

Registros de atención por violencia y lesiones: nueva evidencia sobre violencia de género y una posible aproximación a formas de violencia familiar y no familiar.

Adriana Pérez. Universidad Autónoma de Aguascalientes.

ado_amador@hotmail.com

Carlos Galindo. Universidad Nacional Autónoma de México

carlosglx@gmail.com

Registros de atención por violencia y lesiones: nueva evidencia sobre violencia de género y una posible aproximación a formas de violencia familiar y no familiar.....	1
Introducción	3
Objetivos	3
Perspectiva Conceptual	4
Aspectos Metodológicos.....	5
<i>Datos:</i>	5
<i>Descripción de la fuente:</i>	5
<i>Método:</i>	7
Resultados	7
<i>Modalidades de violencia:</i>	7
<i>Violencia física:</i>	8
Conclusiones.....	14
Referencias.....	15

Gráfica 1. Distribución de registros de atención hospitalaria por lesiones, según intencionalidad, 2010.....	8
Gráfica 2. Violencia física. Distribución de registros de atención hospitalaria por lesiones, según modalidad de violencia y sexo	9
Gráfica 3. Distribución de registros de atención hospitalaria por lesiones, según sexo del afectado y parentesco del agresor	10
Gráfica 4. Distribución de registros de atención hospitalaria por lesiones, según sexo del afectado y condición de evento único o repetido	10
Gráfica 5. Distribución de registros de atención hospitalaria por violencia, según sexo del afectado y condición de aviso al ministerio público.....	11
Gráfica 6. Registros de atención hospitalaria por violencia, según edad y sexo del afectado.....	12
Gráfica 7. Registros de atención hospitalaria por violencia, según edad quinquenal y sexo de la víctima y su agresor.....	14

Introducción

La violencia social, y particularmente la violencia de género, es un fenómeno grave, complejo y multifactorial. Existen múltiples formas de violencia de género pero, al mismo tiempo, también existen estereotipos de víctimas, agresores y situaciones particulares en las que, supuestamente, sólo ahí ocurren las agresiones (Lagarde, 2011). En particular, la violencia familiar es un fenómeno que involucra tanto estereotipos como patrones de negación y ocultamiento de eventos. Algunas investigadoras incluso consideran que, la familia es el grupo social más violento y el hogar el lugar más peligroso (Sagot y Carcedo, 2011); y que la violencia familiar es la otra cara de la moneda de la violencia estructural (Olivera, 2011).

En México contamos con una fuente de información, relativamente reciente, que podrá ser de gran utilidad para el estudio y generación de propuestas de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres: los registros administrativos derivados de la atención en unidades médicas por violencia de cualquier tipo y por lesiones. Dicha información es recabada por el responsable de la atención en los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias, servicios especializados de atención a la violencia, entre otros, que operan en todas las Unidades Médicas de la Secretaría de Salud (Formato SIS-SS-17-P para el registro de la atención por violencia o lesiones). Este trabajo tiene como principal objetivo mostrar la utilidad de esta fuente, explorando la información que arroja sobre violencia familiar y de género. Además, señalamos las posibilidades que esta fuente ofrece para estudios de mayor alcance sobre violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, toda vez que permite identificar y analizar algunas características sociodemográficas de las víctimas y posibilita, en cierta medida, la deconstrucción de ideas estereotipadas acerca de las características de las mismas. Este trabajo parte de resultados ya publicados por Galindo (2012) y discute avances y posibles líneas de investigación más detalladas.

Objetivos

El principal objetivo consiste en mostrar la utilidad de los registros de la atención por violencia o lesiones de la Secretaría de Salud (Formato SIS-SS-17-P). Con este fin, exploramos información básica relacionada con formas y tipos de violencia, con atención en la violencia familiar y de

género, en su tipología más evidente, que es la violencia física. De esta manera, aportamos evidencia empírica, con datos agregados, sobre este fenómeno, indicando características relevantes de niñas y mujeres víctimas de lesiones y algunas diferencias significativas con varones también victimados.

Perspectiva Conceptual

El género es una construcción social que se refiere a relaciones sociales y significados simbólicos de ser hombre o mujer, donde se asignan roles que cada uno desempeña dentro de su sociedad, principalmente en los ámbitos de la sexualidad, la reproducción, la división sexual del trabajo y el ámbito público y de ciudadanía (Figuroa, 1999). Así, la violencia que sufren las mujeres por su condición de género es aquella que se basa en la “construcción social que determina comportamientos socioculturales estereotipados, donde las mujeres se encuentran en situación de desventaja, discriminación y alto riesgo, resultado de una relación de poder desigual” (Lagarde, op. cit. p. 39). Lo anterior permite ver que la violencia se encuentre arraigada en las desigualdades sociales, históricas, políticas económicas y culturales (Fregoso, 2011).

La delimitación teórico conceptual de la violencia de género desarrollada por Marcela Lagarde (2005 y 2011) la define como: “la violencia misógina contra las mujeres, por ser mujeres ubicadas en relaciones de desigualdad de género: opresión exclusión, subordinación, discriminación, explotación y marginación. Las mujeres son víctimas de amenazas, agresiones, maltrato, lesiones y daños misóginos. Los tipos de violencia son: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial y las modalidades de violencia de género son: familiar, laboral y educativa, en la comunidad, institucional y feminicida” (Lagarde, 2011, p.37)¹.

La política integral de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, requiere la realización de un diagnóstico a nivel Nacional sobre todas las formas de violencia de género. El artículo 10 del Reglamento de LGAMVLV señala que el objetivo de la prevención es reducir los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres. Es decir, cualquier circunstancia que haga previsible una situación de violencia contra las mujeres. (Reglamento,

¹ La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) define la Violencia contra las Mujeres como “Cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público” (DOF, 2011).

2008). Para Sagot y Carcedo (op, cit.) existen tres factores de riesgo: la tolerancia social a la violencia cotidiana contra las mujeres basada en su condición de género; la impunidad, no solo de quienes agredieron sino de las autoridades que no alerta, persiguen y castigan; así como la falta de voluntad política y la minimización del riesgo que corren las mujeres, sobre todo en el ámbito familiar, llegando hasta a promover la reconciliación con el agresor y poniendo por encima de la integridad de la mujer, la integridad de la familiar.

Aspectos Metodológicos

Datos:

La fuente de datos está conformada por los registros administrativos derivados de la atención, por violencia de cualquier tipo y lesiones, que proveen los servicios de consulta externa, hospitalización, urgencias, servicios especializados de atención a la violencia entre otros, que operan en todas las unidades medicas de la Secretaría de Salud. La información anterior es registrada en la Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión (Formato SIS-SS-17-P).

Descripción de la fuente:

En todas las unidades medicas de la Secretaría de Salud, en donde se proporcione una atención por violencia de cualquier tipo y lesiones, se debe llenar la hoja de registro correspondiente a partir de la información contenida en el expediente clínico del paciente, o en su caso, del certificado de defunción. Quien debe llenar la hoja de registro es el personal responsables de la atención al paciente. La hoja registra información de cinco rubros: del paciente, del evento, del agresor, de la atención en el centro de salud y del responsable de la atención. En total son 60 variables.

En el rubro del paciente, la hoja registra nombre; condición de derechohabencia; C.U.R.P.; número de afiliación al seguro popular de los pacientes que pertenezcan al sistema; el número de expediente; la edad cumplida; el sexo; la condición de embarazo de las mujeres; la condición de discapacidad; la condición de lectoescritura para identificar si la persona afectada es analfabeta; y el nivel de escolaridad.

En el rubro del agresor se indica si fue uno o más de uno; su edad; sexo; y parentesco con el afectado, de esta forma es posible saber si se trata del padre, la madre, el cónyuge, pareja o novio,

otro pariente, padrastro o madrastra, un conocido sin parentesco, un desconocido o el hijo o hija. También se registra si se sospecha que al momento del evento el agresor se encontraba bajo los efectos de alcohol, droga por indicación médica, drogas ilegales; si esta situación se ignora o si no se encontraba bajo efectos de ninguna sustancia.

En el rubro de evento, el instrumento permite la tipificación del mismo según intencionalidad, ya sea accidental, violencia familiar, violencia no familiar o violencia auto infligida. Se registra el sitio de ocurrencia, indicando si es la vivienda; institución residencial, la escuela; un sitio deportivo o recreativo; vía pública; comercio o áreas de servicio; trabajo; granja; club, cantina o bar; transporte publico; automóvil particular; u otro. Estas variables, junto con el parentesco, permiten observar las modalidades de violencia de género: familiar, laboral y educativa, en la comunidad, institucional y feminicida

Cuando se trata de alguna forma de violencia, ya sea familiar o no familiar, está se clasifica según el tipo de violencia: como violencia física, violencia sexual, violencia psicológica, violencia económica o patrimonial y abandono o negligencia. Si el evento es por violencia familiar, violencia no familiar o autoinfligido se indaga si éste ha sucedido por única vez o si se ha dado de forma repetida.

Así mismo, la hoja registra el domicilio, fecha y hora de ocurrencia, incluyendo la condición de que la fecha corresponda a día festivo. Se registra si se sospecha que al momento del evento el paciente se encontraba bajo los efectos de alcohol, droga por indicación médica, drogas ilegales; si esta situación se ignora o si no se encontraba bajo efectos de ninguna sustancia. Se registra el agente de la lesión; y si se trata de un accidente de un vehículo de motor, se indaga si el paciente era el conductor, ocupante o peatón; así como la condición de uso de equipo de seguridad y el tipo utilizado: como cinturón de seguridad, casco, sillín porta infante u otro. Se registra el área anatómica de mayor gravedad; así como la consecuencia resultante de mayor gravedad; la condición de atención pre hospitalaria y el tiempo de traslado a la unidad hospitalaria.

En el rubro de atención se registra fecha; hora; y servicio de atención, que puede ser consulta externa, hospitalización, urgencias, servicio especializado en violencia intrafamiliar u otro. Cuando se trata de un servicio de urgencias se escribe el tiempo de estancia en dicho servicio. Respecto al tipo de atención, se registra si fue tratamiento médico, psicológico, quirúrgico,

psiquiátrico, consejería u otro. También si el usuario fue remitido por alguna unidad médica de los servicios estatales de salud; unidad médica de otra institución del sector; procuraduría de justicia; secretaría de educación; desarrollo social; institución no gubernamental o iniciativa propia. Además se registra el destino a donde se remite al paciente después de la atención, ya sea a su domicilio; a otra unidad médica; a servicios de salud para la atención especializada en violencia familiar y sexual; a consulta externa; a un refugio o albergue; al DIF; hospitalización; Ministerio Público; grupo de ayuda mutua; u otro; así mismo se registra si se trata de una defunción.

Con base en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) un codificador asigna los códigos y selecciona la afección principal a los diagnósticos finales del paciente, descritos por el médico, lo cuales se registran en orden de importancia, entre ellos se anotan los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. Finalmente, se registra si como parte de la atención se dio aviso al Ministerio Público.

El ultimo rubro corresponde al responsable de la atención, ahí debe señalar si se trata de un médico tratante, psicólogo tratante o trabajador o trabajadora social; además de asentar su nombre y firma.

Método:

A partir de un análisis descriptivo, en este trabajo estudiamos a las víctimas de violencia familiar o no familiar que requirieron atención en los servicios de salud. Exploramos las principales características de las víctimas y del evento, como sexo, edad, así como condición de reincidencia. Especialmente, al analizar la información disponible, es posible identificar dos modalidades de violencia, poniendo atención en la que sufren niñas y mujeres: familiar y no familiar; y respecto a la segunda, es posible indagar si se trata de violencia laboral, educativa, en la comunidad o institucional.

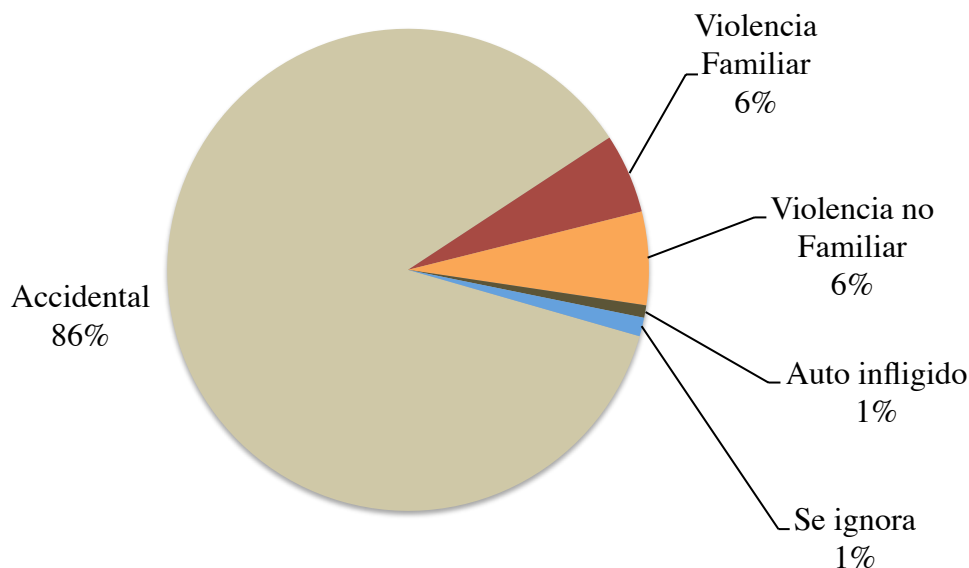
Resultados

Modalidades de violencia:

En 2010, las lesiones atendidas en las unidades médicas fueron provocadas en su mayoría de forma accidental (86%), es decir, poco más de 292 registros; mientras la minoría provienen de la

violencia auto infligida 1% (cerca de tres mil). Esta situación es alarmante en términos epidemiológicos y de morbilidad. No obstante aquí nos interesa aquellas lesiones que constituyen un tipo particular de violencia: la violencia física. Con base en la intencionalidad del evento, la fuente permite ver las diversas modalidades de violencia agregadas en dos grupos: violencia familiar y violencia no familiar, el peso relativo de cada una de ellas es similar cerca de 6%. Por violencia familiar se obtuvieron cerca de 18 mil y por violencia no familiar cerca de 21 mil.

Gráfica 1. Distribución de registros de atención hospitalaria por lesiones, según intencionalidad, 2010



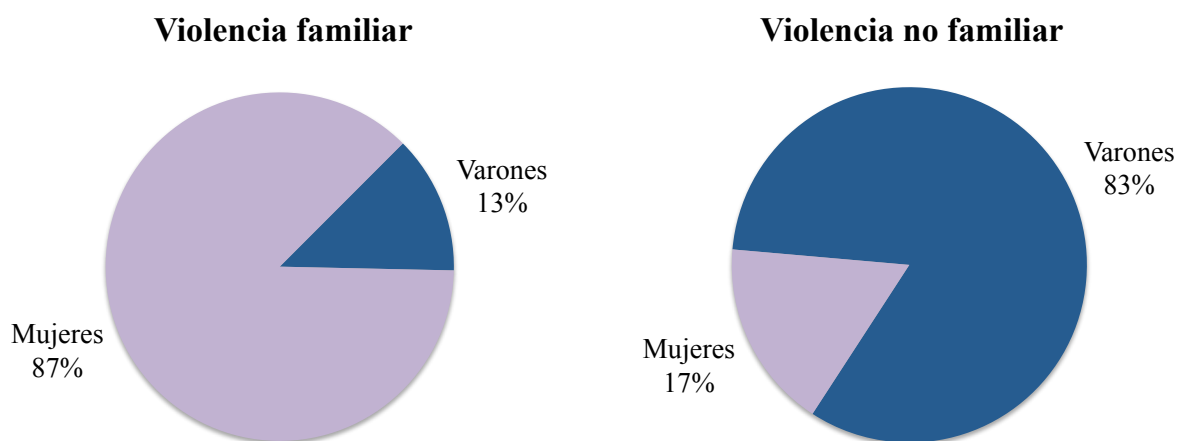
FUENTE: Fuente: Secretaría de Salud, registros de atención hospitalaria por lesiones, 2010

Violencia física:

Encontramos diferencias significativas en las características de las víctimas de lesiones según su sexo. Estas diferencias revelan la existencia de patrones de violencia de género, con situaciones y afectaciones bastante disímiles para varones y mujeres.

Llaman la atención la particularidades de las víctimas de violencia familiar. La proporción de víctimas de lesiones, dentro del ámbito familiar, revela un notable sesgo en contra de las mujeres: 87% de las víctimas de lesiones por violencia familiar son mujeres.

Gráfica 2. Violencia física. Distribución de registros de atención hospitalaria por lesiones, según modalidad de violencia y sexo

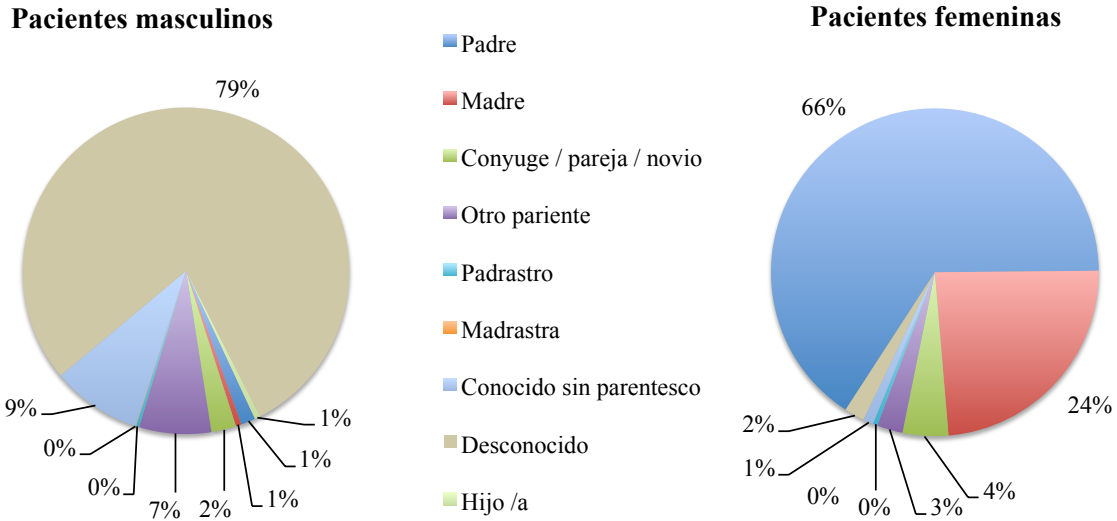


FUENTE: Fuente: Secretaría de Salud, registros de atención hospitalaria por lesiones, 2010

Centrándonos en el total de mujeres atendidas por lesiones, la distribución es similar (81%), lo cual suma evidencia a la propuesta de Olivera (2011) y Sagot y Carcedo (2011) sobre la peligrosidad del ámbito familiar, pero sobre todo para las mujeres.

Resulta abrumador que nueve de cada diez pacientes femeninas sufrieron lesiones por violencia ejercida por sus propios progenitores: dos de cada tres pacientes femeninas sufrió lesiones por violencia ejercida por su propio padre (66 %) y una de cada cuatro por su propia madre (24 %). Los otros agresores registrados son el cónyuge, pareja o novio (4 %); otro pariente (3 %); y 1% era conocido pero sin parentesco. En general, 98% de las pacientes mujeres conocían a su agresor y sólo 2% de los agresores eran desconocidos.

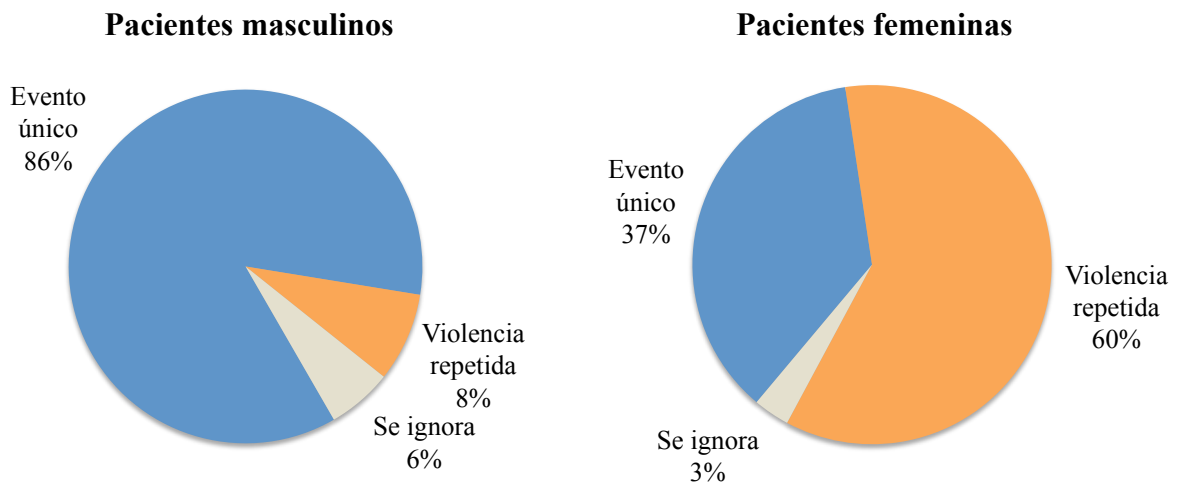
Gráfica 3. Distribución de registros de atención hospitalaria por lesiones, según sexo del afectado y parentesco del agresor



FUENTE: Fuente: Secretaría de Salud, registros de atención hospitalaria por lesiones, 2010

Para agravar más esta imagen de la violencia familiar, que revelan los registros hospitalarios, tenemos que 60% de las víctimas femeninas declara que el evento violento es repetido.

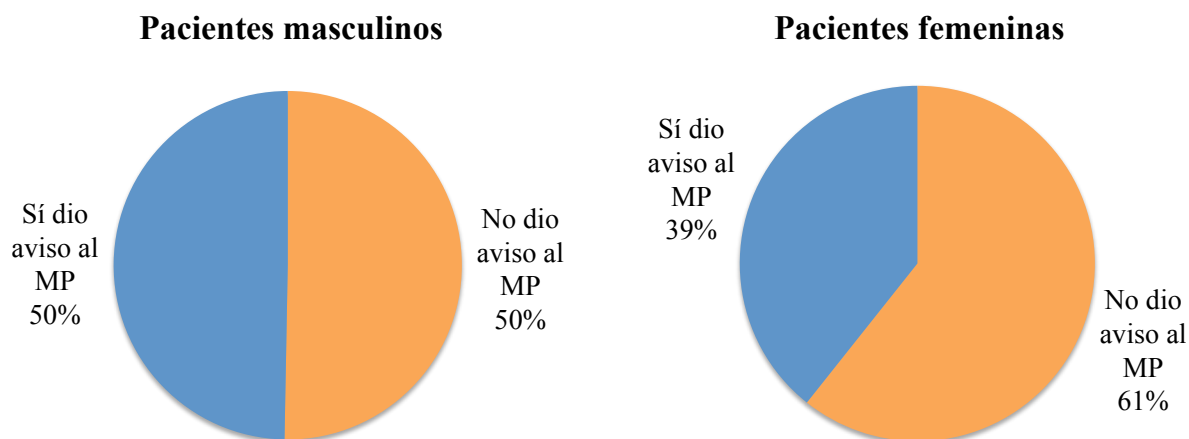
Gráfica 4. Distribución de registros de atención hospitalaria por lesiones, según sexo del afectado y condición de evento único o repetido



FUENTE: Fuente: Secretaría de Salud, registros de atención hospitalaria por lesiones, 2010

Del total de las lesiones producidas por violencia, un poco más de la mitad (55 %) no fueron notificados al Ministerio Público. También es relevante señalar que el aviso ocurre de manera diferenciada dependiendo del sexo de la víctima. Entre la atención a pacientes varones se observa que el acto de dar aviso al Ministerio Público distribuye en mitades (50 %); mientras que entre las pacientes mujeres se tiene que en 61 % de las lesiones atendidas y registradas no se dio aviso al Ministerio Público.

Gráfica 5. Distribución de registros de atención hospitalaria por violencia, según sexo del afectado y condición de aviso al ministerio público



FUENTE: Fuente: Secretaría de Salud, registros de atención hospitalaria por lesiones, 2010

Finalmente, queda pendiente responder ¿La información revela patrones sociodemográficos relacionados con una mayor propensión a ser víctima de violencia familiar?

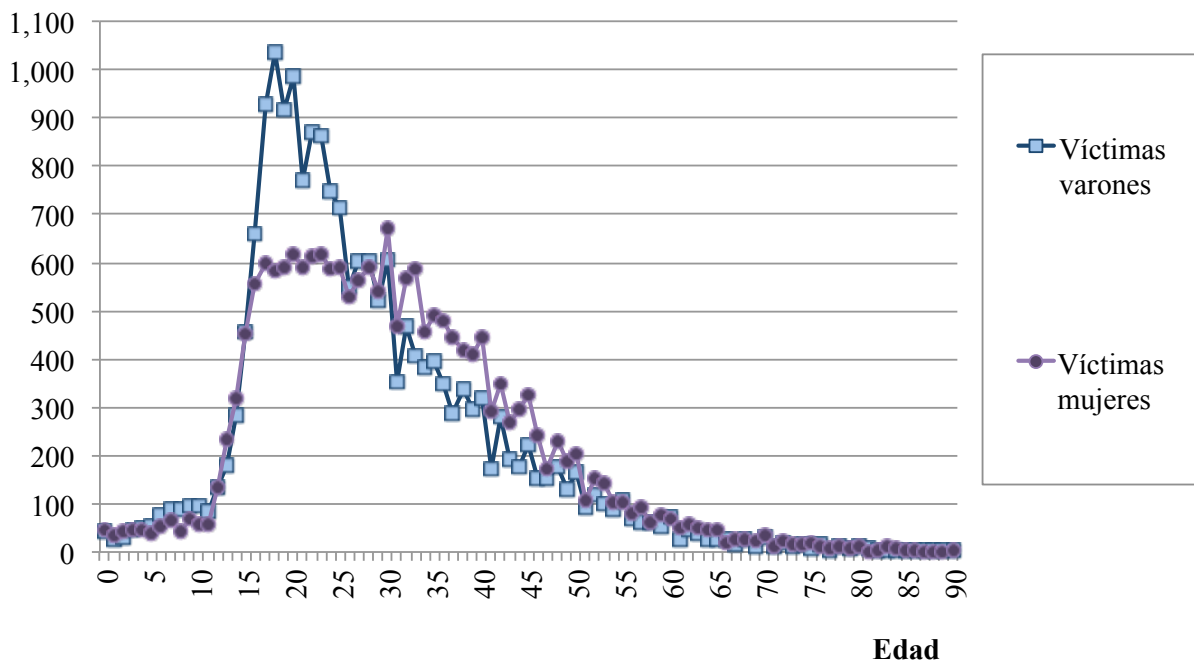
Tanto para varones como para mujeres el mayor número de pacientes por lesiones dolosas se observa entre los adolescentes y adultos jóvenes. En el caso de los varones, las edades de mayor riesgo se encuentran entre los 16 y 25 años. Mientras que las mujeres presentan una cúspide mucho más extendida, donde las edades de mayor riesgo están entre los 16 y 33 años.

La base de datos registra menos de 100 víctimas para cada edad desde el nacimiento hasta los 11 años. Comparando ambos sexos, se tiene un número ligeramente mayor de víctimas varones entre los seis y 11, pero la diferencias rondan alrededor de 20 o 30 casos atendidos. Sólo a los ocho años se tiene el doble de víctimas varones (89 casos) que de mujeres (41 casos).

A partir de los 12 años, se tiene un notable crecimiento para ambos sexos en el número de pacientes por lesiones debidas a hechos violentos. De contabilizar poco más de 130 casos en la edad 12, se tienen poco más de 450 a la edad 15 (llama la atención que el aumento se observa primero entre las pacientes mujeres), pero después de la edad 15 los patrones son bastante diferenciados:

En el caso de las mujeres el número de pacientes se mantiene alrededor de 600 entre los 16 y 33 años. El mayor número de casos se observa en la edad 30 (casi 700). A partir de la edad 35 hay un descenso pausado hasta los 56 años, donde se vuelven a mostrar niveles menores a los 100 casos.

Gráfica 6. Registros de atención hospitalaria por violencia, según edad y sexo del afectado



FUENTE: Fuente: Secretaría de Salud, registros de atención hospitalaria por lesiones, 2010

Entre los varones el número de pacientes se dispara hasta poco más de 1 000 en la edad 18. Después se observa un descenso pronunciado, de manera que en la edad 26 se tiene el mismo número de pacientes varones que de mujeres (alrededor de 600). A partir de 31 años el número de pacientes varones es notablemente menor al de mujeres (con diferencias de poco más de 100

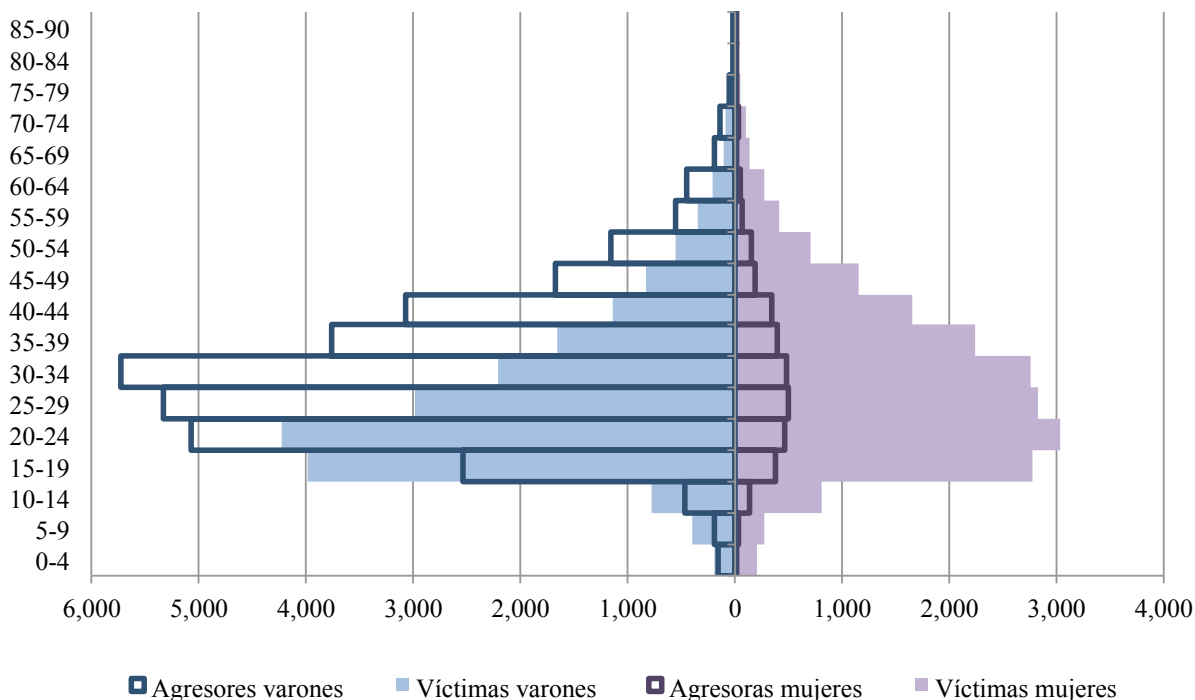
casos). Esta diferencia se va cerrando conforme aumenta la edad, de manera que para los 56 años se vuelve a observar casi el mismo número de pacientes masculinos y femeninos.

Respecto de las edades de los agresores, la base de datos presenta diversas problemáticas. En principio, se observa una marcada preferencia por los 20, 25, 30, 35 y 40 años. Esto es perfectamente entendible, pues en muchos casos se desconoce la edad del agresor y se escogen éstas al intentar estimarla. A efecto de comparar las edades de agresores y víctimas, de manera agregada, es recomendable utilizar grupos quinquenales de edad (debido al marcado redondeo en las edades de los agresores).

Si bien existen otros problemas en la base de datos, como varios casos donde el agresor sólo tiene un año de edad (poco más de 100 agresores varones de esta edad) y consideramos tomar con la debida precaución los siguientes datos, estos muestran la preponderante presencia masculina en el grupo de los agresores, la comparación revela diferencias notables entre las edades de víctimas y agresores, con una pirámide de edades notablemente más envejecida para los agresores.

En investigaciones futuras sería recomendable hacer análisis de diferenciales por casos.

Gráfica 7. Registros de atención hospitalaria por violencia, según edad quinquenal y sexo de la víctima y su agresor



FUENTE: Fuente: Secretaría de Salud, registros de atención hospitalaria por lesiones, 2010

Conclusiones

Los registros de atención por violencia y lesiones efectivamente son una fuente que nos ha permitido observar las formas de violencia familiar y no familiar, e identificar variables y datos relevantes sobre aspectos novedosos de la violencia física, psicológica, sexual, económica y patrimonial contra las mujeres en el país.

También detectamos *Limitaciones de la fuente de información*. Una deficiencia de la fuente respecto a la determinación del evento como único o subsecuente es que invisibiliza a las personas que han sido víctimas recurrentes de violencia a lo largo de su curso de vida. Por ejemplo, una mujer agredida por su cónyuge o pareja actual, pudo haber sido agredida previamente por alguno de sus progenitores o por alguna pareja anterior. Sin embargo, el evento por el que es atendida se entiende como primera vez cuando el agresor es distinto del que produjo algún otro evento anterior.

Las bajas tasas de denuncia ante el Ministerio Público dan cuenta de una posible omisión en la implementación de medidas establecidas en la norma oficial en materia de violencia familiar, sexual y contra las mujeres (DOF, 2009). Pues incluso en los casos donde las lesiones que presente la persona no constituyan un delito que se siga por oficio, el médico tratante debe informar sobre la posibilidad de denunciar ante la agencia del Ministerio Público correspondiente, esta información debe ser provista directamente a la o el usuario afectado o, en caso de que por su estado de salud no sea materialmente posible, a su representante legal, siempre y cuando no sea el probable agresor, o alguna persona que pudiera tener conflicto de intereses.

Finalmente, con esta somera revisión de los registros, aportamos evidencia empírica sobre violencia de género, así como sugerencias puntuales, con las que buscamos contribuir en la enorme inagotable tarea de definir de planes y acciones concretos de prevención de la violencia en México.

Los datos demuestran que una política de prevención, que busque reducir los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres, debe considerar que la familia es un ámbito donde los progenitores ejercen la violencia con mayor frecuencia de lo que quisiéramos suponer. Por ello es necesario replantear las campañas contra la violencia de género, que por ahora están enfocadas a prevenir y denunciar la violencia que sufren las mujeres a manos de sus cónyuges o parejas sentimentales. Se requieren, de forma urgente, campañas que propicien la reflexión sobre hábitos, creencias y roles estereotipados que reproducen la violencia al interior del hogar paterno-materno.

Referencias

Figuroa, J. (1999), "Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos", en Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México, pp. 61-101.

Fregoso, R. (Coord.), (2011), *Feminicidio en América Latina*, UNAM-Red de Investigadoras por la Vida y la Libertad de las Mujeres.496p.

Galindo, C. (2012), *Golpes y lesiones*. En C. Echarri (Coord.), *Panorama estadístico de la Violencia en México*, México, El Colegio de México-Centro de Investigación y Estudios en Seguridad.

- Híjar, M. et al. (2002), “Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la ciudad de México”, *Salud Mental*, Vol. 25. No. 1 pp.35-42.
- Lagarde, M. (2011), Prefacio: claves feministas en torno al feminicidio. Construcción teórica, política y jurídica, en: Rosa-Linda Fregoso. (Coord.), *Feminicidio en América Latina*, México, UNAM-Red de Investigadoras por la Vida y la Libertad de las Mujeres.
- Lagarde, M. (2005), “El feminicidio, delito contra la humanidad”, en *Feminicidio, justicia y derecho*, México, Cámara de Diputados, LIX Legislatura, Comisión Especial para Conocer y Dar Seguimiento a las Investigaciones Relacionadas con los Feminicidios en la República Mexicana y a la Procuración de Justicia Vinculada.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007). Última Reforma DOF 28-01-2011. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2008) http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGAMVLV.pdf
- Sagot, M y A. Carcedo (2011), “Cuando la violencia contra las mujeres mata: feminicidio en Costa Rica 1990-1999”, en: Rosa-Linda Fregoso. (Coord.), *Feminicidio en América Latina*, México, UNAM-Red de Investigadoras por la Vida y la Libertad de las Mujeres.
- Olivera, M. (2011), “Violencia feminicida en México: expresión de la crisis estructural”, en: Rosa-Linda Fregoso. (Coord.), *Feminicidio en América Latina*, México, UNAM-Red de Investigadoras por la Vida y la Libertad de las Mujeres.
- Valdez R. y Juárez, C. (1998), Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México, *Salud Mental*, 21(6), p.1-10.