

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

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS
SOCIALES - SEDE MÉXICO
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
V PROMOCIÓN**

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 Albar

Lectores: Dra. Lucía Melgar

Dr. Santiago Carassale

México, D.F., Julio de 2007

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis, como todo texto, forma parte de un diálogo que la excede, y las ideas que expone se han beneficiado de la influencia de numerosos interlocutores, cuyos nombres sería muy largo mencionar aquí. Deseo, sin embargo, agradecer especialmente el aporte de aquellos que de manera más directa han contribuido a su desarrollo y culminación. En primer lugar a Julio Aibar, que como director de la tesis ha sido un excelente y comprometido acompañante en todo el proceso: si este trabajo tiene algunos méritos, en buena medida se debe al estímulo de las agudas, oportunas y siempre respetuosas sugerencias de Julio. También Cecilia Bobes y Santiago Carassale, como coordinadores del seminario de tesis en el que el proyecto original tomó forma, fueron piezas fundamentales para su arribo a buen puerto. Les agradezco su compromiso con el trabajo docente, su motivación y sus esclarecedoras intervenciones a la hora de ayudar a diseñar un proyecto de investigación. Tanto a ellos como a mis compañeros de seminario, Paula Mussetta, Valeria Falleti, Vicky Chanquín y Guillermo D'Abraccio, les agradezco la lectura -a veces tediosa- de numerosos borradores previos que fueron mejorando gracias a sus aportes. A Santiago le agradezco también el haber continuado desempeñando el papel de lector hasta la etapa final de la tesis. Lucía Melgar fue otra excelente interlocutora y aguda lectora. Agradezco su atenta y rigurosa lectura, así como sus atinados comentarios y sugerencias, que sin duda han contribuido a hacer de esta tesis un trabajo de mejor calidad.

Finalmente quiero agradecer a la FLACSO-México el apoyo recibido mediante una beca y al Instituto Nacional de Salud Pública el otorgamiento de una licencia académica, que me han permitido dedicarme de tiempo completo a los estudios del programa de doctorado y su culminación mediante esta tesis, que ahora presento. Las deficiencias y errores que se encuentren en ella son exclusiva responsabilidad de la autora.

A Christian, Paloma y Facundo

INTRODUCCION GENERAL

PARTE I: EMERGENCIA DE UNA NUEVA POLITICA PUBLICA EN EL SECTOR SALUD. LOS DISCURSOS "OFICIALES" DEL PROGRAMA MUJER Y VIOLENCIA

Introducción

Capítulo 1. Contexto de aparición del programa Mujer y Violencia. "El homo estaba para bollos".

Introducción

- 1.1 Formación de la agenda. La violencia doméstica deviene "problema"
- 1.2 Diseño del programa.
- 1.3 Acciones para el "cambio de comportamientos"
- 1.4. Un balance provisional

Capítulo 2. Salud Pública y Perspectiva de Género. Una relación incómoda

Introducción

- 2.1. La "nueva salud pública"
- 2.2. Los avatares de la política feminista en México
- 2.3. La violencia doméstica como problema de Salud Pública y demanda feminista
- 2.4. La "hija boba" del matrimonio

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

Introducción

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

Introducción

- 3.1 Orden médico
- 3.2 La violencia doméstica en el orden médico
- 3.3. Discursos "reformistas" del orden médico

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

Introducción

- 4.1 Las mujeres como pacientes
- 4.2 Las mujeres y la violencia
- 4.3 "Biología social". Etnia y clase.
- 4.4. ¿Feminidad de clase?

Capítulo 5. *Cuando la ley llega así, de esa manera, uno no se da ni cuenta...*

Introducción

- 5.1 Público y privado
- 5.2 Orden médico y orden legal
- 5.3. ¿Normalización privatizadora?

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

Introducción

- 6.1. Matrimonio por conveniencia
- 6.2. Una serie de argumentos desafortunados
- 6.3. Terapia vs. política
- 6.4 ¿Se puede combatir la violencia doméstica?
- 6.5 Si hubo guerra, que no se note

INTRODUCCION GENERAL

La violencia doméstica contra las mujeres¹ fue recientemente definida en México como un problema de Salud Pública *debido a su magnitud*. Por lo mismo se volvió objeto de políticas públicas desde este sector. Los agentes encargados en los servicios públicos de poner en práctica las normas y procedimientos emanados de esta nueva política, sin embargo, parecen no sentirse interpelados por esta tarea y poco dispuestos a cumplirla, de acuerdo con datos recientes (SSA/INSP, 2003). Asimismo, y según la misma fuente, las propias usuarias de estos servicios -a quienes la política en cuestión intenta favorecer-, tampoco se inclinan a buscar en estas instancias solución al problema del maltrato conyugal, prefiriendo más bien mantenerlo oculto o resolverlo de manera "privada". Una de las razones que ofrecen para esto es el estigma y la discriminación de que son objeto (o que temen sufrir) por parte de los funcionarios que las atienden en esas instancias.

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

Esta tesis elige la segunda vía, por entender que un análisis discursivo y cultural de las políticas públicas ha sido hasta el momento tan escaso como necesario para responder a algunas de las preguntas suscitadas por la aparente

¹ Utilizaremos indistintamente los términos *violencia doméstica* e *intrafamiliar* para referirnos al maltrato ejercido en el ámbito del hogar, pero centrándonos en aquel cuyo objeto es la mujer y su agente la pareja masculina de aquélla, dejando de lado por el momento otras formas de violencia doméstica como la que ejercen las mujeres o la que es perpetrada contra niños y/o ancianos, ya que la violencia de pareja contra las mujeres no sólo es más frecuente que la inversa sino que constituye el principal objeto de intervención de las políticas de las que nos ocuparemos a lo largo de este trabajo.

“inadecuación” entre el diseño de las mismas y la realidad de los sujetos a quienes interpela y cuya vida, conducta o valores, intenta modificar.

El enfoque elegido para este trabajo parte de la convicción de que el orden del discurso no es una dimensión ornamental que se añade a la vida social, sino que constituye su misma sustancia, produciendo sujetos, prácticas significativas, relaciones de poder, conocimientos, “problemas” sociales y soluciones políticas. Para los efectos de este trabajo adoptamos un enfoque que ve al discurso como “las relaciones sociales –y de poder- tal como se manifiestan a través del lenguaje” (Wodak 2003), lo que implica tomar en cuenta tanto las estructuras y procesos sociales que producen textos, como las estructuras y procesos sociales en los cuales los individuos o grupos, en tanto que sujetos históricos, crean sentidos en su interacción con textos (Fairclough y Kress 1993). Es en relación con esos discursos sociales que los individuos adoptan diferentes “posiciones de sujeto” (Foucault 1983), dependiendo del campo en el que se desenvuelvan o de sus requerimientos específicos en un momento dado.

Afirman Sigal y Verón (1987), cuya propuesta teórica y metodológica nos servirá de guía, que “el único camino para acceder a los mecanismos imaginarios y simbólicos asociados al sentido de la acción es el análisis de los discursos sociales”. Para estos autores el sentido no es ni subjetivo ni objetivo, sino una relación (compleja) entre la producción y la recepción en el seno de los intercambios discursivos. Esta relación sólo puede ser captada desde la posición de *observador*, es decir abandonando el “punto de vista del actor”. Desde este enfoque, la unidad de análisis no es el sujeto hablante sino las *distancias entre los discursos*. Para ellos, el análisis del discurso se interesa por la dinámica de un proceso dado de producción discursiva y por las relaciones entre un discurso determinado y otro que se presenta como respuesta al primero. El trabajo con el inter-discurso, de este modo, suspende la cuestión de las “intenciones” o los “objetivos” de los actores que intervienen en los procesos estudiados. Para estos autores, una sociedad puede ser considerada como un tejido extremadamente

complejo de juegos de discurso que se interfieren mutuamente. La ciencia (desde donde observamos) no es un metajuego (de lenguaje), sino un juego entre otros. Los diferentes tipos de discurso se distinguen por su estructuración diferente en su *dimensión ideológica*, es decir, la relación que guardan con sus condiciones de producción, noción que distinguen de la de "ideología". Es así como un discurso científico puede vehicular "contenidos ideológicos" sin perder su cientificidad. Un aspecto fundamental de las condiciones específicas de producción del discurso político, afirman, es la naturaleza del sistema político en el cual se produce.

Las variaciones en las relaciones entre los tipos de discurso y sus condiciones de producción afectan sobre todo a los mecanismos de la enunciación. El plano de la enunciación es ese nivel del discurso en el que se construye, no lo que se dice, sino la relación del que habla con aquello que dice (el enunciado o el contenido). En un discurso es posible identificar entonces *invariantes enunciativas*, y no necesariamente *de contenido*. La relación del que habla con el contenido de su discurso contiene necesariamente otra relación: aquella que el que habla propone al receptor respecto de lo que dice. Pero de acuerdo con el *principio de la indeterminación relativa del sentido*, un discurso, producido por un emisor en un momento y tiempo determinados, no produce un único efecto. Genera un "campo de efectos posibles". De ese campo, un efecto se producirá en unos receptores, y otro efecto en otros.

Es desde este punto de vista que analizaremos el aparente "desajuste" entre el diseño y la puesta en práctica de esta política específica de salud, suponiendo que responde en gran medida a la ambigüedad que genera la particular mezcla de elementos discursivos, producto del encuentro entre los discursos y la normatividad oficiales y otros discursos sociales que atraviesan a los sujetos implicados, en un momento histórico marcado por las reformas neoliberales del estado y su consecuente redefinición de las políticas sociales y de las tareas que en este marco se deben desempeñar. Este contexto ha hecho a las políticas sociales particularmente eclécticas al mismo tiempo que selectivas, lo que supone

una ruptura con las anteriores maneras de entender, diseñar y poner en práctica esas mismas políticas, expresadas y justificadas *discursivamente*.

El problema de la violencia doméstica formulado como problema de salud pública, además, se encuentra como pocos en un sitio de intersección entre múltiples ámbitos discursivos: la salud, la medicina, la moral, la familia, el derecho, el género, la distinción entre lo público y lo privado, la idea de riesgo social, la seguridad pública, etc.

El objeto de esta investigación es entonces el juego particular que existe entre diferentes discursos presentes en las políticas de salud pública dirigidas a atender la violencia doméstica contra las mujeres, lo que supuestamente conforma las maneras ambivalentes que tienen los sujetos implicados de posicionarse ante el problema. Nuestros objetivos son, entonces, en primer lugar, explicar desde un enfoque discursivo tanto la emergencia como los problemas de implementación de esta política pública sectorial en particular, en segundo, estudiar a través de este ejemplo las nuevas relaciones entre el gobierno y la llamada sociedad civil en un país como México en la época actual, desde un punto de vista cultural, y finalmente, probar los alcances de un enfoque discursivo para el análisis de políticas públicas.

Al enfocarnos en esta política en particular y tomando en cuenta los aparentes “desajustes” ya mencionados entre su diseño e implementación, juzgamos necesario analizar la misma *definición del problema* y los argumentos utilizados, así como la *definición de los sujetos* para quienes debía convertirse en problema, para ver después cómo estos sujetos se ubicaban frente a él y por qué tomaban las actitudes que tomaban en la práctica. La hipótesis que nos guió en este trabajo fue que las propias ambigüedades discursivas de la política, que apelaba a órdenes diversos (la salud, el riesgo social, los derechos de las mujeres, el carácter público de un tema antes privado, etc.), articuladas con otros discursos sociales menos visibles pero que forman parte de los mapas mentales de los

sujetos interpelados (el discurso médico como discurso normativo, cierta moral burguesa, el discurso conservador, discursos misóginos o clasistas, discursos que circulan en los medios, el discurso de la nación, etc.) eran parte de la explicación de su posicionamiento frente al tema y por lo tanto de sus prácticas.

Para un análisis de los discursos que hemos llamado “oficiales”, se recopiló material de documentos del programa y entrevistas en profundidad a funcionarios a cargo de su diseño y dirección. Estas entrevistas se realizaron en la oficina o el domicilio del entrevistado y duraron entre una hora y media y tres horas. Para el análisis de los discursos de los operadores del programa, se realizó trabajo de campo en tres estados del país que de acuerdo con la encuesta nacional llevada a cabo por el mismo programa presentaban altas tasas de prevalencia de violencia de pareja: Quintana Roo (en las ciudades de Chetumal y Cancún), Coahuila (en la ciudad de Saltillo) y el Distrito Federal en varias delegaciones. Se realizaron en total 58 entrevistas en profundidad a profesionales de los servicios de salud de las tres instituciones del sector: IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud. Se entrevistó a 16 médicos, 14 enfermeros, 11 psicólogos y 17 trabajadores sociales². Se realizó también observación participante en los servicios de salud y diario de campo en las tres entidades. Es importante aclarar que el acceso a los servicios de salud en los estados de Coahuila y Quintana Roo fue posible gracias a que las propias funcionarias del programa solicitaron permiso por escrito a las autoridades estatales de salud, quienes a su vez convocaron a los representantes de las instituciones –IMSS, ISSSTE, la propia Secretaría, y en ocasiones el DIF- a sendas reuniones en las que se les presentaba el proyecto y ellos a su vez solicitaban la colaboración de los directores de los servicios de salud. En el caso del Distrito Federal, tuvimos que establecer contacto por separado con cada una de las autoridades de los Servicios de Salud: los del gobierno del D.F, los del IMSS y los del ISSSTE. En la medida en que el trabajo de campo fue parte de un estudio más amplio realizado por el programa que analizamos y el Instituto Nacional de Salud Pública, los permisos fueron solicitados y obtenidos por funcionarios del sector. La disposición de las autoridades de cada institución y

² Ver más referencias de los entrevistados en el anexo al final de este documento.

estado fue altamente variable, desde la colaboración entusiasta hasta la indiferencia e incluso el desdén. Una vez en los servicios, los directivos de éstos solicitaban a los profesionales su colaboración con la investigación, dándoles permiso, al mismo tiempo, para suspender la consulta y ofrecernos una entrevista. Nuevamente aquí, la disposición de los directivos fue muy variable, pero la participación de los profesionales de salud, totalmente voluntaria. Las entrevistas fueron realizadas en su mayoría en consultorios o cubículos y se les garantizó el anonimato. Las entrevistas duraron entre 20 minutos (en los servicios de urgencias, por ejemplo) y una hora y media. Fueron grabadas y transcritas. Las entrevistas con los directivos y con las autoridades estatales no fueron grabadas, pero sí se consignaron en diarios de campo. Para complementar la información, se realizaron también 24 entrevistas en profundidad –ocho en cada estado- a mujeres víctimas de violencia contactadas en diferentes instituciones, algunas en los mismos servicios donde entrevistamos a los profesionales y otras en el DIF y en servicios privados o coordinados por organizaciones de la sociedad civil. En estos casos, se buscó que las mujeres correspondieran al perfil socioeconómico de las usuarias de los servicios públicos de salud. El análisis se apoya también en datos secundarios provenientes de dos encuestas nacionales sobre prácticas y opiniones de profesionales de salud sobre este tema.

La tesis está estructurada de la siguiente manera: una primera parte trata de los llamados “discursos oficiales” en juego en la emergencia de la nueva política de salud dirigida a prevenir y atender la violencia doméstica contra las mujeres. En el primer capítulo se discute el contexto en el que aparecen estas políticas en México, fundamentalmente el discurso neoliberal de la nueva gestión pública, las ideas de racionalidad en el diseño y operación de políticas públicas, el papel del estado en el liberalismo avanzado y las nuevas orientaciones en política social. En este contexto se reseñan los cambios recientes en las políticas de salud en México, con los programas de ajuste e intervención selectiva y el modelo de riesgo y de costo-efectividad que se imponen. La aparición del programa Mujer y Violencia se analiza a la luz de las diferentes racionalidades y discursos que lo

justifican, y de la confrontación entre un modelo basado en “conocimiento técnico” versus otro basado en “valores” en la racionalidad gubernamental. En un segundo capítulo, entonces, se analizan las negociaciones, permutaciones, coincidencias e imposiciones de sentido que se producen entre los discursos que son los pilares de esta política: el de la salud pública –como parte integrante y subordinada del discurso médico-, y el de la perspectiva de género, que proviene del discurso feminista y se confronta a su vez con discursos religiosos y conservadores. Así, se analiza la “violencia de género” como un objeto que es redefinido y apropiado de distintas maneras por estos discursos, lo que produce conocimientos, sujetos y planes de acción particulares y ambiguos.

La segunda parte se enfoca en lo que hemos llamado “discursos ocultos” del personal operativo de los servicios de salud, que son los principales sujetos interpelados por los discursos oficiales arriba mencionados. Para ello hemos combinado el análisis del discurso con la teoría de los campos de Bourdieu (1995), especialmente al referirnos a algunos de esos discursos como el médico y el jurídico. El tercer capítulo en esta parte, se dedica especialmente a la confrontación del discurso médico con la violencia doméstica, el cuarto analiza los discursos de género, etnia y clase social que aparecen en los profesionales para caracterizar a sus pacientes y explicar el problema de la violencia, el quinto se aboca a la discusión de la distinción entre lo público y lo privado, las diferentes maneras de entenderla y sus consecuencias para la atención de este problema, y la confrontación entre el orden médico y el orden legal. Finalmente en el capítulo de conclusiones, se articulan los dos análisis, el de los discursos “oficiales” de esta política y el de los discursos “ocultos” en los operadores del programa, o para decirlo en términos del análisis de políticas, el momento del diseño y el de la implementación de los mismos. Aquí se retoma la discusión sobre el papel que puede tener un análisis discursivo del estado como “actor” dentro de una red de políticas, para comprender su capacidad y límites en la resolución de problemas sociales desde políticas sectoriales, en este caso la de prevención de la violencia

de género, su relación con otros actores y discursos y su capacidad para generar cambios culturales en la sociedad.

PARTE I: EMERGENCIA DE UNA NUEVA POLITICA PUBLICA EN EL SECTOR SALUD. LOS DISCURSOS "OFICIALES" DEL PROGRAMA MUJER Y VIOLENCIA

Introducción

En esta primera parte se analizará lo que hemos llamado los "discursos oficiales" de las políticas contra la violencia de pareja promovidas por el sector salud en México. Para ello creímos conveniente utilizar un modelo de análisis donde las políticas públicas fueran abordadas desde un enfoque cultural y discursivo, y que al mismo tiempo reconociera la complejidad que ha adquirido en la época actual la noción de Estado o de lo público, como el ámbito donde las políticas son discutidas, elaboradas, puestas en práctica y evaluadas.

Como señala Christopher Hood, analista de políticas públicas, "la mayoría de los argumentos utilizados en la gestión pública sobre 'lo que hay que hacer' se apoyan en *evidencias circunstanciales* y en el *poder retórico*". Esto es así porque "la experimentación controlada es rara, la evaluación cuidadosa casi desconocida, y los argumentos deliberativos sobre la gestión y la administración están dominados por '*doctrinas*' o '*recetas*' -muchas veces contradictorias-, que contienen supuestos sobre '*causas*' y '*efectos*' que pretenden guiar la acción" (2000).

Creemos que el programa que estamos analizando, como la mayoría de las políticas públicas, emerge de la confluencia conflictiva y negociada entre discursos y racionalidades heterogéneas, que son a la vez sostenidos por actores con intereses diversos, tácitos o explícitos. Los propios agentes estatales –ya sea en distintas agencias gubernamentales o en distintos niveles jerárquicos dentro de la misma agencia- tienen también sus propios intereses y visiones.

Al analizar el desarrollo de una política o programa particular, conviene verlo entonces no como una emanación del “Estado” en la visión clásica, sino como producto de una “red de políticas” (Hood, 2001) en la que el estado, si bien clave, es un actor entre otros –grupos de interés, movimientos sociales, agencias internacionales, etc.-. Esto no significa ignorar el papel central que tiene el estado en tanto detentador del “monopolio de la violencia legítima” que es quien conduce, sostiene y ejecuta las políticas. Al mismo tiempo el propio gobierno no es un actor monolítico sino un conjunto heterogéneo de agencias y actores –los distintos poderes, sectores de la administración, niveles de gobierno, etc.- que tienen lógicas y discursos muchas veces divergentes. Tampoco es homogénea la llamada “sociedad civil”, que incluye grupos y movimientos con frecuencia opuestos en relación con temas determinados, con desiguales cuotas de poder y capacidad de influencia en las políticas que abordan esos temas.

Una visión así ampliada del ámbito de las políticas públicas está en sintonía con aquellos estudios que se preocupan menos por el Estado y más por la “gubernamentalidad”, un concepto acuñado por Michel Foucault para dar cuenta de las relaciones entre la sociedad y el estado en el tránsito de una sociedad disciplinaria a una de “control”. Como dice este autor, si el régimen de la disciplina corresponde al estado administrativo, el régimen de control corresponde al estado de “gobierno” (1999). Este estado se define no ya en relación con un espacio territorial, sino con una “masa” y corresponde a una sociedad controlada por dispositivos de seguridad, bajo el modelo de la policía. Según este enfoque, la forma de relación entre gobernantes y gobernados que emerge, apela a la autogestión bajo una apariencia de libertad y autonomía, es decir, pasa de la disciplina en la población a la disciplina en el sí mismo. Esto supone un gobierno concebido como un conjunto de racionalidades y técnicas, que pretende gobernar “sin gobernar” a la sociedad, a través de elecciones reguladas, realizadas por actores discretos y autónomos, en el contexto de sus compromisos particulares hacia la familia o la comunidad (Rose, 1996).

Al analizar el desarrollo de una política o programa particular, conviene verlo entonces no como una emanación del "Estado" en la visión clásica, sino como producto de una "red de políticas" (Hood, 2001) en la que el estado, si bien clave, es un actor entre otros –grupos de interés, movimientos sociales, agencias internacionales, etc.-. Esto no significa ignorar el papel central que tiene el estado en tanto detentador del "monopolio de la violencia legítima" que es quien conduce, sostiene y ejecuta las políticas. Al mismo tiempo el propio gobierno no es un actor monolítico sino un conjunto heterogéneo de agencias y actores –los distintos poderes, sectores de la administración, niveles de gobierno, etc.- que tienen lógicas y discursos muchas veces divergentes. Tampoco es homogénea la llamada "sociedad civil", que incluye grupos y movimientos con frecuencia opuestos en relación con temas determinados, con desiguales cuotas de poder y capacidad de influencia en las políticas que abordan esos temas.

Una visión así ampliada del ámbito de las políticas públicas está en sintonía con aquellos estudios que se preocupan menos por el Estado y más por la "gubernamentalidad", un concepto acuñado por Michel Foucault para dar cuenta de las relaciones entre la sociedad y el estado en el tránsito de una sociedad disciplinaria a una de "control". Como dice este autor, si el régimen de la disciplina corresponde al estado administrativo, el régimen de control corresponde al estado de "gobierno" (1999). Este estado se define no ya en relación con un espacio territorial, sino con una "masa" y corresponde a una sociedad controlada por dispositivos de seguridad, bajo el modelo de la policía. Según este enfoque, la forma de relación entre gobernantes y gobernados que emerge, apela a la autogestión bajo una apariencia de libertad y autonomía, es decir, pasa de la disciplina en la población a la disciplina en el sí mismo. Esto supone un gobierno concebido como un conjunto de racionalidades y técnicas, que pretende gobernar "sin gobernar" a la sociedad, a través de elecciones reguladas, realizadas por actores discretos y autónomos, en el contexto de sus compromisos particulares hacia la familia o la comunidad (Rose, 1996).

La noción de gubernamentalidad, que fue desarrollada posteriormente por varios estudiosos de distintas áreas de políticas, puede verse como una crítica a los discursos sobre el estado que se fueron sucediendo después de la crisis del modelo de posguerra en los países desarrollados, discursos que no sólo *describieron* sino que también *prescribieron* -para usar la terminología de Bourdieu (2001)- cómo debían ser las nuevas relaciones entre el estado y la sociedad, y en buena medida, como veremos, continúan haciéndolo para nuestras sociedades.

Así, si el discurso de la *governabilidad* habría sido el marco conceptual (y la solución) a los desafíos que planteaba el redimensionamiento del estado en la crisis del modelo del bienestar -lo que creó el llamado "consenso neoconservador"-, superada esta etapa, el modelo de la *governanza* habría dado cuenta (y sería la guía orientadora) de las políticas de este nuevo estado redimensionado, deseoso de incorporar a la sociedad civil organizada y "responsable" en el desarrollo de un "buen gobierno". La preocupación principal del enfoque de la gobernabilidad era la calidad del gobierno, en términos de eficiencia, eficacia, validez, estabilidad y legitimidad. El gobierno, en tanto que aparato político administrativo del estado, adquiría aquí el rol protagónico. La sociedad con la que este gobierno idealmente se relacionaba estaba compuesta por ciudadanos que votaban y por grupos organizados de la sociedad civil, entre los que destacaban los representantes de los actores económicos más fuertes, heredados del modelo de post-guerra, más los grupos de interés. El problema, para este tipo de diagnósticos estaba dado más por exceso (de participación, de beneficios sociales), que por defecto. La clave propuesta para resolverlo, era un rediseño institucional que implicara un estado ágil, el cual mantendría un papel activo en algunas áreas, regulador en otras y complementarias del mercado en otras, y como contraparte, una ciudadanía responsable en lo que se refiere a factibilidad de sus demandas (Camou 2001). Se recomendaba entonces el establecimiento de acuerdos básicos entre la *élite* dirigente, grupos estratégicos y una mayoría ciudadana. La cultura política que este modelo proponía, en sus versiones más liberales, debía combinar los valores tradicionales de la democracia

(libertad, tolerancia, respeto a las minorías, etc.) con las condiciones exigidas por la necesidad de gobernar sociedades complejas (demandas responsables, rendición de cuentas) y también una participación ampliada por canales institucionalizados.

En esta mención a la ampliación de la participación aparece un elemento que será clave para el segundo modelo, el de la *gobernanza*. Algunas versiones de éste de hecho no se diferencian sustancialmente del modelo de la gobernabilidad arriba esbozado, es decir, con la idea de gobernanza se refieren a la capacidad de dirección política. Pierre y Peters (2000), por ejemplo, definen a la gobernanza como "la capacidad del gobierno de diseñar e implementar políticas, en otras palabras, de dirigir a la sociedad", y si bien mantienen una noción ampliada de gobierno, que abarca múltiples instituciones y relaciones, distinguen esta versión, predominante en Estados Unidos, de la noción europea de gobernanza, donde el término refiere al involucramiento de la sociedad en el proceso de gobernar, llamado también "nueva gobernanza", "gobernanza societal" o "gobernanza participativa" (Cohen & Rogers, 1995; Fung & Wright, 2003; Mayntz, 1998). Esta se presenta como una forma no jerárquica de gobierno, caracterizada por la cooperación con actores no estatales al interior de redes decisionales mixtas entre lo público y lo privado. Otras versiones son más generales, y toman a la gobernanza como cualquier forma de coordinación social distinta no sólo de la jerarquía sino también del mercado, por ejemplo la que se da en las asociaciones y redes civiles (Mayntz 1997). La propia transformación de la sociedad, la complejización de las demandas y la aparición de nuevos tipos de participación distintos a los que giraban en torno a la relación salarial, han contribuido a este cambio. Mientras que la gobernabilidad hace hincapié en la capacidad del gobierno conferida por un entramado institucional, la gobernanza se enfoca en el entramado institucional mismo (Prats, 2003). La pieza clave de este modelo es la política deliberativa propia de las asociaciones secundarias (Cohen & Rogers, 1995). La gobernanza societal es así sinónimo de "buen gobierno", es decir que además de las preocupaciones sistémicas más fuertes del modelo de la

gobernabilidad (eficacia y eficiencia en la resolución de problemas), incorpora una dimensión *normativa*: el gobierno debe ser a la vez promotor de la profundización de la democracia a través de mejores sistemas de representación de intereses. El modelo se apoya básicamente en el compromiso y capacidades de los ciudadanos comunes para mejorar la toma de decisiones a través de la deliberación razonada, y en la “devolución” de poder a actores no gubernamentales, para vincular la discusión con la acción concreta. “La exploración de esta vía, como una estrategia progresiva de reforma institucional, confronta los valores de la participación, la delegación de poder y la deliberación, con los límites concretos de la prudencia y la viabilidad, lo cual profundiza la concepción teórica y empírica de la práctica democrática” (Fung & Wright, 2003). Aquí, un rediseño institucional con participación de la sociedad civil surge como respuesta a determinadas fallas en ciertas agencias administrativas y regulatorias específicas. El paradigma supone que las comunidades de afectados por un problema específico tienen un saber sobre éste que el gobierno no posee y también los medios de resolverlo de manera deliberativa, pero al mismo tiempo proponen a este modelo como *medio* para lograr esa capacidad o cultura política, para “empoderar” y equilibrar desbalances de poder entre actores civiles, y llaman a esta función “escuela de democracia”. Esta paradoja (se suponen virtudes en la ciudadanía que al mismo tiempo hay que crear), revela que en el fondo se trata de una concepción no sólo normativa sino también romántica de las relaciones entre estado y sociedad. Sus propios defensores la caracterizan como “utopía realizable” (Fung & Wright, 2003). No obstante, es posible identificar elementos de este discurso en los argumentos explícitos de las políticas de salud de las últimas décadas en México, así como en el programa específico que nos convoca, como veremos más adelante.

Los autores de inspiración foucaultiana que estudian problemas de *gubernamentalidad* —en rigor más críticos que propositivos—, estarían describiendo en cambio los problemas que enfrenta el gobierno frente a una ciudadanía de nuevo tipo, “posmoderna”, orientada a lo privado más que a la política. Según esta corriente, cuando se apela ahora a la capacidad de individuos activos en su propio

gobierno y a través de ello responsables por su "comunidad", se trata ya de comunidades segmentadas, dispersas, definidas de manera no geográfica, demarcables por un sector del gobierno que las vuelve movilizables, desplegadas en programas y técnicas nuevas que operan a través de la instrumentalización de lealtades personales (Rose, 1996). El gobierno, en este modelo, es reestructurado de acuerdo con el mercado y por lo tanto refleja -a la vez que promueve- la desocialización en nombre de la maximización del comportamiento empresarial de los individuos, lo cual empata con los valores de la política neoliberal. Quienes no son capaces de manejarse como sujetos de este gobierno, son excluidos y controlados por otras vías. Fue el llamado "consenso neoconservador" -según Bauman (2003) apoyado por el "votante medio" que prosperó gracias al estado de bienestar y al entrar en la "estética del consumo" olvidó los antiguos valores de solidaridad hacia los menos favorecidos-, la ideología que sustentó los cambios en la concepción de las políticas sociales. Si el estado de bienestar, en sus diversas modalidades, se fundamentaba en una idea de solidaridad abstracta basada en la igualdad de derechos (y no de personas) ante el riesgo, y operaba bajo el modelo del aseguramiento (Donzelot 1988), ahora no hay una entidad que se haga cargo de esta solidaridad. Los riesgos se han podido individualizar cada vez más, en parte gracias a las técnicas de las aseguradoras y a los cambios en los propios procesos productivos. Las políticas sociales, inerradicables por otro lado, han cambiado su filosofía y se han ido convirtiendo en un medio de estigmatización de ciertos sujetos a los que se juzga moralmente (típicamente madres solteras, negros, pobres, y podríamos agregar indígenas en nuestras sociedades). Esto llevó a la elaboración de políticas selectivas que buscan una edificación moral de estos sujetos, de quienes se evalúa su capacidad de "merecimiento". Así, la ayuda se otorga a condición de demostrar una *disposición* a auto-gobernarse y a constituirse como "comunidad".

Como señala Sennett (2003), la modernidad cuenta con repertorios fuertes para neutralizar la diferencia que representan los excluidos: el liberalismo promueve el principio de igualdad de oportunidades y la libertad de autoconstitución,

desafiando el "destino original"; y cuando eso no se logra, la "no asimilabilidad" es naturalizada y en vez del mérito (por las razones que sean) se enfatiza la *potencialidad* individual (se tiene o no); el fracaso es así construido como ineptitud o negativa a integrarse, lo cual confirma el estigma impuesto sobre esa categoría de sujetos (por ejemplo los receptores de ayuda social). El estigma recae en aquellos que no logran ejercer su libertad para consumir (elección) y tampoco para estar a la altura del mercado laboral, que exige sujetos en formación permanente: éstos ya no son valorados por las habilidades adquiridas en una "carrera" acumulativa de años de formación, o en un oficio, sino por sus potencialidades abstractas, su capacidad de adaptación al régimen flexible. Estas potencialidades parecen ontologizarse, en una especie de nuevo "racismo" de las *capacidades psicológicas* (motivación) independientes de las condiciones sociales, y su falta explicaría el fracaso en la posibilidad de ser incluidos en una comunidad de iguales que eligen en el mercado y autoadministran su propia vida. Rose (1996) argumenta que la retórica y las "tecnologías del *empoderamiento*" que vienen ganando terreno en las políticas sociales, suponen y estimulan la construcción de sujetos capaces de gobernarse a sí mismos y de este modo reducir los *riesgos* que su conducta puede significar para la "comunidad". Se trata de un nuevo tutelaje, diferente al que suponen las políticas sociales del bienestar, que asumían la obligación de proteger a los más débiles, es decir aquellos que padecen las consecuencias de diferentes tipos de desigualdad social. Esta nueva visión de las políticas, característica de las sociedades de "control", redefine las fronteras entre lo público y lo privado, entre la responsabilidad social y la individual.

Según varias descripciones sociológicas en boga en la actualidad, las condiciones de estabilización de las sociedades complejas contemporáneas son al mismo tiempo las condiciones de su puesta en peligro, en la medida en que la racionalidad de cada sub-sistema funcional se logra a costa de un *déficit* de racionalidad en el todo. Por ello el Orden aparece como improbable, y es el poder político quien lo fragmenta, a fin de hacerlo manipulable y con esto reducir riesgos. Como dice Bauman (1996), "la gran visión del orden [que buscaba la modernidad]

ha devenido una hilera de problemas que son susceptibles de solución". En este contexto social, las técnicas de gobierno se convierten en el único reto político y en *el único espacio real de la lucha política*, al mismo tiempo que son las herramientas que le han permitido al estado sobrevivir (Foucault 1999).

Ahora bien, con toda la verosimilitud que puedan tener estas descripciones, quizás convenga tomarlas también como discursos. Como señala Hood (2001), la idea de que estamos en una "sociedad de riesgo" es tan ambigua y general como la que sostiene que para enfrentar sus desafíos se requiere de "estados reguladores", animados por modelos de gestión propios del sector privado, como garantes de la eficiencia y la eficacia, modelos hacia los que inexorablemente todo el mundo deberá transitar. Este autor propone revisar las políticas concretas de *control de riesgos* a lo largo de la historia y de la geografía mundial, para descubrir una gran variedad y mezcla de visiones del mundo en los regímenes de gestión –visiones a las que clasifica como *jerárquicas, democráticas, individualistas* e incluso *fatalistas*-. Estas "visiones del mundo", que el autor toma de la teoría cultural de Mary Douglas, pueden detectarse, desde su punto de vista, en múltiples regímenes de gestión pública a lo largo de la historia (no hay unas más "modernas" que otras) y coexisten en la actualidad, variando notablemente no sólo entre países sino al interior de un mismo país, de un mismo sector y de una misma política, en sus diferentes momentos. Es así como –señala este autor- en la etapa de recopilación de información para el diseño de una política puede predominar una visión tecnocrática, basada en el conocimiento de expertos científicos -aun con la indiferencia al tema del público en general-; en la etapa de establecimiento de metas una mezcla de elementos jerárquicos con acciones establecidas por la autoridad experta y al mismo tiempo la apelación a elementos de decisión individual, mientras que en el nivel de la búsqueda del cambio de comportamientos en la población, pueden aparecer elementos fatalistas, especialmente entre quienes deben promover esos cambios (pensando íntimamente que "no hay mucho que hacer", entre la indiferencia de la gente y las otras obligaciones que compiten por su tiempo y recursos). Pero en otra política

determinada, estos elementos pueden combinarse de maneras muy diferentes. Este autor distingue las "visiones del mundo" (a las que también llama "cultura") de los aspectos *retóricos*, que considera fundamentales en la argumentación política para la toma de decisiones, y analiza de manera sugerente distintas formas en que unas y otros se articulan. Según él, si bien en la definición de problemas de políticas lo que se discute son objetos "trans-científicos" (es decir temas que están en algún "punto intermedio" entre el discurso científico y el político), es frecuente que se los presente en términos "científicos" pero en forma de *recetas* que tienen poder retórico. Finalmente, de lo que se trata no es de una demostración lógica sino de la *persuasión* (Hood 2000).

El modelo que este autor propone es útil, en tanto aplica el análisis cultural al estudio de las políticas públicas y por eso lo retomaremos en distintos momentos del presente texto. Sin embargo, preferimos insistir con la noción de *discurso*, por entender que no sólo contiene en sí a ambos aspectos (retóricos y "culturales") sino que además los vincula en términos de relaciones y diferencias de *poder* entre actores sociales –las cuestiones retóricas no pueden analizarse independientemente de éstas, porque forman parte del mismo proceso constitutivo. Estudiar la producción discursiva asociada a un campo determinado de relaciones sociales, como sostienen Sigal y Verón (1985) es describir los mecanismos significantes sin cuya identificación es imposible la conceptualización de la acción social y sobre todo la determinación de la *especificidad* de los procesos estudiados. Según estos autores, si no conseguimos identificar los mecanismos significantes que estructuran el comportamiento social, no sabremos tampoco lo que los actores *hacen*, y un análisis discursivo como el que proponen supone "la descripción de la configuración compleja de condiciones que determinan el funcionamiento de un sistema de relaciones sociales en una situación dada, como condiciones de producción del sentido" (op.cit.).

Este énfasis es tanto más necesario cuanto que, pensamos, el tema que estudiamos es un caso particular de utilización (política) del lenguaje de la "ciencia", quizás para neutralizar los aspectos más conflictivos del objeto en

cuestión. Creemos entonces que el “trabajo de la enunciación” (Bourdieu 2001) es tanto o más importante que los demás aspectos retóricos del discurso –la creación de un clima de recepción, el uso de ciertas metáforas, de la ironía, etc.- y sólo es eficaz en tanto pretende y logra ser autorizado por quienes lo reciben. Se trata, como dice Bourdieu, de un *lenguaje político no marcado políticamente*, el cual “se caracteriza por una retórica de la imparcialidad marcada por los efectos de la simetría, el equilibrio y el término medio, y se apoya en un *ethos* de la conveniencia y de la decencia, atestiguado por la prevención de las formas más violentas de la polémica, por la discreción, el respeto exhibido hacia el adversario, en suma todo lo que manifiesta el rechazo de la política en tanto que lucha”. Esta estrategia de la “neutralidad ética”, dice el autor, halla su realización natural en la retórica de la cientificidad.

Con más razón entonces, adoptaremos un enfoque de análisis que presta más atención a los *géneros* discursivos (Bajtín 1999) que a los sujetos biográficos que hablan en esos géneros discursivos; que se concentra más en lo que se *hace* (la fuerza *ilocucionaria*) cuando se emiten determinados enunciados, que a lo que se *dice* en ellos y que, en consecuencia, analiza menos los aspectos de la “referencia” relacionados con lo “verdadero” o lo “falso”, que su carácter “afortunado” o “desafortunado” en el registro de lo *performativo* es decir, aquel aspecto del uso del lenguaje que tiene que ver con la realización de un acto al momento de decir algo (Austin, 1971). En este tipo de expresiones, dice este autor, la atención se concentra más en la fuerza ilocucionaria, con abstracción de la dimensión relativa a la correspondencia con los hechos. Ejemplos de estas expresiones son la emisión de órdenes, de juicios, de sentencias, los diagnósticos, y más en general los enunciados que establecen que algo “debe ser así”. Uno de los “infortunios” de este tipo de enunciados, que Austin identifica y nos parece clave para nuestro análisis, es el de las “malas apelaciones” o “actos no autorizados”, lo cual nos remite nuevamente a la dimensión del poder que el discurso actualiza.

Recapitulando, creemos que, por la noción de estado que supone y por el énfasis que mantiene en la relación entre poder y saber -lo discursivo-, el enfoque de la gubernamentalidad nos será de utilidad para observar la manera en que las agencias públicas en interacción con diversos actores (públicos y no públicos), justifican discursivamente sus técnicas de gobierno. Pero al mismo tiempo, este enfoque, que ha sido elaborado teniendo como referencia las sociedades liberales avanzadas, debe matizarse con las especificidades históricas y políticas de una sociedad compleja y desigual como la mexicana. En esta tarea de "aterriaje" no hay que desconocer, sin embargo, el enorme poder que tienen determinadas "recetas" o "doctrinas" (como las llama Hood) en la conformación de los discursos que sostienen las políticas públicas en la mayoría de los países dependientes. Estas doctrinas suelen provenir de centros internacionales de regulación política – organismos multilaterales de crédito que dictan recetas políticas a las burocracias nacionales, organismos internacionales que definen los estándares en materia de derechos y democracia, así como las comunidades académicas que suelen darles sustento teórico-.

Es el caso de los discursos ya mencionados sobre la gobernabilidad democrática, la gobernanza participativa, la sociedad del riesgo o el estado regulador, entre otros. El "diagnóstico" elaborado para los países centrales respecto de la gobernabilidad, por ejemplo, no era aplicable a la región latinoamericana, donde como señala Camou (2001), la ingobernabilidad no provenía del "exceso" sino de la falta de democracia y de bienestar. Pero el concepto fue ampliamente usado en el análisis de los problemas de la "consolidación democrática", si bien enfatizando más la idea de estado (orden público) que la de gobierno (agencias gubernamentales que implementan políticas públicas). Puede decirse que la coincidencia de este debate con la crisis de los años 80 propició una adopción acrítica por parte de los actores políticos del modelo neoconservador de gobernabilidad elaborado en los países centrales, interpretando la reforma del estado más como achicamiento que como "modernización" y fortalecimiento del mismo. América Latina sigue teniendo hoy los desafíos de algunos problemas

centrales planteados por este enfoque, esto es: el mantenimiento del orden y la ley, la gestión eficaz de la economía, la provisión de bienestar social y de servicios sociales adecuados, la estabilidad institucional y el control del orden político (Camou, 2001). Al mismo tiempo, sin embargo, el paradigma de la gobernanza es usado como parte del repertorio discursivo para la sustentación de algunas políticas que se re-elaboran en este marco. En ellas se habla de potenciar la participación y colaboración de la sociedad civil en distintas áreas de políticas, con argumentos que apuntan a la consolidación de una cultura democrática, la descentralización de las decisiones, la participación etc., pero muchas veces este discurso encubre un ideal más inclinado a la privatización de los problemas que a una verdadera deliberación pública sobre las necesidades. Por eso el enfoque de la gubernamentalidad puede ser útil también para dar cuenta de otras tendencias identificables en las formas de tematizar y abordar las cuestiones de políticas: el ideal de sujeto autorregulado y responsable, las apelaciones a la comunidad cercana y la familia, las lógicas del consumo como orientadoras del sujeto y la necesidad de control de los "desafiliados", vistos estos como sujetos de "riesgo".

Finalmente, el enfoque de la gubernamentalidad resulta atractivo por una cuestión adicional: en los análisis que varios autores de esta corriente han hecho sobre los procesos por los que las técnicas de gobierno se han ido trasladando de la "población" al "sí mismo", el trinomio familia/salud/educación ha resultado ser un vector crucial de intervención. Así, podríamos suponer que la apropiación de la violencia doméstica por parte de la salud pública, por una parte continúa con la tradición de muchas técnicas históricas de gubernamentalidad, y por otra traduce, en un momento de cambio en la filosofía de las políticas sociales, una cuestión política al lenguaje de la patología y del riesgo, asuntos para los cuales la sociedad ya cuenta con el discurso "éticamente neutro" de la ciencia. Bourdieu señala que "la realidad social de una práctica como el alcoholismo, el aborto, el consumo de drogas o la eutanasia, es muy distinta según sea percibida como una tara hereditaria, una decadencia moral, una tradición cultural, o una conducta de compensación" (2001). Curiosamente todos son ejemplos de temas que han sido

tomados a cargo por la salud pública, disciplina históricamente relacionada con la idea de prevención de riesgos y que cabalga entre "la ley de la naturaleza" y "el gobierno de los hombres".

En el análisis que sigue procederemos entonces en dos etapas: en la primera, más descriptiva, (capítulo 1) ofreceremos algunos elementos que dan cuenta del contexto de aparición y elaboración del programa Mujer y Violencia, sus antecedentes, justificaciones y objetivos. En la segunda, más analítica (capítulo 2), intentaremos aplicar el modelo de análisis propuesto para dar cuenta de las articulaciones entre los diferentes discursos presentes en la política, fundamentalmente el de la salud pública y el de los derechos de las mujeres promovido por el feminismo. Ambos son los pilares de lo que se ha dado en llamar "políticas de salud con perspectiva de género" de las que este programa es un ejemplo. Al mismo tiempo, esos discursos dialogan y discuten con otros discursos sociales, como el de la nueva gestión pública para el desarrollo -a veces confundido con el paradigma de la "gobernanza participativa"-, la noción de riesgo social, el discurso médico, los discursos sobre la familia, el género, la ciudadanía y los derechos, entre otros. Cada discurso tiene una historia y distintas versiones o interpretaciones, por lo tanto cuando se articula con otros para un determinado fin, no lo hace como un todo homogéneo y coherente sino desde alguno de sus fragmentos o versiones, y en esa articulación es posible que sufra mutaciones nuevas.

El análisis de esta primera parte se basa en documentos oficiales, material impreso para el personal de los servicios de salud y entrevistas realizadas a funcionarios que participaron en el diseño, coordinación, dirección, implementación y evaluación del programa. Tanto la primera como la actual directora son médicas y se han desempeñado en diversos puestos de responsabilidad dentro y fuera de la secretaría de salud y también en organizaciones civiles. Una de ellas, además, milita en el movimiento feminista desde muy joven. Aún con algunos matices, ambas manifiestan un claro

compromiso con la promoción de las "políticas de salud con perspectiva de género", lo cual constituye un discurso que representa para ellas más de una "interpelación": en tanto que mujeres defendiendo los derechos de otras mujeres, como profesionales de la salud y en tanto que funcionarias de un gobierno que se declara plural, como una característica novedosa de la política nacional.

Esta parte de la tesis está destinada entonces a avanzar en la hipótesis principal, es decir que la heterogeneidad discursiva de origen de este programa en particular y las negociaciones de sentido que supone, han producido un discurso híbrido o "de compromiso" que si bien puede funcionar como "consenso" –precario- en los niveles superiores de la administración pública y del gobierno, su complejidad y ambivalencia son tales que permiten un amplio margen de libertad de interpretación y de acción por parte de los encargados de hacerlo efectivo en los niveles operativos. Estos agentes pertenecen además a una comunidad de prácticas, el orden médico, que detenta un discurso particularmente cerrado, ejemplificando con ello la afirmación de De Ipola (1987) quien –en otro contexto- sostiene que "cuando los individuos no se sienten interpelados por un discurso es porque han sido interpelados con éxito por otros discursos -antagónicos o simplemente diferentes del primero-". Esto finalmente obstaculiza la puesta en práctica de los principales lineamientos y normativas de la política y por lo mismo el cumplimiento de sus principales objetivos.

En el capítulo final de la tesis trataremos de vincular ambos análisis discursivos: el del diseño (parte I) y el de la implementación de esta política (parte II), para tener así una visión más amplia, que –esperamos- trascienda los enfoques usuales de evaluación de programas que por lo general se limitan a medir impactos y resultados en referencia a las metas prefijadas, pero sin cuestionar si la manera en que el problema fue construido facilita o no la resolución específica que se propone.

Capítulo 1. Contexto de aparición del programa Mujer y Violencia. El horno estaba para bollos

Introducción

El programa Mujer y Violencia es lo que podríamos llamar un caso de diseño institucional destinado a dar respuesta a un problema social desde el gobierno, y será analizado como un ejemplo de políticas públicas en las condiciones que prevalecen en la época actual en un país como México, y de las complejidades que esto supone desde un punto de vista discursivo. Como ya se señaló, los debates que se generan alrededor de una decisión de políticas ponen en juego discursos diferentes y de ellos derivan efectos tan concretos como la asignación de presupuesto y recursos a algunos temas –e ideologías- en detrimento de otros. Muchas veces las racionalidades que se articulan en un debate particular de políticas son de distinto orden, pero pueden producir decisiones concretas basadas en el consenso o bien en coincidencias parciales, azarosas, sustentables o efímeras.

Los problemas que son inherentemente difíciles de identificar sin ambigüedades, o que como dice Hood están “en el límite de la investigación científica”, en condiciones donde el conocimiento es tentativo y su significación debe ser traducida entre diferentes comunidades de especialistas, presentarán dificultades profundas a la aspiración a “hacer políticas basadas en la evidencia”. Especialmente una forma de regulación que requiera un cambio de actitudes en la población general o en amplios sectores –como fumar, manejar, beber, comer- representará una severa prueba a la capacidad regulatoria, y muchas veces se apelará a la retórica científicista o al conocimiento de expertos como “atajo” ante la incertidumbre que plantea el problema y la necesidad de las agencias del gobierno de evadir la responsabilización si no logran sus metas. Hood llama “escudos tecnocráticos” a esas “fórmulas recomendadas y bendecidas por expertos” a las

que se recurre frente a temas complejos, como estrategia para evadir costos políticos. Consiste por ejemplo en tomar prestados los estándares técnicos de cuerpos internacionales o de otros países con una modificación mínima. Otra estrategia es apelar a una estructura organizacional compleja que incluya responsabilidades indefinidas y/o dispersas en el nivel de la implementación y de la coerción para cambiar las conductas de la gente. Una conclusión importante, según este autor, es que las estrategias de prevención de la responsabilización parecen definir las políticas *tanto o más* que las consideraciones "funcionales" relacionadas con las características técnicas de los problemas. Por eso, sostiene, es importante hacer una evaluación histórica, sistemática y paciente "desde adentro" para ver qué diferencia introdujeron las acciones emprendidas y *qué tan tratable era desde el inicio* el problema en cuestión, más que juicios rápidos basados en escrutinios superficiales sobre las dificultades que enfrentaron las políticas, o la mala prensa que encontraron. Un análisis tanto del contexto de la política (tipo de problema y cómo es disputado discursivamente por los diversos actores y grupos), como del contenido (objetivos, organización, estilos de operación) permite ver al mismo tiempo los aspectos del entorno social y la vida interna de las instituciones ejecutoras, lo que se expresa en microculturas, tradiciones, convenciones arraigadas y discursos.

El programa que sirve de base a este análisis es uno de los componentes del Centro Nacional Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud en México. Este centro es considerado "el órgano rector y desconcentrado de la Secretaría de Salud con mayor autonomía financiera y jurídica" (CNEGSR/Salud, sitio *web*) y los funcionarios/as a cargo manifiestan un claro compromiso con la agenda de la equidad de género, enfatizando que su misión es ocuparse de la salud de la mujer de manera integral y no sólo de la atención a sus funciones reproductivas, como se había hecho hasta el momento, al privilegiarse los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar. Uno de los principales objetivos de este Centro es "introducir la perspectiva de género en las políticas de salud".

El programa Mujer y Violencia, dentro de este centro, está orientado a prevenir y atender la violencia doméstica y sexual contra las mujeres en el país, en colaboración con una red de refugios para mujeres en situación de violencia extrema, operado por organizaciones de la sociedad civil. Tanto el centro como el programa fueron creados en la administración del presidente Vicente Fox (2000-2006) por iniciativa del entonces secretario de salud, Julio Frenk, y forman parte de lo que se ha dado en llamar "políticas públicas con perspectiva de género". Este programa se sustenta en dos argumentos explícitos: uno se basa en la idea de los derechos (el derecho de todo ciudadano a la salud, como establece la Constitución, y el derecho de las mujeres "a una vida libre de violencia" como reza la reciente Ley aprobada sobre el tema)³, y con su promoción se asegura contribuir a la profundización de la democracia en el país; el otro argumento se basa en la definición del problema en términos del costo al sistema de salud y el riesgo –monetario y político- que ocasionaría a la sociedad *si no fuera atendido*.

El lenguaje de los derechos de las mujeres se combina aquí con el de la salud pública, en la exigencia de "prevenir" y "atender" el problema, y el grupo de los profesionales de salud es entonces el señalado, tanto por académicos y expertos como por los diseñadores de políticas y la normatividad legal, como un actor clave para la identificación, notificación y canalización de casos de violencia intrafamiliar hacia instancias de resolución jurídica o, en su defecto, de asistencia social y/o psicológica.

Si bien este programa fue cuestionado desde el propio gobierno al inicio de la administración actual del presidente Felipe Calderón (2006-2012), fue finalmente ratificado como parte de las políticas del sector salud, aunque con un presupuesto

³ La "Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia" fue propuesta por la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados y discutida durante el sexenio de Vicente Fox. Fue finalmente promulgada por el Presidente Felipe Calderón en febrero de 2007. Entre otras cosas establece mayores penas a quienes incurran en diversos actos de violencia en el hogar y la instalación de una "alarma de género" que permita actuar al gobierno federal en las entidades federativas y municipios en caso de olas de "feminicidios" que las autoridades locales no puedan controlar. Ver Diario Oficial de la Federación.

menor y temporalmente limitado, implícitamente condicionado a la exhibición de resultados. Actualmente está siendo observado internamente y evaluado en términos de "impacto". Presentaremos a continuación una breve historia de sus antecedentes y contenido.

1.1. Formación de la agenda. La violencia doméstica deviene "problema"

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas definió a la violencia contra las mujeres como: "todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993).

Como consta en la fecha de esta declaración, el maltrato al interior de la familia no es nombrado como "violencia" sino hasta muy recientemente. Su paulatina tematización como tal se encuentra plasmada en la Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979), en la Convención sobre los derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989), en la Convención Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), en la Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993), en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, "Convención de Belem do Pará" (OEA, 1994), en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y en la Cuarta Conferencia mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). A partir de estos foros internacionales, la violencia de pareja de los hombres contra las mujeres en el hogar, comenzó a ser objeto de visibilización pública, escrutinio científico y diseño de políticas destinadas a su erradicación.

Gran parte de esta nueva "conciencia" se debe a la influencia de dos movimientos sociales fundamentales de carácter internacional: el movimiento feminista y el movimiento por los derechos humanos. Al postular el carácter político de lo privado, el movimiento feminista formuló una severa crítica a la idea de esfera pública desarrollada por el pensamiento liberal⁴, quien dejó sin problematizar el ámbito de lo privado y por lo tanto el estatus de las mujeres como sujetos con derechos. Al mismo tiempo, esta corriente puso en cuestión el supuesto carácter natural, armónico y *cuasi* sagrado de la familia sostenido por la moral conservadora, develando la presencia de conflicto y poder en su interior.

A partir de entonces, la condena a la violencia doméstica y de género, desde organismos internacionales, movimientos sociales, organizaciones no gubernamentales, centros académicos e instituciones públicas, ha provocado el "descubrimiento" de este problema y ha dado lugar a un escrutinio pormenorizado de formas, tipos, espacios y maneras de medir la violencia. Bajo esta empresa se han identificado diversas formas de violencia: social, política, delictiva, intrafamiliar, doméstica, contra las mujeres, autoinfringida, etc. (OPS/OMS, 2003); se ha definido a la violencia de género como aquella sufrida por las mujeres por el hecho de ser mujeres y se la ha tipificado de acuerdo con el espacio en el que es vivida (el hogar, el trabajo, la calle). A su vez, la violencia vivida en el hogar se ha dividido en varias categorías: física, sexual, psicológica, patrimonial y económica. Paralelamente y de acuerdo con enfoques diversos, se han propuesto y discutido modelos cada vez más refinados para medir el fenómeno. Esto porque dependiendo de los indicadores utilizados, las cifras de violencia que reportan diferentes estudios pueden variar notablemente y con ellas la "magnitud" del problema. Consecuentemente también existe un largo debate acerca de las mejores maneras de dar una respuesta social y política a este problema.

⁴ Nancy Fraser (1989) y Carole Pateman (1996) se cuentan entre las críticas feministas más notables a esta idea de espacio público.

México no ha permanecido ajeno a este movimiento de apertura del tema, si bien de manera más tardía. Diversas organizaciones civiles de mujeres, inspiradas en los movimientos internacionales, han presionado para que el gobierno cumpla con los compromisos firmados a este nivel⁵, contribuyendo con ello a una mayor visibilidad al tema de la violencia contra las mujeres a nivel nacional.

Paralelamente, ya se encontraban operando en el país distintas organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria que ofrecían asistencia y servicios de diferente tipo a las mujeres víctimas de violencia, con resultados variables. Si bien el contacto con estas organizaciones funcionaba para muchas mujeres como "capital social" al momento de decidir salir del círculo de la violencia y tomar acciones encaminadas a la autonomía, se trataba de iniciativas relativamente débiles y aisladas si se las compara con las necesidades de atención más tarde estimadas a nivel nacional.

En 1998 empezó a elaborarse en México una Norma Oficial⁶ para atender la violencia intrafamiliar en los servicios de salud, como parte de un proceso de cambio en las políticas de población y salud, que pasaron de tener una visión de las mujeres como madres y factor clave de la salud de los hijos, a defender su propio derecho a la salud y a decidir sobre su reproducción. En este cambio fue definitiva la influencia de las conferencias internacionales de Población de El Cairo (1994) y de Mujeres de Beijing (1995), auspiciadas por la ONU, donde diversas organizaciones del movimiento feminista y de mujeres participaron activamente y formaron parte importante de las delegaciones oficiales mexicanas. Estas conferencias, cuyos acuerdos registran un notable avance de varios temas de la agenda feminista y que fueron firmados por el gobierno mexicano, estuvieron

⁵ La Convención de Belem do Pará creada en 1994 para erradicar la violencia contra las mujeres, es el instrumento más ratificado en el sistema interamericano de derechos humanos, con la excepción de Estados Unidos, Jamaica y Canadá que se han negado a firmarlo.

⁶ Las Normas Oficiales Mexicanas son instrumentos regulatorios de cumplimiento voluntario, que en los años 90, con miras a la firma del TLC con América del Norte pasaron a ser reguladas por una nueva Ley de Metrología y Normalización, dictada siguiendo el esquema de normalización de Estados Unidos, y que en 1997 fueron elevadas a la categoría de "único y último nivel normativo", entrando en conflicto con disposiciones en ley, reglamentos y normas anteriores, con lo cual se llegó a cuestionar su validez constitucional (Moctezuma 2006).

rodeadas de una fuerte presión por parte de los grupos más conservadores -en particular sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos- generando un fuerte debate. También tuvieron una gran cobertura periodística mundial, elemento que, al decir de una de las funcionarias del programa, “es algo ante lo que nuestro gobierno siempre reacciona, teniendo que hacer algo”. Esta entrevistada vinculó la reacción gubernamental al hecho de que “por esa época también empezaron a darse a conocer los casos de las muertas de Ciudad Juárez, que si bien todavía eran unos cuantos, empezaron a “hacer ruido” a nivel de la opinión pública internacional” (ent. F2).

La presión de los mismos grupos de mujeres que habían estado en El Cairo y en Beijing, y el espacio que entonces se les dio dentro del Sector de la Salud (en el Grupo Interdisciplinario de Salud Reproductiva, un comité participativo creado a partir de esos acuerdos) fueron los primeros antecedentes de la elaboración de la Norma Oficial contra la violencia intrafamiliar. La “perspectiva de género” estuvo hasta hoy más “institucionalizada” en las políticas de salud y de población, sin registrar el mismo grado de avance en el área de los derechos y de la legislación, hasta las recientes reformas a las leyes de aborto en el DF, y de “acceso a una vida libre de violencia” (2007). Estos avances se debieron en parte a lo ya mencionado sobre los acuerdos internacionales y en parte a que “más mujeres llegaron a cargos públicos y más organizaciones feministas se vincularon con grupos parlamentarios” (Incháustegui 2002), por ejemplo el Parlamento de Mujeres y la Comisión de Equidad y Género -ambos creados en los años 90-. Esta Comisión fue la que aprobó los fondos del Programa Mujer y Salud (el primer nombre que tuvo el Centro) y etiquetó los fondos para el programa de Violencia, al que le dio prioridad, como veremos más adelante.

Si bien las dos conferencias mundiales mencionadas habían puesto en el debate -quizás por primera vez seriamente- el tema de la mujer como sujeto de derechos y discutieron muchas de las necesidades y problemas que habían aquejado a las mujeres desde tiempos inmemoriales relacionados con la salud, el desarrollo

social, la educación, la familia, la sexualidad, la reproducción, etc., dentro de la agenda "dura" del feminismo (maternidad libre y voluntaria, derecho al aborto, lucha contra la violencia sexual, etc.) el tema de la violencia era, según varias autoras (Tarrés 2002, Barquet 2002, Lamas 2006) el menos polémico de todos en relación con las posturas de los actores políticos internos, especialmente los grupos conservadores. Es en los años noventa también que México restablece relaciones diplomáticas con el Vaticano, lo cual propició que la jerarquía católica se convirtiera en un actor político central y fortaleció a los grupos conservadores que luego iban a adquirir una influencia creciente en las políticas públicas (Guevara 2002).

Finalmente, otras cuestiones más coyunturales determinaron la existencia de esta política. Una de las funcionarias entrevistadas comentó que el hecho de que haya sido Julio Frenk el Secretario de Salud (y no el médico particular de Fox que venía de Guanajuato y formaba parte de la terna de candidatos al cargo), es quizá uno de los factores más importantes para que este programa se haya establecido. Esto por el hecho de que el nuevo secretario, "no sólo era un buen candidato para el presidente -porque tenía muchísimas credenciales como 'salubrista', una experiencia enorme en la Organización Mundial de la Salud, estaba vinculado a las políticas del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, 'desde chiquito quería ser Secretario de Salud', el padre es pediatra y viene de una familia de intelectuales, músicos y escritores prominentes-, sino que además era alguien cercano a mujeres feministas" (su esposa, su abuela, amigas personales a quienes convocó a colaborar con el diseño del proyecto). Las cualidades primero enumeradas, especula una de las funcionarias, "deben haber deslumbrado al presidente -que no lo conocía personalmente sino que se lo acercó gente de confianza-, y como Fox, como primer presidente después de la transición democrática, tenía que abrir el juego a gente que no fuera del PAN, era también en ese sentido un buen candidato" (ent. F2).

El programa se llamó al principio Mujer y Salud, "porque el gobierno era particularmente reacio al término género" (en las conferencias de El Cairo y Beijing el Vaticano había declarado que esta palabra "promovía la homosexualidad") y fue creado para tratar todo lo relacionado con la salud de la mujer que no estuviera dentro del rubro de "salud reproductiva". La salud reproductiva, sin embargo, fue privilegiada, dejándola como una dirección general específica de mayor importancia, en la medida en que, según la misma funcionaria, "es lo que tiene mayor carga de enfermedad, mayor carga económica, etc." Por su parte, el programa "Arranque parejo en la vida", impulsado por la esposa del presidente, estaba dirigido a mujeres jóvenes y adolescentes pero con el fin de lograr que sus hijos nacieran con menores "rezagos".

El programa Mujer y Salud, entonces, determinó que una de las cosas que merecían fundamental atención era el problema de la violencia. Este tema no había tenido cabida en las políticas de salud hasta entonces pero fue incorporado, según la funcionaria, por la influencia decisiva de otro elemento: "el hecho de que se empezó a documentar de manera mucho más clara *todo el impacto que tenía el no atender estos problemas*, ya que durante muchísimos años simplemente no había ni información al respecto". Algunos estudios sostenían que la carga de enfermedad provocada por la violencia contra las mujeres era equivalente a la de cinco padecimientos juntos, incluido el cáncer y la diabetes, las dos primeras causas de muerte en las mujeres (Londoño et.al. 2000) mientras que la pérdida de años de vida saludable a consecuencia de la violencia familiar ocupaba el tercer lugar en el D.F. después de la diabetes y los problemas del parto (Lozano 1999).

La segunda "casualidad" según esta misma entrevistada (la primera fue la designación de un secretario de salud favorable), fue una decisión particular de las diputadas de la comisión de Equidad y Género. Como el presupuesto del primer año de gobierno había sido aprobado por la legislatura anterior, cuando el programa no existía, éste empezó a trabajar prácticamente sin fondos, con un recurso menor que salió de la oficina del secretario. Al momento de someter el

primer presupuesto para aprobación a la Cámara de Diputados, ésta asignó recursos a cada uno de los componentes y se decidió que el programa se mantendría como una estructura que incidiría transversalmente en todo el sector salud, promoviendo la perspectiva de género, pero que no sería operativamente importante. Y en el primer año de esa legislatura que aprobó el presupuesto para el segundo año de gobierno, "las diputadas asignaron muchísimos recursos a violencia porque quienes estaban en la Comisión de Equidad y Género, en ese momento, eran mujeres que por una razón o por otra habían estado vinculadas con el tema de violencia, y entonces convencieron al Pleno de la Cámara de aprobar un presupuesto en donde se etiquetara específicamente un monto importante para trabajar desde el Sector Salud en violencia" (ent. F2). Parte de esos recursos había sido asignada el primer año a otra institución, cuyo ejercicio fue juzgado por las diputadas como "desastroso", por lo que decidieron re-dirigirlos al sector Salud, pensando que allí se gastarían mejor, porque "*Salud era una de las estructuras más sólidas y viejas del gobierno, con una inercia impresionante, además de la figura del Secretario*" (ent. F2). Pero los recursos fueron etiquetados específicamente para trabajar en violencia intrafamiliar, por lo que las diputadas buscaron en qué parte de la estructura del sector salud se trabajaba este tema y así fue como al Programa Mujer y Salud, como dijo la funcionaria, "le cayó un dineral de la noche a la mañana". Esto creó tensión entre este programa y la institución que previamente había tenido esos recursos, pero como ella misma manifestó "Ni modo que digas que no, no quiero el dinero". Gracias a éste, "se empezó a dar un peso muy grande al trabajo en violencia, porque había que ejercer esos recursos en una estructura mínima y en un programa muy nuevo". Así fue que surgió la idea y hubo recursos para hacer una encuesta, pagar el desarrollo de un modelo integral de atención y capacitar al personal de salud en la atención y en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana, y se publicó esta Norma con una serie de comentarios para los profesionales de salud. Si no se hubiesen asignado esos recursos al programa, comenta la funcionaria, realmente es muy poco lo que se hubiera podido hacer.

1.2 Diseño del programa

El programa se inició entonces con la elaboración de un “diagnóstico”. El objetivo era conocer cuánta violencia doméstica había en el país y qué tan predispuestos estaban los profesionales de salud a darle una respuesta desde su práctica profesional. Un motivo de conflicto con otras instituciones que se encargaron del tema tuvo que ver justamente con una discusión sobre si convenía o no lanzar de entrada campañas masivas de concientización sobre la violencia contra las mujeres. Desde la perspectiva de salud, no podían “arriesgarse a crear una necesidad que después no se pudiera atender”. Esto porque se creía que, dada su magnitud, todas las mujeres que vieran la campaña en los medios y estuvieran viviendo en situación de violencia “acudirían a que se les solucionara el problema”. Por eso se decidió empezar por reforzar y capacitar al personal.

Los datos que arrojaron las encuestas llevadas a cabo, tanto por la propia Secretaría de Salud como por otras instituciones en 2003⁷ y 2004⁸, revelaron que entre 21.5% y 46.55% de las mujeres mexicanas sufría algún tipo de violencia en el hogar por parte de su pareja. Las diferencias se debían a los distintos enfoques teórico-metodológicos utilizados. Para el diseño de la encuesta se apeló al conocimiento de expertos locales e internacionales, de quienes se tomaron los modelos tanto para el diagnóstico como para la atención del problema, pero como señaló otra de las funcionarias, “se partía de que había un desconocimiento muy grande y muy pocos expertos y expertas en el tema” (ent. F1).

La “evidencia” parecía estar señalando la existencia de un problema social de notable *magnitud* en el país, que hasta el momento había permanecido desatendido. Lo que seguía -y aún sigue- generando debate y desconcierto, es cuál es la verdadera naturaleza del problema, y más aún, qué es lo que hay que

⁷ Secretaría de Salud/INSP. 2003. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres I. (ENVIM I).
⁸ INEGI/INMUJERES. 2004. Encuesta Nacional de la dinámica en los Hogares (ENDIREH).

hacer al respecto. Pero si bien unas encuestas son más “conservadoras” que otras en los indicadores de violencia que incluyen –por ejemplo, “le dejó de hablar” para unos es indicador de violencia psicológica, mientras que otros no lo incluyen-, pareciera subyacer a todas el supuesto de que la violencia es un mal abarcador y continuo, que va escalando desde los celos conyugales y el “desamor” hasta el feminicidio, y al mismo tiempo se transmite de generación en generación y va contaminando otras áreas de la vida de las personas. Todas serían la consecuencia de una dominación masculina extendida y naturalizada en la sociedad.

Algunas de las razones que suelen ofrecerse para explicar este “déficit de carácter público” del problema son la existencia de marcos valorativos arraigados en la sociedad mexicana, en especial las categorías del valor social asignado a cada género (y el papel subordinado de la mujer) y vinculado a este discurso, la definición del problema como de naturaleza privada, todo en el marco de alguna dificultad de orden cultural para establecer una conciencia de derechos y obligaciones individuales en la sociedad, donde aparentemente el individuo está inmerso en instituciones y cuerpos sociales como el gremio profesional, la institución o la familia, cuya demanda de lealtad suele desdibujarlo como individuo, lo que es particularmente agudo en el caso de las mujeres. Cuestiones de tipo moral y cultural –la necesidad de crear una cultura de los derechos- confluyen así con argumentos “científicos” (la gravedad del mal, que las cifras revelan), socioeconómicos y políticos (las pérdidas en vidas e incapacidades humanas, y los riesgos para la sociedad de que éstas aumenten, lo que finalmente se traducirá en costos financieros y problemas de control social).

Por su parte, la encuesta a prestadores de servicios de salud que el mismo programa realizó, donde entre otras cosas se buscaba evaluar cuánto estaban al tanto del tema y sobre todo de que existía una normatividad que los involucraba, reveló que sólo 18.5% refería conocer esta normatividad establecida unos años atrás; de ellos, 42.2% conocía bien su contenido y el resto solo había oído hablar

de ella. Además, 32.8% de los entrevistados consideró que el desinterés del personal de salud por los casos de violencia contra la mujer era el principal obstáculo para su atención y 22% opinó que la violencia en la familia era un problema privado en el que al personal de salud no le correspondía intervenir. No es un dato irrelevante que 10.8% de los hombres y 16.9% de las mujeres que contestaron esta encuesta declaró ser víctima de violencia por parte de su pareja y 12.2% de los hombres y 9.7% de las mujeres había sido agresor(a) de su pareja.

El plan fue diseñado entonces para “crear primero las condiciones y después empezar a lanzar campañas, y que la gente tuviera lugares a dónde acudir, que hubiera un ruta crítica, perfecta y claramente establecida” (ent. F2). Es un modelo “que establece qué tiene que hacer una mujer que está viviendo en situación de violencia y busca ayuda en el Sector Salud, cosa que en ese momento estaba completamente indefinida y caótica” (ent. F2). Se contrató a un grupo de expertos en violencia por un lado, y a un grupo de expertos en desarrollo de programas por otro, para que en conjunto trabajaran en lo que iba a ser el modelo de atención.

1.3 Acciones para el “cambio de comportamientos”

El programa tuvo como elemento clave la promoción y capacitación al personal de salud en los contenidos de la Norma Oficial Mexicana publicada en el Diario Oficial de la Federación en el año 2000. Esta Norma⁹ denominada *Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar*, tiene como propósito “establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación que se proporcionan a las y los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar y es de observancia obligatoria para todos los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud”. El texto de la Norma aclara que su meta es “dar cumplimiento a los compromisos adquiridos en los foros internacionales en materia de la eliminación de todas las formas de violencia,

⁹ NOM-190-SSA1-1999.

especialmente la que ocurre en el seno de la familia y contra la mujer”, que se encuentran plasmados en las convenciones arriba enumeradas. (NOM-190-SSA1-1999).

Esta Norma define a la violencia familiar como el “*acto u omisión* único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física- *en contra de otro* u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono”, y provee una serie de indicadores para detectar cada uno de estos tipos de violencia. La *atención médica* de la violencia familiar de acuerdo con esta Norma, incluye “la *promoción de relaciones no violentas*, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven en esta situación, la *evaluación del riesgo* en que se encuentran, la promoción, protección y restauración de su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas”, establece que esto debe ser llevado a cabo con oportunidad, *calidez, confidencialidad*, honestidad, y respeto a la dignidad, y al mismo tiempo establece la *obligación de dar aviso* al Ministerio Público y de notificar a la Secretaría de Salud sobre los casos de violencia familiar detectados. El apartado de criterios específicos para el aviso al Ministerio Público, sin embargo, deja espacio a interpretaciones ambiguas sobre en qué casos y quién debe involucrarse en estas acciones. El que corresponde a la notificación al sistema de vigilancia de la Secretaría de Salud, por el contrario, deja bien establecido el carácter obligatorio de este registro.

La Norma -y las políticas que pretenden impulsar su aplicación- suponen que los profesionales de salud están capacitados, no solamente para identificar casos de violencia a través de un complejo de indicadores indirectos, sino además de actuar como consejeros legales e incluso morales de sus pacientes, por ejemplo cuando en el apartado de “prevención”, insta a los profesionales a “*promover cambios de actitudes que incluyan el desarrollo de las responsabilidades compartidas al interior de las familias*, como se desprende desde las perspectivas de equidad y

género, con el fin de lograr un desarrollo integral y mantener un ambiente familiar armónico" (NOM 190 SSA1-1999). Retomaremos el contenido de esta norma al analizar los discursos que la sustentan.

Ante la escasez de expertos que pudieran capacitar al personal de salud en el tema de violencia, y el carácter numeroso del mismo a nivel nacional, se trató convencer a la gente contratada y a grupos de mujeres que estaban tratando el tema localmente, que buscaran la manera de ir capacitando al personal de su zona; al mismo tiempo el programa a nivel federal también avanzaría en la misma tarea ofreciendo un curso *online*, que fue bien evaluado por quienes lo tomaron. La idea era que cada uno de los Estados fuera decidiendo cuáles iban a ser sus estrategias para lograr esta capacitación, pero que al mismo tiempo el gobierno federal pudiera ofrecer al menos un recurso "moderno" como alternativa. Esto respondía a un problema estructural del sector, que se ha profundizado desde que entraron en vigor las políticas de descentralización sin la debida compensación de las enormes desigualdades de recursos que existen entre los estados, donde la secretaría debe ser el órgano rector y desde el gobierno federal decir cuál es la estrategia para todos, sabiendo que lo que funciona en un estado no funciona en otro. La autonomía de los sistemas estatales de salud, que además no se sienten obligados ante un sistema federal que no los compensa financieramente, hace difícil coordinar una política nacional como ésta. A esto se agrega la dificultad para lograr que las instituciones de salud de la seguridad social acepten las directrices de la Secretaría.

La Norma Oficial comentada fue difundida junto con manuales de capacitación elaborados y distribuidos en todas las unidades de salud del país con la recomendación a sus directivos de utilizarlos en talleres y pláticas dirigidos al personal de salud, donde además se les impartían contenidos de género. También se diseñaron folletos de buena calidad de impresión –"para que les fuera más difícil tirarlos como suelen hacer con los volantes"- que se entregaban a cada

profesional al momento de cobrar su cheque de honorarios, esto con el fin de asegurar que a todos les llegara.

Paralelamente, el modelo de atención que se elaboró, mostraba a los profesionales los pasos que debían seguir con cada mujer que llegara a su consultorio, independientemente de que mostrara o declarara haber sido maltratada o no. El modelo abarcaba desde la detección e identificación de casos en los servicios hasta la posibilidad de contar con instancias donde canalizar los casos más críticos, es decir aquellas mujeres "que se encontraran en peligro de muerte". Pero también se buscaba prevenir, y por eso el modelo incluía un método de "tamizaje" de rutina que consistía en incluir, en el interrogatorio que se realiza en cualquier consulta normal para elaborar la historia clínica, además de las preguntas de rigor sobre "aparatos" y "sistemas", una sección de preguntas sobre violencia. Se trataba, en palabras de una de las funcionarias, "de un *check list* para no regresarla a su casa si tuvo un número de 'palomitas' en ese *check list*, porque eso significa que su vida o su integridad física están seriamente en peligro". Este método tiene la función de indicar al médico qué hacer si está frente a un caso de ese tipo, y en su defecto, qué tipo de ayuda le puede brindar a la mujer, desde el punto de vista psicológico, es decir "que en un momento dado se pueda detectar antes de que lleguen ya con la cabeza rota" (ent. F2). El método, comenta la funcionaria, fue validado en los refugios, y tiene que ver con cuestiones físicas, mentales, con la historia de la propia relación, con los antecedentes, etc. Lo que plantea es que "cualquier médico, enfermera o psicólogo de cualquier servicio, por obligación, haga una serie de preguntas y las haga bien hechas, con tacto y de manera que realmente la respuesta sea confiable, porque muchas mujeres niegan una situación de violencia, se los preguntes como se los preguntes, están muertas de pánico, por muchas razones (...) pero para muchísimas mujeres [preguntarles] es abrirles el horizonte". El programa ha creado alrededor de 220 centros especializados de atención en unidades de salud de todo el país, para canalizar allí a los casos de violencia doméstica. Lo que predomina en ellos hasta el momento es la atención

psicológica. Unos pocos tienen asesoría legal. La idea de crear estos centros especializados dentro del propio gobierno, era la de reforzar los servicios que dan los grupos de la sociedad civil, para dar a la mujer varias opciones, incluso la de los centros operados por gobiernos locales.

La sociedad civil fue convocada para participar en varias instancias de este programa, en especial en la elaboración del modelo y la prestación de un servicio específico: los refugios para mujeres que sufren violencia extrema y sus hijos. El Programa aporta el grueso del presupuesto de estos refugios y los supervisa. Estos ofrecen protección, atención médica, psicológica y legal, y algunos capacitación y bolsa de trabajo una vez que las mujeres salen. Algunos cuentan con la presencia de un Ministerio Público capacitado en el tema. En ausencia de este personal, las propias trabajadoras del refugio acompañan a las mujeres a hacer denuncias en estas instancias. Los refugios también suelen tener convenios con la SEP, para ofrecerles una escuela alternativa a los niños, donde el agresor (la mayoría de las veces, su padre) no los pueda localizar y secuestrar, una estrategia muy común para amenazar a la mujer y obligarla a regresar con él. Muchas veces las propias directoras y trabajadoras de estos centros, por pertenecer a iniciativas civiles inspiradas en la agenda feminista y/o haber sido ellas mismas "sobrevivientes" de la violencia, están al mismo tiempo trabajando en propuestas de ley para la Violencia Intrafamiliar en los estados, con diversos grados de éxito. Las mujeres que son admitidas en los refugios son las que se considera están en situación de violencia extrema (amenazadas de muerte o que han sufrido intentos de homicidio por parte de su pareja). Son referidas por otras instituciones, centros de salud u otras personas. La Secretaría de Salud, a través de este programa, financia la estancia en los refugios de cualquier mujer que se encuentre en esta situación, independientemente de que cuente o no con seguro social, con la meta de lograr un acuerdo por el que las instituciones de seguridad social que detecten mujeres en situación de violencia extrema puedan cubrir su estancia en los refugios mediante un "seguro por incapacidad". La idea de hacer una red de refugios respondió a la necesidad de "mover anónimamente a las

mujeres entre un refugio y otro para que el agresor no las pudiera encontrar” y que cada uno de ellos tuviera los servicios y las condiciones mínimas de operación para proteger la vida de esas mujeres y de sus hijos en casos de persecución. El objetivo de los refugios, dicen las funcionarias, no es quizás lograr la rehabilitación pero sí “volverlas a la normalidad”, es decir tratar de integrarlas nuevamente a su familia, a sus conocidos, al trabajo, etc., y en el caso de mujeres que ya no pueden volver a su estado, porque allí se encuentra el agresor y su vida corre peligro, tratar de conseguirles alternativas de trabajo en algún otro lugar de la República.

Este tipo de enfoque encontró oposición por dos frentes: las instituciones y grupos conservadores que trabajan el tema de la violencia con el objetivo de lograr la reconciliación familiar, rechazan la idea de los refugios porque creen que éstos buscan separar a las familias. Organizaciones y grupos feministas más “radicales”, por su parte, sostienen que los refugios representan una “huída” del problema que beneficia a los agresores, ya que éstos quedan en posesión de todos los bienes de la mujer mientras ella se encuentra aislada. Inspirados en experiencias de otros países y enfatizando la necesidad de reformas legales, estos grupos argumentan que a quienes hay que encerrar es a los agresores y no a sus víctimas. Esta postura, que se debatió en la legislatura y sin duda influyó en la nueva “Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia” (2007), fue promovida por algunas ONG de temática jurídica en México, inspiradas en otros casos de los que el español es un paradigma. La posición del Programa, por el contrario, y desde un enfoque de salud pública, es que los refugios son necesarios para “salvar vidas”. Una de las funcionarias comentó que ni siquiera en los países que cuentan con mejores legislaciones se puede prescindir de los refugios, ya que incluso en aquellos donde las medidas cautelares duran unas horas, el agresor se presenta en el transcurso de las mismas y asesina a la mujer que lo denunció. En México no sólo esas medidas duran 30 días sino que además “reina la impunidad, especialmente entre quienes se sabe son los más violentos con las mujeres: militares, policías de mayor nivel, criminales comunes y personas vinculadas al

crimen organizado (también políticos)” (ent. F1). El programa está involucrado también en el proceso de revisión de la Norma Oficial, para abogar por la modificación del título de la misma, a fin de incluir en ella a la violencia sexual fuera del hogar entre los temas que pueden ser abordados desde el sector salud.

1.4. Un balance provisional

Si bien los funcionarios consideran que el programa hasta el momento ha sido positivo en muchos aspectos, como sucede con experiencias de este tipo, su novedad y complejidad dificulta hacer una “evaluación de impacto” en comparación con políticas alternativas. Comentan, sin embargo, que una evaluación rigurosa debería poder determinar, por ejemplo, el “número anual de muertes de mujeres evitadas” gracias a los refugios. Esto, que convencería a quienes asignan presupuestos, podría hacerse, ejemplifican, “calculando el 80% de todas las mujeres que ingresan a los refugios, que es la cifra que corresponde a las muertes evitadas según lo que reportan estudios en países desarrollados” (ent. F1). Pero también proponen preguntas más amplias, entre ellas si la violencia se puede realmente prevenir, si las campañas de medios de comunicación son eficaces para cambiar los comportamientos, e identificar aquello que resulta más eficaz en la prevención y atención del problema.

Ahora bien, la cifra más reciente (2007¹⁰), de 32% de prevalencia de violencia conyugal en el país, indicaría que el problema se incrementó de manera nada despreciable (diez puntos porcentuales) en relación con lo reportado por la misma encuesta cuatro años atrás. Aparece con esto la duda de si ese “incremento” se debe a un aumento efectivo de la violencia doméstica, o bien a que las mujeres que contestan las encuestas tienen mayor conciencia de lo que significa ésta y cuáles son sus manifestaciones, y por lo tanto la declaran más que antes, sin que haya realmente aumentado. La duda se traslada entonces a la eficacia de las políticas: si el problema es mayor, a pesar de los esfuerzos emprendidos,

¹⁰ Secretaría de Salud/INSP. 2007. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres II. (ENVIM II). Datos extraoficiales.

estaríamos en presencia de un fracaso en las políticas, cuyas metas explícitas establecían disminuir la tasa de prevalencia de violencia y/o aumentar el número de mujeres “atendidas”. Si en cambio el problema no es mayor, sino que es más reconocido, la evaluación de las políticas debería ser optimista, aunque igualmente difícil de medir: esta mayor “conciencia” podría ser un efecto de las campañas de difusión en los medios, del compromiso de los profesionales de la salud que han respondido y ayudado a visibilizar los casos, o de un motivo distinto a estos, incluso, un sesgo en la manera en que se recolectó la información, como también se ha hipotetizado. La propia naturaleza del problema plantea incertidumbres difíciles de reducir.

Con respecto a los prestadores de salud, las cosas se volvieron más confusas cuatro años más tarde, al realizarse una segunda encuesta con el fin de evaluar el impacto de las políticas contra la violencia doméstica. En ella, 85% de los profesionales que respondieron (ya que hubo una tasa de no respuesta de alrededor de 60%) fue declarado “reprobado” en el conocimiento de la Norma Oficial y en el tema de violencia doméstica en general, sin embargo, cuando se les preguntó por las acciones realizadas, la mayor parte de ellos declaró haber seguido los pasos establecidos en la misma y en los manuales de capacitación que la secretaría distribuyó en todas las unidades de salud, donde la Norma era el contenido más importante. Esto plantea una paradoja (“no saben qué hay que hacer, pero lo hacen” como dijo, sorprendida, una funcionaria) que probablemente se deba a sesgos en la manera de capturar la información¹¹ y habrá que analizar con mayor profundidad. Como sea, tanto en el momento de iniciar esta investigación como en el de redactar este texto- la normatividad permanecía ignorada por la gran mayoría de los prestadores de servicios de salud encargados de hacerla operativa. ¿Puede leerse esto como un fracaso de la política?

¹¹ Se les facilitaron computadoras portátiles en los centros de salud, donde debían —de manera anónima— llenar un cuestionario de opción múltiple que mostraba las respuestas posibles, por ejemplo, a) curó las lesiones, b) hizo intervención en crisis, c) le explicó sus derechos, d) dio aviso al MP, etc.

Como sostiene Hood (2001), las políticas definidas como de "control de riesgos" suelen estar más fuertemente condicionadas por la influencia de grupos de interés, en segundo lugar por "fallas en el mercado" o "fallas en las leyes" en la supuesta "auto-regulación" de la sociedad, y en tercero por reacciones del gobierno a la "opinión pública", que tiene que ver con asuntos o situaciones emergentes que se convierten en tema de cobertura de los medios. Finalmente, cuando estos elementos no explican del todo la orientación de una política, también pueden hacerlo las inercias propias de las instituciones, notablemente la micro-política de las organizaciones y la cultura y actividad de los funcionarios. En ausencia de un grupo de interés privado y poderoso (como sucede en otro tipo de políticas) puede prevalecer el contenido dado por las preferencias de los funcionarios, científicos y profesionales. Estas explicaciones, señala Hood, son complementarias, más que rivales. Hay incluso en un mismo programa, elementos que responden a una visión de "riesgo" y por lo tanto está dominada por tecnócratas y profesionales, y elementos que más bien siguen los patrones convencionales de la actividad de grupos de interés y de la participación democrática.

En nuestro caso, podríamos decir que la etapa de recopilación de información y establecimiento de estándares adquirió una visión tecnocrática, con la contratación de expertos, el levantamiento de encuestas nacionales y la obligatoriedad de registrar y notificar casos, tanto en las organizaciones públicas como en las civiles que el programa apoya. Pero aquí se buscó, además del conocimiento experto de académicos y de literatura internacional, también la experiencia de participantes de movimientos sociales (feministas) y de organismos no gubernamentales que ya atendían el problema, aún con la indiferencia al tema del público en general. En la etapa de establecimiento de metas y promoción de acciones en el personal de salud encontramos una mezcla de elementos jerárquicos, con acciones establecidas por la autoridad experta (Norma Oficial, manuales de procedimientos) y al mismo tiempo la apelación a elementos de decisión individual, al no hacer estas normas totalmente vinculantes. Aparece así una situación paradójica: se

interpela a estos actores en su papel de profesionales capaces y autorizados para detectar, prevenir y atender casos de violencia, y al mismo tiempo se asume la necesidad de capacitarlos y sensibilizarlos, es decir, se declara la obligatoriedad de los procedimientos necesarios —e incluso se habla de sanciones—, pero se termina adoptando una política de esfuerzo moderado de “incremento de conciencia”; esto probablemente por la ambigüedad con que se establece el carácter obligatorio de las Normas Oficiales, que fueron fortalecidas en respuesta a exigencias internacionales —el TLC— pero se superponen y entran en conflicto con otras leyes y normas existentes, lo que diluye su carácter vinculante (Moctezuma 2006). En el nivel de las acciones concretas, especialmente entre quienes deben poner en práctica esos lineamientos, por su parte, aparecen elementos fatalistas: “no hay mucho que hacer”. Las propias características del sistema de salud y de sus organizaciones, por lo demás, explican también en parte esa laxitud en la obligación que se impone a los componentes del sistema. Como hemos podido ver entonces, la hibridez entre estilos de políticas puede darse en un mismo programa, en distintos momentos.

Pero lo más común en las políticas regulatorias, dice Hood, es que haya una coherencia sistémica o institucional bastante limitada. Es típica la desconexión entre el nivel del establecimiento de estándares y el de la modificación de comportamientos, con una tajante separación de instituciones, profesiones, culturas, valores y prioridades. Según este analista de políticas, no hay que alarmarse por ello y muchas veces incluso hasta puede ser beneficioso. El hecho de que haya superposición de tareas, por ejemplo, hace que ante la falla de una instancia otra pueda cubrirla; también la multiplicidad de tareas en una organización puede ser menos costosa que una unidad especializada, y que un programa sea operado por varias unidades implica mayor aprendizaje que el que se da en un arreglo uniforme. También es deseable, sostiene, que la parte más coercitiva (forzamiento a cumplir la ley) sea llevada a cabo por una agencia separada de aquellas que establecen los estándares y los monitorean. Cualquier sistema geográficamente extendido puede establecer estándares desde el centro,

y no está mal que la coerción sea ejercida localmente, sin embargo también es básico tener cierto grado de uniformidad en la aplicación de la ley. De acuerdo al estudio de varias políticas, Hood concluye que este aspecto (el coercitivo) es el más opaco de todos, y lo mismo podemos constatar en el caso que estamos analizando.

Con respecto a las fuerzas que produjeron la aparición de este programa, podemos identificar las cuatro que menciona Hood: grupos de presión, opinión pública, fallas en la regulación societal del problema y preferencias de los expertos y burócratas. Sin embargo, el peso relativo de cada uno de estos elementos difiere de lo que según este autor predomina en las políticas de "control de riesgos". Aquí el principal grupo de presión, podríamos identificar con él al movimiento de mujeres y feminista, pudo ejercer una influencia efectiva en combinación con una reacción del gobierno a las presiones de la opinión pública internacional, y no tanto local, en cuestiones que tienen que ver con derechos; y las "fallas" en la auto-regulación social del problema —quizás en primer lugar el hecho de no verlo como un problema— también se combinan con fallas en la impartición de justicia y en la protección de derechos, lo cual es responsabilidad del Estado. La propia tematización del asunto como una cuestión de prevención de riesgos y de salud, es parte de la disputa discursiva sobre la violencia doméstica que analizaremos en el siguiente capítulo.