso muy frecuente. ¿Es por eso que cuesta tanto trabajo hacer de la violencia contra las mujeres un tema público?

---

<sup>23</sup> En W Radio, en el programa “Hoy por hoy” que conduce Carmen Aristegui, el día 2 de Febrero de 2007

<sup>24</sup> Milenio Diario

<sup>25</sup> Dos de las entrevistadoras de este proyecto, entre las que me incluyo, eran “de origen extranjero”.

Como dice Bourdieu, la construcción de grupos dominados sobre la base de tal o cual diferencia es inseparable de la construcción de grupos establecidos en base a propiedades genéricas, que en otro estado de relaciones simbólicas definirían la identidad social y a veces legal de los agentes concernidos (los hombres, los ciudadanos, los patriotas, etc.). Estos tienen más interés en la perpetuación de una relación *dóxica* con la realidad que lleva a aceptar como naturales las divisiones establecidas o a negarlas simbólicamente por la afirmación de una unidad (nacional, familiar, etc.) de mayor rango. Los avances del feminismo en la definición de las políticas y quizás más aún los de las mujeres comunes que más silenciosamente han debido adaptarse a las transformaciones sociales y a la crisis, adquiriendo sin querer mayores condiciones de autonomía, han producido sin duda un discurso de reacción conservadora, que busca reafirmar los valores de la familia tradicional. No sólo eso. Estamos, se nos dice, en un momento crítico donde impera la violencia en todas sus formas y más que nunca “los mexicanos debemos unirnos”. Pero la globalización y las políticas neoliberales han hecho su parte, ya que han obligado a los estados nacionales a redimensionarse y en el caso de países como el nuestro, han socavado su capacidad para imponer un orden donde impere la ley. “Los fanatismos prosperan precisamente por la falta de una religión cívica acordada libremente, por la falta de una ética política y social verosímil” dice Régis Débray (2000). Agrega este autor que hay una relación intrínseca entre la desaparición de puntos de referencia y el ascenso de mitos de los orígenes. La retórica de la “gran familia mexicana” (y también la de la pequeña, al justificar la militarización del país con el argumento de que esto impedirá que la delincuencia y las drogas “entren a su casa”), es bombardeada por los medios de comunicación justamente en un momento de grandes conflictos, violencia delictiva y dificultad para hacer que opere, no solamente un estado de derecho (que refiere al tema de la justicia, necesariamente político) sino incluso al mismo estado de la ley (Castoriadis 1996). La cuestión de la justicia, dice este autor, es la cuestión de la política, de cuando la institución de la sociedad ha dejado de ser sagrada o tradicional y el “reino de la ley” no puede eludir la pregunta ¿qué ley, por qué esta ley y no otra? En este “regreso a lo sagrado” los miembros del ejército se



convierten en “nuestros héroes”, aun cuando algunos sean sospechosos de haber violado y asesinado a una anciana indígena, a quien las autoridades ahora insisten en “dejar descansar en paz”, como dijo el gobernador del estado donde ésta fue asesinada. Al igual que las muertas de Juárez, ¿ella también deberá inmolarsse en el altar de la unidad nacional, o de la gran familia? ¿Es para sorprenderse cuando la misma retórica del ser nacional otorgó a las mujeres este valor simbólico –que no social-? Dice Lauren Berlant (2000) que la manera de entender la privacidad y la política del sentimiento nacional “reducen la sociedad a un espacio libre de luchas y el hogar a un espacio libre de dolor”. ¿No es una mala apelación el lenguaje del “desamor”, que tantas críticas suscitó entre los juristas mexicanos al comentar la nueva ley contra la violencia hacia las mujeres<sup>26</sup>? Este lenguaje, que habla de celos, indiferencia y desamor como si fueran el “huevo de la serpiente” que romperá en feminicidios ¿no termina convirtiendo a este discurso no sólo en algo inasimilable por el orden jurídico sino además, en un mecanismo de reproducción de la subjetividad femenina basada en el amor romántico y la armonía conyugal? Creemos que estas cuestiones merecen ulteriores investigaciones. Como dice Berlant, la identificación compasiva que ancla la unidad nacional –al igual que la familiar-, establece la eliminación del dolor como el límite de la responsabilidad política. Aunque se refiera a la cultura política norteamericana contemporánea, su propuesta no deja de ser sugerente para pensar en nuestro caso. El alivio del dolor como fin político autoriza un discurso terapéutico, que en última instancia desplaza las cuestiones de equidad y valor como asuntos de poder. ¿El sector salud pagará los platos rotos, como dijo nuestra funcionaria?

Es quizás porque cumple esta “función”, podríamos especular, que el programa – aunque con menos recursos- no ha sido cancelado, como se suponía desde un principio dado el tinte conservador de las nuevas autoridades federales. Todo el proceso parece mostrar la vulnerabilidad de una política pública cuando no es sostenida por movimientos sociales fuertes, con todo el mérito que han tenido las

---

<sup>26</sup> Milenio Diario, Sábado 3 de febrero de 2007.



feministas a pesar de esta característica en México. Como ya hemos señalado, 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. 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*. Como hemos sostenido numerosas veces a lo largo de este trabajo, 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 aun persiste. De estas confluencias históricas emerge una política determinada y no llega al mundo sin esas marcas. Iniciativas como ésta son terreno de disputa. En ellas los sujetos son importantes, pero más 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 es haberlo hecho visible. No obstante, creemos que hemos aportado algunos elementos para enfocar mejor el objetivo, de modo que los problemas sean más nítidos y se pueda decidir mejor qué hacer con ellos.