

Marchas y contramarchas en la atención de la violencia contra las mujeres en las instituciones de salud mexicanas

Cristina M. Herrera

Resumen

Este artículo presenta una reflexión crítica sobre algunos de los obstáculos que persisten en México para responder al problema de la violencia contra las mujeres desde las instituciones de salud, a partir de investigaciones desarrolladas en los últimos diez años con los diversos actores que intervienen en esta respuesta, así como con mujeres que viven este problema en México. Se plantea que a pesar de los esfuerzos realizados por las instituciones, con el apoyo o la presión de organizaciones y movimientos sociales, los resultados distan de ser los esperados, producto de un entramado complejo de factores que van desde las deficiencias del aparato público, pasando por los problemas organizacionales en el nivel de los servicios, hasta obstáculos de tipo cultural e ideológico en los propios agentes que ejecutan las acciones concretas.

Palabras clave: violencia contra las mujeres, políticas públicas, servicios de salud.

Abstract

Demonstrations and counter-demonstrations on the attention of violence against women in Mexican health institutions

This article presents a critical reflection on some of the obstacles that persist in Mexico to face the violence problem against women, from the point of view of health institutions, starting from the research developed in the last ten years with diverse actors that intervene in this response, as well as with women living this problem in Mexico. It is put forward that in spite of the efforts carried out by institutions, with

the support or the pressure of organizations and social movements, the results are far from being the expected ones, a product of a complex framework of factors ranging from deficiencies of the public apparatus, passing through the organizational problems to level of services, up to the obstacles of cultural and ideological type in the same agents that carry out concrete actions.

Key words: violence against women, public policies, health services.

Introducción

Este artículo presenta una reflexión crítica sobre algunos de los obstáculos que persisten en México para dar adecuada respuesta al problema de la violencia contra las mujeres desde las instituciones de salud. La reflexión se sustenta en diversas investigaciones que hemos desarrollado en los últimos diez años, tanto con funcionarios y prestadores de servicios de salud como con mujeres que viven violencia. Como se argumentará, a pesar de los esfuerzos emprendidos por las instituciones, con el apoyo o la presión de organizaciones y movimientos sociales, los resultados distan de ser los esperados. Esto es producto de un entramado complejo de factores, que van desde las deficiencias del aparato público, pasando por los problemas organizacionales en el nivel de los servicios, hasta obstáculos de tipo cultural e ideológico en los propios agentes que operan los programas y ejecutan las acciones concretas. El presente artículo se centrará en estos últimos, por ser a nuestro juicio los más difíciles de erradicar, sin dejar de señalar sus vinculaciones con los otros dos niveles de análisis mencionados: el político y el organizacional.

Un problema persistente

De acuerdo con la última Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) (INEGI, 2011), en México parece registrarse una disminución significativa en todos los tipos de violencia hacia las mujeres con respecto a levantamientos anteriores de esta misma encuesta (INEGI, 2003; 2006), lo que podría verse como un reflejo del éxito de las políticas públicas implementadas para erradicarla. Sin embargo, los propios autores del reporte sugieren tomar con cautela algunos de los datos que presentan, debido a ciertas diferencias metodológicas que podrían hacer a las sucesivas versiones de la encuesta no del todo comparables, especialmente considerando que esta disminución resulta “contra-intuitiva” en el contexto de violencia social y delictiva que se ha incrementado en todo el país, contexto en el que

se esperaría un aumento paralelo de la violencia contra las mujeres (Incháu-tegui, López y Echarri, 2012). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012, por ejemplo, si bien no es comparable con la Endireh, muestra que en los últimos 12 años quienes reportan daño a la salud por violencia se han incrementado en cerca de 60%, tanto en hombres como en mujeres. Esta misma encuesta muestra que 38% de las mujeres fueron agredidas o violentadas en su hogar, mientras que 60% de los hombres sufrió violencia en la vía pública (SSA e INSP, 2012). En este reporte no se distingue específicamente la violencia de género y aparecen juntos todos los tipos y las modalidades, desde la violencia delictiva en la calle hasta la violencia conyugal. Por esta razón, se requiere investigar con mayor profundidad las tendencias y manifestaciones de la violencia contra las mujeres en el contexto de la violencia social que vive el país.

El Sector Salud en México cuenta con una herramienta clave de política pública para combatir este problema, que es la Norma Oficial Mexicana Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención (DOF, 2009). Aunque problemático en su aplicación, como veremos, este instrumento reviste una importancia crucial, no sólo porque obliga a los prestadores de servicios de salud, en particular las y los médicos, a utilizar mecanismos de detección de casos de violencia que llevan a su posterior atención y canalización a otras instancias, sino también porque —de aplicarse— permitiría generar un registro más preciso de lo que es la violencia de género propiamente dicha, en contraposición con la violencia situacional o “común” de pareja (Johnson, 2005). Como ha señalado este autor, las encuestas nacionales levantadas en hogares registran todo tipo de violencia y tienden a sobre-representar los casos de “violencia situacional” o “violencia común de pareja”, caracterizada por ser coyuntural, menos unilateral y menos grave en sus consecuencias que el llamado “terrorismo íntimo”. Este último sería el tipo de violencia que tiene como fin controlar o disciplinar a la mujer y al mismo tiempo reforzar la autoridad y dominación masculina, y a diferencia del anterior se caracterizaría por ser unilateral y creciente en frecuencia y severidad. Este tipo de violencia, que el autor mencionado califica como “de género”, sería más visible a partir de datos recogidos en centros especializados, ministerios públicos, refugios o programas para víctimas, que son los lugares donde llegan los casos de violencia física más grave y con el patrón señalado, y que pueden culminar en daños graves a la salud física y mental de la mujer o incluso en feminicidios. Conocer su verdadera magnitud y manifestaciones se vuelve entonces fundamental para orientar mejor las políticas y estrategias diseñadas para prevenir, atender y sancionar la violencia contra las mujeres “por el hecho de serlo”.

La propia Endireh (INEGI, 2011) señala que del total de mujeres que han sufrido algún tipo de violencia en su última relación de pareja (46%), sólo 14% recurrió a alguna instancia pública para denunciar o solicitar apoyo psicológico o legal, y entre quienes lo hicieron, 33% acudió a un Ministerio Público para levantar una denuncia, 32% al DIF, 20% a la policía, 15% a la presidencia municipal o a alguna delegación y 9% a los institutos estatales de la mujer. Estos datos surgen de lo que las mujeres declaran en las encuestas. Sin embargo, a menos que también contemos con sistemas de información integrados, alimentados por las diversas instancias que atienden casos de violencia, no sabremos con certeza si ese porcentaje de mujeres que solicita ayuda corresponde a aquellas que viven “terrorismo íntimo”. En todo caso, esta carencia de información nos habla de una doble y persistente dificultad en México: en primer lugar, para ver a la violencia contra las mujeres como un problema público que amerita una respuesta consecuente desde las instituciones, y en segundo, para lograr que los servicios de salud sean identificados por las mujeres como un ámbito eficaz de resolución del problema. De acuerdo con la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (DOF, 2012) se espera que la detección de casos en los servicios de salud sea un primer paso para canalizar a las mujeres a instancias de atención especializada, procuración de justicia y protección en casos de violencia extrema, pero también se espera que las instancias de procuración de justicia que reciben casos por primera vez, canalicen a las víctimas a las unidades de salud para que éstas realicen el registro correspondiente. Las notables deficiencias en la información existente o disponible sobre casos de violencia, puede ser entonces un indicador de la deficiente aplicación de la Norma Oficial, que entre otras cosas obliga a registrar y notificar los casos detectados mediante formatos específicos.

¿Cómo evaluar las acciones y los programas contra la violencia?

Los programas y las acciones de salud pública dirigidos a erradicar la violencia contra las mujeres pueden evaluarse desde dentro o desde fuera. Si se elige la primera vía, se analizará su coherencia interna, es decir, si cumple con las metas que se propuso o si al menos está diseñado y se aplica de tal manera que pueda cumplir con ellas en el mediano o largo plazos. Si se elige la segunda, se buscará saber en qué medida el programa es coherente con el enfoque conceptual y valorativo más amplio del que supuestamente forma parte, que en este caso es la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas. Ambas miradas deben complementarse, ya que no sólo

es necesario saber qué tanto las acciones impactan o pueden impactar en la reducción de la violencia, sino también si lo hacen desde una perspectiva que respeta y promueve los derechos de las mujeres. Para dar un ejemplo: una pareja, familia o comunidad donde no exista la violencia física o incluso emocional, sólo porque las mujeres “cumplen” obedientemente con los mandatos asignados por las estructuras de género, sigue teniendo violencia contra las mujeres.

Desde esta perspectiva, cabe preguntarse también a qué lógicas más amplias puede una política resultar “funcional”, más allá de su propósito manifiesto. Aquí nos encontramos con el concepto de “simulación” en política pública (Hood, 2000); es decir, la acción de “hacer de cuenta” que se está atendiendo un problema cuando existen serias dudas sobre la posibilidad de resolverlo, o incluso cuando de antemano se sabe que no se puede o no se quiere resolver. Sin embargo, no es posible decir que tales acciones sean “inútiles”, en la medida en que pueden servir para otros propósitos como legitimar al gobierno, desviar la atención de temas más polémicos o difíciles de abordar, o simplemente neutralizar la demanda de grupos y actores con algún tipo de influencia política.

Plantear una idea semejante no implica, sin embargo, creer que existe un actor “maquiavélico” detrás de cualquier acción diseñada con buenos propósitos. Asumimos que el Estado, en sentido amplio (es decir no sólo el gobierno), conforma una “red de políticas” (Aguilar, 2003a) donde intervienen y negocian agentes muy variados, tanto en su poder de influencia como en sus ideologías y propósitos. Las políticas de salud y en particular la que se propone prevenir y atender la violencia contra las mujeres, no escapa a esta característica, propia de las sociedades contemporáneas. Muchas de las personas y organizaciones responsables del diseño y la coordinación de estas acciones tienen un compromiso claro con la lucha contra la violencia hacia las mujeres, desde un enfoque de género. Sin embargo, lo que devienen esas acciones en el proceso de implementación de las políticas muchas veces escapa a su control, porque son asumidas por actores diversos y aplicadas en contextos diferentes a aquellos para los que fueron planeadas. Es entonces importante considerar no sólo el contexto sociopolítico más amplio donde toda política tiene lugar, sino también los contextos de interacción donde ella se pone en práctica; y dado que buena parte de la conformación de las agendas políticas se basa en la persuasión entre actores, la dimensión discursiva ocupa un lugar central en todo el proceso.

En el caso de la violencia contra las mujeres, si bien el tema fue abordado desde mucho tiempo atrás por organizaciones de la sociedad civil, su incorporación a la agenda gubernamental es relativamente tardía, y respondió

en mayor medida a las exigencias de los movimientos sociales internacionales, particularmente el movimiento de mujeres y el movimiento feminista. Es así que la respuesta oficial más activa a los compromisos asumidos por México en este marco internacional, data de mediados de los años noventa, con posterioridad a las conferencias mundiales de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Mujer (Beijing, 1995). Es en este contexto que se crea la primera Ley de Violencia Intrafamiliar (DOF, 1997), el Programa Nacional de Violencia Intrafamiliar y la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, ambos de 1999.

Las ambigüedades de la Norma

La NOM-190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, fue creada con el propósito de “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” (SSA, 2003). La norma da lineamientos a los prestadores de servicios para promover conductas no violentas, detectar posibles casos, dar tratamiento y rehabilitación, brindar consejería, canalizar casos a instancias donde puedan recibir refugio, apoyo legal y/o psicológico, dar aviso al Ministerio Público y notificar los casos detectados a los sistemas de información de la Secretaría de Salud.

El texto de la Norma cita las convenciones internacionales que son su marco de referencia y fueron establecidas para proteger e impulsar los derechos humanos y en particular los de las mujeres (CEDAW, 1979; Viena, 1993; Belém do Pará, 1994; El Cairo, 1994; Beijing, 1995; entre otras). De ahí que una primera “incoherencia externa” que puede observarse al estudiar el texto de esta norma es, como su nombre lo indica, su orientación a la violencia “familiar”, a pesar de que la instancia que la impulsó dentro de la Secretaría de Salud (hoy Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva), se fundamenta explícitamente en la perspectiva de género.

Como ya se adelantó, también los textos finales de las Normas suelen ser producto de negociaciones y disputas a veces irreconciliables entre actores y grupos con ideologías contrapuestas, aun cuando exista consenso en la necesidad de atender el problema. Desde la perspectiva de género, la violencia contra las mujeres es más que la violencia intrafamiliar y no sólo porque

abarca más formas y tipos de violencia, sino porque parte de un concepto muy diferente de la violencia y de quienes la viven. El enfoque de violencia intrafamiliar sin perspectiva de género invisibiliza las relaciones de poder basadas en las jerarquías de género al interior de la familia, que son la base de sustentación de la violencia contra las mujeres. La palabra género resulta problemática, no tanto para quienes impulsaron esta nueva normatividad sino especialmente para algunos sectores del gobierno en el que se promovió, y también para muchos de los destinatarios de ponerla en práctica, es decir los directivos y el personal de salud.

Un estudio cualitativo llevado a cabo en tres estados del país con alta prevalencia de violencia contra las mujeres, desarrollado desde 2003 —un par de años después de que esta Norma fuera publicada y difundida entre el personal de salud (Herrera, 2009)— mostró que las propias ambigüedades del texto de la Norma servían de coartada perfecta para que los profesionales de salud de los servicios públicos, especialmente los médicos, se desentendieran del asunto sin mayor inconveniente. Un ejemplo de ello es la “obligación” que establece la NOM de dar aviso al Ministerio Público “cuando se presume que las lesiones se vinculan a la violencia familiar”. En algunos códigos penales estatales se establece que cuando las lesiones tardan menos de 15 días en sanar, se requiere la querrela de la víctima para perseguir un delito. La NOM no obliga a los médicos a involucrarse en denuncias pero sí a notificar y a informar a las víctimas que pueden presentar una demanda ante el Ministerio Público. La mayor parte del personal médico en el estudio mencionado, no detectaba casos de violencia y cuando éstos eran muy evidentes prefería no arriesgarse a notificar si no había sido testigo de los hechos, ya que sistemáticamente dudaba de la palabra de las mujeres o de su capacidad para llevar adelante acciones penales contra sus agresores. Pero esto sucedía entre los escasos profesionales que conocían la NOM o habían oído hablar de ella. La última Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres que incluyó un componente sobre los conocimientos de la Norma y la atención de la violencia por parte del personal de salud (SSA e INSP, 2006), arrojó resultados desalentadores, en tanto mostró que sólo 37.6% de las y los médicos conocía la NOM; de ellos 70.6% sólo había escuchado hablar de ella, 14.7% conocía parcialmente su contenido y sólo 14.8% la conocía bien. Por otro lado, sólo 16% del personal de salud sabía que en los casos de violencia severa el aviso al Ministerio Público era responsabilidad de la institución de salud y de ellos, 23.8% desconocía si existían protocolos o procedimientos para el manejo de los casos de violencia intrafamiliar en la institución donde laboraban. Entre quienes declararon haber hecho algo frente a casos de violencia, 75% “aconsejó a la mujer mejorar sus relaciones de pareja”, 68% “le explicó sus

derechos”, 66% “le dio apoyo psicológico”, 35% “la regañó”, 31% “atendió heridas”, 28% “la envió a un servicio especializado” y 18% “la envió a otra institución”. Si bien los profesionales podían mencionar más de una acción realizada, llama la atención que la más mencionada fuera “aconsejar mejorar sus relaciones”, lo que coloca en la mujer la responsabilidad por la violencia vivida. La encuesta mencionada tiene más de seis años de haberse publicado. Podría pensarse con cierto optimismo que estas tendencias habrían cambiado después de varios años de acciones de capacitación, sensibilización, apertura de centros especializados, etc. Sin embargo, no se observaron cambios importantes entre las ENVIM levantadas en 2003 y 2006 sobre el conocimiento y aplicación de la Norma por parte del personal de salud, siendo que entre 2001 y 2002 se implementaron estrategias amplias e intensas de capacitación y difusión del tema, así como de las obligaciones que establece la NOM entre el personal de estos servicios. Otro estudio también cualitativo realizado cinco años más tarde en servicios públicos de salud de otras dos entidades federativas (Castro y Herrera, 2008), no mostró cambios sustantivos en las actitudes y respuestas dadas por el personal médico ante la indagación sobre la aplicación de la Norma. Lo que quedó en evidencia, entonces, fue que no se trataba solamente de un desconocimiento por parte del personal médico, sino de un abierto rechazo a la Norma y a las obligaciones que emanan de ella.

Es necesario volver a explorar estas percepciones y evaluar posibles cambios a partir de un subsiguiente esfuerzo de capacitación por parte de la Secretaría de Salud, desarrollado entre 2008 y 2011, que incluyó cursos de formación de médicos(as) facilitadores jurisdiccionales, estrategias de capacitación para la aplicación de la NOM en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, capacitación en protocolos de atención psicológica y formación de facilitadores(as) en reeducación de víctimas y agresores, donde participó un total de 21 444 prestadores de servicios de salud. No obstante, es necesario considerar que en las últimas supervisiones a las entidades federativas donde se visitaron centros especializados, refugios, centros de atención externa de refugios y grupos de reeducación, y se observaron las actividades de detección, referencia y atención, entre otros problemas se encontró una falta de permanencia del personal de salud especializado y la persistencia del desconocimiento del tema por parte del personal médico.

El rechazo a la Norma

La segunda Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, fue

ideada para corregir el sesgo de la Norma anterior hacia la violencia familiar, y fue también producto de arduas negociaciones, especialmente porque además de la promoción de la salud y la prevención de la violencia, la detección de probables casos y diagnósticos, el tratamiento y la rehabilitación, la notificación y canalización de casos, incluía el tema del tratamiento específico de la violación sexual, donde se contemplaba la necesidad de dar consejería en anticoncepción de emergencia y en interrupción legal del embarazo en los casos donde fuera aplicable. Esta Norma es producto del compromiso que adquirió el Estado mexicano frente a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en 2006, a raíz del “caso Paulina”, quien fue víctima de violación sexual y cuyo derecho legal a interrumpir su embarazo fue negado por las autoridades de su estado.

Como ya se señaló, tres años después de haberse lanzado esta nueva norma, la situación no había cambiado sustancialmente. El estudio mencionado mostró que, nuevamente, entre los pocos profesionales que conocían la NOM, la ambigüedad sobre su carácter voluntario u obligatorio, así como sobre el alcance de sus obligaciones, era el argumento más mencionado para explicar la falta de cumplimiento de la misma (Castro y Herrera, 2008). Otra duda muy señalada por este personal, fue sobre su nivel de prioridad en un campo de prácticas sobresaturado de normas, como son los servicios de salud. A esto se añadía la ausencia de un sistema operante de sanciones, difícil de poner en práctica dadas las características propias del ámbito organizacional de los servicios de salud, donde la demanda con frecuencia excede la capacidad de atención y se carece de tiempo para cumplir con toda la normatividad vigente. La supervisión tampoco se enfocaba a esta norma en particular, sino a las consideradas más “importantes” porque respondían a problemas prioritarios de salud como la diabetes, la hipertensión, o la salud reproductiva, entre otras. Sin duda, buena parte de estos argumentos pueden verse como justificaciones o excusas ante un problema que el personal médico se resiste a atender, debido a las características propias de su campo de prácticas (paternalismo, verticalidad en las relaciones), así como a cuestiones ideológicas como la misoginia y el conservadurismo social. Sin embargo, como ya se dijo, las lagunas y ambivalencias en el propio diseño y elaboración de la norma, favorecen una fácil evasión de las obligaciones que establece.

El panorama actual sugiere que a pesar de los importantes esfuerzos realizados por la Secretaría de Salud, que ha ido ampliando su gama de servicios, desde la detección y la atención especializada (segundo nivel) hasta los refugios y programas de reeducación, el cumplimiento de la NOM sigue siendo muy limitado. Esto puede inferirse, como ya se mencionó, a partir de dos datos cruciales: el primero es la casi nula presencia de la respuesta “servicios

de salud” cuando en las encuestas se pregunta a las mujeres que han solicitado ayuda, a qué instancias lo han hecho; el segundo son las deficiencias de información detectadas en los sistemas que deberían recoger el registro de los casos de violencia, ya que, como dice el texto comentado de la Norma dirigido al personal médico: “la integridad de los datos derivados de estos formatos depende de la adecuada detección de la violencia por parte de los prestadores de servicios de salud y del correcto llenado y envío de los formatos de registro” (SSA, 2003). Si bien existen diversos sistemas de información que registran casos de lesiones y violencia, como el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED), el de Información Epidemiológica de Morbilidad, el de Atenciones por Violencia, del Sistema de Información en Salud de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), el de casos de violencia notificados semanalmente en el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) de la Dirección General de Epidemiología (DGE), y el Informe General Avances (IGA), diseñado por el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) para que las responsables estatales del programa notifiquen las acciones de detección, atención, referencia y capacitación que no se notifican en los otros sistemas y que procesa personal del propio CNEGYSR, los datos disponibles son incompletos, ya que sólo se tiene registro específico de atención de casos de violencia familiar y sexual en el sistema de registro de atención de lesiones y violencia, para un solo año (2010) y sólo para los servicios de la Secretaría de Salud, dejando fuera los que pertenecen a las instituciones de seguridad social y los privados (Incháustegui, López y Echarri, 2012).

Aun con estas limitaciones, es posible inferir la presencia de un importante sub-registro de casos, que denota una deficiente aplicación de la NOM en los servicios de salud, incluso los especializados en violencia (Incháustegui, López y Echarri, 2012). Los estudios cualitativos, tanto con prestadores de servicios de salud como con mujeres víctimas de violencia parecen confirmar estas sospechas, cuando se advierte que el personal médico no conoce ni se muestra interesado en conocer los formatos de detección de casos, al tiempo que minimiza el problema de la violencia contra las mujeres. Las mujeres, por su parte, en general temen no ser escuchadas ni tomadas en cuenta por el personal médico y en el peor de los casos ser doblemente victimizadas al recibir regaños y maltrato por parte de este mismo personal. Todo ello confirma que buena parte del problema es la mutua desconfianza que existe entre unos y otras.

Algunas cosas parecen haber cambiado desde que el programa y la norma de violencia fueron lanzados por primera vez: en el segundo estudio ya mencionado se pudo observar que un número mayor de médicos(as) sabía de

la existencia de centros especializados de atención a la violencia y conocía la norma, al menos de oídas; que más de ellos(as) decían detectar casos de violencia psicológica (lo que requiere de ciertas habilidades y disposiciones); la necesidad, señalada por algunos, de aprender a detectar casos y a prevenir nuevos; y una percepción generalizada de que “la gente se volvió más exigente de sus derechos”, aunque esto dicho con una mezcla de satisfacción al mismo tiempo que de preocupación ante la posibilidad de ser demandados por los pacientes por alguna “mala práctica”. Sin embargo, son muchas más las cosas que no cambiaron. En primer lugar, el escaso compromiso de otros sectores, así como de las propias autoridades de salud, que en la práctica no exigen conocer esta Norma para la acreditación de unidades, no supervisan ni sancionan su falta de aplicación; ofrecen pocas capacitaciones sobre violencia, a veces de baja calidad, voluntarias y con frecuencia sancionan a quienes deciden tomarlas porque “descuidan sus obligaciones”. La carencia de áreas adecuadas para atender casos, la gran afluencia de consulta, el escaso tiempo para atender pacientes y al mismo tiempo llenar la gran cantidad de formatos que exige la Secretaría de Salud; así como la propia dinámica de los servicios, donde el personal de enfermería recibe a los usuarios en una sala común y con poco tiempo para cada uno(a), los médicos ven “lo físico”, y el personal de psicología atiende problemas de “ansiedad” y “depresión” (por diferentes causas), enviando a quienes los padecen a centros de salud mental o a hospitales donde hay psiquiatras, para que reciban medicación. Otro problema persistente es que la mayoría sigue desconociendo la Norma y señalando que “no se ven casos”; así como la presencia de prejuicios arraigados, como la idea de que “las madres son las primeras en transmitir a sus hijos e hijas los valores que fomentan la violencia”; el temor a involucrarse en “asuntos de familia” donde existe una autoridad masculina, disfrazado de “respeto a la privacidad”; la idea de que las “lesiones” son médicas y las “agresiones” son legales, correspondiendo el tratamiento de éstas al Ministerio Público; y especialmente la creencia en que la violencia y su solución, son responsabilidad de la víctima.

Como puede advertirse, algunos de los problemas señalados pueden resolverse mediante más acciones de capacitación al personal, y otros promoviendo cambios en la organización de los servicios de salud, así como un mayor compromiso en los niveles jerárquicos superiores. Sin embargo, el nudo del problema requiere políticas más contundentes e integrales para combatir la desigualdad de género y la misoginia, especialmente a nivel directivo. Por otra parte, si bien las Normas no resuelven el problema, deben superar sus propias ambigüedades, especialmente en lo relacionado con los sistemas de sanciones que, hasta el momento, no son claros.

Si los servicios de salud no asumen adecuadamente la tarea que supone la NOM, se pierden valiosas oportunidades de ofrecer a las mujeres opciones para salir de la violencia, prevenir reincidencias por parte de los agresores, salvar vidas en los casos más graves y tener un registro confiable de la magnitud de la violencia contra las mujeres “por el hecho de serlo”.

Algunas reflexiones y asuntos pendientes

Como ya se mencionó, buena parte de la evasión de responsabilidad en la detección y canalización de casos de violencia por parte del personal de salud puede verse favorecida por las ambigüedades normativas propias de todas las Normas Oficiales, cuya naturaleza jurídica no es la de establecer reglas de conducta particulares, sino la de dar prescripciones técnicas a la generalidad de sujetos a quienes es aplicable. Las normas oficiales se componen de supuestos abstractos e impersonales que las convierten en disposiciones jurídicas generales, cuyo objeto es regular cuestiones técnicas, y no pueden establecer obligaciones a los particulares ni conceder derechos o permisos, mucho menos establecer sanciones (Huerta Ochoa, 2011). Quizás esta dificultad estructural para pedir cuentas, que comparte también la NOM-046 —hecho que el personal médico conoce, simplemente observando la ausencia de sanciones por incumplimiento—, sumada a la falta de supervisión específica de esta NOM por parte de las autoridades en un marco de superabundancia de Normas que tratan asuntos de salud considerados más “prioritarios”, constituyen factores que el personal médico aprovecha para justificar su deslinde del problema, frente a dificultades de índole personal, profesional, institucional, organizativa, social y cultural. En los dos estudios cualitativos mencionados pudieron identificarse en el discurso de los médicos fuertes elementos de misoginia, estigma social y discriminación a las mujeres que viven violencia, al mismo tiempo que una curiosa invisibilización de los generadores de la misma, con frecuencia amparados en argumentos pseudocientíficos sobre la dificultad de tratar asuntos que no pertenecen al orden médico.

En este punto es necesario conceder que el sector salud es sólo uno de los eslabones en la cadena de prevención, atención y sanción de la violencia. La LGAMVLV establece que todo el proceso debe ser coordinado por un sistema nacional y sistemas estatales de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, mismos que aún distan de funcionar eficazmente en la mayoría de las entidades federativas (Herrera *et al.*, 2012). Como también señala un estudio reciente, “la política pública de atención a la violencia contra las mujeres en los tres ámbitos de gobierno se encuentra sectorizada y muestra

pocos visos de coordinación, lo que complica la ruta que recorren las víctimas para tener acceso a los servicios” (Incháustegui, Olivares y Riquer, 2010: 186). El involucramiento de sectores como el educativo y de seguridad pública es crucial para la prevención de la violencia de género. La Secretaría de Salud ha elaborado un modelo integrado que involucra a varios sectores e instituciones para garantizar un sistema efectivo de prevención, atención y sanción de la violencia, así como de investigación y registro de casos (DOF, 2009); pero quedan muchos desafíos por enfrentar para que estos sistemas funcionen adecuadamente, entre ellos clarificar la propia definición del problema y la asignación de responsabilidades entre actores. Aún persisten confusiones sobre la naturaleza del problema, que redundan en falta de acuerdo sobre enfoques, estrategias y acciones. Suele haber discrepancia alrededor de falsas disyuntivas, como la de sancionar *versus* reeducar, o promover los derechos de la mujer *versus* la unión familiar. Muchas veces la prolongación de estas discusiones funciona como estrategia dilatoria, en un contexto de escasa voluntad política, desconfianza entre instituciones y hacia la sociedad civil, misoginia institucionalizada y privatización del problema en muchas instituciones y en las legislaturas locales. Por ello existe un importante rezago en la coordinación interinstitucional necesaria para la referencia y el registro de casos, así como una fuerte resistencia a trabajar con los generadores de violencia, con excepciones más recientes como la del Programa de Reeducación para Víctimas y Agresores en casos de Violencia de Pareja, de la propia Secretaría de Salud. Sin embargo, es el personal médico el que según la NOM debe canalizar los casos detectados a estos y otros servicios. Debido a la propia estructura jerárquica de los servicios de salud, es poco lo que el personal de enfermería, psicología o trabajo social puede hacer sin la colaboración de las y los médicos tratantes de los casos. Entre los pocos de ellos que conocen la Norma, sin embargo, la mayoría señala que no está claro en ella el procedimiento de notificación a seguir y que tampoco conocen instituciones y espacios donde canalizar a las víctimas y a sus agresores.

Si bien podemos afirmar que la agenda de los movimientos feministas ha influido con éxito en la definición del problema a nivel “sistémico” (Elder y Cobb, 2003), el paso a la agenda gubernamental ha sido arduo e inacabado y debe ubicarse en el contexto de las actuales tendencias mundiales de revalorización de la cosa pública, que han generado de manera paralela una revalorización de lo privado en términos de reivindicación de derechos individuales; al tiempo que persisten elementos del “consenso neoconservador” (Aguilar, 2003b), que tiende a relegar al dominio privado temas que antes eran públicos. En el caso de la violencia doméstica, se observa un cambio de valores en ciernes según el cual la mujer comienza a ser vista no sólo como

titular “formal” de derechos individuales, sino también como merecedora de reconocimiento social como tal (Honneth, 1997). Pero subsisten en amplios sectores de la sociedad, y los “operadores” de los programas no son ajenos a ella, ideologías según las cuales la mujer es socialmente “valorada” sólo en tanto cumple con un rol cuasi adscriptivo de “vida para otros” al servicio de la manutención de la armonía familiar por sobre cualquier otra consideración (Beck y Beck-Gernsheim, 2002); idea que refuerza el carácter privado de lo doméstico, visto como espacio de lo natural y por tanto como no problematizable.

La escasa importancia otorgada a los temas de género en las instituciones y los gobiernos forma parte de la misoginia que aún infiltra nuestra sociedad y que abarca tanto a funcionarios y legisladores como a los prestadores de los distintos servicios. Esta dificultad en algunos casos es producto de la falta de sensibilización en el tema y por lo tanto puede ser superada mediante estrategias de capacitación; pero en otros se relaciona con patrones culturales arraigados y más difíciles de combatir, desde la ideología médica y la infantilización de las pacientes, hasta los valores conservadores sobre la familia y el valor de las mujeres, elementos que los estudios cualitativos han puesto de manifiesto.

Es necesario considerar este tipo de obstáculos, ya que la literatura nacional e internacional da cuenta de los beneficios que implica un adecuado sistema de detección, atención y canalización de casos de violencia en los servicios de salud, una vez que el personal a cargo *ha sido comprometido a ello*. Por esta razón, quizás más necesario que analizar el nivel de conocimiento de la NOM por parte de las y los prestadores de salud, sea evaluar la existencia y el impacto de las estrategias implementadas para remover las representaciones de género tradicionales y misóginas, con el fin de hacer intervenciones más certeras. Después de todo, considerando la naturaleza jurídicamente ambigua de las propias NOM (Huerta Ochoa, 2011) —que no implican un sistema claro de sanciones por incumplimiento—; el excesivo recurso a las mismas, en ausencia de políticas públicas y estrategias más contundentes para combatir la discriminación de género, puede representar un ejemplo de la “simulación” en políticas de la que hablábamos al comienzo; es decir, la necesidad de mostrar la presencia de acciones, independientemente de la creencia en su efectividad real. Al respecto, no hay que desconocer la relativamente escasa capacidad que de pedir cuentas tienen los programas federales con respecto a sus homólogos estatales, lo que forma parte del contexto sociopolítico más amplio de esta política en particular.

Las organizaciones académicas y de la sociedad civil tienen un importante papel que seguir desempeñando, tanto en la presión política necesaria

para la rendición de cuentas de las instituciones gubernamentales, como en la incidencia en las negociaciones alrededor de instrumentos como las Normas Oficiales, en cuya revisión y elaboración se incluye la consulta a la ciudadanía. Esta participación es clave para velar porque las políticas y programas para erradicar la violencia contra las mujeres se apeguen realmente a la perspectiva de género, que lejos de una visión patologizante, privatista e individual del problema, llama la atención sobre las estructuras sociales y culturales de desigualdad que subyacen y soportan la violencia contra las mujeres.

Correspondencia: Insurgentes Sur 3493/ed. 10-104/Villa Olímpica/deleg. Tlalpan/México D.F./C.P. 14020/correo electrónico: cherrera@colmex.mx

Bibliografía

- Aguilar, Luis F. (2003a), "Estudio introductorio", en Luis F. Aguilar (ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno*, México, Porrúa, pp. 15-84.
- Aguilar, Luis F. (2003b), "Estudio introductorio", en Luis F. Aguilar (ed.), *La implementación de las políticas*, México, Porrúa, pp. 15-92.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1995), *Cuarta conferencia mundial sobre la mujer*, Beijing, Naciones Unidas.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1994), *Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo*, El Cairo, Naciones Unidas.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1993a), *Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres*, Ginebra, CEDAW.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1993b), *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, Ginebra, Convención Belém do Pará.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1993c), *Conferencia mundial sobre derechos humanos*, Viena, Naciones Unidas.
- Beck, Ulrich y Elisabeth Beck-Gernsheim (2002), *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*, Londres, Sage.
- Castro, Roberto y Cristina Herrera (2008), "O eres médico o eres de normas". *Amenazas y oportunidades en la aplicación de la NOM-190 para la atención médica de la violencia intrafamiliar en centros de salud de primer nivel de atención*, México, Inmujeres.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) (2012), *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (LGAMVLV), México, Secretaría de Salud.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) (2009), *Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención*, México, Secretaría de Salud.
- DOF (Diario Oficial de la Federación) (1997), *Decreto para reformar el Código Civil y el Código Penal con referencia a la violencia intrafamiliar y la violación*, México, Secretaría de Gobernación.

- Elder, C. y R. Cobb (2003), "Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos", en Luis F. Aguilar (ed.), *Problemas públicos y agenda de gobierno*, México, Porrúa.
- Herrera, Cristina (2009), *Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México*, México, Flacso, PUEG-IIS-UNAM, INSP.
- Herrera, C., C. Juárez, M. Vargas, M. Torres Falcón y A. Villalobos (2012), "Políticas públicas para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las Mujeres en México", en *Inmujeres, Género y desarrollo II. Investigación para la igualdad sustantiva de las mujeres*, México, Inmujeres, pp. 175-198.
- Honneth, Axel (1997), *La lucha por el reconocimiento*, Crítica, Barcelona.
- Hood, Christopher (2000), *The Art of the State. Culture, Rethoric and Public Management*, Oxford, Clarendon.
- Huerta Ochoa, Carla (2011), "Las Normas Oficiales Mexicanas en el ordenamiento jurídico mexicano", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado. Revista Jurídica*, núm. 92, en URL: <http://goo.gl/n2x9om>, fecha de consulta noviembre de 2013.
- Incháustegui, T., E. Olivares y F. Riquer (2010), *Del dicho al hecho. Análisis y evaluación de la política de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia (2000-2009)*, México, Conavim-Segob.
- Incháustegui, T., P. López y C. Echarri (2012), *Violencia feminicida en México. Características, tendencias y nuevas expresiones en las entidades federativas, 1985-2010*, México, Onumujeres, Inmujeres.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (2011), *Encuesta Nacional de la Dinámica en los Hogares (ENDIREH)*, México, INEGI, Inmujeres.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (2006), *Encuesta Nacional de la Dinámica en los Hogares (ENDIREH)*, México, INEGI, Inmujeres.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (2003), *Encuesta Nacional de la Dinámica en los Hogares (ENDIREH)*, México, INEGI, Inmujeres.
- Johnson, Michael (2005), "Domestic Violence. It's not about Gender. Or is it?", *Journal of Marriage and Family*, vol. 67, diciembre, pp. 1126-1130.
- SSA (Secretaría de Salud) (2009), *Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y/o sexual*, México, SSA.
- SSA (Secretaría de Salud) (2003), *Comentarios a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA-1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*, México, SSA.
- SSA e INSP (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública) (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), Resultados Nacionales*, México, SSA, INSP.
- SSA e INSP (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública) (2006), *Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM)*, México, SSA, INSP.

Acerca de la autora

Cristina M. Herrera es doctora en ciencias sociales con especialidad en sociología por la Flacso-México. Actualmente es profesora investigadora del Centro de Estudios Sociológicos (CES), adscrita al Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), de El Colegio de México. Sus áreas de interés son género, políticas públicas, salud, violencia, familia y subjetividad. Dos publicaciones recientes son “Avances y rezagos en la política pública para combatir la violencia de género en México”, en R. Castro (coord.), *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, México, CRIM-UNAM, 2013, (en prensa); y en coautoría con C. Juárez, *Monitoreo de la política nacional para la igualdad en los tres poderes y órdenes de gobierno*, México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2012.

