

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

Organiza este capítulo, fundamentalmente, el material obtenido en las entrevistas a los profesionales de salud directamente relacionado con preguntas acerca de la norma oficial, los procedimientos que deberían seguirse, los que efectivamente se siguen, su posición sobre la posibilidad de notificar o incluso involucrarse en denuncias ante instancias legales, los límites que encuentran en la propia práctica profesional, la percepción de apoyo por parte de su institución y de otros sectores de la sociedad si decide involucrarse, y fundamentalmente su concepción de la violencia intrafamiliar en términos de problema público vs. privado, lo cual también condicionará fuertemente su manera de tratar el asunto. Las posiciones sobre el carácter legal o médico de la violencia se relacionan con las tensiones entre el campo médico y el jurídico, pero también con los discursos que hemos analizado anteriormente, es decir, su visión de las mujeres o más en general de quienes sufren violencia. Al mismo tiempo el carácter público o privado de los asuntos familiares, que tiene que ver con posturas tradicionales o “modernas” sobre los individuos y la familia, se mezcla con el discurso aparentemente científico de las patologías y su forma de tratarlas.

5.1 Público y privado

Entre los profesionales de la salud encontramos las mismas ambivalencias que podrían verse en las mujeres y en la sociedad en general en relación con el carácter público o privado del tema de la violencia doméstica, pero con características peculiares según la posición que ocupan en el orden médico. En efecto, los mismos términos “intrafamiliar” o “doméstica” remiten a lo privado. Por otra parte, la mayoría asume que es un problema grave y que “algo debe hacerse” al respecto, pero echan mano de argumentos de al menos dos órdenes distintos:

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

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

Ahora bien, dentro del orden médico, la posibilidad de “curar” la violencia doméstica resulta incierta, así como “prevenir” su propagación, salvar vidas, o incluso evitar gastos hospitalarios excesivos, lo que parecen ser las estrategias discursivas elegidas por el programa para convencer a los profesionales de salud de que el problema les concierne. Al mismo tiempo, el orden legal es visto por ellos como un ámbito hostil, oscuro y ajeno, que en definitiva tampoco resuelve el

problema. Quizás por eso los médicos tendieron a no pronunciarse sobre el asunto o más bien a "quitárselo de encima", a través de apelaciones a la "interdisciplina" y la derivación a "salud mental" o a la canalización indirecta al orden legal, vía los trabajadores sociales.

Pero como señalábamos más arriba, el orden médico tampoco renuncia del todo a tratar un problema que juzga grave y riesgoso, y la ya mencionada preferencia por enviar casos a los psiquiatras, tal vez tenga que ver con que los médicos aún albergan alguna esperanza en que el saber médico, por más "secundaria" que sea la especialidad indicada para ello, tendrá herramientas de orden médico para curar "este mal". Incluso cuando parecieran inclinarse por "encerrar" además de —o ante la imposibilidad de— "curar", derivando pacientes a trabajo social con una notificación al Ministerio Público, lo hacen confiando en que "el médico legista sabrá qué hacer" en estos casos.

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

De acuerdo con Nora Rabotnikof (1997), la dicotomía público vs. privado ha asumido históricamente diversos significados, de los que analiza tres: a) la oposición entre lo *común* y lo *particular*, b) la de lo *visible* en contraposición a lo *oculto* o secreto, y 3) la de lo *abierto* en oposición a lo *cerrado*. Lo público se asocia, en la primera acepción, con lo colectivo, lo que es de interés común, (por

ejemplo la seguridad pública o la salud pública) mientras que lo privado se relaciona con el interés individual. La dicotomía sociedad política vs. sociedad doméstica, proviene de esa distinción previa. En la segunda acepción, lo privado es aquello de lo que no puede hablarse, en contraste con lo que es objeto de publicidad. Y en la tercera, lo público es lo accesible a todos (como los lugares públicos) mientras que lo privado es aquello que no es objeto de uso colectivo, sino que se encuentra "cercado". Rabotnikof señala que estos tres sentidos asociados a lo público y lo privado se han articulado históricamente de manera variable, desde la antigüedad hasta la sociedad moderna. Así, lo público puede ser tomado como el espacio de los iguales (en la versión de la *polis* griega), es decir, donde no hay sometimiento y los asuntos se discuten a la luz del día y en un espacio abierto. Podríamos ver a lo privado (el ámbito de la familia), en contraste, como aquel espacio donde los problemas "no se hacen públicos" y donde no existe la misma igualdad. En la manera actual de comprender la violencia doméstica se deja ver lo primero (el carácter oculto de esa violencia), mientras que lo segundo, la existencia de sometimiento al interior de la familia, no es tan transparente ni percibido. Esto porque las versiones más modernas de lo público y lo privado, se apoyaron en la distinción establecida por el derecho romano entre el derecho público, que se refiere a los asuntos del pueblo, y el derecho privado, que regula las cuestiones del ámbito mercantil y familiar, espacio dominado por el *pater familias* (Rabotnikof op.cit). A su vez como han señalado las feministas, la división entre lo público y lo privado, que es política y revela el carácter inferior de uno de los dos polos, establece dos tipos de poderes: social, para lo público y natural para lo privado, que correspondería al espacio doméstico, naturalizando de esta manera un orden que es patriarcal y desigual (Pateman 1996).

Versiones liberales más modernas distinguen entre una cara pública y una privada pero al nivel de los individuos (Sennett 1978), reclamando el derecho a la *privacidad* personal en aspectos que el individuo considere privados. Otra versión de lo privado versus lo público que es de interés para nuestro tema, es la que puede denominarse "romántica" en términos de Brown (1999); este concepto se

remonta a Rousseau y continúa con los comunitaristas y ve a lo privado como aquellos lazos comunitarios sostenidos en la cultura que, distinguiéndose del estado y la economía, dan sustento a la comunidad política. La noción habermasiana de esfera pública comparte con esta visión la defensa de un mundo cultural vinculado a la vida de los individuos, en oposición a la burocracia y a las organizaciones de la economía, pero difiere en un aspecto básico, que es postular el ideal de la discusión racional entre sujetos libres sobre visiones alternativas del bien, en lugar de defender un orden moral compartido y homogéneo. Es a través de esta esfera pública como el mundo de la vida -que tiene una parte privada y una pública-, se vincularía a la sociedad política. Suele usarse este modelo teórico para plantear la necesidad de una sociedad civil orientada a la defensa de los derechos y cuyo medio es el diálogo racional (Cohen y Arato, 2000).

Nancy Fraser (1989) reconoce que el modelo de Habermas corrige la visión dualista de la distinción entre público y privado, al introducir esta distinción tanto en el espacio de la integración sistémica (entre el estado y la economía oficial) como en el espacio de la integración social o "mundo de la vida". De este modo, el mundo de la vida tendría un aspecto vinculado con lo público estatal (a través de la esfera pública), y un aspecto privado, vinculado a la esfera de la economía oficial (a través de la familia, que le provee de trabajadores y consumidores). Sin embargo, según Fraser (op.cit), Habermas no advierte que la familia está fuertemente atravesada por roles de género definidos y desiguales, en la medida que el rol de trabajador es masculino (el trabajo gratuito de crianza no es considerado por él como parte de la reproducción material) mientras que el de consumidor es femenino. Fraser señala que el modelo de Habermas, al ubicar a la esfera íntima del lado de la reproducción simbólica, olvida el hecho de que en la familia los medios del dinero y del poder están fuertemente implicados, en una relación de clara desventaja para las mujeres. Paralelamente, el rol de ciudadano que predomina en la esfera pública de la sociedad civil habermasiana también es masculino, según esta autora, en tanto sus principales características (opinión pública, diálogo argumentativo, formación de la voluntad, defensa de los débiles)

corresponden con las virtudes masculinas. En contraparte, las mujeres suelen ver invalidados sus argumentos en cuestiones tan cruciales como el consentimiento para mantener relaciones sexuales o, en cuanto a nuestro tema, en la denuncia de violencia por parte de su pareja. Fraser se pregunta por la capacidad de diálogo y de participación en la esfera pública que pueden tener las mujeres, cuando existe una creencia tan arraigada sobre su incapacidad y su “necesidad de ser protegidas”, en un espacio público entendido de manera masculina. La autora finaliza con una cuestión clave: si la tarea de la sociedad civil es luchar por la “descolonización del mundo de la vida”, el problema no es saber si éste se impondrá moralmente por sobre la lógica de los sistemas, sino cuáles de sus normas prevalecerán. Las feministas, en la medida en que han insistido en la urgencia por “politizar lo personal” han sacado a la violencia doméstica del ámbito intocable de “lo privado” y lo han llevado al terreno de los derechos. Pero aquí nos encontramos con otra tensión, que es la que existe entre el reconocimiento jurídico y el reconocimiento social de los sujetos (Honneth, 1997).

Ser sujeto del derecho, como veremos más adelante, no equivale a “tener derechos que hacer valer” como persona. Por otra parte, como señala Eagleton (2004), la idea habermasiana de esfera pública basada en la pragmática universal, no sólo confía tal vez ingenuamente en la orientación al consenso de las propiedades del lenguaje, sino que al tener como horizonte una idea abstracta de justicia y excluir el cuerpo, excluye con él las necesidades concretas y materiales de los individuos. Para este autor, el incesante proceso de discutir todas las cuestiones relacionadas con los valores corresponde a la esfera pública, pero esta tiene como condición que las particularidades concretas de los individuos puedan ser respetadas y satisfechas, a través de la igualdad de derechos para participar en la definición de los valores. Pero debe haber legitimidad social para el que habla, ya que la autoridad, no sólo emana de quien habla sino que también es conferida por quien escucha. Cierta tipo de mujeres no tiene esta autoridad. Frecuentemente hay más de un conjunto de reglas en juego en un campo, por ejemplo el jurídico, acerca de quien está autorizado a hablar en público, o quien

puede tener voz política (Fraser, 2001). En relación con esto Clavreul recuerda que la palabra "atestiguar" proviene de "testículos" (así como "histeria" de útero). Como señala Lawler (2004), la práctica de justificación por la que un juez declara a alguien "culpable" de algo, lo patologiza o lo descalifica, no es la práctica abierta de justificación que opera en un campo. En los casos de violencia sexual, por ejemplo, los jueces bien pueden invocar, no el derecho, sino el sentido común acerca del comportamiento adecuado de hombres y mujeres. En la medida en que estos juicios no están "descolgados", sino que coinciden con las verdades del sentido común, los jueces no pierden autoridad al pronunciarlos (aunque se los pueda criticar), porque su autoridad está en su persona.

Las mujeres entrevistadas por nosotros confirmaron esto, al reportar de manera sistemática haber sufrido maltrato en los servicios de salud y de justicia, que se manifiestan a través del estigma, el descrédito de sus testimonios, y la sospecha inmediata de que "se lo han buscado". El entorno social e institucional de las mujeres que sufren violencia juega un papel ambivalente, en algunos casos promoviendo el discurso de los derechos o de la dignidad, pero en otros, a veces de manera preponderante, transmitiendo y perpetuando los mensajes que legitiman la violencia. Esta no puede ejercerse sin antes quitar al otro el carácter de "semejante". El mundo de la vida no siempre representa un mundo de valores positivos y de consenso, sino de poder y conflicto. La persistente caracterización de las relaciones de género en el espacio doméstico como un asunto privado, hace que, siguiendo con la dicotomía visible vs. oculto, las relaciones de poder en su interior no sean cuestionadas, o incluso reconocidas. Este discurso "privatizador" de la violencia doméstica ha sido crecientemente confrontado por otro, proveniente de los movimientos de derechos humanos y de mujeres, que también circula en los medios de comunicación y penetra por lo tanto en el espacio de lo "privado", reivindicando muchas veces la idea de una "sociedad civil" como agente que, ante las insuficiencias o arbitrariedades del estado, debe velar por la defensa de los derechos de los ciudadanos y garantizar su cumplimiento. Este discurso está presente en las políticas con perspectiva de género y en el

programa de prevención de la violencia doméstica en particular, y los profesionales de salud lo han recibido a través de diversos medios tanto de las directrices de la Secretaría de Salud como de los medios de comunicación.

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

La ambivalencia de los profesionales de salud en relación con la distinción entre lo público y lo privado se manifiesta entonces en la articulación de diferentes discursos. A veces equiparándola con la distinción visible-oculto, ellos manifiestan que la violencia doméstica es un problema “público” porque, aunque se quiera ocultar, siempre alguien (y en seguida todo el mundo) se entera. Por lo mismo, es más fácil de controlar en ciudades pequeñas, donde todos se conocen y resulta difícil de “ocultar”. Aquí lo público toma la acepción de lo visible, lo que a través del rumor o el chisme se vuelve de dominio público. Es público a pesar de que “no debería serlo”.

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

clases bajas, mientras que en las clases “educadas” predominaría la “violencia psicológica”.

Otra versión de lo público que dieron los entrevistados es la que identificamos con el discurso feminista, donde lo privado, al convertirse en un asunto de derechos, pasa al ámbito de lo político. En este caso, los entrevistados insisten en que aunque la gente lo considere privado “hay que meterse”, y si es necesario indagar con preguntas indirectas que eviten ofender, para poder intervenir. Una pregunta clave y efectiva que descubrió una enfermera era “¿con quién dejó a sus hijos?” porque ahí -comentaba-, “se sueltan a llorar y empiezan a contar todo”. Esta profesional, que parecía conocer los puntos débiles de las mujeres, demostraba al mismo tiempo su competencia en una de las estrategias típicas del orden médico cuando tiene que usar todas las armas disponibles para que el enfermo se someta a su orden y de ese modo intervenir a favor de la salud de la población. Es decir, el discurso de los derechos de la mujer se combina con las exigencias de la salud pública, y no necesariamente de manera “cínica”. Sin embargo, hay ciertos límites que muestran que algunas transgresiones, no sólo son intratables por el orden médico sino que además éste prefiere no verlas. Cuando se trata de violencia sexual, por ejemplo, algunos profesionales que se declaran comprometidos con los derechos, prefieren “no meterse”. Esto parece ser mucho más “privado” y genera pudor, cierto moralismo (no ser “metiche”) o incluso rechazo, pero es transformado en el discurso médico en una aparente estrategia terapéutica: “para qué le hago revivir a la señora lo que le pasó, mejor le hablo de otra cosa para que se olvide” (ent. 30).

Casi la totalidad de los entrevistados, tanto hombres como mujeres, fue así ambivalente respecto del carácter público o privado de la violencia doméstica. La mayoría se pronunció a favor de considerar público el problema y de tomar acciones al respecto, ya sea por verlo como un delito o -con mayor frecuencia- como un riesgo social. Sin embargo, al mismo tiempo manifestaban temor a meterse en algo “privado” y sufrir agresiones. Como dijo una doctora, “es un delito

(...) pero el marido puede venir a decirme, oiga usted por qué se mete en lo que no le importa, no?”. La mayoría se mostró partidaria de “hacer algo” pero al preguntárseles quién debía hacerlo, muchos declaraban que no era su especialidad “meterse en eso”.

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

5.2 Orden médico y orden legal

La ambivalencia de los profesionales respecto del carácter público o privado, delictivo o patológico de la violencia doméstica se extiende a la definición acerca de lo que “hay que hacer”. Nuevamente aparece aquí un probable temor al “embudo del compromiso” (Scollon, 2003) si se involucran en cuestiones del ámbito legal. Muchos creen erróneamente que si siguen las normas oficiales para la atención de la violencia intrafamiliar en los servicios de salud, estarán obligados a acudir a atestiguar en un juicio, cuando en realidad sólo se les pide “notificar” los casos para sentar antecedentes, si la mujer decide eventualmente denunciar. Si los médicos se sienten cómodos en el papel de “expertos científicos” convocados por la justicia, no lo están cuando el diagnóstico que deben extender al ámbito legal no se reduce a consignar lesiones o fracturas, sino que va acompañando un expediente –legal y no médico- de violencia intrafamiliar. Para el médico no hay un agresor visible, lo que lo obliga a dar crédito a la palabra de la mujer, que como vimos, es dudosa. La mayoría de los profesionales declaró que evitaría involucrarse en la defensa de una mujer maltratada sin haber sido testigo presencial de la agresión, ya que no podía fiarse del relato de la mujer.

Uno de los médicos encargados de promover el programa en una jurisdicción de salud, comentó que como estrategia de convencimiento a los médicos de los hospitales, les advertía que si no notificaban los casos de violencia al Ministerio Público podían *quizás* recibir alguna sanción profesional en el futuro. Sin embargo, el sistema legal era para la gran mayoría de ellos algo ajeno, oscuro y también desautorizado. Manifestaban gran desconfianza en sus instituciones, que “no resuelven nada”. La mayoría expresó no querer verse involucrada, o crearse problemas -sin especificar cuáles son-, al tener que “dar la cara” y “poner la firma” en un ámbito al que ven como hostil. Los problemas que, dicen, esto les ocasionaría, son enumerados de manera vaga y en un listado inconexo, por ejemplo, puede haber represalias de los agresores por meterse en lo “privado”, pueden “perder lo que tienen” por estar defendiendo algo indefendible, poco claro, donde la propia víctima no sostiene su posición de denunciante, pueden dejar de cumplir sus obligaciones profesionales por tener que ir a presentarse ante el juez que los puede citar en horarios de trabajo, y con ello hacerse acreedores de sanciones por parte de los superiores o incluso perder el empleo. Esto, además de mostrar la falta de apoyo de los directivos de los hospitales a acciones legales en favor de las pacientes, pone en evidencia que el temor de los profesionales parece estar más dirigido al propio orden médico que al jurídico, al que más bien ven como ajeno. El orden médico, señala Clavreul, se sustrae a la ley porque se juzga de nivel superior, lo que quedó de manifiesto en muchas de las declaraciones de los médicos. “A mí sólo me responsabiliza la historia clínica” (ent. 59). “Me molesta que vengan al consultorio *después* de haber pasado primero por el Ministerio Público (...) es Salud el que debe coordinar las acciones” (ent. 1). El orden jurídico requiere cada vez más del saber médico y éste ejerce así un imperialismo “científico” que se sustrae al orden legal. Rehuye cuestiones éticas y privilegia, en caso de controversia, la solidaridad profesional.

Es quizás por una mezcla de desconfianza en el ámbito legal y el deseo de evitar las incomodidades que les ocasiona vincularse con él, que los profesionales recurren a la patologización de las mujeres y a otros elementos del discurso

médico: el secreto, o la posición en el orden de las especialidades (siempre habrá otro médico que tenga ese saber, en este caso un médico legista). Un psiquiatra dijo: “es un delito que hay que castigar para controlar a la gente *mal formada*, pero el sistema legal no lo hace, los llevan a la cárcel y salen a los ocho días, si la señora no se fue de ahí, se las va a pagar todas... por lo tanto, lo que queda es *educar* a las próximas generaciones” (ent. 49).

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

Retomando algunas ideas de Clavreul, el orden médico y el orden legal comparten varias características: son normativos y prescriptivos; deben garantizar el orden del cuerpo -orgánico en un caso, social en el otro; declaran el estatus de un sujeto

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

Muchos entrevistados, al plantearseles la situación hipotética de tener que atender a una mujer o niña embarazada como producto de una violación, se declararon partidarios de “la vida” por sobre cualquier derecho establecido (en México el aborto por violación no está penalizado). Con la excepción de quienes desde posiciones cercanas a la eugenesia social postularon que quizás habría que

considerar un aborto “terapéutico”, porque el “producto” podía presentar deformaciones o problemas, al ser hijo de un ser agresivo y mal adaptado (ent. 2), muy pocos tomaron la posición contraria; la mayoría se mostró ambivalente o francamente a favor del “bebé”, por ser “una vida”. Muchas de las mujeres profesionales entrevistadas, junto con estos argumentos, se identificaron con la “madre” y expresaron el temor a quedar estériles casi como un castigo después de un aborto (“puedes *fallar* más adelante”), o a sentirse culpables por haber rechazado un hijo propio, a pesar de no haberlo deseado. Incluso hubo quien se identificó: “*uno como feto, percibe todo lo que la mamá vive*”. Es un ejemplo de la forma en que el discurso médico opera ideológicamente: las “leyes naturales” que el orden médico interpreta a su modo, aparecen por encima de las leyes humanas, pero como veíamos en otro capítulo, poco tienen de naturales, en la medida en que la naturaleza misma “elimina” individuos en favor de la especie, y que finalmente estas mismas leyes aparecen en el discurso médico cargadas de moralidad (el castigo de quedar estéril, la falla como madre, la culpa, etc.). Más que leyes “naturales” (que determinarían qué es una vida humana y a partir de qué momento lo es), son leyes morales, que contradicen los propios argumentos científicos utilizados en muchas partes como fundamento para despenalizar el aborto.

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

existencia de derechohabientes (dice Clavreul) no es necesaria para poner en funcionamiento el aparato judicial, que funciona independientemente de éstos.

Si esto es así, cuando los profesionales de salud dicen a sus pacientes “hay una ley que te protege, úsala” o “haz valer tus derechos” para convencerlas de que “no se dejen maltratar”, están invocando la noción de “sujeto de derechos” que propone esta política pública, inspirada en el argumento feminista de hacer respetar “el derecho de las mujeres a no ser agredidas” que probablemente oyeron en las pláticas de capacitación o en los medios. La noción de sujeto de derecho en el sentido jurídico que le da Kelsen (1994), afectaría al agresor en tanto tal, y correspondería a la mujer aportar las pruebas necesarias para que la norma jurídica de castigar su delito se aplique. Sin embargo, las instancias de denuncia suelen ser las primeras en desalentar a las propias mujeres, al aplicar otros “juegos de reglas” distintos del jurídico basados en valores de sentido común que revelan la falta de reconocimiento social de las mujeres. “Para denunciar hay que tener *valor*”, dijo una enfermera (ent. 18). Pero no se trata sólo de tener agallas sino de tener valor social. A ciertas mujeres “no se les cree”. Una psicóloga lo dijo de este modo: “No hay ese *valor* para decir que tiene este problema (...) pero es más por vergüenza, tenemos mucho pudor y decimos: *yo no quiero estar dentro de esa estadística*” (ent. 52.). Están en ciertas estadísticas quienes representan un problema social y deben ser regulados por el “estado”.

Los médicos saben que las mujeres no tienen el “valor” suficiente para enfrentarse a las instancias legales y lo manifiestan en su generalizado desprecio y/o desconfianza de las instancias de denuncia, donde no sólo no les resuelven el problema sino que incluso se burlan de ellas. De ahí que sus consejos a las pacientes en el sentido de “usar la ley” parezcan obedecer más a un deseo de librarse del problema que al convencimiento de que efectivamente pueden allí “hacer valer sus derechos”. ¿Necesitan este consejo sólo ellas?. Muchas de las mujeres profesionales entrevistadas parecían sugerir que ellas, gracias a la educación y a que ésta les permitía tener conciencia y “no dejarse” maltratar,

afortunadamente no necesitaban recurrir a demandas ante la justicia ni al azaroso proceso de tener que demostrar que *merecen respeto*. El orden médico, que efectivamente aparece como superior, se los proporciona.

5.3. ¿Normalización privatizadora?

Nuevamente, la violencia doméstica es un tema incómodo para el orden médico por su carácter híbrido, porque puede ser interpretado como perteneciente a diferentes órdenes, lo público como político-legal, lo público como problema de interés común y de salud pública, o una patología más bien privada que se hace pública por "morbo". Sin embargo se lo debe atender, desde el momento en que la salud pública lo incorporó en su lista de problemas, recurriendo para ello a expertos que hicieron un "diagnóstico" basado en números y con un lenguaje familiar para el orden médico: *incidencia, prevalencia, factores de riesgo, predisponentes*, etc. (SSA/INSP, 2003). La patologización de algo, provista por expertos, habilita para convertirlo en un problema social y por lo tanto objeto de políticas, incluyendo el cálculo de los costos de no atenderlo, etc. Pero este nuevo modelo de políticas públicas, como vimos al inicio, también se apoya en la devolución a la familia –y a la mujer en particular– de la responsabilidad de empoderarse para gobernarse a sí misma y resolver sus problemas y los de su familia. Quizás por eso el tipo de patologización que se impone es "privatizador". Lo que dice esta psicóloga ejemplifica lo declarado por muchos entrevistados: "en cuestiones legales yo no me meto, mi labor es entender a esa persona y también al que la agredió y que se den cuenta de dónde se originó todo para que puedan cambiar [con la idea de recomponer la relación y preservar la familia], darles la idea de que *podemos cambiar*, sólo hay que desear hacerlo" (ent. 50). Muchos psicólogos que se inclinaron hacia el diagnóstico de "desintegración" o "disfunción" familiar rehuyeron la idea de considerar a la violencia como un delito. Como dijo esta psicóloga, "si es un delito lo sería de los dos, del agresor y de la que lo permite" y "si fuera necesario aplicar sanciones, éstas deberían ser 'privadas' (dentro del contrato terapéutico) más que legales".

En una primera lectura del material recogido en campo, encontramos que la mayor parte de los profesionales, con algunas variaciones que señalaremos en seguida, mostraba lo que aparentaba ser una combinación contradictoria de elementos del discurso conservador sobre la familia, con elementos cercanos al discurso de los derechos de las mujeres. Tratamos de ver, entonces, en cada caso, si era posible encontrar un mayor peso de uno u otro discurso, para establecer probables vinculaciones con diferencias en edad, sexo y profesión de los entrevistados. Así, en un primer momento observamos que el discurso tradicional o conservador tenía variantes: una, claramente misógina, que fue expresada casi exclusivamente por personal directivo -fuera de grabación- y que terminaba justificando o minimizando la violencia contra las mujeres, y otra, de "empatía" con las mujeres e indignación ante un maltrato inmerecido, en tanto éstas cumplían un papel muy valioso para la sociedad como madres y esposas, postura en su mayoría sostenida por mujeres de menor rango profesional dentro de los servicios –en su mayor parte enfermeras pero también algunas trabajadoras sociales. El discurso que identificamos en un principio como más "moderno", también presentaba variantes: la que expresó la mayoría de los médicos de ambos sexos, que hemos discutido largamente en este trabajo, relacionada con la identificación de la violencia con los sectores "no educados", que por lo mismo "se dejaban" y "no hacían respetar sus derechos", y otra, más abiertamente a favor de los derechos de las mujeres y de acciones de tipo legal para proteger esos derechos, donde predominaron los profesionales más jóvenes, independientemente de su profesión, y personal que trabajaba en servicios de urgencias. Esto último probablemente se debía, especulábamos, a que por su lugar de trabajo estos profesionales no podían dejar de ver las consecuencias de la violencia que los otros podían pasar por alto. Sin embargo, la mezcla de elementos de diferentes discursos en un mismo sujeto, que tendía a ser evidente a pesar de las diferencias, hacía difícil establecer una clasificación de los profesionales en relación con su posición frente a la violencia contra las mujeres. Un análisis más atento, reveló entonces que lo que parecía una mezcla era más bien una oscilación entre discursos, relacionada con los distintos momentos de la

entrevista donde distintas posiciones de sujeto eran interpeladas. Ante preguntas que demandaban su “conocimiento experto”, las respuestas tendían a ser más neutras y quizás “políticamente correctas”, sin que esto implicara falta de “sinceridad”. Cuando se les preguntaba por sentimientos o sensaciones, en cambio, emergían elementos morales tradicionales y prejuicios sociales, como los que hemos descrito. Ahora bien, es probable que los individuos que menos tienen para ganar en el orden médico, debido a su posición subordinada en él, se desplacen con mayor facilidad hacia posiciones más “humanistas” o simplemente de identificación con las pacientes. No nos referimos solamente a enfermeras o a psicólogos sino también a los médicos de menor nivel en la jerarquía. Retomaremos estas ideas al final del trabajo.

La poca cabida que estos asuntos “privados” tienen en el discurso médico más estricto, queda puesta en evidencia cuando al mismo tiempo que envían los casos de violencia intrafamiliar a “salud mental”, dicen que “hablar con el psicólogo es ir a hablar de intimidades y/o de *pendejadas*”, como aludió irónicamente una psicóloga a la manera en que los médicos caracterizan su práctica. Ahora bien, decir (a una enfermera o a una psicóloga) que ha sido maltratada por la pareja, aun cuando ya éste sea un paso que no todas quieren dar, no implica para una mujer el mismo compromiso que supone la acción de *denunciar* ante instancias de justicia. Contarle a una psicóloga, es mantener el asunto en lo privado y en un marco de autoridad diferente. Muchas mujeres no dicen nada, otras dicen pero no denuncian. Las que denuncian son una franca minoría. Denunciar obligaría a convertir el problema en público, porque involucra al orden legal. Para muchos entrevistados, tanto entre las mujeres maltratadas como los profesionales de salud, lo privado es del orden de lo familiar y no debería salir de ahí (“cómo le voy a tener confianza *si no es nada mío*” le dijo una paciente a una psicóloga), los profesionales deben ganar su confianza (volverse “algo de ellas”) y en el caso de los terapeutas comprender a ambos miembros de la pareja, por lo tanto no están muy predispuestos a tomar parte en declaraciones o en sugerencias de que se denuncie. En todo caso si están de acuerdo en que la violencia es un delito –

además de una “patología”-, no son ellos quienes tienen que encargarse de ese aspecto (es pérdida de tiempo, no arreglo nada, mejor dedicarle tiempo a mis pacientes, no quiero ser “*metiche*” ni establecer culpabilidades, debo ser objetivo/a y comprender la problemática de cada uno, etc. fueron todas frases dichas por psicólogos/as.). Vemos una tendencia a la des-responsabilización individual del agresor paralela a la responsabilización de la víctima, vía la patologización social y moral, especialmente cuando el delito es cometido dentro de la familia –cuya armonía es tarea de la mujer- y sobre todo cuando la víctima no es “inocente”.

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

Cuando la violencia toma el lugar de “lo natural” en una familia, como vimos en el discurso de varios entrevistados, y se transmite a lo largo de las generaciones como una especie de “herencia biológica”, algo del orden de lo patológico parece estar en juego y hay que eliminarlo antes de que “escale”. Parece haber aquí una noción de “degeneración”, que, como dice Foucault (2001), permite ligar, a todo, un peligro patológico para la sociedad. Cuando es así, el derecho no tiene más que callarse, agrega, porque son los psiquiatras quienes están entrenados para entender esa locura que puede llegar a una intensidad extraordinaria, aunque permanezca invisible hasta el momento de estallar. Las funcionarias que

entrevistamos, sostuvieron una idea de la violencia contra las mujeres que, si bien no es ésta, puede dar lugar a interpretaciones similares cuando entra al orden médico: no hablaron ellas de herencia biológica ni de problemas cerebrales, pero sí de una transmisión intergeneracional, según un patrón que se repite de manera “inconsciente”, va en aumento y puede terminar en homicidio si los médicos no lo detectan “a tiempo”. Es deber de la Salud Pública, concluían, salvar estas vidas. Este modelo es compartido por muchos “expertos” en el tema, tanto a nivel nacional como internacional, y si bien no está exento de polémica, ha informado e informa muchas de las políticas e intervenciones al respecto, orientadas al ámbito jurídico tanto como al de la salud. Las directrices consecuentes, estarán entonces dirigidas a la “prevención” de un mal que está en el medio entre la “enfermedad” y el delito (¿el vicio?), con la ayuda del “ojo clínico” del médico. Lo que hacen los médicos, por su parte, es mandar a las mujeres a “salud mental”.

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



criminal, con lo que se puede hacer a un individuo penalmente responsable sin tener que determinar si era libre al elegir el mal o no, pero asociándolo en cambio con un riesgo que está *en su persona* y que hay que eliminar de diversas maneras.

Sin embargo, en los servicios de salud no sólo se privilegia la atención en salud mental, sino que se usan modelos “terapéuticos” que más que clínicos parecen de educación familiar, donde los profesionales recuerdan a cada miembro de la familia sus obligaciones (ayudar en la casa, “lavar los trastes”, por ejemplo) y motivan a que se comuniquen sus sentimientos unos a otros. Salud mental es educación, dijo una psicóloga (ent. 51), tarea que comparte con “las madres y las escuelas”. “Es enseñar a no gritar, no tirar basura, no ser ‘cochino’, no ser grosero, no golpear”, en suma, no ser “maleducado”, lo que permite garantizar un “orden no violento”. Pareciera una estrategia orientada a evitar que los vicios “privados” pasen a lo “público” -como espacio común-, algo que podría llamarse “moral y civismo” pero apropiado por la salud pública, en este caso a través de la “salud mental”. En la re-definición de lo público y lo privado que caracteriza al estado “facilitador” actual, pareciera ser que sólo algunos grupos de sujetos y problemas ameritan la intervención de los poderes públicos. Estos deben “normalizar” a los sujetos que implican riesgos o costos a la sociedad. Pero el juego de la responsabilidad penal y de la determinación psicológica, concluye Foucault, sigue siendo la encrucijada del pensamiento jurídico y médico. Quizás por eso, en una sociedad y para un tipo de delito donde el orden legal es claramente ineficiente, la vía elegida es la educación moral a través del orden médico. Regresaremos a esta discusión en el siguiente capítulo.