

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

PARTE II. IMPLEMENTACION DE LA POLÍTICA. LOS DISCURSOS "OCULTOS" EN EL PERSONAL DE SALUD

Introducción

Hemos enfatizado ya el carácter discursivo de la vida social, el vínculo entre lenguaje y poder que esto supone y la necesidad consecuente de analizar los problemas y prácticas sociales desde esta perspectiva teórica. Al hablar de "discursos ocultos" sin embargo, no queremos sugerir que exista un discurso oficial, de poder represivo, al que se opondría el discurso y expresión libre de sujetos "esenciales" formados antes y fuera del mismo discurso. Por el contrario, hemos sostenido que los discursos producen sujetos -o más bien "posiciones de sujeto"- (Foucault 1983), que los individuos usan de forma más o menos conciente al moverse en diferentes campos y espacios donde se juegan relaciones de poder.

Estas posiciones tienen que ver con la dimensión o el carácter *productivo* del discurso, y los individuos pueden identificarse plenamente con ellas en un momento o espacio determinados. Por otra parte, sin embargo, los discursos proponen y sostienen siempre jerarquías y definen individuos y grupos incluidos, excluidos y discriminados, saberes y pretensiones de validez que reproducen prácticas de desigualdad y represión, independientemente de que ésta sea la intención de quienes "usan" esos discursos.

Con esto queremos señalar la existencia de discursos que son anteriores y trascienden el uso práctico que se les pueda dar en un espacio dado de relaciones humanas y la necesidad de analizarlos en su articulación con otros discursos. Las personas que hemos entrevistado durante esta investigación sostienen de manera implícita y muchas veces explícita, diferentes posiciones de sujeto que pueden parecer contradictorias entre sí, y que en parte refuerzan y en parte cuestionan los discursos "oficiales". Una enfermera, por dar sólo un ejemplo, dijo que *como mujer* se sentía "solidaria" con la paciente maltratada, pero *como personal de salud*

debía enfrentar las cosas que afectan el ambiente familiar y la salud y que son responsabilidad de esa misma mujer por permitir que ocurran, en este caso la violencia doméstica, que "produce abandono, descuido de los hijos y mal ejemplo". No es lo que los diseñadores de políticas con "perspectiva de género" esperarían oír de una trabajadora de la salud, aún cuando "como mujer" se sienta "solidaria".

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

La idea de discurso "oculto", además de este carácter extraoficial o menos visible, también quiere destacar el hecho de que la "adhesión" a un discurso no siempre es producto de la reflexión. Casi sin excepción en nuestras entrevistas, los discursos más "contradictorios" con aquellos enunciados en primera instancia, surgían ante preguntas directas acerca de los sentimientos y sensaciones del entrevistado, poco acostumbrado quizás a ser interrogado al respecto y menos aún en su lugar de trabajo (se le preguntaba por ejemplo qué sentimientos y sensaciones le provocaba ver en su consultorio a una mujer golpeada). Lo que surgía allí no era ninguna clase de "sentimiento puro" o libre de discurso, sino por

el contrario, fragmentos de construcciones discursivas y muchas veces prejuicios claramente vinculados con discursos sociales y de poder, entre ellos el de género, el de las diferencias de clase, el de la naturaleza de lo público y lo privado, etc., a los que el hablante no adhería de manera conciente cuando se le preguntaba por su "opinión".

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

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

Desde esta perspectiva, los órdenes del discurso son productos históricos estabilizados, pero potencialmente sujetos a interpretación y rearticulación. Este enfoque, a diferencia de otras corrientes de la lingüística o del análisis del discurso centrados en el texto en sí, ha sido concebido de manera explícita "como ciencia social destinada a arrojar luz sobre los problemas a los que se enfrenta la gente por efecto de las particulares formas de la vida social" (Fairclough 2003) y toma la idea de "interacción" en un sentido amplio, que puede abarcar desde una

conversación (como la entrevista), hasta un artículo periodístico o un mensaje televisivo. La tarea según este enfoque, consiste en “destejer la particular mezcla de discursos, estilos y variedades discursivas que es característica de los tipos de interacción concretos”. Para ello propone prestar atención a una serie de elementos lingüísticos, de los que cada investigación en particular podrá seleccionar las más pertinentes dependiendo de sus objetivos.

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

Lo que estudiaremos en esta parte son las representaciones de la violencia doméstica contra las mujeres (que es el tema de la política en cuestión y en esas palabras viene formulado), tal como aparecen en el lenguaje en uso en los profesionales de la salud. El “tema” incluye al menos tres significantes: violencia, espacio doméstico y mujeres. La preposición “contra” -a diferencia de otras posibles como por ejemplo “hacia”- enfatiza el carácter de conflicto y agresión de esta relación, que a su vez moviliza dos ámbitos discursivos contrapuestos en algunas dimensiones: el de la familia como unidad social y el de los derechos de las mujeres.

Como se verá, al establecer una conversación sobre este tema, los entrevistados ponen en juego y articulan discursos, estilos y variedades discursivas diferentes y al hacerlo se mueven entre distintas posiciones de sujeto. Por tratarse de profesionales de la salud, todos participan del orden médico, pero no lo hacen del mismo modo dependiendo de su posición dentro de la jerarquía interna de este orden (si es jefe de un servicio o no, si trabaja en urgencias o en consultas de rutina, etc.), del tipo de profesión que ejercen (médico, enfermera, trabajadora social, psicólogo o psiquiatra), de las características del servicio en el que trabajan (hospital general, pequeña unidad de salud), del lugar geográfico y cultural donde se encuentran (capital o provincia, ciudad grande o pequeña, población rural, etc.), del momento e institución donde se formaron como profesionales (con diferentes énfasis en cuanto a la misión y práctica de la medicina), del sexo y la edad, por mencionar las características más importantes.

Para el caso que nos ocupa, tomamos como “visibles” a los discursos oficiales que sustentan las políticas de salud contra la violencia conyugal, fundamentalmente el discurso de la Salud Pública y el discurso institucional de la “Perspectiva de género”, ya que por más contradictorios que puedan ser entre sí en algunos de sus aspectos, como hemos visto en capítulos anteriores, estos discursos son los que proveen los principales argumentos a los textos elaborados para justificar esta política, señalar rutas de acción y entrenar a los encargados de implementar los

programas. Muchos de los entrevistados, al ser interrogados sobre este tema repiten textualmente frases oídas en las pláticas de "capacitación" -que a su vez están escritas en manuales y folletos hechos a tal efecto-, o vistas en carteles diseñados para sensibilizar al público o directamente en las campañas en los medios de comunicación. Pero muchas veces estas mismas frases son abiertamente contradichas e incluso repudiadas en otros momentos de la entrevista o bien "fuera de grabación". No obstante, las expresiones usadas en esos casos, que podríamos identificar como parte de discursos "alternativos", no representan tampoco claras tomas de posición por parte de los sujetos, sino discursos igualmente laxos, fluidos y ambivalentes, en general cargados de sentimientos y emociones. Esta característica, que podríamos identificar con las del sentido común o la *doxa*, permitiría pensar que los discursos pre-teóricos de los sujetos en situaciones cotidianas como el trabajo en un hospital, por ejemplo, no son totalmente impermeables a la argumentación, y que podrían eventualmente, con las intervenciones adecuadas, sufrir cambios en la forma de entender y responder a un problema social particular.

En el momento de las entrevistas, la gran mayoría de las personas que trabajan en los servicios de salud no había oído hablar de la normatividad oficial sobre la violencia intrafamiliar -que les impone determinadas acciones y procedimientos-, y pocos habían recibido "pláticas de capacitación" al respecto. Para muchos, la propia entrevista fue la primera ocasión de problematizar el tema. Es necesario destacar al respecto también, que los permisos necesarios para realizar entrevistas en las unidades hospitalarias fueron obtenidos directamente de autoridades de las principales instituciones del sector salud (SSA federal, estatal, de los servicios de salud del Gobierno del D.F, del IMSS y del ISSSTE), quienes a su vez solicitaron la colaboración de los directores de esos centros; ésto, sumado a que los entrevistadores fuimos identificados como investigadores del mismo sector de la salud, hizo que de entrada se nos asociara tal vez con "el discurso oficial", cualquier imagen que de éste se hubiera formado el entrevistado. En el transcurso de las entrevistas, no obstante, este supuesto se iba disipando y

emergían entonces los que llamamos, por practicidad metodológica, discursos “ocultos”.

Uno de los principales fue, en este caso, el *discurso médico*. Si bien en otros análisis –por ejemplo cuando se investiga la relación entre la medicina tradicional y la medicina moderna, ésta podría verse como “el” discurso oficial por excelencia, en el caso que nos ocupa fue tomado en cambio como discurso “oculto” ya que muchos de sus “puntos nodales” (Laclau y Mouffe, 1985) como se verá, se oponen y desautorizan al discurso que sustenta este programa oficial en particular. Este, como vimos, apela por un lado a la lógica de la salud pública, con la que el discurso médico mantiene una relación ambivalente, de superioridad y subordinación a la vez, y por otro a la retórica, también laxa, de los “derechos de las mujeres”, que moviliza otro tipo de discursos como el relacionado con la familia en sus diversas versiones, y el que reivindica “lo privado como político” y la exigencia del reconocimiento social de las mujeres a veces en tanto que iguales, a veces en tanto que diferentes según las variadas versiones del feminismo que también estuvieron presentes en su formulación y diseño. Lo que podemos identificar como “discurso médico” a partir de sus elementos centrales, como se verá a continuación, por momentos resulta solidario y por momentos hostil a los propios fundamentos discursivos de esta nueva política, que, aunque híbrida y ambivalente, ha tenido la suficiente capacidad interpelatoria como para convertirse en un programa nacional con no pocos recursos económicos y políticos a su disposición.

Quizás valga aquí hacer la aclaración de que cuando vemos al discurso médico como un discurso oculto por oposición a uno “oficial”, no tomamos a este último como un discurso necesariamente “hegemónico”, es decir como aquel cuyas formas de generar significado son dominantes en un momento y ámbito de prácticas, convirtiéndose en “el sentido común legitimador de relaciones de dominación -si bien sujeto a luchas-” (Fairclough 2003). Las políticas normativas de salud como ésta, –más o menos vinculantes dependiendo del sistema político

en el que se desarrollen- pueden justificarse oficialmente mediante discursos que en los ámbitos específicos de la práctica son contestados por otros discursos, ellos sí hegemónicos en ese ámbito -en este caso la práctica médica.

El hecho de que un discurso esté institucionalizado no implica que sea *autorizado* (De Certeau, 1988) o "tomado en serio" por quienes de algún modo deben someterse a él. Las formas en que esto se manifiesta son múltiples, desde la burla, la ironía, el uso de metáforas que desprestigian los elementos clave del discurso oficial, hasta formas de "resistencia" pasiva y/o adaptación, como "hacerse el tonto", "darle la vuelta al asunto", etc., formas que para Bourdieu serían ejemplos de quiebres entre "posiciones" y "disposiciones" (2000). Es decir, un discurso no es siempre ni en todas partes dominante y hay que analizarlo en la práctica en un ámbito específico. Al mismo tiempo es necesario analizar qué efecto puede tener en este campo de prácticas la existencia de discursos heréticos, ya que como dice Susan Gal (1991) algunos sirven para desestabilizar, otros terminan reforzando el status quo, otros son "subversiones auto-traicioneras" y casi todos son ambiguos. Elegimos la práctica médica en los servicios de salud porque es éste el ámbito señalado por los diseñadores de la política como el encargado de ponerla en operación.

Capítulo 3. Poner orden. El discurso médico frente a la violencia doméstica

Introducción

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

Estos elementos fueron surgiendo de manera indirecta pero muy clara, mientras los profesionales hablaban sobre la violencia doméstica, sus causas, gravedad, sujetos involucrados, tipo de problema y ámbito de incumbencia, así como el papel que debían jugar los servicios de salud en él, lo que solía hacerse y lo que debía hacerse. La entrevista apelaba a diferentes órdenes, descriptivo, normativo, “experto”, moral, afectivo, etc. y creemos que de todos los discursos que los profesionales invocaron al responder a nuestras preguntas, el discurso médico fue el más central y el que probablemente organiza y articula las demás posiciones de sujeto que puedan adoptar en diversos órdenes. Si bien encontramos variaciones según la posición ocupada por cada sujeto en el campo médico –más cercana o más alejada de posiciones de poder– y que dependía de características como la profesión, el sexo o la edad, finalmente las invariantes discursivas de este orden

fueron igualmente evidentes. Trataremos de mostrar esto en el presente capítulo y en los capítulos subsiguientes.

3.1 Orden médico

El ámbito de la medicina constituye un espacio de prácticas sociales con propósitos y funciones específicos, pero es ante todo y en particular en las sociedades occidentales, un orden *normativo*, como han puesto en evidencia autores tan diversos como Talcott Parsons (1988), Ervin Goffman (1973), Michel Foucault (2004, 2001), Georges Canguilhem (1982) o Jean Clavreul (1978). Como tal, es un *discurso* porque establece posiciones de sujeto, modelos de interacción, jerarquías, rituales, saberes, juicios y deberes de una manera particular.

Algunos de los elementos que conforman a la medicina como un orden de discurso tienen que ver con un lugar de enunciación investido de autoridad. Esta se sustenta actualmente en la *cientificidad* de sus argumentos y procedimientos, pero no ha perdido del todo su función sagrada. Tiene una particular misión y forma de relacionarse con los cuerpos humanos que constituyen, en apariencia, su objeto de intervención.

Siguiendo en adelante algunas ideas de Jean Clavreul, planteamos que el discurso médico proporciona una mitología para la época contemporánea, donde "la trascendencia ligada con la biología es la última que queda". Para este autor, el discurso sobre el hombre que constituye la medicina y que forma parte de nuestro lenguaje y de nuestra ideología, sigue siendo norma: la "humanidad sana". Lo que dicta su ley es su *cientificidad*, porque nadie discute que al menos en parte, el saber médico sea verdadero y verificable. El discurso médico es en cierto modo parasitario de la biología, y a su *cientificidad* remite cuando es interpelado por cuestiones de tipo ético, pero frente a las interpelaciones de la "verdadera ciencia" o ciencia "básica" muchas veces se ampara en su supuesto carácter "artesanal", basado en la experiencia, la intuición y el "ojo clínico". Su carácter híbrido, de

“ciencia aplicada” le permite estas oscilaciones, pero su función mítica viene dada hoy por la supuesta científicidad de su saber.

La verdad del discurso sobre la enfermedad depende entonces de su carácter científico y es independiente de quien la enuncia. Por eso la relación médico-paciente no existe realmente; en su lugar se establece otra que es permanente en el orden médico: la relación entre la institución médica y la enfermedad. Esto exige el borramiento de los sujetos en tanto que tales, no sólo el “paciente” sino también el “médico” como personas. La función de informante del paciente no modifica en nada la preeminencia de la función del médico porque es él quien organiza las informaciones que no vienen todas ni con mucho, de lo que pueda decirle el enfermo. Este es sólo un indicador de signos físicos, y no sólo alguien que demanda atención. La objetivación científica ha decretado la imposibilidad de conceder algún espacio al problema del sujeto, pero esto no constituye una *ignorancia* sino un *desconocimiento*, un *olvido a propósito*, es decir algo sistemático y estructurante en la construcción del discurso médico.

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

Esto es posible gracias a la separación que establece la medicina entre el “hombre” y el “enfermo”, con quien el discurso médico trabaja para restituir al

verdadero "hombre", quien, a diferencia del enfermo, siempre sospechoso, es libre y elige la razón y los ideales de la civilización. Pero esta característica, que es tributaria del discurso humanista, entra en tensión con algunas de las preocupaciones de la Salud Pública, como el costo financiero que la atención de un solo individuo representa a la sociedad en su conjunto –preocupación que como vimos está en el centro de las justificaciones del programa de atención a la violencia doméstica-, y relacionado con esto, choca con el problema tácito del supuesto "merecimiento" de ciertos individuos de ser "conservados" en detrimento de la especie -porque la sociedad debe pagar- (lo que va en contra de muchas conductas "naturales" donde se sacrifican individuos para preservar la especie). A pesar de su humanismo de origen, y en tensión permanente con él, la medicina no puede evitar plantearse problemas como la eutanasia, el aborto, o la anticoncepción, prácticas donde de algún modo entran en disputa los intereses de la "especie" o de la colectividad versus los del individuo. Cuando salen a la luz, estas tensiones revelan el carácter frágil del sujeto del humanismo, basado en la libertad y los derechos del *hombre*, ya que como señala Eagleton, por más cuestionado que éste se encuentre en nuestras sociedades contemporáneas –tanto por las prácticas del mercado como por los discursos posmodernos-, "el sujeto único, autónomo y autodeterminado sigue siendo un requerimiento político e ideológico del sistema" (2004).

Del intento de resolución de estas tensiones internas a la propia medicina, surgen quizás políticas de salud que articulan elementos discursivos dispares, como pasa por ejemplo en la eugenesia, que bajo argumentos humanistas –la salud de la población- oculta la preocupación por evitar una "carga de enfermedad" demasiado pesada para el sistema o la reproducción de cierto tipo de individuos considerados socialmente riesgosos. Un ejemplo de ello es la política del examen clínico pre-nupcial que se impuso en el México post-revolucionario, desde la recién creada Secretaría de Salud, con la intención de repoblar el país con una "raza fuerte y sana" y la preocupación por la transmisión de enfermedades venéreas –propias de individuos socialmente riesgosos-. Esta política basó sus fuertes

campañas en argumentos en favor de los derechos de las mujeres a “decidir sobre su propia reproducción”, lo cual fue apoyado por el movimiento feminista de la época, aunque por razones diferentes (Minna Stern 1999). Las políticas contra la violencia doméstica podrían ser analizadas de manera similar, ya que presentan una articulación semejante de discursos: los derechos de las mujeres, por un lado, y la preocupación por la carga de la enfermedad que representan las secuelas de la violencia, y por la “propagación” de este mal a las generaciones posteriores vía la “disfunción familiar”. Aquí los aspectos eugenésicos “involuntarios” tienen que ver con eliminar la “enfermedad” antes de que se “propague” -de acuerdo con el modelo de la prevención epidemiológica o, en el encuadre clínico, del tratamiento de la “infección”, y evitar así que contamine al resto de la sociedad o le signifique un costo demasiado alto.

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

3.2 La violencia doméstica en el orden médico

Los sujetos participantes en este estudio fueron definidos de antemano como “profesionales de la salud” y no en función de sus otras posibles posiciones de sujeto (mujer, hombre, católico, protestante, padre/madre de familia, militante feminista, etc.) por lo que se les convocó a hablar sobre la violencia doméstica desde esta ubicación, y a partir de la misma fueron movilizando diferentes estilos, variedades discursivas y posiciones. Las entrevistas se iniciaban así apelando a su posición como profesionales de la salud, preguntando –tal como se haría con un experto- por la gravedad, magnitud, prevalencia, visibilidad o número de casos

de violencia en su lugar de trabajo en un cierto periodo, etc. Esta resultaba una buena estrategia para que el profesional se sintiera cómodo. El orden médico, señala Clavreul “discute sus resultados técnicamente, con el apoyo de cifras, no discute su ética ni la finalidad que se asigna a sí misma”. Posteriormente se les pedían ejemplos y descripciones de los procedimientos de rutina en su servicio (generalizaciones), más adelante sus opiniones sobre las “causas” y “efectos” de la violencia (lo que muchas veces era interpretado por ellos como una solicitud de “diagnóstico”), luego sus sentimientos y sensaciones ante las presuntas víctimas de violencia y finalmente su grado de “compromiso moral” y ético con el asunto, a través preguntas que apuntaban a definir lo que “debía hacerse” y “quién debía hacerlo”. En el análisis se contrastaron estos distintos elementos para dar cuenta de la articulación de discursos en juego en este ámbito de prácticas.

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

También el vocabulario utilizado para describir las prácticas habituales ante estos casos, revela lo que es considerado una acción paradigmática en el orden médico. Cuando los profesionales de salud identifican como problema, por ejemplo, que no

es posible "hacer un seguimiento" de las pacientes después de haberlas enviado al trabajador social o al Ministerio Público, están señalando que el seguimiento – a través de un expediente clínico- es lo normal en este régimen discursivo y por lo tanto la violencia no encaja cómodamente en él, ya que no puede ser "diagnosticada" y menos entonces monitoreada. La inquietud que produce la dificultad para establecer *un diagnóstico clínico*, revela que este es un elemento nodal de la práctica médica, algo que al mismo tiempo permite señalar identidades, competencias e incompetencias, capacidades y jerarquías, en una acción que si bien se compone de acciones menores (examinar signos, preguntar, prescribir), es de un nivel superior: curar, vencer *el mal*. Una enfermera entrevistada que declaraba que *ella sí* "platicaba mucho con las pacientes", se quejó de que algunos médicos no hacían "buenos diagnósticos", porque insistían en curar el signo visible o audible (i.e. dificultad para respirar) con los remedios habituales (suministrar oxígeno o medicamentos), cuando el *verdadero problema* era un síntoma de que en la casa "valían más los perros que la señora". Pero "ver" esto implicaría ir mas allá de lo que el discurso médico permite, que entrena para ver signos físicos de patologías o lesiones, y "arreglarlos". Según Clavreul, el médico requiere una selección, quedarse solamente con lo utilizable, con lo que conviene para el diagnóstico y el tratamiento. Necesita sobre todo ponerse al abrigo del error, el error en que lo expone a caer el "enfermo" (que miente, no quiere someterse a los rigores del tratamiento, etc.).

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

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

- quejas crónicas, vagas, que no tienen una causa física obvia;

- lesiones que no coinciden con la explicación de cómo se produjeron; un compañero que es excesivamente atento, controlador o renuente a dejar a la mujer sola;
- lesión física durante el embarazo;
- antecedentes de intentos de suicidio o pensamientos suicidas; y demora entre la lesión y la concurrencia al establecimiento para atenderse.

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

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

9. Cuando sea posible, evite prescribir medicamentos que alteren el estado de ánimo de la mujer que está viviendo con un compañero abusivo, ya que estos pueden poner en peligro su capacidad de predecir y reaccionar a los ataques de su compañero.

Esta recomendación muestra que la prescripción de medicamentos es otra de las acciones paradigmáticas del médico, y al mismo tiempo le solicita evitarlo “cuando sea posible” (una vez que “determinó” si la mujer y sus hijos estaban en “peligro inmediato”). Esto explica en parte por qué muchas de las recomendaciones de los manuales para el personal de salud son ignoradas: definen un problema que no es juzgado como *tratable* en el orden médico, por más sensible al mismo que “como persona” se declare el médico o la médica en cuestión. No por nada el texto completo de esas “directrices” empieza con la frase “No tenga miedo de

preguntar", asumiendo de entrada un "miedo" en estos profesionales, tan seguros de sí mismos, por lo demás, *dentro* del orden médico.

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

Al indagar entonces en sus juicios sobre la gravedad, causas, agentes y posibles respuestas a la violencia en los servicios de salud, pudimos constatar que, en

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

En segundo lugar, la combinación de acciones de derivación a Salud Mental y a la vez a Trabajo Social por parte de los médicos –ruta de acción que parece ser la habitual y juzgada correcta por todos los profesionales-, se apoya en discursos que tipifican la violencia como un problema ante todo de "disfunción familiar". Entre las diversas maneras de clasificar las causas de la violencia doméstica que surgieron en los discursos de los propios entrevistados (patología mental, pobreza, falta de educación, cultura machista, falta de habilidades de comunicación, etc.), la de "disfunción familiar" pareció ser, no sólo la predominante sino también una especie de categoría "ómnibus" donde se combinaban todas las anteriores, en gran número de casos con fuertes connotaciones de clase.

La "disfunción familiar", un concepto que viene de algunas corrientes de la psicología, parece usarse aquí para establecer algún "diagnóstico" que permite asimilar (a la vez que desembarazarse de) un fenómeno complejo e intratable en el orden médico. Los modos de argumentación usados por un gran número de profesionales, a su vez revelaron que el uso del término disfunción familiar se articula con discursos discriminatorios pero con forma "científica". La "disfunción familiar" fue abrumadoramente asociada con las clases bajas. Considérese este ejemplo tomado de la entrevista a un psiquiatra:

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

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

En este ejemplo, por ser el hablante un psiquiatra, vemos que toda la carga discriminatoria está puesta del lado del "enfermo". Aquí él habla como médico: el enfermo del que se ocupa la medicina es aquél que porta en sí el ideal del hombre sano: la razonabilidad. En otros profesionales, en cambio, sobre todo cuando asumen plenamente el discurso médico, la carga discriminatoria se hace extensiva a aquellos encargados de atender estos "desórdenes", incluyendo a los psiquiatras. La obligación deontológica de "humanizar" los servicios médicos, señala Clavreul, tiene el efecto de crear "especialistas en relaciones humanas" de menor jerarquía. En varios centros hospitalarios, se nos comentó, llegó la orden de "hacer algo" sobre el tema de la violencia doméstica y el material impreso pertinente, y se les pidió a la trabajadora social y/o a la psicóloga de turno que dieran una plática, pero sin aclararles si era para profesionales o para el público, lo que generó confusión. Se trataba de "hacer algo" y para eso se echó mano de las profesionales encargadas de la "miscelánea". Como dijo una psicóloga: "creen que por ser psicólogo sabes de chile, de mole y de pozole". Son los "psicólogos", si acaso alguien, los que pueden lidiar con este asunto en el servicio de salud, y quizás por ello se define al problema como de "disfunción familiar". Esta representación sin embargo, es compartida por toda la gama de los profesionales, y en especial los mismos psicólogos, pero la manera de verlo es difusa: se pone en el mismo saco cualquier tipo de violencia, sea delictiva, intrafamiliar o social; no se identifican "agentes" ni un vínculo violento, la mujer parece ser un objeto pasivo o complaciente de la violencia y en todo caso se trabaja con la idea de patología individual. Si se señalan problemas culturales o educativos se enfatiza la responsabilidad individual (flojera, inadaptación), más que condicionantes sociales. Sin embargo es necesario destacar que un fuerte motivo para decidir atender o enviar casos a "terapia familiar" es la presencia de maltrato a los niños – a quienes se puede todavía rescatar- y, si se trata de una mujer, de lesiones graves como las fracturas. Las mujeres maltratadas parecen pertenecer menos que cualquier otro "enfermo" a la jurisdicción del orden médico, que trata con la posibilidad de aquel de convertirse en un "hombre sano" gracias a su autonomía y razonabilidad (para someterse al orden). Históricamente la medicina se ha dirigido

a las mujeres como interlocutoras privilegiadas sólo en tanto que encargadas de cuidar la salud en el hogar, ya que son ellas mayoritariamente quienes tienen la tarea de alimentar a los niños, llevarlos a vacunar, darles los medicamentos prescritos por el médico, etc. Quienes no cumplen con este papel social porque han perdido su autonomía y "dignidad", pasan al grupo de las intratables, como "histéricas", masoquistas, etc. Regresaremos a este punto más adelante cuando analicemos el discurso de género y de clase en los profesionales de la salud.

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

3.3. Discursos "reformistas" del orden médico

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

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

Este desplazamiento, sin embargo, variaba según la profesión o posición que adoptara el entrevistado. Quienes más se ubicaban en la posición de considerar a "la paciente" como persona y no sólo a su problema médico eran las enfermeras. Justificaban esto declarando que estaban más en contacto con las pacientes que los propios médicos y que al hablar más con ellas se enteraban de sus problemas conyugales y "comprendían" su sufrimiento. Oscilaban entre la identificación con ellas –quizás por cercanía social y/o de género– y la distancia, en tanto que "profesionales". Los enfermeros además, como su nombre lo indica, son los encargados de tratar directamente con los cuerpos de los enfermos, registrar sus signos vitales, controlar lo que entra y sale de ellos, las dosis de medicamentos, los alimentos, la frecuencia y características de sus evacuaciones, etc., es decir se encargan de las funciones corporales y la higiene de los enfermos y pasan muchas horas en estas tareas, en las que además "hablan" con ellos. Los médicos, en cambio, tratan más con "el expediente" y el discurso sobre la enfermedad que con los cuerpos mismos de los enfermos y su contacto con ellos es muy breve, en especial en los servicios públicos donde las consultas oscilan

entre los diez y los veinte minutos de duración. La enfermedad –y la suciedad-, como dice Clavreul, se constituyen en el orden médico como objetos “fóbicos”, ya que representan “lo otro” de la salud y el orden del organismo por el que luchan los médicos. Los psicólogos y psiquiatras cuando hablaban desde fuera del orden médico, por su parte, señalaban que su tarea era precisamente la de “comprender” a las pacientes y a sus cónyuges, ser empáticos y “platicar con ellos”. Entre los médicos que veían “más allá de las lesiones”, las justificaciones para hacerlo eran de dos tipos: o bien defendían una visión de su papel cercana a la medicina social, con su énfasis en considerar al paciente de manera “integral”, o bien declaraban salirse de su papel y “hacerla de psicólogo” por rasgos de su propia personalidad. Esta expresión “hacerla de psicólogo”, da cuenta de que sólo desdoblándose, saliéndose de su lugar de médico, puede éste simular una escucha y que reconoce que está ante un sujeto. En quienes dicen tratar al sujeto “integral” la visión parece ser opuesta pero en rigor es similar, ya que al concebir a la salud como armonía y a ésta como lo que define a un sujeto integrado, no pueden menos que ver al paciente como un enfermo, y por ende como incapaz de juicio. Es por ello quizás que incluso quienes decían basar las terapias en la “empatía” y la “comprensión”, describían sus métodos como los de un pedagogo, que “habla a los pacientes”, para “hacerles entender”.

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

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

Pero con excepción de algunas enfermeras, la mayoría de los profesionales se quejó de que las mujeres ocultaban el problema del maltrato, intentaban engañar, inventaban historias o simplemente no seguían sus "consejos". Se intenta reforzar el modelo del "servicio profesional", como señala Goffman (1973), precisamente porque está constantemente amenazado, y especialmente cuando es difícil someter al paciente al cumplimiento de su papel de "enfermo".

Incluso quienes declaraban "hablar" con las pacientes, ya sea por "empatía" o por las características de su propia práctica, como los psicólogos, lo hacían más hablándoles ellos a las pacientes que escuchando el discurso de éstas. En general las interrogaban para poder establecer un cuadro clínico o patología de tipo familiar, y a partir de ahí citaban a la pareja o la familia para darles charlas de autoestima, deberes y derechos de los miembros de la familia, etc. En el discurso médico, la palabra del enfermo parece ser lo menos importante y su función de informante limitarse a la de indicador de signos corporales. De ahí que la "queja" sistemática de los profesionales de que las pacientes "no quieren hablar de la

violencia" parezca responder más a un intento de desembarazarse del problema que a una necesidad de su práctica médica.

* * *

Lo que intentamos destacar en este capítulo es que si bien los sujetos encargados de responder al problema de la violencia doméstica en los servicios de salud se encuentran atravesados por diferentes discursos y modalidades de discurso, y

pueden cambiar de posición dependiendo del tema del que se les solicite hablar o del modo de hacerlo, todos, por ser profesionales de la salud y por haber sido entrevistados en tanto que tales, acusaron de manera directa o indirecta la presencia preeminente del discurso médico en su comunidad de prácticas y en sus propios mapas mentales. Este discurso tiene un "núcleo duro", formado por los elementos que hemos identificado como puntos nodales, y puede tener en los términos de Clavreul también "variantes reformistas" o "humanizantes" como las que podemos relacionar con la medicina social y hablan del paciente desde un punto de vista integral, lo cual también fue puesto en evidencia en las entrevistas. Sin embargo, éstas no son las hegemónicas en este orden de discurso, lo cual hemos intentado mostrar mas arriba. El hecho de que como "personas" o en otras posiciones de sujeto los profesionales tengan visiones alternativas de la violencia doméstica, de quienes la sufren, del papel de la salud o de lo que debería hacerse al respecto, no impide que este discurso se imponga de manera casi "natural", especialmente cuando el problema es efectivamente complejo, ajeno y difícil de tratar con las herramientas del orden médico.

Sin embargo, la medicina tiende siempre a incluir nuevos problemas en su orden y a encontrar nuevos sentidos (médicos) donde antes no los había. Las adicciones, ciertos desórdenes mentales, la sexualidad y muchas otras cuestiones que fueron antes objeto de la moral pasaron al dominio médico, sometiendo a los individuos a nuevos análisis, pruebas y vacunas que lo ponen a cubierto de crecientes riesgos.

La medicina preventiva tiene este propósito, porque existen problemas que interesan más a la comunidad que al propio individuo, quizás ajeno a ellos, y como vimos, el orden médico tiene autoridad suficiente para intervenir en nombre de quien no puede conocer los riesgos que corre y a su vez representa para la sociedad. Es quizás por este papel pedagógico y moral que se arroga la medicina, que los profesionales de salud entrevistados tampoco declinaron hablar del problema aduciendo que éste "no era de su competencia". Por el contrario se pronunciaron largamente sobre éste -manifestando que les gustaría saber más y sobre todo saber cómo actuar-, y articulando con el propio discurso médico otros relacionados con el género, el orden legal, la moral, el orden social, lo público y lo privado que analizaremos en los capítulos que siguen.

Capítulo 4. Menos que humano. Discursos sobre género, clase y etnia en los profesionales de salud

Introducción

Los discursos que aparecen expuestos en este capítulo surgen fundamentalmente de las respuestas dadas por los profesionales a preguntas acerca de los "sujetos" de la violencia doméstica. Se les preguntaba primero de manera más neutral y apelando a su saber de expertos, por ejemplo, "a qué población afectaba más este problema", "con qué frecuencia", etc., para pasar más adelante a indagaciones sobre "el tipo de mujer" que más lo experimentaba, y finalmente a cuestiones emocionales, como "qué siente al ver una mujer golpeada". Las que consideraron eran las "causas" de la violencia contra las mujeres también revelaron discursos sobre el género, la raza o la clase social que si bien no eran directos -como tampoco lo eran las preguntas- mostraban que -fuera de su posición en el orden médico y apelando más a su "opinión" como individuos-, los profesionales estaban atravesados por prejuicios sociales que finalmente condicionaban su práctica profesional, aún cuando ésta apareciera como fundamentada sólo en la "ciencia". Aparecieron así discursos tradicionales -cuando no misóginos- sobre el papel de la mujer en la familia, sobre la propensión de ciertos grupos a la violencia y en suma sobre el carácter "menos que humano" de ciertas categorías de sujetos, donde se mezclaban cuestiones étnicas, de clase y de género. Esta visión tiene consecuencias importantes para el lugar que se les asignará en el orden médico.

4.1 Las mujeres como pacientes

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

señalaba que de acuerdo con los "datos estadísticos" eran éstas las principales víctimas de violencia doméstica, muchos de ellos acotaban: "sí, pero también hay hombres maltratados, eh?". Las burlas explícitas sobre las mujeres que sufren violencia fueron comunes fuera de grabación y notablemente entre los directivos de los hospitales a los que se contactaba en primera instancia para iniciar el trabajo de campo en estos centros. Alguno, incluso, solicitó la colaboración de una trabajadora social para esta investigación, ordenándole burlescamente: "¡A ver usted, Patricia, que su marido le pega, venga que la van a entrevistar!". Comentarios misóginos apuntando a que las mujeres a veces merecían el maltrato –por ejemplo cuando no se arreglan para el esposo, "huelen mal", "están gordas", etc.- fueron pronunciados incluso por médicos encargados de coordinar las acciones de este programa contra la violencia en una jurisdicción de salud particular, tarea que por lo demás decían tomarse en serio por tratarse de "un problema grave".

Fuera de esos "extremos", la mayoría de los profesionales entrevistados, como señalábamos al final del capítulo anterior, expresó el deseo de "saber más sobre la violencia doméstica y en especial saber cómo tratarla", pero al preguntárseles sobre las mujeres maltratadas y especialmente sobre sus sentimientos y sensaciones al verlas en los servicios, dejaban aflorar discursos de alto contenido misógino, culpabilizando a las mujeres por el maltrato sufrido, porque "se lo buscan", "se dejan", participan, también agreden, "les gusta", o "son cobardes". ¿Cómo interpretar estas aparentes contradicciones?. Nuevamente aquí aparecen las articulaciones de discursos y desplazamientos entre diversas posiciones de sujeto que señalábamos anteriormente.

En el discurso médico, como vimos, el paciente es tratado en tanto que enfermo y en la medida en que demuestra su disposición a ser razonable, sometiéndose al orden médico con el fin de recuperar las características propias del "hombre", es decir la libertad que le hace escoger la razón (Clavreul op.cit). El enfermo, distinto del "hombre", es siempre sospechoso de tomar decisiones contrarias a su salud,

seguir los dictados del "organismo" en lugar de prescripciones desagradables, mentir, etc. ¿Qué esperar entonces de una mujer?. El discurso sobre el "hombre" propio del humanismo es, como ya lo han advertido las feministas, masculino. En este caso, la mujer no sólo es sospechosa en tanto que "enferma" sino ante todo en tanto que mujer. Si hemos de tomar el discurso médico en serio, las mujeres no sólo están excluidas temporalmente de la razonabilidad, mientras dura su condición de enfermas, sino de manera permanente, por ser mujeres. Aquí el discurso médico se articula con discursos históricos sobre lo femenino y lo masculino, o sobre el género, que han destacado el carácter corporal, sensible e irracional de las mujeres en contraposición a la voluntad y la razón, que estarían del lado masculino. Este discurso, coincidente con la hegemonía del humanismo occidental, establece cadenas de equivalencias que equiparan lo femenino con la diferencia, la temporalidad, la anarquía, el error, el interés, la insanidad y la desviación, y a lo masculino con sus respectivos opuestos, la identidad, la universalidad, la cultura, el desinterés, la verdad, la sanidad y la justicia (Mohanty, 1991). Parte de la historia de este discurso tiene que ver con la necesidad, después de la Revolución Francesa, de neutralizar el poder político de las mujeres aristócratas que fueron juzgadas como "peligrosas" y "degradadas" (Gal, 1991) por el nuevo régimen. En el siglo XIX, recuerda Laclau (2006) el carácter irracional y patológico de la "masa" asociado con una vida inferior era comparado con la conducta de "los alcohólicos y las mujeres", que entre otras muestras de desorden manifestaban un goce insano en la violencia. En contraste, las formas superiores de vida como las del individuo portador de la razón y la normalidad, eran identificadas con *el hombre*.

Se ha dicho que el orden médico es masculino, independientemente del sexo de quien ejerza la medicina, precisamente porque en este discurso la razón está del lado del médico y la pasión del lado del paciente. Como señala Clavreul, "la histórica es una mujer por la misma razón que del lado del saber hay un hombre". Todo aquello que no se somete al orden médico es sospechoso de una alteración del juicio y de la tendencia a seguir, en cambio, los caprichos del deseo. Por eso

cuando una "patología" no tiene justificaciones para el orden médico, lo que se ve en ella es simplemente "búsqueda de placer", lo cual es visto con desagrado por el discurso moralizante de la medicina. De ahí la frase -velada o abierta- en el discurso de los profesionales entrevistados, de que "a las mujeres les gusta que les peguen". Como señalamos antes, esto las coloca fuera del orden médico que "ya tiene bastante con las enfermedades verdaderas", y las arroja al mundo de la "patología mental".

Los entrevistados se quejaron una y otra vez de que las mujeres no eran confiables y la credibilidad de su palabra, dudosa. También de que ellas no se sometían con facilidad a los consejos de los profesionales cuando éstos decidían intervenir instándolas a "no dejarse" o a denunciar a su pareja, ya que "reincidían" (el papel pasivo de *ser agredida* se convierte en activo: *reincidir*), lo que genera frustración en los médicos.

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

4.2 Las mujeres y la violencia

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

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

Pudimos detectar entonces tres grandes visiones del papel de la mujer en la violencia: 1. la que llamamos “culpable”, donde encontramos una variedad de

respuestas que sostienen la idea de que la mujer participa de la relación violenta, ya sea por una "patología" explicada de distintas formas, como se verá más abajo, por ser ella también agresora (de la pareja y/o hijos), o bien por permitir —o incluso "gozar" de— la violencia; 2. la que llamamos "*víctima impotente*" del sistema, donde la visión de la mujer es de debilidad, dependencia emocional e internalización de la devaluación social de que es objeto y 3. la que denominamos "*víctima racional del sistema*", donde las fuentes de su incapacidad para demandar el derecho a no ser agredida no son internas sino externas: arbitrariedad del sistema legal, falta de apoyo y redes sociales, inequidad socioeconómica y el riesgo de mayores agresiones en presencia de todo lo anterior. Aquí la mujer es vista como un individuo "racional" que en un contexto socioeconómico y cultural adverso evalúa las opciones y estratégicamente opta por un "mal menor". Las propuestas o ideas sobre lo que es deseable hacer respecto de la violencia dependerán fuertemente de estas visiones sobre las mujeres.

Pudimos detectar que las interpretaciones de los profesionales al respecto se basaban tanto en la interacción y diálogo con las pacientes como en preconcepciones, experiencias personales o estereotipos. Muchos declararon que las mujeres son poco confiables y mienten, si bien esta idea prevaleció más en los médicos que en el resto de los profesionales. Las enfermeras y en menor medida las trabajadoras sociales opinaban más de acuerdo con lo que las pacientes les habían "contado" o conocían a través de personas cercanas y tendían menos a considerar a las mujeres como "mentirosas". Sin embargo, en la mayoría prevaleció la ambivalencia: si bien cada entrevistado se ubicó con más claridad en una de las posturas mencionadas, su discurso contenía elementos de las otras. Por ejemplo, algunos que comprendían ampliamente las razones de las mujeres para guardar silencio con respecto a la agresión sufrida (notablemente la ausencia de respuestas institucionales a sus demandas), al mismo tiempo expresaban enojo contra ellas porque "no se dan a respetar", no "ejercen sus derechos" o simplemente "perdonan".

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

La categoría de representaciones de la mujer que nombramos "víctimas del sistema", por su parte, no sólo se refiere a la mención de los entrevistados de la situación objetiva de las mujeres que dependen económicamente de su pareja violenta y por lo tanto perciben como poco conveniente separarse de él (víctimas "racionales"), sino de manera preponderante alude a la supuesta asunción del discurso misógino por parte de las mujeres, por ejemplo cuando no denuncian porque los demás "van a pensar que fue su culpa", por "temor a ser regañadas" o

por miedo al qué dirán si se convierten en mujeres "separadas" (víctimas "impotentes"). Esto fue dicho por la gran mayoría de los entrevistados.

En el primer caso la decisión de no hablar, no denunciar, no separarse, puede ser vista como una conducta de algún modo racional, en la que las mujeres calculan cuál es el mal menor y prefieren aguantar la agresión de la pareja antes que la incertidumbre que plantea una situación de dependencia económica, especialmente en las etapas de crianza de los hijos. En el segundo caso, se trata en cambio de una conducta más bien inconsciente, incluso "encarnada". Quienes asumieron esta postura, hombres y mujeres por igual, mencionaron el temor y el "respeto" de las mujeres a su pareja, la dependencia emocional, el amor y hasta el masoquismo. Nuevamente, se percibe una gran ambivalencia en relación con "las mujeres" en general: son racionales, astutas y calculadoras (y aguantan las agresiones por conveniencia) o bien son víctimas de un sistema de valores en el que fueron socializadas y que ellas reproducen como algo natural. Tienen derecho a no ser agredidas pero también "se lo buscan". Son mal vistas tanto si adoptan un papel pasivo en la relación violenta como, peor aún, si toman uno activo. Estas afirmaciones estaban presentes incluso en el discurso de un mismo sujeto, quien expresaba de este modo cierta perplejidad ante lo que aparenta ser una conducta "patológica" por parte de las mujeres. El discurso médico, como demostró Goffman, tiende a llamar patología a lo que en verdad ve como "desviación": ¿por qué estas mujeres no hacen lo que deberían hacer?. ¿Están cómodas en la "dominación masculina" o no pueden salir de ella?

Para entender esto quizás habría que introducir una distinción entre la *culpa* o "internalización" del discurso del agresor por parte de las mujeres, y la *vergüenza* que sienten al fallar en el cumplimiento de un mandato que pesa sobre ellas y sufrir en consecuencia sanciones sociales. En el primer caso se asume subjetivamente una devaluación y se cree efectivamente que el maltrato es merecido; en el segundo, prevalece el temor a no ajustarse a lo que la sociedad o

el grupo de referencia espera (las entrevistas a mujeres maltratadas muestran claramente ambas posiciones, incluso en la misma mujer).

Una enfermera dijo que denunciar era la mejor manera de perder el "miedo al agresor" y dejar de lado la "culpa". Denunciar sería, en este discurso, una forma de objetivar, de convertir al agresor en objeto (de denuncia) y no en el ser (superior) del que depende la integridad corporal y anímica propia (que suele ir acompañado de la culpa). Pero esto sucede en un tipo de violencia, que algunos autores llaman "terrorismo íntimo" (Johnson, 2005), donde la violencia va *in crescendo* a lo largo de varios años y genera dependencia por parte de la agredida. En general, cuando sucede, se llega a pensar en denuncias después de varios episodios de maltrato y como reacción a un agravamiento que ha traspasado algún umbral de tolerancia por parte de la mujer. Tampoco esto significa el fin de ese proceso, que se caracteriza por varias idas y vueltas, momentos de maltrato y "reconciliación" alternativos. Esto hace que la frase de muchos profesionales a sus pacientes: "hay una ley que te protege, úsala!", sea difícil de cumplir. Pero la inhibición para denunciar no sólo responde a los sentimientos de culpa, al terrorismo íntimo o a una especie de masoquismo o "gusto" por la violencia. El "temor al regaño" o a ser señaladas, que la mayoría de los entrevistados mencionó, son expresiones de *vergüenza* (social) más que de culpa (individual). Los mensajes que reciben las mujeres y refuerzan esta idea son "sabías que así era", "cuando te casaste sabías a lo que ibas", etc. Suponen asumir un mandato social que no necesaria o solamente implica culpa o alguna forma de "patología mental" como muchos entrevistados sostuvieron (masoquismo, personalidad pasivo-agresiva, etc.). En todo caso, es una falla en la tarea de hacer que "los caracteres de la pareja se acoplen" como dijo una psicóloga (tarea que se supone la mujer tiene habilidades innatas para desempeñar)..Fueron varios los que mencionaron que el papel de la mujer es sensibilizar a los hombres y en especial a sus hijos varones. Al indagar más en estas distinciones, los entrevistados mencionaron que, aunque no se consideren culpables, las mujeres piensan que es inútil denunciar porque "no les van a creer".

Con esto pareciera que las mujeres "legitiman" el discurso masculino *pero no lo autorizan*, lo cual habla más de la sociedad en la que viven que de sus propios problemas "mentales". Una enfermera lo dijo de este modo: la mujer permite la agresión "*pero no cómodamente*", es decir, no quiere romper normas sociales pero subjetivamente resiste (no se siente culpable, solo asume inconscientemente su devaluación social). La adaptación al lugar que les confiere el discurso social predominante sobre lo femenino, que es reproducido por sus redes sociales y familiares, da a las mujeres cierto reconocimiento social que no tienen quizás en el orden de los derechos. Regresaremos a este punto más adelante.

Las entrevistas hechas a mujeres víctimas de "terrorismo íntimo" revelaron que este tipo de violencia no es un problema meramente "conyugal" sino que involucra a la familia extensa, especialmente en aquellas que siguen la pauta extendida en México, de cohabitar con la familia de origen del marido. Esta costumbre, en un contexto de movilidad geográfica creciente, aleja a las mujeres de sus propias redes sociales. En estos casos se ponen en juego lealtades familiares, y los parientes del marido, especialmente las mujeres, se dan la tarea de vigilar la conducta sexual de la esposa, controlar su uso del tiempo y cumplimiento de las obligaciones domésticas, con el fin de garantizar la preservación del honor del marido y a través de éste, el de la familia. Muchas veces sin embargo son también las redes sociales y familiares de la propia mujer las que reproducen el discurso del sometimiento conyugal. Los problemas de violencia suelen ser mantenidos dentro de estos ámbitos, a menos que haya que hacerlos visibles en casos graves, que ameritan hospitalización, o bien cuando efectivamente las mujeres han perdido todas sus redes por haber migrado solas o solo con su pareja y recurren a las instituciones de salud u otros servicios sociales. Se mencionó repetidamente el miedo de las mujeres al rechazo de la gente por estar "solas" y al desprecio social a sus hijos si tenían padres separados. Si bien el incremento de madres solas ha atenuado un poco la condena social hacia este grupo de mujeres ("antes te excomulgaban", dijo una entrevistada), el estigma no ha desaparecido, al punto que muchas "perdonan todo" a cualquier hombre que les haya "hecho el

favor" de aceptarlas teniendo hijos de otro hombre. Esta circunstancia fue mencionada como parte de la explicación de la tolerancia de las mujeres hacia las agresiones de la pareja. Un hombre es bueno (no es un agresor) si la acepta a pesar de tener hijos de otro, y/o si la mantiene. Ellas asumen la responsabilidad de su conducta violenta: "no lo manden a llamar, yo les aseguro que no se va a volver a repetir".

Queremos destacar con esto que la "explicación" de la permanencia de la violencia doméstica en la sociedad no se reduce a un único factor, como tienden a ver los profesionales de salud al ser interrogados desde su posición en el orden médico. Como hemos señalado, ellos pueden enumerar muchos problemas de diverso orden e incluso decir, como repite la mayoría, que la violencia doméstica es "multifactorial" (la pobreza, el machismo, patologías mentales orgánicas, falta de habilidades para la comunicación con la pareja, falta de educación y de valores, etc.), todos unidos en un mismo listado que abona a la idea de un "diagnóstico", sin causa ni agente visible, pero en última instancia, una patología. La patologización, dentro de este tipo de argumentación, está articulada con cuestiones de clase, etnia y género.

4.3 "Biología social". Etnia y clase.

Señalábamos mas arriba que la relación médico-paciente es sustituida en el orden médico por la relación entre institución médica y enfermedad. Así como el "hombre" es separado del "enfermo", el médico tampoco habla desde sí mismo sino desde la autoridad que le confiere el carácter científico del discurso médico. Varios médicos, en la mitad de la situación de entrevista, nos interrogaron acerca de nuestra formación para saber si éramos también médicos, cambiando de inmediato el tono de la conversación al enterarse de que no era así (por ejemplo empezar a tutear, relajarse, o ponerse en papel de autoridad: alguien comentó que antes de la entrevista había solicitado: "dénme el formato de la entrevista para saber de qué voy a hablar". También aludían a la experiencia acumulada,

mencionando todos los lugares y puestos que habían ocupado en los servicios médicos. Sobre la necesidad de indagar en las causas de las lesiones de algunas de sus pacientes, varios lo tomaron como una cuestión de honor personal, de necesidad de “desenmascarar” las mentiras de las pacientes, porque esto significaba una especie de afrenta a su autoridad. Una doctora comentó: “Yo sí le pregunto: `oiga, a ver, ¿ésto cómo estuvo?, ¿quién la golpeó?.. porque ésto no es una caída!... dígame la verdad´.. O sea, les digo *que no me quieran ver la cara, ¿verdad?*” (ent. 7). Sólo el médico puede *verte la cara* a la paciente.

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

El saber y la autoridad que confiere la “ciencia” fueron invocados, tanto para justificar la atribución de “patologías” a quienes viven en situaciones de violencia, como para establecer distancias *sociales* con ellos. De este modo el orden “biológico” fue evocado tanto para deslindarse del problema en el orden médico como para hacerse cargo de él. En el primer caso, la violencia es vista como una ruptura del orden “natural” -que es armónico-, y sus causas obedecen a desórdenes morales, asunto que no compete a la medicina. En el segundo, hay una confusa mezcla de elementos biológicos y morales que determinan la conducta (“es *biología*... es cómo se criaron durante generaciones”, según el discurso de varios entrevistados).

La disposición a involucrarse depende así del concepto que tengan los profesionales de salud de su propio papel social: si defienden el orden médico a

secas, tenderán a deslindarse o en todo caso enviar las pacientes a salud mental o a trabajo social, si mantienen una idea más cercana a la de la "medicina social", que incluye la educación, la prevención, etc., sentirán que la "falta de educación" es un mal que también deben intentar remediar, por cuestiones de "salubridad" y a veces de derechos. Pero muchas veces esta idea de "medicina social" se sustenta en una epidemiología clásica, más que social, que si bien habla del sujeto en sus múltiples aspectos, termina responsabilizando al individuo del mal que padece, cuando en rigor, no está en sus manos controlar la mayoría de los factores que determinan su problema. La "educación para la salud" muchas veces se fundamenta en la ilusión de que una vez que el individuo conozca el problema y las maneras de prevenirlo, éste desaparecerá.

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

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

porque ellos antes tenían bien delimitadas las obligaciones del hombre y la mujer y vivían en paz. Pero con “educación moderna” se refería no sólo a la escuela, sino más que nada a los medios de comunicación, que al difundir la cultura de masas, opuesta a la cultura “burguesa”, educada, exaltan la violencia y estropean el carácter, haciendo perder los valores familiares (ent.14). Este desplazamiento de sentido (de la palabra educación) es congruente con el discurso de la mayoría de los entrevistados, que si bien apelaban a la dicotomía “naturaleza vs. cultura”, no lo hacían en los términos de un discurso de exaltación de lo natural y condena de la cultura, sino más bien al contrario, asociando la violencia con la falta de cultura y cercanía a lo “natural”, visto casi como *salvaje*.

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

La “falta de educación y cultura” se asocia con mucha frecuencia a la idiosincrasia de ciertas familias que reproducen esos patrones de manera casi “genética”. Este patrón incluye la violencia social y familiar, la conducta delictiva, las adicciones, la

suciedad y curiosamente, la sumisión, conductas privadas que trascienden al espacio público y revelan una *cuasi* naturaleza incivil. Como dijo una enfermera: "yo creo que es mucho *biología* (...) yo siempre he dicho que tanto *violencia* como que se descuiden *las calles*, la *basura* y demás es.. es todo *educación* (...) ignorancia, la *cultura* que han tenido desde el nacimiento y que después repiten en la edad adulta" (Ent. 19). Aquí la biología es llamada a prestar su modelo (la reproducción genética) a un argumento que es moral e incluso "estético" ["sería bonito que se quite *todo eso*"]. Esa fealdad, inmoralidad y en definitiva falta de orden deber ser prevenida antes de que se propague porque constituye un riesgo social: "que despierten [las mujeres] porque les toca educar a las siguientes generaciones en los derechos y obligaciones de todos (hombres y mujeres)" (entrevista 19)]. Las enfermeras se declaraban más cercanas a las pacientes en comparación con los demás profesionales; los médicos y psiquiatras en cambio eran quienes más distancia social establecían con los pacientes principalmente por tener "educación".

En general las discriminaciones por clase social parecían ocultarse detrás de las de género, a través de una caracterización de la violencia doméstica como problema de pobres, de gente no educada, de familias disfuncionales producto de patologías de las que se mencionaban más que ninguna otra las de las mujeres. Esto las volvía riesgosas en el discurso, y no aptas para el mantenimiento del orden basado en la educación y los valores familiares. Las discriminaciones étnicas, salvo excepciones, no fueron explícitas, pero parecían subsumirse en el discurso de la discriminación por clase social, por ejemplo al decir que los sectores rurales o indígenas "son gente agresiva". Como hizo notar Roger Bartra (1987), citando a los filósofos del "ser nacional" que tuvieron enorme influencia en la conformación de estereotipos sociales en el sentido común mexicano, "el ser nacional es violento, después de la Revolución Mexicana, y es asociado con los estratos bajos". El arquetipo es el *pelado*. En éste, dice Bartra: "se le ha arruinado el alma antigua y no hay todavía en él ritmos modernos, está atrapado y por eso es peligroso. Su espíritu se encuentra en estado de rebeldía o al menos de

desorden". Palabras más, palabras menos, es lo que dijo el médico de Quintana Roo citado más arriba, respecto de los mayas actuales y en general de la gente que migra del ámbito rural a las ciudades.

A través de estos discursos "ocultos" maquillados con argumentos pseudocientíficos y expresados desde una posición de autoridad no sólo conferida por el orden médico sino también por la pertenencia a una determinada etnia y clase social, los profesionales de salud parecen estar preservando la "respetabilidad de clase media" a que les obliga su posición en el orden médico. Podríamos pensar que este lugar social funciona para los profesionales de salud, si bien con algunas variaciones dependiendo de su lugar dentro del campo, como una "sobredeterminación de posiciones de sujeto" (Laclau y Mouffe 2000). Es decir, una posición que lleva implícitas otras a quienes abarca y articula, por ejemplo la "clase" o la "etnia" (ésta fuertemente asociada con la primera). Curiosamente, los pocos entrevistados que se refirieron de manera explícita a cuestiones étnicas no eran necesariamente "güeros" como se suele decir en el discurso popular, sino mestizos. Pareciera entonces que la "bata blanca" que distingue a estos profesionales contribuye a "blanquear" un poco más el color de la piel, ya que quienes hablaron de cuestiones étnicas lo hicieron refiriéndose exclusivamente a los indígenas.

Para gran parte de estos profesionales la violencia suele ser, como vimos, patrimonio de las clases bajas, aunque algunos también hayan repetido el discurso según el cual ésta "nos afecta a todos", como dicen los folletos y algunos mensajes mediáticos. Sin embargo, su propio grupo parece estar de algún modo inmunizado contra ella y cuando ocurre, es casi una excepción ("¿cómo puede dejarse golpear si tiene estudios, como yo?"). Sospechan, en cambio, que las clases muy altas sí experimentan violencia, quizás según el modelo que asocia el "espíritu aguerrido" con la aristocracia, en oposición a la "mansedumbre" pequeño-burguesa (Boltanski y Chiapello 2002). Pero no se sentían autorizados a hablar de las clases altas, de quienes decían "no se puede saber nada porque, si sufren

alguna violencia, lo resuelven en su casa o con médicos privados". En los pocos casos en que fue abordado el tema de la violencia dentro de las clases pudientes, sin embargo, notamos una tendencia a imaginar a esta violencia como más "racional" o movida por el interés, ya sea económico ("se pelean por dinero") o con el fin de humillar, para lo cual se usan los medios psicológicos más sofisticados. Especialmente hábiles en esto, según el discurso de varios entrevistados, parecen las mujeres de clase alta, porque tienen educación o quizás capital social propio, además de los medios económicos. El poder que confieren estos capitales aparece, siempre en el imaginario de los entrevistados, la mayoría de los cuales pertenecía a estratos medios, como una manera de evitar la posición "pasiva", y por ello se enfatizaba la "reciprocidad" de género en las manifestaciones de violencia. Existe una creencia (reforzada por los medios que difunden supuestos resultados de "estudios científicos") que en los estratos medios y altos prevalece la violencia "psicológica" y "económica", mientras que en los bajos reina la violencia física y sexual, lo cual refuerza los estereotipos. Estas formas de violencia se pueden relacionar más fácilmente con la brutalidad, el desorden emocional y la patología, mientras que las primeras requieren de algunas habilidades mentales (el cálculo frío, por ejemplo, tan enaltecido por el género *thriller* del cine actual, que por requerir un ojo "educado" se asocia más con el gusto de las clases medias). En todo caso esas violencias tienen "una razón" o quizás no son una pura "sinrazón", de ahí probablemente la insistencia de muchos entrevistados y entrevistadas, en especial los de menor jerarquía en los servicios, como veremos más adelante, en diferenciarse de las pacientes gracias a *tener educación*. Como dice Cherrie Moraga (1988), "se teme más a la similitud que a la diferencia".

4.4. ¿Femineidad de clase?

En casi todos los entrevistados aparece el sentimiento de indignación porque la mujer "se deja" (agredir) en vez de "dejar" al agresor, o de responderle, lo contrario de "dejarse". Un desplazamiento muy curioso de esta dicotomía "dejar/dejarse" en boca de varias de las mujeres profesionales, sin embargo, se deslizaba hacia lo

físico (*dejar* de cuidar la apariencia, el físico, la limpieza del hogar, cuestiones comúnmente asociadas con lo femenino, en suma, ser una “dejada”) y con ello no evitar que el hombre busque otras parejas y/o la maltrate y humille (“ya no me sirves”, “estás gorda”, “estás fea”, “eres frígida”, fueron varias de las frases que las entrevistadas adjudicaron a las parejas de sus pacientes, como ejemplos de humillación ¿merecida?). Una frase muy socorrida entre ellas es “me da coraje como mujer” (que otras mujeres *se dejen*).

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

Según muchas de estas profesionales, cuando la mujer está obligada a salir a trabajar, esto provoca reacciones violentas “porque el hombre es inseguro”, pero también porque ella deja de cumplir varias de sus obligaciones y “descuida a la pareja” (...) Dos trabajadoras sociales que fueron entrevistadas juntas, dijeron que las mujeres que salen a trabajar “también son flojas... [porque] como ya trabajan y sienten que ya traen dinero a la casa, ya no quieren guisar, ya no quieren lavar”,

agregando que “también *uno* se busca los problemas, hay que ser realista” (ent. 34-35). Reforzando la idea anterior, para estas profesionales, el trabajo femenino remunerado disminuye la violencia sólo “cuando la gente tiene educación”, porque al ser más *razonables* y saber comunicarse, los hombres (también educados) entienden que esto significa un ascenso social para la pareja y la familia (ent. 34). La mayoría de las profesionales cree, como dijo una de estas trabajadoras sociales, que “la mujer ‘actualizada’ (con mayor educación) es menos humillada y menos golpeada” (ent. 34). Estas trabajadoras se distancian, se sienten un escalón más arriba que sus pacientes y expresan su temor a ser igualadas en términos misóginos y de clase. El trabajo de la mujer fuera de la casa produce desintegración familiar y violencia, creen, a menos que se lo haga por superación personal, a través de una carrera o de estudios. Como dijo una psicóloga, “es una sensación de disgusto, porque digo: cómo es posible que *tú* te dejes manejar, pues *uno es mujer*, y pues *yo bien o mal estudié*, como que quisiera uno que esa persona entendiera (...) esa persona tiene un año menos que yo, o sea, ‘*vete tú y veme yo [sic]*’” (ent. 50). La identificación “de género” en las mujeres profesionales se daba desplazándose de la tercera persona a la primera del plural: “*es la respuesta que damos: es por mis hijos, o es porque van a decir que es mi culpa*”.. mientras que cuando toman distancia (por ser profesionales y no iguales a las pacientes) utilizan en cambio frases como “*ellas dicen, ellas creen*” etc. “No cooperan, no quieren denunciar [las mujeres de baja escolaridad, con tres o cuatro niños]. Nos echan a perder el caso” (ent. 34).

La misoginia a veces es clasismo, y la educación es una manera velada de hablar de diferencias de clase. Muchas entrevistadas dijeron que la violencia sucedía “*incluso en mujeres educadas*” o que trabajan, lo cual resultaba mucho menos admisible ante sus ojos. Algunos matices entre las instituciones donde trabajan las entrevistadas se imponen aquí, porque las usuarias del ISSSTE por ejemplo, a diferencia de las de los servicios de la SSA o del IMSS (muchas de ellas aseguradas por el trabajo de sus maridos) suelen tener estudios (maestras, empleadas, etc.) y se encuentran socialmente más cerca de las profesionales de

la salud. A ellas se les reprocha *dejarse* "aun teniendo estudios" o también -al decir de una enfermera- "dejarse maltratar por alguien que no tiene estudios". En este caso lo consideran una falla en la autoestima que genera vergüenza porque "lo permiten".

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

Steph Lawler (2004) sostiene que las distinciones de clase no desaparecieron en la modernidad tardía sino que fueron desplazadas e individualizadas. Se desplazan a personas individuales (o familias) aprobadas o desaprobadas, normalizadas o patologizadas. El género es, para este autor, uno de los ejes centrales en los que las distinciones de clase son establecidas y mantenidas (y viceversa), a través de los significados de clase asignados a diferentes formas de masculinidad y feminidad. Al comparar el tratamiento público dado en Inglaterra a dos movimientos de protesta de "madres", uno de clase baja y otro de clase media, este autor concluye que las mujeres de clase baja son retratadas como incapaces de auto-reflexión y sus protestas, en consecuencia, desacreditadas; por el contrario, las mujeres de clase media son de antemano autorizadas para

reclamar por sus hijos porque se las considera madres psicológicamente normales ("verdaderas" madres). Según Lawler, incluso para la izquierda (al menos la inglesa) la "infraclass" actual no tiene la dignidad del "proletariado" y es descrita con los mismos términos patologizantes; pero es un grupo esencial para la clase media, porque le permite definirse en las actuales condiciones. Según Angela McRobbie (2004) "a través del prisma de la individualización de las mujeres las diferencias de clase son re-inventadas por medio de la violencia simbólica y en el campo cultural y de los medios y se inscriben en el cuerpo femenino". De ahora en adelante, dice esta autora, "la joven madre soltera –y podríamos agregar la mujer maltratada- será vista como una persona abyecta, con una vida 'mal manejada', volviendo con ello a un estilo pre-feminista y pre-welfare de ver a las mujeres menos favorecidas".

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

Con esto, además de evidenciar la dificultad para prever los efectos de “medicar”, ponen en evidencia el carácter rutinario de esta práctica médica y evidencian la dificultad para abandonarla (“medicar” etimológicamente aparece como “lo que hace un médico”).

Este amparo en la “biología”, nuevamente, resulta poco convincente cuando constatamos que a falta de un saber aplicable, los problemas son llevados al terreno moral. En relación con la violencia doméstica, una “patología familiar” tal como es definida, se culpa a las mujeres por “dejarse” (y dejar que ocurra), y en consecuencia se las juzga incapaces de juicio y de moralidad. La mayor “decadencia”, “vista” en los servicios de salud, se manifestaba en la figura de “madres adolescentes sin escolaridad, y en la manera que las trata en novio” (ent. 34). Según algunas profesionales es el “masoquismo” y/o el “amor” lo que les impide reaccionar, nuevamente sugiriendo el “doble filo” que implica la educación de las mujeres como mostramos en otro ejemplo: con estudios pueden abandonar el masoquismo pero también el “amor”. La caricatura de la feminidad y masculinidad “degradadas” que presentan estas entrevistadas se muestra en la percepción de que “las mujeres dejan que sus agresores `hablen por ellas` (lo que habla de una pérdida subjetiva) por temor a “que se vayan con otra”, mientras que “los hombres se juntan con sus amigos a presumir: son machos por golpear a la mujer y más machos por volverla a contentar” (ent. 34). Sin embargo, estas mismas entrevistadas también juzgaron como “degradadas” a las mujeres que por trabajar y ganar dinero creen que tienen derecho a dejar de cumplir su papel de trabajadoras no remuneradas (ent. 34 y 35 ya citadas). Este discurso ambiguo que identificamos en muchas de las mujeres profesionales entrevistadas - supuestamente “emancipadas”-, muestra la gran complejidad de la constitución subjetiva de las mujeres y la consecuente dificultad para lograr un “empoderamiento” femenino “por decreto”. Al asociar la capacidad de las mujeres de “contestar” la subordinación con una pérdida de los valores femeninos más constitutivos y reconocidos, parecen confirmar lo que señala Berlant (2000) cuando afirma que “la praxis femenina es establecida como terreno de solidaridad”

y que las mujeres "son exaltadas por tener un valor más simbólico que social, derivado de su experiencia en los terrenos del sentimiento íntimo y la sexualidad", configuración de contradicciones en virtud de la cual gana fuerza una "cultura sentimental" que dificulta el logro de la plena ciudadanía para las mujeres y otros grupos subordinados en virtud del "sufrimiento" (op.cit.). Esta autora -que centra su análisis en Estados Unidos-, sostiene que "la gente puede tener dignidad en los dominios del capitalismo nacional contemporáneo sólo en la medida en que habita el mundo pasivamente, viviendo a través de la negatividad en nombre del optimismo, mantenido por un estado (nación) de constante "mejoramiento". En una línea similar, Lois McNay (2004), señala que "la feminidad es un lugar inestable y una posición difícil de ocupar para *ciertas mujeres*, y en virtud no de su posición devaluada en el orden *falocéntrico* como dicen algunas feministas, sino de la dinámica de las clases. Según esta autora, es porque carecen de capital económico y cultural que las mujeres de clase baja invierten tanto -económica y emocionalmente- en una *apariencia* de clase media, en la feminidad burguesa o en el matrimonio; ya que son formas de compensación ante la discriminación racial, de género o de clase, y de otorgarles una cuota de "normalidad" psicológica". Retomaremos esta discusión en el capítulo final.

La paradoja que plantea la violencia doméstica a estas mujeres, es que ese mismo discurso de promoción de la unidad familiar a cualquier precio -que se les recuerda en muchas de las instituciones a las que acuden en busca de ayuda- es el mismo que las devuelve a la "patología" de la que buscaban escapar. Podemos ver con todo esto que en el campo de la medicina, así como en el jurídico, hay más de un discurso en juego y que no necesariamente se aplican a un caso las reglas "oficiales" de ese campo. Como intentamos mostrar, un caso de violencia puede ser "diagnosticado" con argumentos morales, de género o de clase, disfrazados de "ciencia". Esto puede ser acatado porque esas "verdades" en parte coinciden con las de la *doxa* y sobre todo porque quien las enuncia, habla en representación de un discurso cuya autoridad es *cuasi* sagrada. Veremos en el

siguiente capítulo cómo se relaciona este orden con el orden legal y con la distinción –política- entre lo público y lo privado.