

**De “pacientita” a ciudadana:  
el largo y sinuoso camino de  
las mujeres dentro del orden  
médico en México**

**:: Cristina M. Herrera**



## Introducción

La violencia de pareja ejercida contra las mujeres es uno de los obstáculos más contundentes y extendidos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y de los derechos humanos en general, ya que parte de un sistema de normas y valores que niega a la mujer el estatus de sujeto libre y autónomo que define a la ciudadanía. Consecuencia directa de la violencia en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos es la incapacidad para decidir sobre cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, si tener hijos o no, el número y espaciamiento de los nacimientos, el uso de anticonceptivos, la continuación o no de un embarazo, etc.

La cultura de género aún dominante en amplios sectores de la población en América Latina, establece que las mujeres no son dueñas de su cuerpo, sexualidad y reproducción porque estos aspectos de su vida, así como muchos otros, deben ser tutelados por una autoridad que en general es masculina, pero a veces es ejercida por mujeres en representación de aquella. La violencia contra las mujeres es una de las manifestaciones más visibles de ese patrón de control y disciplinamiento femenino en amplios sectores de la población mexicana, donde cifras recientes reportaron que entre 21.5% y 46.55% de las mujeres sufre algún tipo de violencia en el hogar por parte de su pareja (SSA/INSP 2003; INEGI 2004).

Aun así, las sociedades van cambiando y a estas estructuras se incorporan discursos modernos, dentro de los cuales el de los derechos de las mujeres plantea la necesidad de incorporarlas a la ciudadanía de la que gozaron anteriormente sólo los varones. Este se va imponiendo paulatinamente en nuestras sociedades y llega también al ámbito de la salud sexual y reproductiva. Es así como la agenda de los derechos de las mujeres va permeando, no sin dificultades y escollos, los debates y decisiones de políticas públicas y la legislación. Prueba de ello es la Nueva *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (Cámara de Diputados, DOF, 2007), que vincula a todos los sectores del gobierno, y el diseño e implementación de programas específicos destinados a favorecer su aplicación.

Este trabajo presenta resultados de una investigación cualitativa llevada a cabo en México entre profesionales de servicios públicos de salud, cuyo objetivo fue explorar los discursos y prácticas de estos agentes en torno a la violencia de pareja, problema que fue definido como de salud pública y que como se dijo, es objeto de políticas, programas y legislación desde hace re-

lativamente escaso tiempo en el país. La indagación se realizó en el marco del lanzamiento y operación de un programa específico del sector salud<sup>1</sup>, dirigido a prevenir y atender la violencia intrafamiliar desde los mismos servicios públicos e incorporando la “perspectiva de género”. Para ello se difundió entre el personal médico la normatividad que les asigna obligaciones específicas en la tarea de prevenir, atender y canalizar casos de violencia de pareja hacia instancias de resolución del problema, incluidas las de justicia, y se realizaron esfuerzos de capacitación y sensibilización al personal de los servicios de salud, vistos éstos como la “puerta de entrada” de las mujeres a un camino de resolución del problema de la violencia.

El estudio realizado fue de tipo cualitativo, con una perspectiva de análisis del discurso, cuyo fin fue explorar los distintos elementos que se entretajan en los mapas mentales de los encargados de poner en operación el programa y que determinan en gran medida su manera de posicionarse ante la violencia contra las mujeres y en consecuencia de favorecer o no su prevención y atención. El análisis se basó en observación participante, diario de campo y entrevistas en profundidad a 58 profesionales de los servicios de salud de las tres instituciones públicas del sector<sup>2</sup>, en tres estados del país que según datos de la secretaría de salud mostraron alta prevalencia de violencia de pareja<sup>3</sup> (SSA/INSP, 2003). Entre ellos se entrevistó a 16 médicos(as), 14 enfermeros(as), 11 psicólogos(as) y 17 trabajadores(as) sociales. Para complementar la información, se realizaron también 24 entrevistas en profundidad –ocho en cada estado– a mujeres víctimas de violencia de pareja, contactadas en diferentes instituciones.

## Desarrollo

El principal hallazgo de este estudio es que la propia estructura de autoridad del orden médico, que es normativo, excluyente, masculino y paternalista en el mejor de los casos, vuelve muy difícil un cuestionamiento de la visión tradicional de las mujeres, reforzando una visión de las mismas como sujetos

1 Se trata del programa nacional Mujer y Violencia, que es uno de los componentes del Centro Nacional Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud en México y 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. Este programa empezó a operar en 2002, hizo primero un diagnóstico de violencia contra las mujeres y desarrolló luego un modelo integral de atención y una estrategia de capacitación al personal de salud en la atención y en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana de atención a la violencia intrafamiliar (SSA/NOM-190). La Norma fue publicada con una serie de comentarios dirigidos a estos profesionales.

2 Estos son los servicios de salud para trabajadores del Estado, los servicios para trabajadores del sector privado y los servicios para población abierta (sin cobertura).

3 Estos fueron Quintana Roo, Coahuila y el Distrito Federal.

a ser tutelados y no como ciudadanas. En los mapas mentales de los profesionales de salud se combinaban elementos del llamado "discurso médico" con otros provenientes de discursos de clasificación social como el de género, etnia y clase social, para dar por resultado esta visión. Cuando las mujeres son vistas como "deficitarias" en sus roles tradicionales de género -porque no han sido capaces de mantener la armonía familiar, que es una de sus principales tareas-, la respuesta más que ciudadana, es terapéutica. Esto las coloca en un lugar de pasividad y sumisión a la autoridad médica: el de las "pacientitas", una manera muy común entre el personal de salud de referirse a las mujeres que acuden a solicitar sus servicios.

Esta combinación de discursos se hizo visible ante preguntas acerca de los "sujetos" de la violencia doméstica. Se preguntaba al personal médico primero de manera más neutral y apelando a su saber de expertos, por ejemplo, "a qué población afectaba más este problema", "con qué frecuencia", etc., para pasar más adelante a indagaciones sobre "el tipo de mujer" que más lo experimentaba, y finalmente a cuestiones emocionales, como "qué siente al ver una mujer golpeada". Las que consideraron eran las "causas" de la violencia contra las mujeres revelaron discursos sobre el género, la raza o la clase social que si bien no eran directos -como tampoco lo eran las preguntas- mostraban que -fuera de su posición en el orden médico y apelando más a su "opinión" como individuos-, los profesionales estaban atravesados por prejuicios sociales que finalmente condicionaban su práctica profesional, aún cuando ésta apareciera como fundamentada sólo en la "ciencia".

Aparecieron así discursos tradicionales -cuando no misóginos- sobre el papel de la mujer en la familia, sobre la propensión de ciertos grupos a la violencia y en suma sobre el carácter "menos que humano" de ciertas categorías de sujetos, donde se mezclaban cuestiones étnicas, de clase y de género. Esta visión tiene consecuencias importantes para el lugar que se les asigna en el orden médico.

Los profesionales de salud no hablaron de *las mujeres* hasta que se les interrogó de manera explícita al respecto. Al plantearseles el tema de la violencia doméstica en general, apelando a su posición en el orden médico, inmediatamente hablaban de la violencia que sufren los niños y los ancianos por parte de los miembros adultos de las familias, especialmente las mujeres. Cuando se les señalaba que de acuerdo con los "datos estadísticos" eran éstas las principales víctimas de violencia doméstica, muchos de ellos acotaban: "sí, pero también hay hombres maltratados". Las burlas explícitas sobre las mujeres que sufren violencia fueron comunes fuera de grabación y notable-

mente entre los directivos de los hospitales a los que se contactaba en primera instancia para iniciar el trabajo de campo en estos centros. Comentarios misóginos apuntando a que las mujeres *a veces* merecían el maltrato –por ejemplo cuando no se arreglan para el esposo, “huelen mal”, “están gordas”, etc.– fueron pronunciados incluso por médicos encargados de coordinar las acciones de este programa contra la violencia en una jurisdicción de salud particular, tarea que por lo demás decían tomarse en serio por tratarse de “un problema grave”.

Fuera de esos “extremos”, la mayoría de los profesionales entrevistados expresó el deseo de “saber más sobre la violencia doméstica y en especial saber cómo tratarla”, pero al preguntárseles sobre las mujeres maltratadas y especialmente sobre sus sentimientos y sensaciones al verlas en los servicios, dejaban aflorar discursos de alto contenido misógino, culpabilizando a las mujeres por el maltrato sufrido, porque “se lo buscan”, “se dejan”, participan, también agreden, “les gusta”, o “son cobardes”. ¿Cómo interpretar estas aparentes contradicciones?. Aquí aparecen en los entrevistados articulaciones de discursos y desplazamientos entre diversas posiciones de sujeto (Foucault, 1983).

En el discurso médico, el paciente es tratado en tanto que enfermo y en la medida en que demuestra su disposición a ser razonable, sometiéndose al orden médico con el fin de recuperar las características propias del “hombre”, es decir la libertad que le hace escoger la razón (Clavreul, 1983). El enfermo, distinto del “hombre”, es siempre sospechoso de tomar decisiones contrarias a su salud, seguir los dictados del “organismo” en lugar de prescripciones desagradables, mentir, etc. ¿Qué esperar entonces de una mujer? El discurso sobre el “hombre” propio del humanismo es, como ya lo han advertido las feministas, masculino. En este caso, la mujer no sólo es sospechosa en tanto que “enferma” sino ante todo en tanto que mujer. Si hemos de tomar el discurso médico en serio, las mujeres no sólo están excluidas temporalmente de la razonabilidad, mientras dura su condición de enfermas, sino de manera permanente, por ser mujeres. Aquí el discurso médico se articula con discursos históricos sobre lo femenino y lo masculino, o sobre el género, que han destacado el carácter corporal, sensible e irracional de las mujeres en contraposición a la voluntad y la razón, que estarían del lado masculino. Este discurso, coincidente con la hegemonía del humanismo occidental, establece cadenas de equivalencias que equiparan lo femenino con la diferencia, la temporalidad, la anarquía, el error, el interés, la insanidad y la desviación, y a lo masculino con sus respectivos opuestos, la identidad, la universalidad, la cultura, el desinterés, la verdad, la sanidad y la justicia (Mohanty, 1991).

En el siglo XIX, recuerda Laclau (2006) el carácter irracional y patológico de la "masa" asociado con una vida inferior era comparado con la conducta de "los alcohólicos y las mujeres", que entre otras muestras de desorden manifestaban un "goce insano en la violencia". En contraste, las formas superiores de vida como las del individuo portador de la razón y la normalidad, eran identificadas con *el hombre*.

Se ha dicho que el orden médico es masculino, independientemente del sexo de quien ejerza la medicina, precisamente porque en este discurso la razón está del lado del médico y la pasión del lado del paciente. Como señala Clavreul (1983), la histérica es una mujer por la misma razón que del lado del saber hay un hombre. Todo aquello que no se somete al orden médico es sospechoso de una alteración del juicio y de la tendencia a seguir, en cambio, los caprichos del deseo. Por eso cuando una "patología" no tiene justificaciones para el orden médico, lo que se ve en ella es simplemente "búsqueda de placer", lo cual es visto con desagrado por el discurso moralizante de la medicina. De ahí la frase -velada o abierta- en el discurso de los profesionales entrevistados, de que "a las mujeres les gusta que les peguen". Como señalamos antes, esto las coloca fuera del orden médico que "ya tiene bastante con las enfermedades verdaderas" y las arroja al mundo de la "patología mental".

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

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

manera exculpatoria, mencionando sus posibles traumas de infancia, frustraciones y, en última instancia, la imposibilidad de tratarlo, “por no aparecer en los servicios de salud”. La Norma oficial y el programa mismo no incluyen directrices explícitas relacionadas con los agresores.

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

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

1. la que llamamos “*culpable*”, donde encontramos una variedad de respuestas que sostienen la idea de que la mujer participa de la relación violenta, ya sea por una “patología” explicada de distintas formas, como se verá más abajo, por ser ella también agresora (de la pareja y/o hijos), o bien por permitir –o incluso “gozar” de– la violencia;
2. la que denominamos “*víctima impotente*” del sistema, donde la visión de la mujer es de debilidad, dependencia emocional e internalización de la devaluación social de que es objeto y

3. la que llamamos "*víctima racional del sistema*", donde las fuentes de su incapacidad para demandar el derecho a no ser agredida no son internas sino externas: arbitrariedad del sistema legal, falta de apoyo y redes sociales, inequidad socioeconómica y el riesgo de mayores agresiones en presencia de todo lo anterior. Aquí la mujer es vista como un individuo "racional" que en un contexto socioeconómico y cultural adverso evalúa las opciones y estratégicamente opta por un "mal menor". Las propuestas o ideas sobre lo que es deseable hacer respecto de la violencia dependerán fuertemente de estas visiones sobre las mujeres.

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

Ciertamente una gran mayoría de entrevistados, abierta o sutilmente, y por diferentes razones, tendía a culpar a la mujer por "permitir" la violencia en su familia; los agresores, curiosamente, permanecían invisibles en el discurso espontáneo. Al ser explícitamente interrogados al respecto, la actitud más común era la indiferencia, la negación, el rechazo o la perplejidad ("trato de comprenderlos pero no los entiendo"). Se empleó mucho más tiempo y energía en hablar de las mujeres agredidas y de su responsabilidad en la relación violenta, que del agresor. Algunos incluso sostuvieron que el machismo era culpa del "matriarcado" [sic] (las madres educan a sus hijos varones protegiéndolos y disculpándolos, mientras que a las hijas les enseñan a "aguantar"). Otras maneras muy frecuentemente expresadas de diluir la gravedad de la violencia hacia las mujeres, al ser interrogados al respecto, fueron la de anteponer la violencia que sufren otros miembros de la familia que son más "inocentes" (típicamente niños y ancianos) y la de enfatizar que los hombres también son agredidos por las mujeres (más que nada psicológicamente, a

través de la humillación). Esta postura fue mantenida tanto por hombres como por mujeres. Un médico que se declaró enfáticamente a favor de los derechos de las mujeres (a no ser agredidas, a abortar en caso de violación, etc.) y que condenó con igual énfasis la violencia masculina contra ellas –sobre todo si hay lesiones externas–, al mismo tiempo se quejó de que se protegiera tanto a las mujeres a través de programas especiales y se descuidara a los hombres “que también sufren, son humillados, a veces son padres solteros”.

La categoría de representaciones de la mujer que nombramos “víctimas del sistema”, por su parte, no sólo se refiere a la mención de los entrevistados de la situación objetiva de las mujeres que dependen económicamente de su pareja violenta y por lo tanto perciben como poco conveniente separarse de él (víctimas “racionales”), sino de manera preponderante alude a la supuesta asunción del discurso misógino por parte de las mujeres, por ejemplo cuando no denuncian porque los demás “van a pensar que fue su culpa”, por “temor a ser regañadas” o por miedo al qué dirán si se convierten en mujeres “separadas” (víctimas “impotentes”). Esto fue dicho por la gran mayoría de los entrevistados.

En el primer caso la decisión de no hablar, no denunciar, no separarse, puede ser vista como una conducta de algún modo racional, en la que las mujeres calculan cuál es el mal menor y prefieren aguantar la agresión de la pareja antes que la incertidumbre que plantea una situación de dependencia económica, especialmente en las etapas de crianza de los hijos. En el segundo caso, se trata en cambio de una conducta más bien inconsciente, incluso “encarnada”. Quienes asumieron esta postura, hombres y mujeres por igual, mencionaron el temor y el “respeto” de las mujeres a su pareja, la dependencia emocional, el amor y hasta el masoquismo. Nuevamente, se percibe una gran ambivalencia en relación con “las mujeres” en general: son racionales, astutas y calculadoras (y aguantan las agresiones por conveniencia) o bien son víctimas de un sistema de valores en el que fueron socializadas y que ellas reproducen como algo natural. Tienen derecho a no ser agredidas pero también “se lo buscan”. Son mal vistas tanto si adoptan un papel pasivo en la relación violenta como, peor aún, si toman uno activo. Estas afirmaciones estaban presentes incluso en el discurso de un mismo sujeto, quien expresaba de este modo cierta perplejidad ante lo que aparenta ser una conducta “patológica” por parte de las mujeres. El discurso médico, como demostró Goffman (1973), tiende a llamar patología a lo que en verdad ve como “desviación”: ¿por qué estas mujeres no hacen lo que deberían hacer? ¿Están cómodas en la “dominación masculina” o no pueden salir de ella?

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

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

Al indagar más en estas distinciones, los entrevistados mencionaron que, aunque no se consideren culpables, las mujeres piensan que es inútil denunciar porque "no les van a creer". Con esto pareciera que las mujeres "legitimaran" el discurso masculino *pero no lo autorizan*, lo cual habla más de la

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

Las entrevistas hechas a mujeres víctimas de “terrorismo íntimo” revelaron que este tipo de violencia no es un problema meramente “conyugal” sino que involucra a la familia extensa, especialmente en aquellas que siguen la pauta extendida en México de cohabitar con la familia de origen del marido. Esta costumbre, en un contexto de movilidad geográfica creciente, aleja a las mujeres de sus propias redes sociales. En estos casos se ponen en juego lealtades familiares y los parientes del marido, especialmente las mujeres, se dan la tarea de vigilar la conducta sexual de la esposa, controlar su uso del tiempo y cumplimiento de las obligaciones domésticas, con el fin de garantizar la preservación del honor del marido y a través de éste, el de la familia. Muchas veces, sin embargo, son también las redes sociales y familiares de la propia mujer las que reproducen el discurso del sometimiento conyugal. Los problemas de violencia suelen ser mantenidos dentro de estos ámbitos, a menos que haya que hacerlos visibles en casos graves, que ameritan hospitalización, o bien cuando efectivamente las mujeres han perdido todas sus redes por haber migrado solas o solo con su pareja y recurren a las instituciones de salud u otros servicios sociales (Agoff, Herrera y Castro, 2007).

Se mencionó repetidamente el miedo de las mujeres al rechazo de la gente por estar “solas” y al desprecio social a sus hijos si tenían padres separados. Si bien el incremento de madres solas ha atenuado un poco la condena social hacia este grupo de mujeres (“antes te excomulgaban”, dijo una entrevistada), el estigma no ha desaparecido, al punto que muchas “perdonan todo” a cualquier hombre que les haya “hecho el favor” de aceptarlas teniendo hijos de otro hombre. Esta circunstancia fue mencionada como parte de la explicación de la tolerancia de las mujeres hacia las agresiones de la pareja. Un hombre es bueno (no es un agresor) si la acepta a pesar de tener hijos de otro, y/o si la mantiene. Ellas asumen la responsabilidad de su conducta violenta: “no lo manden a llamar, yo les aseguro que no se va a volver a repetir”.

Queremos destacar con esto que la “explicación” de la permanencia de la violencia doméstica en la sociedad no se reduce a un único factor, como

tienden a ver los profesionales de salud al ser interrogados desde su posición en el orden médico. Ellos pueden enumerar muchos problemas de diverso orden e incluso decir, como repite la mayoría, que la violencia doméstica es "multifactorial" (la pobreza, el machismo, patologías mentales orgánicas, falta de habilidades para la comunicación con la pareja, falta de educación y de valores, etc.), todos unidos en un mismo listado que abona a la idea de un "diagnóstico", sin causa ni agente visible, pero en última instancia, una patología. Pero la patologización, dentro de este tipo de argumentación, está articulada con cuestiones de clase, etnia y género.

La relación médico-paciente es sustituida en el orden médico por la relación entre institución médica y enfermedad. Así como el "hombre" es separado del "enfermo", el médico tampoco habla desde sí mismo sino desde la autoridad que supuestamente le confiere el carácter científico del discurso médico. Muchos entrevistados aludieron a la experiencia acumulada, mencionando todos los lugares y puestos que habían ocupado en los servicios médicos, y sobre la necesidad de indagar en las causas de las lesiones de algunas de sus pacientes, varios lo tomaron como una cuestión de honor personal, de necesidad de "desenmascarar" las mentiras de las pacientes, porque esto significaba una especie de afrenta a su autoridad. Una doctora comentó: "Yo sí le pregunto: 'oiga, a ver, ¿esto cómo estuvo?, ¿quién la golpeó?.. porque esto no es una caída!... dígame la verdad'. O sea, les digo *que no me quieran ver la cara*, ¿verdad?". Es desde esta posición de autoridad social y moral que los profesionales de salud se atrevieron a intentar establecer las causas de la violencia doméstica, reflejando con ello una ambivalencia entre excluir el tema o introducirlo, aunque "patologizado", en el orden médico.

La autoridad de "la ciencia" les confiere a los médicos también una noción de "alcurnia" social que deben mantener, con el cultivo constante de una imagen de respetabilidad y virtud personal. Algunas de estas virtudes míticas son el desinterés y la generosidad. Como dijeron varios "les tenemos que transmitir esos valores que deben de tener". El saber y la autoridad que confiere la "ciencia" fueron invocados, tanto para justificar la atribución de "patologías" a quienes viven en situaciones de violencia, como para establecer distancias *sociales* con ellos. De este modo el orden "biológico" fue evocado tanto para deslindarse del problema en el orden médico como para hacerse cargo de él. En el primer caso, la violencia es vista como una ruptura del orden "natural" -que es armónico-, y sus causas obedecen a desórdenes morales, asunto que no compete a la medicina. En el segundo, hay una confusa mezcla de elementos biológicos y morales que determinan la conducta ("es *biología*... es cómo se criaron durante generaciones", según el discurso de varios entrevistados).

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

Para nuestros entrevistados, la población usuaria de los servicios públicos de salud es la gente “pobre” y sus ambigüedades hacia esta población, son palpables. De acuerdo con ellos, la “culpa” de su desorden la tiene a veces la “modernidad” o las condiciones actuales de la vida urbana, otras el machismo y en menor medida el autoritarismo a nivel político, pero la mayoría, aún cuando mencionaran esos elementos, no dejaban de señalar que en última instancia eran los mismos individuos los incapaces de acceder a los valores “modernos”, por “flojera”, vicios o tendencia a lo ilegal. “El alcohol los vuelve malos”, dijo una doctora; otra señaló que “la violencia es innata en los hombres, pero se puede controlar con la razón”. Estos sujetos, entonces, no tendrían la capacidad de “controlarse”. En esta línea, un tipo de agresión que varios consideraron inaceptable fue la “mordedura humana”, como denominaron a la mordedura hecha por la pareja de la paciente y, peor aun, cuando la consecuencia de ésta era una fractura ósea. Las mordeduras –que aparecen como características de un animal– fueron mencionadas en varios lugares. La violencia en general parece adjudicarse a quien carece de entendimiento o habilidad de comunicación o simplemente está cerca de la animalidad y esto está relacionado, sin duda, con determinados sectores sociales. La “educación” fue también asociada con el respeto al cuerpo, la “razonabilidad”, habilidades de comunicación y “una pareja más igualitaria”. Un psiquiatra comentó: “las mujeres *ignorantes* creen que ese es su destino, *son religiosas*, la religión les dice que esa es su cruz y que deben cargarla y aguantar porque son las esposas”. Lo moderno se opone aquí a lo religioso, que a su vez implica ignorancia.

La “falta de educación y cultura” se asocia con mucha frecuencia a la idiosincrasia de ciertas familias que reproducen esos patrones de manera casi “gené-

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

En general las discriminaciones por clase social parecían ocultarse detrás de las de género, a través de una caracterización de la violencia doméstica como problema de pobres, de gente no educada, de familias disfuncionales producto de patologías de las que se mencionaban más que ninguna otra las de las mujeres. Esto las volvía riesgosas en el discurso y no aptas para el mantenimiento del orden basado en la educación y los valores familiares. Las discriminaciones étnicas, salvo excepciones, no fueron explícitas, pero parecían subsumirse en el discurso de la discriminación por clase social, por ejemplo al decir que los sectores rurales o indígenas "son gente agresiva".

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

Para gran parte de los profesionales entrevistados la violencia suele ser patrimonio de las clases bajas, aunque algunos también hayan repetido el discurso según el cual ésta “nos afecta a todos”, como dicen los folletos y algunos mensajes mediáticos. Sin embargo, su propio grupo parece estar de algún modo inmunizado contra ella y cuando ocurre, es casi una excepción (“¿como puede dejarse golpear si tiene estudios, como yo?”). Sospechan, en cambio, que las clases muy altas sí experimentan violencia, quizás según el modelo que asocia el “espíritu aguerrido” con la aristocracia, en oposición a la “masedumbre” pequeño-burguesa (Boltanski y Chiapello, 2002). Pero no se sentían autorizados a hablar de las clases altas, de quienes decían “no se puede saber nada porque, si sufren alguna violencia, lo resuelven en su casa o con médicos privados”. En los pocos casos en que fue abordado el tema de la violencia dentro de las clases pudientes, sin embargo, notamos una tendencia a imaginar a esta violencia como más “racional” o movida por el interés, ya sea económico (“se pelean por dinero”) o con el fin de humillar, para lo cual se usan los medios psicológicos más sofisticados. Especialmente hábiles en esto, según el discurso de varios entrevistados, parecen las mujeres de clase alta, porque tienen educación o quizás capital social propio, además de los medios económicos. El poder que confieren estos capitales aparece, siempre en el imaginario de los entrevistados, la mayoría de los cuales pertenecía a estratos medios, como una manera de evitar la posición “pasiva”, y por ello se enfatizaba la “reciprocidad” de género en las manifestaciones de violencia. Existe una creencia (reforzada por los medios que difunden supuestos resultados de “estudios científicos”) que en los estratos medios y altos prevalece la violencia “psicológica” y “económica”, mientras que en los bajos reina la violencia física y sexual, lo cual refuerza los estereotipos. Estas formas de violencia se pueden relacionar más fácilmente con la brutalidad, el desorden emocional y la patología, mientras que las primeras requieren de algunas habilidades mentales (el cálculo frío, por ejemplo, tan enaltecido por el género *thriller* del cine actual, que por requerir un ojo “educado” se asocia más con el gusto de las clases medias). En todo caso esas violencias tienen “una razón” o quizás no son una pura “sinrazón”, de ahí probablemente la insistencia de muchos entrevistados y entrevistadas, en especial los de menor jerarquía en los servicios, en diferenciarse de las pacientes gracias a *tener educación*. Como dice Cherrie Moraga (1988), se teme más a la similitud que a la diferencia.

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

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

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

Según muchas de estas profesionales, cuando la mujer está obligada a salir a trabajar, esto provoca reacciones violentas "porque el hombre es inseguro", pero también porque ella deja de cumplir varias de sus obligaciones y "descuida a la pareja" (...) Dos trabajadoras sociales que fueron entrevistadas juntas, dijeron que las mujeres que salen a trabajar "también son flojas... [porque] como ya trabajan y sienten que ya traen dinero a la casa, ya no quieren guisar, ya no quieren lavar", agregando que "también *uno* se busca los problemas, hay que ser realista". Reforzando la idea anterior, para estas profesionales el trabajo femenino remunerado disminuye la violencia sólo "cuando la gente tiene educación", porque al ser más *razonables* y saber comunicarse, los hombres (también educados) entienden que esto significa un ascenso social para la pareja y la familia. La mayoría de las profesionales cree, como dijo una de estas trabajadoras sociales, que "la mujer 'actualizada' (con mayor educación) es menos humillada y menos golpeada". Estas trabajadoras se distancian, se sienten un escalón más arriba que sus pacientes y expresan su temor a ser igualadas a ellas en términos misóginos y de clase.

El trabajo de la mujer fuera de la casa produce desintegración familiar y violencia, creen, a menos que se lo haga por superación personal, a través de una carrera o de estudios. Como dijo una psicóloga, “es una sensación de disgusto, porque digo: cómo es posible que *tú* te dejes manejar, pues *uno es mujer*, y pues *yo bien o mal estudié*, como que quisiera uno que esa persona entendiera (...) esa persona tiene un año menos que yo, o sea, *‘vete tú y veme yo* [sic]”. La identificación “de género” en las mujeres profesionales se daba desplazándose de la tercera persona a la primera del plural: “*es la respuesta que damos: es por mis hijos, o es porque van a decir que es mi culpa*”, mientras que cuando toman distancia (por ser profesionales y no iguales a las pacientes) utilizan en cambio frases como “*ellas dicen, ellas creen*” etc. “No cooperan, no quieren denunciar [las mujeres de baja escolaridad, con tres o cuatro niños]. *Nos echan a perder el caso*”.

La misoginia a veces oculta el clasismo, y la educación es una manera velada de hablar de diferencias de clase. Muchas entrevistadas dijeron que la violencia sucedía “*incluso en mujeres educadas*” o que trabajan, lo cual resultaba mucho menos admisible ante sus ojos. Aquí es necesario introducir algunos matices entre las instituciones donde trabajan las entrevistadas, ya que las usuarias de los servicios de salud para trabajadores del Estado (ISSSTE) por ejemplo, a diferencia de las de los servicios para población abierta (SSA) o de la seguridad social para trabajadores del sector privado (IMSS), muchas de ellas aseguradas por el trabajo de sus maridos, suelen tener estudios (maestras, empleadas, etc.) y se encuentran socialmente más cerca de las profesionales de la salud. A ellas se les reprocha *dejarse* “aun teniendo estudios” o también -al decir de una enfermera- “dejarse maltratar por alguien que no tiene estudios”. En este caso lo consideran una falla en la autoestima, que genera vergüenza porque “lo permiten”.

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

tiene la boca mordida, yo creo que le dio un beso bien apasionado". Estas personas les inspiran "coraje" (la mujer) y "asco" (el hombre).

Steph Lawler (2004) sostiene que las distinciones de clase no desaparecieron en la modernidad tardía sino que fueron desplazadas e individualizadas. Se desplazan a personas individuales (o familias) aprobadas o desaprobadas, normalizadas o patologizadas. El género es, para este autor, uno de los ejes centrales en los que las distinciones de clase son establecidas y mantenidas (y viceversa), a través de los significados de clase asignados a diferentes formas de masculinidad y feminidad. Al comparar el tratamiento público dado en Inglaterra a dos movimientos de protesta de "madres", uno de clase baja y otro de clase media, este autor concluye que las mujeres de clase baja son retratadas como incapaces de auto-reflexión y sus protestas, en consecuencia, desacreditadas; por el contrario, las mujeres de clase media son de antemano autorizadas para reclamar por sus hijos porque se las considera madres psicológicamente normales ("verdaderas" madres). Según Lawler, incluso para la izquierda (al menos la inglesa) la "infraclass" actual no tiene la dignidad del "proletariado" y es descrita con los mismos términos patologizantes; pero es un grupo esencial para la clase media, porque en las actuales condiciones le permite definirse. Según Angela McRobbie (2004, p.106) "a través del prisma de la individualización de las mujeres las diferencias de clase son re-inventadas por medio de la violencia simbólica y en el campo cultural y de los medios y se inscriben en el cuerpo femenino". De ahora en adelante, dice esta autora, "la joven madre soltera –y podríamos agregar la mujer maltratada– será vista como una persona abyecta, con una vida 'mal manejada', volviendo con ello a un estilo pre-feminista y pre-*welfare* de ver a las mujeres menos favorecidas".

Los discursos de los profesionales de salud que hemos entrevistado –tanto hombres como mujeres– parecen corroborar esta misma idea, que se forma en la confluencia de discursos sociales igualmente ocultos y diferentes del discurso médico: el de las distinciones de clase, género y etnia. Pero al ser enunciados por los profesionales de salud en sus propios términos, pueden verse reforzados, –no solo en los pacientes sino en toda la sociedad–, precisamente por ser ellos los representantes del discurso más autorizado para hablar de "patologías". También el discurso médico parece colonizar más que nunca el de la psicoterapia. Como apunta Nancy Fraser (2003) al respecto, "en la época post-fordista el enfoque basado en el habla e intensivo en tiempo, que favorecía el fordismo, tiende a ser eliminado de la cobertura de seguros y a ser reemplazado por psicología farmacológica de ajuste instantáneo". El auge de las neurociencias legitima esta tendencia, reforzando con ello la bús-

queda de causas a cada vez más problemas, en disfunciones cerebrales. A los psiquiatras se les envían los casos más “intratables”, justamente porque ellos pueden medicarlos, en general con antidepresivos o ansiolíticos.

Este amparo en la “biología”, nuevamente, resulta poco convincente cuando constatamos que a falta de un saber aplicable, los problemas son llevados al terreno moral. En relación con la violencia doméstica, una “patología familiar” tal como es definida, se culpa a las mujeres por “dejarse” (y dejar que ocurra), y en consecuencia se las juzga incapaces de juicio y de moralidad. La mayor “decadencia”, “vista” en los servicios de salud, se manifestaba en la figura de “madres adolescentes sin escolaridad, y en la manera que las trata su novio”. Según algunas profesionales es el “masoquismo” y/o el “amor” lo que les impide reaccionar, nuevamente sugiriendo el “doble filo” que implica la educación de las mujeres como mostramos en otro ejemplo: con estudios pueden abandonar el masoquismo pero también el “amor”. La caricatura de la feminidad y masculinidad “degradadas” que presentan estas entrevistadas se muestra en la percepción de que “las mujeres dejan que sus agresores hablen por ellas (lo que habla de una pérdida subjetiva) por temor a “que se vayan con otra”, mientras que “los hombres se juntan con sus amigos a presumir: son machos por golpear a la mujer y más machos por volverla a contentar”. Sin embargo, estas mismas entrevistadas también juzgaron como “degradadas” a las mujeres que por trabajar y ganar dinero creen que tienen derecho a dejar de cumplir su papel de trabajadoras no remuneradas.

Este discurso ambiguo, que identificamos en muchas de las mujeres profesionales entrevistadas -supuestamente “emancipadas”-, muestra la gran complejidad de la constitución subjetiva de las mujeres y la consecuente dificultad para lograr un “empoderamiento” femenino “por decreto”. Al asociar la capacidad de las mujeres de “contestar” la subordinación con una pérdida de los valores femeninos más constitutivos y reconocidos, parecen confirmar lo que señala Berlant (2000) cuando afirma que la praxis femenina es establecida como terreno de solidaridad y que las mujeres son exaltadas por tener un valor más simbólico que social, derivado de su experiencia en los terrenos del sentimiento íntimo y la sexualidad, configuración de contradicciones en virtud de la cual gana fuerza una “cultura sentimental” que *dificulta el logro de la plena ciudadanía* para las mujeres y otros grupos subordinados en virtud del “sufrimiento”. Esta autora, que centra su análisis en Estados Unidos, sostiene que la gente puede tener dignidad en los dominios del capitalismo nacional contemporáneo sólo en la medida en que habita el mundo pasivamente, viviendo a través de la negatividad en nombre del optimismo, mantenido por un estado (nación) de constante “mejoramiento”. En una línea

similar, Lois McNay (2004) señala que la feminidad es un lugar inestable y una posición difícil de ocupar para *ciertas mujeres* en virtud, no de su posición devaluada en el orden *falocéntrico*, como dicen algunas feministas, sino de la dinámica de las clases. Según esta autora, es porque carecen de capital económico y cultural que las mujeres de clase baja invierten tanto -económica y emocionalmente- en una *apariencia* de clase media, en la feminidad burguesa o en el matrimonio; ya que son formas de compensación ante la discriminación racial, de género o de clase, y de otorgarles una cuota de "normalidad psicológica".

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

## Discusión

El orden médico representa una autoridad científica pero también moral sobre la sociedad. Sus representantes, al mismo tiempo que hablan en nombre de la ciencia -a la que no se puede ofrecer una oposición razonable, de ahí su autoridad-, también forman parte de la cultura dominante en dicha sociedad.

En el presente trabajo quisimos mostrar cómo al ser interpelados sobre un problema difícilmente clasificable en el discurso médico -pero que ha sido definido como de salud pública-, los profesionales de salud echaban mano de discursos sociales que, combinados con el lugar otorgado al paciente dentro de ese orden, dan por resultado una visión y trato de las mujeres como objetos de tutela más que como sujetos con derechos. Esto, que tiene que ver con la estructura misma del orden médico y no sólo con las posiciones subjetivas de sus representantes, vuelve difícil la práctica de la ciudadanía en salud, como vimos en el caso de las mujeres que viven violencia de pareja. No obstante, esta dificultad no se origina en el ámbito de la interacción entre médicos y

pacientes sino que tiene sus raíces en las relaciones políticas más amplias entre la ciudadanía y las instituciones del estado.

El de ciudadanía es en sí mismo un concepto problemático. Como señala Agamben (2001), los derechos se atribuyen al *hombre* sólo en la medida en que éste es el presupuesto (que se disipa inmediatamente) del *ciudadano*, es decir de aquél cuya vida -en función de su nacimiento en un territorio (*natio*)- deviene el fundamento último de la soberanía del estado. En esta biopolítica, la vida humana sólo es definida en tanto aquello que se opone a una amenaza de muerte (no ya a manos de cualquiera, como en el estado de naturaleza, sino del Leviatán, que tratará de mantener esta amenaza latente todo lo que le sea posible). Es decir, la vida misma no tiene contenido más que como *supervivencia*. Para este pensador, el estatus de ciudadano (y de los derechos que éste otorga por el sólo hecho de “ser humanos”) revela su fragilidad constitutiva con la creciente visibilidad de refugiados, migrantes ilegales y en general toda aquella población hoy masiva que -por carecer de una “nación”- no tiene derechos, es decir, no es ciudadana.

Las declaraciones de los derechos del hombre, para este autor, tienen por función representar la figura originaria de la inscripción de la vida natural en el orden jurídico-político del estado-nación. Así la “vida” pasa a ocupar el primer plano en el cuidado del estado, y deviene su fundamento terreno. De ahí, señala Agamben (2001), y del hecho de que la palabra “vida” no tiene un significado científico intrínseco, la ideología médico-científica adquiere en la modernidad una función decisiva de control político<sup>4</sup>. También Badiou (2004) hace notar el carácter negativo de la definición de los derechos del hombre, que son derechos al “no-Mal”: a no ser maltratado ni en su vida, ni en su cuerpo ni en su identidad cultural. Si los derechos humanos son sólo los de la vida contra la muerte, el hombre es identificado con su pura realidad de ser viviente. Con esto, señala el autor, se cae inevitablemente en el contrario de lo que el principio parece indicar, “ya que este ser viviente (el animal) es en realidad despreciable, y se lo despreciará” (2004, p.37).

Los derechos del hombre aparecen en el mismo momento en que se reivindica el principio de la soberanía popular, donde opera otra ambigüedad constitutiva: la que distingue al *Pueblo* como cuerpo político integral, del *pueblo*,

---

4 La separación de la vida natural a partir de la vida política (prerrogativa de excepción del soberano), sostiene Agamben, se realiza ahora de forma cotidiana y masiva por medio de las representaciones pseudo-científicas del cuerpo, la enfermedad y la salud, y de la medicalización creciente de las esferas de la vida y de la imaginación individual. La vida biológica, forma secularizada de la “nuda vida”, constituye las formas de vida reales en formas de *supervivencia*, en cuyo seno se aloja el soberano invisible en formas de amenaza de accidente, violencia, enfermedad o extrañamiento (op.cit).

como subconjunto excluido, fragmentario y múltiple de cuerpos menesterosos, dignos de compasión. Uno pretende incluirlo todo en la vida política, mientras que el otro muestra la exclusión de la vida natural, que se sabe sin esperanzas, aquello que no puede ser incluido en el todo del que forma parte. El *pueblo* es aquello que existe y que sin embargo debe aún realizarse. Las clases pobres, los excluidos, la "nuda vida", son así para la biopolítica moderna una presencia embarazosa que debe neutralizarse, a través de la búsqueda de una unidad sin fracturas (nacionalismo, desarrollo), donde lo excluido desaparezca. El "pueblo" excluido, por su parte, para ser, debe proceder a la negación de sí mismo como *pueblo* (como categoría excluida) aunque en el proceso apele a ella. Lo mismo podría decirse de otras categorías como la de "las mujeres" (definidas en el orden androcéntrico como diferencia).que son reivindicadas por los movimientos que buscan incluirlas en los derechos, para abolirlas como categorías de exclusión.

La idea de ciudadanía aplicada al campo de la salud introduce una complejidad mayor, ya que en el ámbito médico, en tanto que orden normativo, opera más de un discurso: el humanista (ofrecer igual trato a cualquier representante de la humanidad) y "eugenésico", aquel que en nombre de la salud de la colectividad a veces debe actuar en detrimento de la voluntad o la preservación de ciertos individuos. Como señala Clavreul (1983), la medicina trabaja con el enfermo para restituir en él al Hombre, el que tiene derechos. Pero ¿son todos los enfermos restituibles a esta dignidad? En el orden médico, la fragilidad constitutiva del estatus de ciudadano que hemos comentado, adquiere un carácter dramático, en la medida en que, cuando la medicina está al servicio de la salud de la población, en un contexto restrictivo, de hecho escoge –aunque su discurso diga lo contrario– entre quiénes vivirán y quiénes no. La idea de merecimiento de atención, queda subsumida a criterios de una nueva "eugenesia social" aunque a veces se utilice un lenguaje de derechos. Por ejemplo, en las políticas de control de la natalidad o de combate a la violencia intrafamiliar como disfunción peligrosa para la sociedad, se apela al derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, pero con fines de control social. El merecimiento se vuelve entonces social, definido por el mercado o por otros mecanismos de clasificación de los sujetos, en esa tensión permanente en la idea de ciudadanía, entre incluir y excluir.

Dentro de los derechos humanos, el derecho a la salud no tiene un estatus claro (Stolkiner, 2006). Algunos filósofos del derecho inscritos en las corrientes filosóficas del liberalismo más ortodoxo lo consideran un derecho negativo derivado del derecho a la integridad física, por lo que la única obligación del estado es limitarse a proteger a los ciudadanos de las acciones de

los otros que pudieran dañar su salud. Otros, como Rawls (1971), desde una visión distributiva de la justicia, lo consideran un derecho positivo que se expresa como derecho a la atención de la salud, ya que involucra el accionar de terceros para garantizarlo. El concepto de derecho a la atención de la salud, señala esta autora, es una construcción social, producto de un consenso mundial ante la situación social, política y económica de la posguerra.

La posibilidad del reclamo de derechos por parte de los sujetos depende en gran medida de la subjetividad que se ha construido en la relación histórica que las instituciones estatales han establecido con la ciudadanía. En el caso de México, si bien algunos movimientos sociales han logrado avances importantes en la conciencia del reclamo de derechos, entre ellos el movimiento de mujeres, por largos años ha prevalecido una relación asistencial y clientelar entre el estado y la sociedad. Este tipo de relación, en la medida en que representa una distribución de bienes y servicios a cambio de lealtades políticas, coloca a los sujetos más en el lugar de consumidores que en el de ciudadanos. Las representaciones que los individuos han ido elaborando a lo largo de esta historia, sobre sus derechos o sobre la asistencia, marcan su forma de vincularse con los servicios de salud, permeada asimismo por esquemas de apreciación sobre las relaciones de género, de clase o de etnia.

Más allá de los compromisos estatales con estos derechos, que pueden ser variables, el principal escollo a la *práctica* de la ciudadanía en salud es el hecho de que la medicina ve a la salud, más que como un derecho, como un *deber* de todo ciudadano y, cuando éste pierde las facultades del “hombre libre”, razonable y autónomo porque ha perdido la salud, es el propio orden médico el que asume la autoridad para hablar y tomar decisiones en su nombre. El médico no se dirige al individuo en cuanto tal sino a *un representante cualquiera de la humanidad* y sólo en la medida en que se encuentra en situación de enfermo (sin preocuparse de los medios y razones de vivir del beneficiado).

La ciudadanía en salud, al tratarse de mujeres, es aún más problemática. En el orden médico las mujeres tienen un acceso doblemente denegado a la ciudadanía, por su lugar como pacientes (enfermas) y por ser mujeres.

Cuando el discurso administrativo-burocrático representa a las mujeres que viven violencia como víctimas, vulnerables y “deficitarias” en su papel tradicional (ya que han perdido su capacidad de autonomía, no pueden mantener la armonía familiar, etc.), la respuesta a su problema, más que ciudadana y *activa*, es terapéutica y *pasiva*. Esto ocurre porque si bien las políticas de salud, así como otras políticas sociales, apelan a las mujeres como agentes

activos (pilares de la familia), el papel de madres y esposas que constituye el núcleo de esa posición históricamente ha minado su capacidad de concebirse como individuos con derechos y libertades (además de obligaciones). Al entrar la apelación al *empoderamiento* de las mujeres en el discurso burocrático asistencial actual –y no en el jurídico con el mismo impulso, sino más bien en sustitución parcial de éste como en el caso de la violencia–, esa capacidad de agencia exigida a las mujeres es a la vez declarada inexistente, en tanto son constituidas como “poblaciones vulnerables”. De ahí que el papel de “clientes” o “beneficiarias” de la ayuda social o de los servicios se sobreimponga al de agentes activas en las políticas de salud y en el reclamo de derechos. Esto se actualiza y refuerza en la interacción médico-paciente, debido a su peculiar estructura de autoridad y al papel que juega la ideología médico-científica en la biopolítica contemporánea.

El campo de los derechos es así un terreno de disputa que debe ser conquistado colectivamente, como lo han demostrado todos los movimientos sociales que fueron logrando ampliar la categoría de los derechos humanos a sectores antes excluidos de los mismos. Para que exista un reconocimiento jurídico-político de los individuos que han sido relegados al ámbito íntimo de la “vida natural”, es necesario entonces un proceso de lucha por el reconocimiento social, por la inclusión en el cuerpo político, aunque para ello se deba usar el lenguaje ambivalente de los “Derechos del Hombre y del Ciudadano”. Como señala Butler (2006), las concepciones que tenemos sobre lo que es un ser humano con derechos son normalizadoras (androcéntricas, etnocéntricas, heterosexistas, excluyentes, etc.) pero los movimientos reivindicativos están obligados a usar su lenguaje para empujar a nuevas categorías de sujetos dentro de esa definición de los derechos del “Hombre”, de ahí el discurso feminista de los derechos de las mujeres como derechos humanos, en cuya declaración inicial no estaban incluidas. Como hemos señalado más arriba, a pesar de que el estatus de ciudadano refiere a un sujeto intrínsecamente frágil y precario, cuyos derechos son definidos negativamente y no están asegurados más que por la pertenencia a una nación, la de ciudadanía sigue siendo una categoría ideológica y políticamente necesaria para todos aquellos –y especialmente aquellas– que pugnan por la inclusión social y el respeto de sus derechos fundamentales.

## Referencias

Agamben, G. (2001). *Medios sin fin. Notas sobre la política*. Valencia: Ed. Pre-textos.

Agoff, C., Herrera, C. y Castro, R. (2007). The Weakness of Family Ties and Their Perpetuating Effects on Gender Violence: A Qualitative Study in Mexico. *Violence Against Women*, 13(11), 1206-1220.

Badiou, A. (2004). *La ética*. México: Herder.

Berlant, L. (2000). The Subject of True Feeling: Pain, Privacy and Politics. En: Dean J (Ed.). *Cultural Studies and Political Theory*. Cornell University Press.

Boltanski, L. y Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot.

Foucault, M. (1983). *El discurso del poder*. México: Folios.

Fraser, N. (2003). From discipline to Flexibilization?. Rereading Foucault in the shadow of globalization. En: *Constellations*. 10(2); 160-171.

Goffman, E. (1973). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Johnson, M. (2005). Domestic Violence: It's not about gender – Or is it? *Journal of Marriage and Family*. 67, 1126-1130.

Laclau, E. y Mouffe, C. (2000). Posición de sujeto y antagonismo: la plenitud imposible. En: Arditti B. (ed.) *El reverso de la diferencia. Identidad y Política*. Caracas: Nueva Sociedad.

Laclau, E. (2006). *La razón populista*. Buenos Aires: FCE.

Lawler, S. (2004). Rules of engagement: habitus, power and resistance. En: Adkins & Skeggs (eds.). *Feminism after Bourdieu*. London: Blackwell Publishing.

Mc Nay, L. (2004). Agency and experience: gender as a lived relation. En: Adkins & Skeggs (eds.). *Feminism after Bourdieu*. London: Blackwell Publishing.

Mc Robbie, A. (2004). Notes on 'What Not to Wear' and post-feminist symbolic violence. En: Adkins & Skeggs (eds.). *Feminism after Bourdieu*. London: Blackwell Publishing.

México, Cámara de Diputados /Diario Oficial de la Federación. (2007). Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. Obtenida el 12 de febrero de 2008, de [www.cddhcu.gob.mx/ LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf](http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf).

México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva /Secretaría de Salud. Obtenida el 12 de febrero de 2008 de <http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/>.

México, INEGI/INMUJERES. (2004). *Encuesta Nacional de la dinámica en los Hogares* (ENDIREH).

México, Secretaría de Salud. SSA NOM-190-SSA1-1999. (1999) *Norma Oficial Mexicana Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la Violencia Familiar*.

México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. (2003). *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres* (ENVIM).

Mohanty, Ch. (1991). Under western eyes En Mohanty Ch (Ed.) *Third World Women and Politics of Feminism*. Indiana: U. Press.

Moraga, Ch. (1988). Para el color de mi madre En: Ana Castillo y Norma Alarcón (Eds). *Esta puente mi espalda, Voces de mujeres tercermundistas en Estados Unidos*. San Francisco: ISM Press.

Rawls, J. (1971). *Teoría de la Justicia*, México: FCE.

Stolkiner, A. (2006). Representaciones sociales del derecho a la atención de la salud de un grupo de mujeres pobres:[http://www.saludciudad.com.ar/index.php?option=com\\_content&task=view&id=64&Itemid=45](http://www.saludciudad.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=45) (consultado el 12/03/09).