

La atención a la violencia contra las mujeres en la Secretaría de Salud

Carlos Javier Echarri Cánovas¹

El Colegio de México

A partir de lo establecido por la NOM-190-SSA-1999,² en el año 2002 la Secretaría de Salud inició un programa de capacitación del personal del sector en el conocimiento y aplicación de esta norma, que dio como resultado el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, cuyo objetivo consistió en “implantar y operar estrategias orientadas a hacer más efectiva la atención del Sector Salud en la prevención, detección, atención y rehabilitación de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres” (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva,³ 2004:12). Este modelo proponía la colaboración interinstitucional e intersectorial.

La revisión de la norma mencionada anteriormente dio lugar a la *NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, que “tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos”.⁴ Uno de sus principales avances es que introduce guías para la disposición y uso de la anticoncepción de emergencia a las víctimas de violencia sexual. La ausencia de este tema había sido repetidamente señalada en los informes y recomendaciones de diversos organismos nacionales e internacionales de seguimiento a los derechos humanos de las mujeres.

La Norma Oficial Mexicana citada es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud así como para los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que lo componen, en todas las entidades federativas. Su incumplimiento da origen a sanciones penales, civiles o administrativas que correspondan, conforme las disposiciones aplicables. Es importante señalar que existe un vacío considerable en lo que respecta a la información sobre atención a la salud en

¹ Este trabajo forma parte de un proyecto investigación más amplio desarrollado por ONU Mujeres e INMUJERES. Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima- Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014

² <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/190ssa19.html>

³ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2004), Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual • Planeación, México: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Dirección General Adjunta de Equidad de Género. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7554.pdf>

⁴ <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3676/SALUD/SALUD.htm>

general y la aplicación de esta Norma en particular en los servicios de salud privados, lo que impide tener una visión completa de la situación que guarda la atención a la población femenina y masculina por lesiones o afecciones derivadas de prácticas violentas.

La Norma define como Atención médica de violencia familiar o sexual “al conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual”.⁵

Las áreas de intervención para la violencia familiar, sexual y contra las mujeres son la prevención, la detección, la atención y la rehabilitación. En el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual se establecen mecanismos para hacer posible la atención; en el caso de la detección incluye los procedimientos para identificar, a partir del tamizaje, a las personas que experimentan o han vivido situaciones de violencia, con el fin de brindarles atención y asesoría y, en su caso, canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas. Las acciones de detección se realizan tanto en la comunidad como en el consultorio y están articuladas al proceso de atención médica.

La atención médica o servicios médicos que es responsabilidad del sector salud, brinda el tratamiento y la asesoría necesarios a las mujeres que enfrentan situaciones de violencia. Sus componentes son:

- Identificación de la situación de violencia.
- Consejería especializada.
- Evaluación del riesgo y plan de seguridad e información legal.
- Atención médica esencial y especializada.
- Referencia, contrarreferencia y seguimiento.

De acuerdo con el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual,⁶ la detección incluye procedimientos que permiten identificar a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia. Con el fin de brindarles atención y asesoría y/o canalizarlas a las áreas e instituciones adecuadas. La detección temprana es una herramienta básica para proporcionar a las mujeres en situación de violencia los apoyos necesarios para evitar el agravamiento de su situación y es la puerta de entrada al proceso de atención.

El numeral 6.2.1 de la NOM-046-SSA2-2005 establece en que en la consulta de pacientes ambulatorias, hospitales y otros servicios de salud se deberá identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo. Para la detección de los casos en pacientes ambulatorios u hospitalarios, las y los prestadores de servicios de salud realizarán el procedimiento de tamizaje de manera rutinaria y en

⁵ Sección 4.3 de la NOM-046-SSA2-2005.

⁶ Secretaría de Salud, *Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual. Manual Operativo*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2009,

los casos probables, llevarán a cabo los procedimientos necesarios para su confirmación, todo ello de conformidad con lo que establece el numeral 6.2.1.1.

En el Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual de los servicios de salud estatales, se menciona que es posible detectar casos de violencia a través de la identificación de signos y síntomas de alarma o a través del interrogatorio dirigido mediante la aplicación de la herramienta de detección. La herramienta de detección se compone de tres secciones con reactivos para búsqueda de violencia psicológica, física y sexual.

De acuerdo a la NOM-046-SSA2-2005, numeral 7.1, “para las unidades médicas de atención ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, los probables casos nuevos de violencia familiar o sexual son de notificación obligatoria en el formato de vigilancia epidemiológica SUIVE-1-2000. A través de este registro debería ser posible conocer la frecuencia de casos por grupo de edad; la institución que notifica y entidad federativa, entre otras variables”.

En el numeral 7.2 de la Norma se especifica:

Para cada probable caso de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, atendido por las instituciones del Sistema Nacional de Salud debe llenarse además el formato estadístico denominado “Registro de atención en casos de violencia familiar o sexual”, el cual inquiriere sobre el evento más reciente para cada caso detectado y la atención proporcionada a los usuarios involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, conforme al Apéndice Informativo 2 de la Norma. Las instituciones podrán diseñar su propio formato, el cual deberá contener las variables señaladas en dicho Apéndice

Los datos de este registro de la Norma están siendo sistematizados por la Secretaría de Salud del gobierno federal en un esfuerzo muy importante para conocer su aplicación y los resultados de la atención prestada, a través del *Subsistema automatizado de lesiones y causas de violencia*, que opera mediante el formato SIS-SS-17-P. Desafortunadamente únicamente están disponibles los datos para la Secretaría de Salud a partir del 26 de diciembre de 2009, mas no así para el resto de las instituciones públicas y mucho menos de las privadas, a pesar de la obligación establecida por la propia Norma.⁷

Cabe señalar que uno de los principales problemas es que la versión anterior de la Norma, al obligar a los médicos a reportar los casos de violencia contra la mujer, los convertía en actores del proceso legal, pues eran directamente ellos quienes debían dar parte al Ministerio Público. Lo anterior hacía que en la mayoría de los casos se negaran a llenar los formatos correspondientes, y en otros, que éstos ya llenos se acumularan en

⁷ Esta obligación se especifica en el numeral 7.8: “Es competencia de cada institución entregar a la Secretaría de Salud, a través de los canales ya establecidos para tal efecto, los reportes de concentración y la base de datos, correspondientes a los numerales 7.1 y 7.2 respectivamente. La Secretaría de Salud será responsable de la integración y difusión de la información que apoye el diagnóstico, el diseño de políticas y la toma de decisiones en materia de violencia familiar y sexual”. Sin embargo, la Norma no establece ninguna penalización por su incumplimiento.

las oficinas administrativas de las instituciones de salud, pues sus directivos querían evitar que el personal médico se distrajera de sus tareas para atender la notificación al Ministerio Público, la ratificación de las denuncias y todo lo que implican los procesos judiciales.

Un grupo de investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública⁸ realizó una investigación en la que se hace una amplia revisión de los programas de salud reproductiva de las mujeres y de los adolescentes en las tres instituciones de salud más grandes del país: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Servicios Estatales de la Secretaría de Salud. Este trabajo tiene representatividad nacional, regional y por institución de atención e incluyó la información de los prestadores de servicios de salud en una muestra representativa de 798 unidades médicas que expusieron sus conocimientos, impresiones, acciones que desarrollan, necesidades de capacitación, así como facilitadores y barreras para la implementación de las normas oficiales mexicanas.

El objetivo del estudio es describir y analizar la operación de los programas de identificación y atención de la violencia familiar y de género que se otorgan en una muestra representativa de unidades médicas de consulta externa y hospitalización de los Servicios Estatales de Salud (Sesa), el IMSS, el IMSS Oportunidades y el ISSSTE, empleando para su evaluación la información contenida en las NOM correspondientes.

En la parte correspondiente a los Servicios Estatales de Salud, los resultados del estudio citado mostraron que en 78.4% de las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención de los Sesa el personal de salud respondió que aplica el formato de detección. Por otra parte, en la mayoría (78.8%) de las unidades médicas de los Sesa, el personal de salud de la consulta externa contestó que anotan en el expediente clínico la sospecha o el diagnóstico de algún tipo de violencia, de acuerdo con lo indicado en el numeral 6.2.1.4 de la Norma. En más de la mitad (57.9%) de las unidades médicas de los Sesa, el personal respondió que llenan el formato de vigilancia epidemiológica para el reporte de casos de violencia, cumpliendo con el procedimiento para la realización de los registros de información señalado en el numeral 7 de la NOM-046-SSA2-2005. 13.8% llena los datos de identificación y resumen clínico del formato de Aviso a Ministerio Público y en total 19.7% llena el formato de Aviso a Ministerio Público.

Estos resultados son de gran relevancia para el análisis que haremos a continuación, pues significa que podemos estimar que representan únicamente a alrededor de cuatro de cada cinco de todos los casos atendidos, en otras palabras, por cada caso de mujeres atendidas en la secretaría de Salud por lesiones relacionadas con violencia familiar o no familiar que se hace del conocimiento del Ministerio Público, habría otros 6.5 casos que no son registrados.

⁸ Rivera, Leonor, Elvia de la Vara y Leticia Suárez (2013), "Identificación y atención de la violencia familiar y de género", en: INMUJERES / INSP, *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012*. Cuadernos de trabajo 38, INMUJERES, pp.105-132. Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/Resized/agosto2013/ct38.pdf>

En el estudio se indagó también sobre las acciones que debería de seguir el personal de salud cuando se presenta una mujer por violación sexual reciente. En este sentido el personal médico de la consulta externa de los Sesa respondió que haría cuatro principales acciones: llenado y trámites de aviso al Ministerio Público, referencia e indagar acerca de la violación sexual y otorgar atención médica de las lesiones físicas. Sin embargo, cabe resaltar que entre los hallazgos está la deficiente capacitación del personal de los servicios de atención psicológica de los Sesa, según muestra el Cuadro 1: solamente 43% se siente suficientemente capacitado para hablar sobre violencia contra las mujeres, menos de la mitad para detectar casos de violencia intrafamiliar física, 54% psicológica y 41% sexual; por lo que respecta a la detección de historias de abuso sexual en la niñez, poco menos de la mitad y tan sólo 36.8% se sienten suficientemente capacitadas para realizar con la usuaria un plan de seguridad.

Cuadro 1 México: Detección de necesidades de capacitación en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención de los Servicios de Salud Estatales, 2012

Se siente suficientemente capacitado para:	%
Hablar sobre violencia contra las mujeres	42.60%
Detectar casos de violencia intrafamiliar física	48.90%
Detectar casos de violencia psicológica	54.40%
Detectar casos de violencia sexual	41.20%
Detectar a las usuarias con una historia de abuso sexual en la niñez	48%
Atender a las mujeres víctimas de violencia de pareja o noviazgo	45.10%
Valorar el nivel de peligro de las mujeres viviendo en situaciones de violencia	39.60%
Realizar con la usuaria un plan de seguridad	36.80%
Registrar los casos de violencia	43.30%
Detallar un caso de violencia en la historia clínica	38.90%
Orientar a la usuaria afectada	51.60%
Realizar acciones de referencia para una mujer víctima de violencia	52.90%
Orientar a las usuarias sobre la anticoncepción de emergencia	46%
Abordar la salud reproductiva de mujeres con experiencias de violencia sexual	28.20%

* Informante: Personal operativo (médico(a) general o especialista) de la consulta externa

Fuente: ONU Mujeres e Inmujeres a partir de Rivera, De la Vara y Suárez, 2013

Para completar el contexto de nuestro análisis, resulta importante señalar que uno de los resultados de otra investigación⁹ es que “que, de acuerdo con el tipo de población atendida, la producción de este servicio muestra mejores resultados en las unidades que brindan atención a población no asegurada (SESA/IMSS-O) que en las que dan servicio a población asegurada (IMSS e ISSSTE), sobre todo en lo que toca a la detección y atención de la violencia familiar en mujeres de 15 años o más” (p. 289). Este trabajo buscaba monitorear al Programa de Salud Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, a partir del instrumento aplicado a una muestra con

⁹ Argüello Avendaño, Hilda E. (2011), "Programa Prevención y atención de la violencia familiar y de género" en INMUJERES CIESAS Sureste, *Cuadernos de Trabajo 29. Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*, INMUJERES, México, D.F. Disponible en http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c29_o.pdf

representatividad nacional de servicios de primer nivel y segundo nivel de unidades de los Servicios Estatales de Salud (SESA) dependientes de la Secretaría de Salud (SSA); del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Salud y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del IMSS-Oportunidades (IMSS-O), así como de las entrevistas sostenidas con encargados del Programa y personal de salud.

Entrando al análisis de la base de datos de lesiones, el Subsistema automatizado de lesiones y causas de violencia de la Secretaría de Salud permite saber que de 2010 a 2012¹⁰ esta institución¹¹ atendió un total de 1,168,151 casos: 693,417 varones, 474,734 mujeres y 504 víctimas de sexo no especificado. Es importante recalcar que a lo largo del análisis se habla de atenciones, puesto que una misma persona puede haber sido atendida en más de una ocasión, además de que en el transcurso de una consulta por otro motivo y en aplicación del protocolo de detección que menciona la NOM-046-SSA2-2005, puede detectarse Abandono o negligencia o bien Violencia económica o patrimonial, que no constituyen una lesión. Si nos referimos a la intencionalidad, la gran mayoría (casi un millón) de estas atenciones fueron calificadas de *Accidentales*, a pesar de que pueden tratarse de agresiones que se registran bajo este rubro, sobre todo porque la proporción de casos correspondientes a *Violencia familiar* es casi doce veces mayor entre las mujeres que entre los varones (15.2% en mujeres contra 1.3% en varones); en cambio, la *Violencia no familiar* afecta tres veces más a los hombres que a las mujeres, como se aprecia en el Cuadro 2.

Cuadro 2 México: Atenciones por lesiones en la Secretaría de Salud, según intencionalidad del evento, sexo y año de la atención, 2010-2012

Intencionalidad del Evento	Sexo del Paciente									
	Masculino					Femenino				
	Año de la atención					Año de la atención				
	2009	2010	2011	2012	Total	2009	2010	2011	2012	Total
Total	2,831	205,078	234,190	251,318	693,417	1,615	134,887	157,768	180,464	474,734
Accidental	2,476	180,735	205,114	221,198	609,523	1,444	112,172	127,158	139,056	379,830
Violencia Familiar	31	2,354	2,974	3,462	8,821	79	16,246	22,752	32,992	72,069
Violencia no Familiar	246	17,703	21,602	22,002	61,553	49	3,691	4,761	5,376	13,877
Auto infligido	24	1,432	1,401	1,484	4,341	13	1,399	1,575	1,489	4,476
Se ignora	54	2,854	3,099	3,172	9,179	30	1,379	1,522	1,551	4,482

Fuente: ONU Mujeres e Inmujeres a partir de SINAIS, Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia, 2010-2012.

De las 178,861 atenciones debidas a violencia familiar y no familiar, para ambos sexos (Cuadro 3), 59 por ciento, se trata de violencia física (105,568 casos); poco más de una de cada 20 sexual (5.7 por ciento, 10,143 casos); 31 por ciento psicológica (55,412 casos); 2.9 por ciento (5,159 casos) económica/patrimonial, y 1.4 por ciento (2,579 casos) abandono o negligencia. En el caso de las mujeres, los porcentajes

¹⁰ Incluyendo las atenciones brindadas en los últimos seis días de 2009.

¹¹ Hablamos de forma genérica de la Secretaría de Salud, aunque los servicios son prestados por los Servicios Estatales de Salud (SESA).

correspondientes son 35.9 por ciento físicas, 8.8 por ciento sexual, 48.9 por ciento psicológica, 4.4 por ciento económico/patrimonial, y dos por ciento abandono o negligencia.¹² Cabe observar que en 3,358 casos hubo dos tipos de violencia; en 982 tres tipos; cuatro tipos en 260 casos, y cinco tipos en 24 atenciones.

Cuadro 3 México: Atenciones por lesiones debidas a violencia familiar y no familiar en la Secretaría de Salud, según tipo de violencia, sexo y año de la atención, 2010-2012

	Abandono / negligencia	Sexual	Física	Psicológica	Económica / patrimonial	Total
Hombres	419	745	67,123	3,059	410	71,756
Mujeres	2,160	9,398	38,445	52,353	4,749	107,105
Total	2,579	10,143	105,568	55,412	5,159	178,861

Fuente: ONU Mujeres e Inmujeres a partir de SINAIS, Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia, 2010-2012 .

En el caso de las atenciones a mujeres, es posible conocer qué servicio otorgó la atención según el tipo de violencia (Cuadro 4). De esta manera, dos terceras partes de los casos de abandono o negligencia fueron atendidos en algún Servicio especializado de atención a la violencia, instancia que también atendió la mayor parte de los caso de violencia sexual, psicológica o económica /patrimonial. En cambio, casi la mitad (46%) de los casos de violencia física se atendieron en Urgencias.

Cuadro 4 México: atenciones a mujeres por lesiones en la Secretaría de Salud, según servicio que brindó la atención y tipo de violencia 2010-2012

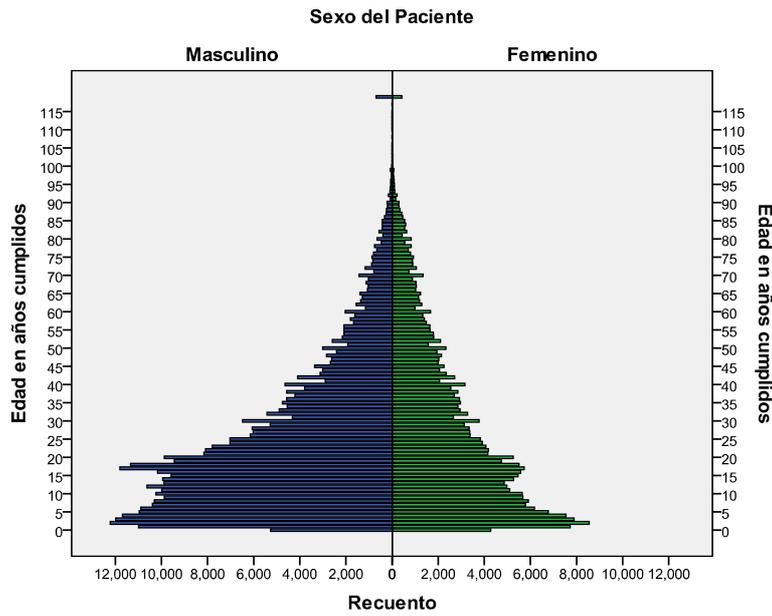
	Servicio que Otorgo la Atención				
	Consulta externa	Hospitalización	Urgencias	Servicio especializado de atención a la violencia	Otro servicio
Abandono y/o Negligencia	350	158	113	1445	94
Violencia física	8982	1530	17797	8831	1305
Violencia sexual	2230	409	773	5578	408
Violencia psicológica	15876	2885	1257	30355	1980
Violencia económica / patrimonial	943	260	115	3262	169

Fuente: ONU Mujeres e Inmujeres a partir de SINAIS, Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia, 2010-2012 .

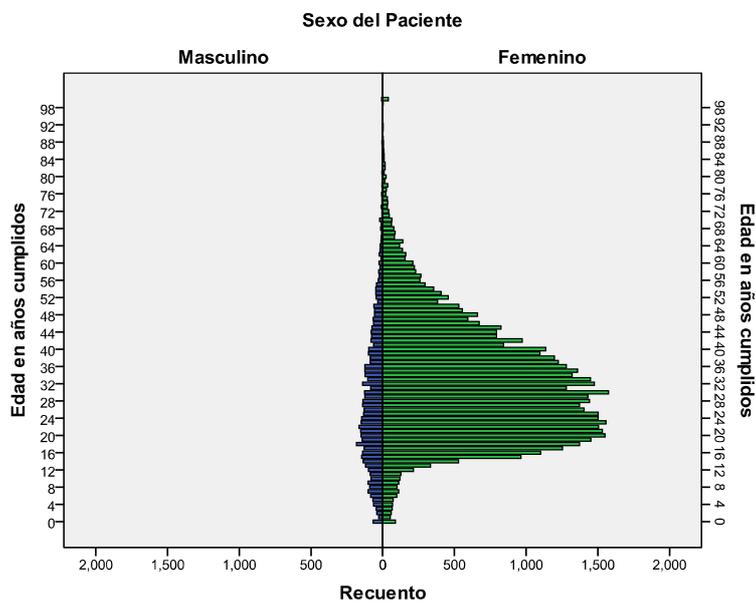
Al analizar la distribución por edad y sexo de las personas atendidas por lesiones en la Secretaría de Salud entre 2010 y 2012, según la intencionalidad (Gráficas 1 a 4) se observan tanto similitudes como divergencias: en los accidentes llama la atención el gran incremento observado después de un año cumplido. La violencia familiar está sesgada hacia las mujeres, mientras que la no-familiar se orienta hacia los varones.

¹² El número de casos es de 38,445; 9,389; 52,353, 4,749 y 2,160, respectivamente.

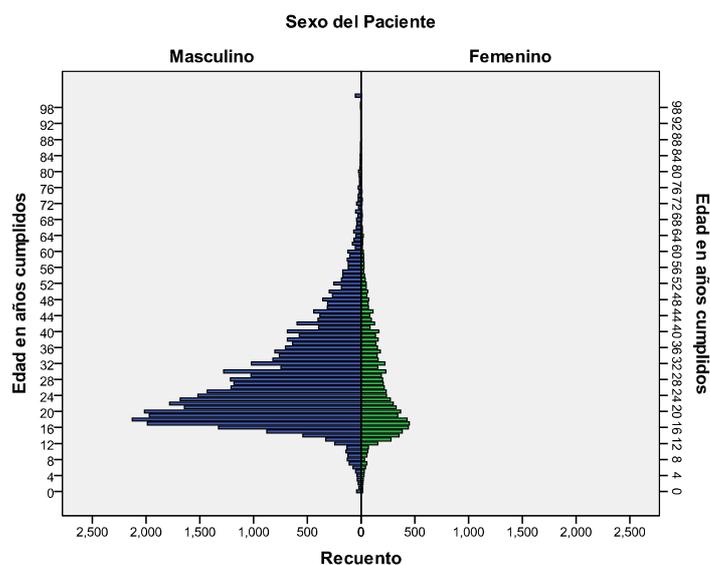
Gráfica 1 México: atenciones por lesiones accidentales en la Secretaría de Salud, según edad y sexo, 2010-2012



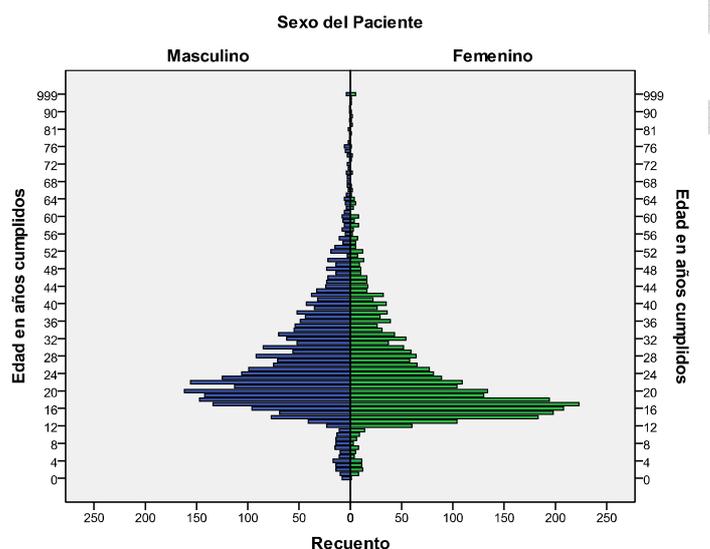
Gráfica 2 México: atenciones por lesiones debidas a violencia familiar en la Secretaría de Salud, según edad y sexo, 2010-2012



Gráfica 3 México: atenciones por lesiones debidas a violencia no familiar en la Secretaría de Salud, según edad y sexo, 2010-2012



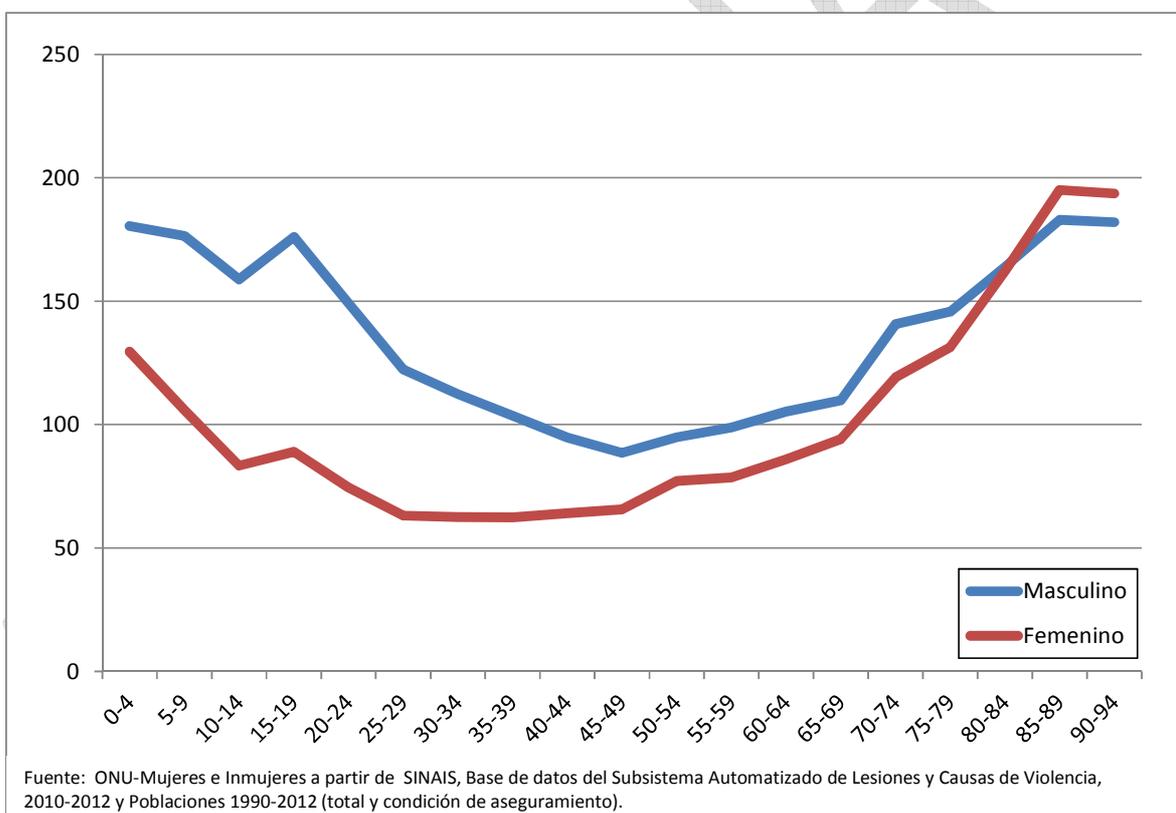
Gráfica 4 México: atenciones por lesiones autoinfligidas en la Secretaría de Salud, según edad y sexo, 2010-2012



Si los accidentes fueran causados exclusivamente por el azar, deberían afectar por igual a toda la población. Sin embargo, la pirámide por sexo y edad (Gráfica 26) muestra la mayor exposición a riesgos de diversos sectores, algunos por el tipo de actividades que desarrollan y otros por el mayor tiempo que pasan en la vía pública. En particular destacan los sistemas sexo-genéricos, que asignan socialmente a los varones actividades extradomésticas y les exigen demostrar continuamente su hombría ejecutando actividades que los ponen en peligro, desdeñando tanto miedo como precaución. Las mujeres, en cambio, están dirigidas a las actividades relacionadas con la reproducción, especialmente en el ámbito doméstico. De esta manera, existen factores socioculturales que ayudan a explicar que la distribución de los accidentes no es del todo aleatoria, sino que tiene un fuerte componente social y cultural.

Para efectuar un análisis más detallado en esta sección, se calcularon tasas específicas por edad y sexo por cada 10 mil personas sin seguridad social, puesto que este es el grupo poblacional al que atiende la Secretaría de Salud.¹³ Al comparar las tasas específicas por edad de lesiones accidentales atendidas en la Secretaría de Salud por sexo en la Gráfica 5, se observa un importante sesgo hacia los varones jóvenes: 176 lesiones accidentales por cada 10,000 hombres de 15 a 19 años de edad sin seguridad social contra 89 en las mujeres del mismo grupo; posteriormente la tasa masculina desciende hasta el grupo 45-49, para volver a ascender. En cambio para el caso de las mujeres parecería haber un exceso de accidentes en las edades más jóvenes, con un repunte en el grupo 15-19 y un mínimo entre los 25 y los 49 años de edad, para de ahí seguir una tendencia ascendente. La razón hombre/mujer es superior a uno hasta los 85 años de edad y alcanza su máximo en el grupo 20-24, cuando las tasas masculinas duplican a las femeninas.

Gráfica 5 México: tasas específicas por grupos quinquenales de edad de lesiones accidentales atendidas en la Secretaría de Salud, según sexo, 2010-2012. Tasas por 10,000 personas sin seguridad social.



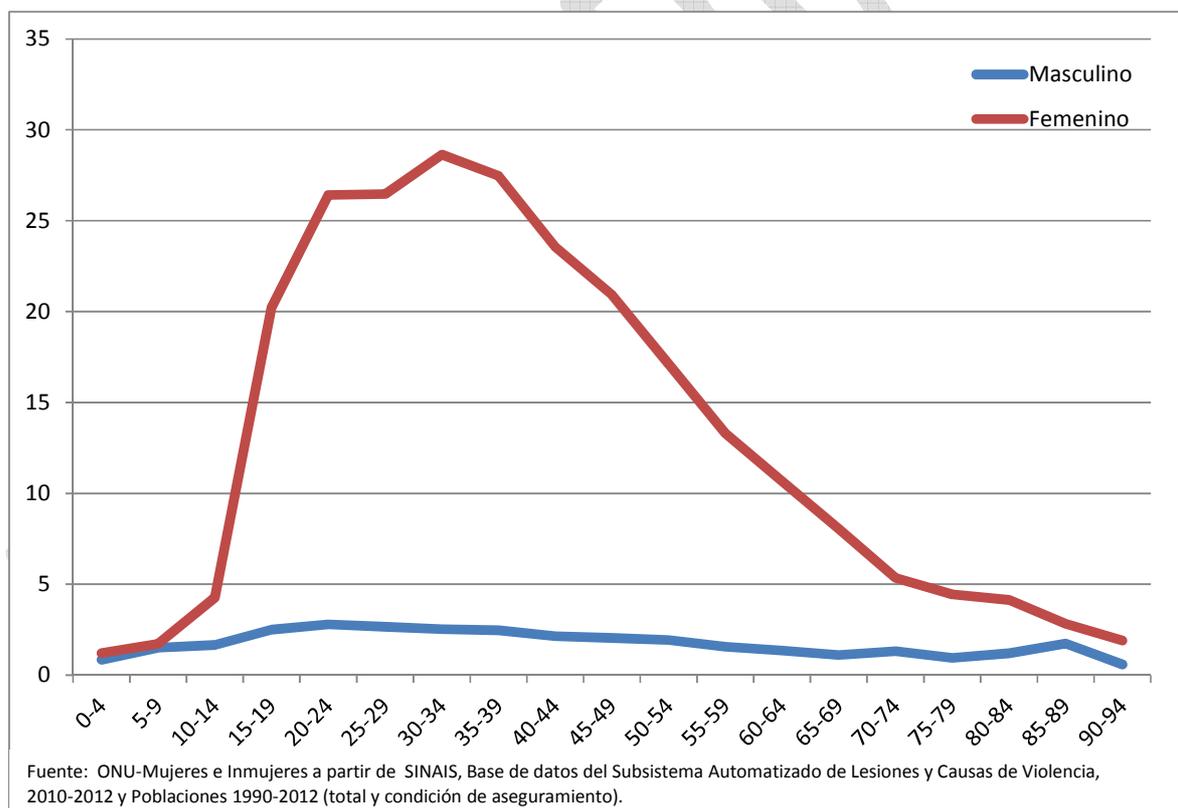
Del análisis de estas tasas de lesiones accidentales, ubicándolas en el contexto de feminicidio infantil que hemos encontrado, resultaría una recomendación para el Sector

¹³ Esto se hace relacionando los casos con la población promedio de los años 2010, 2011 y 2012, del mismo grupo de edad y sexo, proveniente de las proyecciones de la población según condición de aseguramiento de la Secretaría de Salud, disponibles en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>. Cabe señalar que la base de datos sólo registra las lesiones atendidas en la Secretaría de Salud, por lo que estas tasas específicas de lesiones sólo representan una parte de las víctimas y excluye a las que no fueron atendidas y a las que recurrieron a otras instituciones, públicas o privadas.

Salud de prestar especial atención a los supuestos accidentes en niñas, pues pueden estar escondiendo situaciones de violencia de género que pueden culminar en infanticidio feménil. Las acciones de detección de la violencia contra las mujeres contempladas en la NOM-046-SSA2-2005 deben reforzarse. Por otra parte, el incremento en los accidentes en la tercera edad tiene que ser considerado en las políticas públicas de cuidado, para evitar que las mujeres carguen desproporcionadamente con la carga de la atención a las secuelas que dejan estas lesiones.

En cambio, no podemos esperar que la ocurrencia de lesiones debidas a violencia familiar sea fruto del azar: la Gráfica 6 permite apreciar claramente cómo éstas afectan desproporcionadamente a las mujeres a partir de los 10 años de edad. De hecho, sólo se observan 0.24 atenciones por violencia familiar en varones por cada lesión en una mujer, en promedio para todos los grupos de edad. Llama la atención el gran incremento que se observa en las tasas femeninas hasta el grupo de edad 30-34, para de ahí en adelante presentar un descenso sostenido.

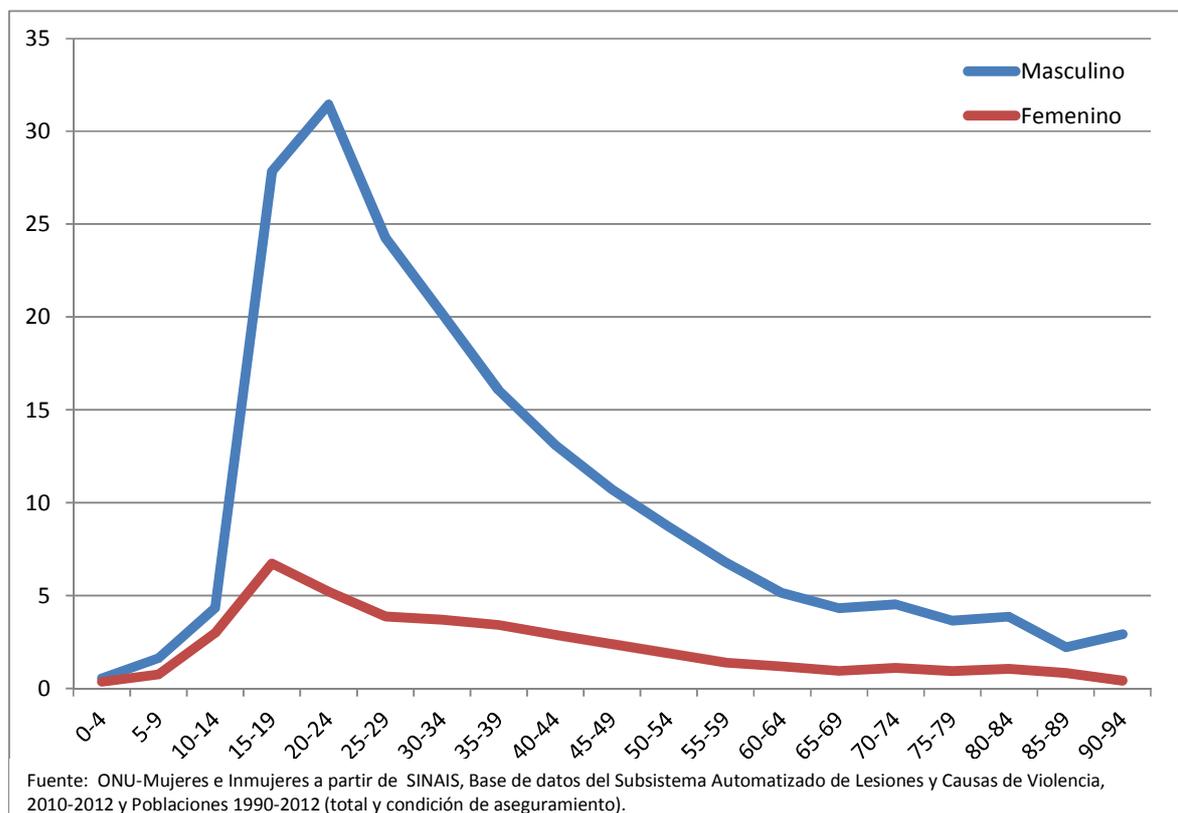
Gráfica 6 México: tasas específicas por grupos quinquenales de edad de lesiones por violencia familiar atendidas en la Secretaría de Salud, según sexo, 2010-2012. Tasas por 10,000 personas sin seguridad social.



En los varones no se observa ese brusco escalón alrededor de la pubertad, sino que las tasas presentan una distribución por edad normal –en el sentido estadístico, de una campana de Gauss– con la cúspide en el grupo de edad 20-24. Cabe resaltar la relativa estabilidad en las lesiones por violencia familiar en ambos sexos antes de los 10 años de edad, aunque en el caso de los menores de cinco años, la razón de las tasas masculinas respecto a las femeninas es de 0.7. Es decir, en la Secretaría de Salud se atendieron en 2010 por lesiones causadas por violencia familiar a 0.7 niños menores de cinco años por

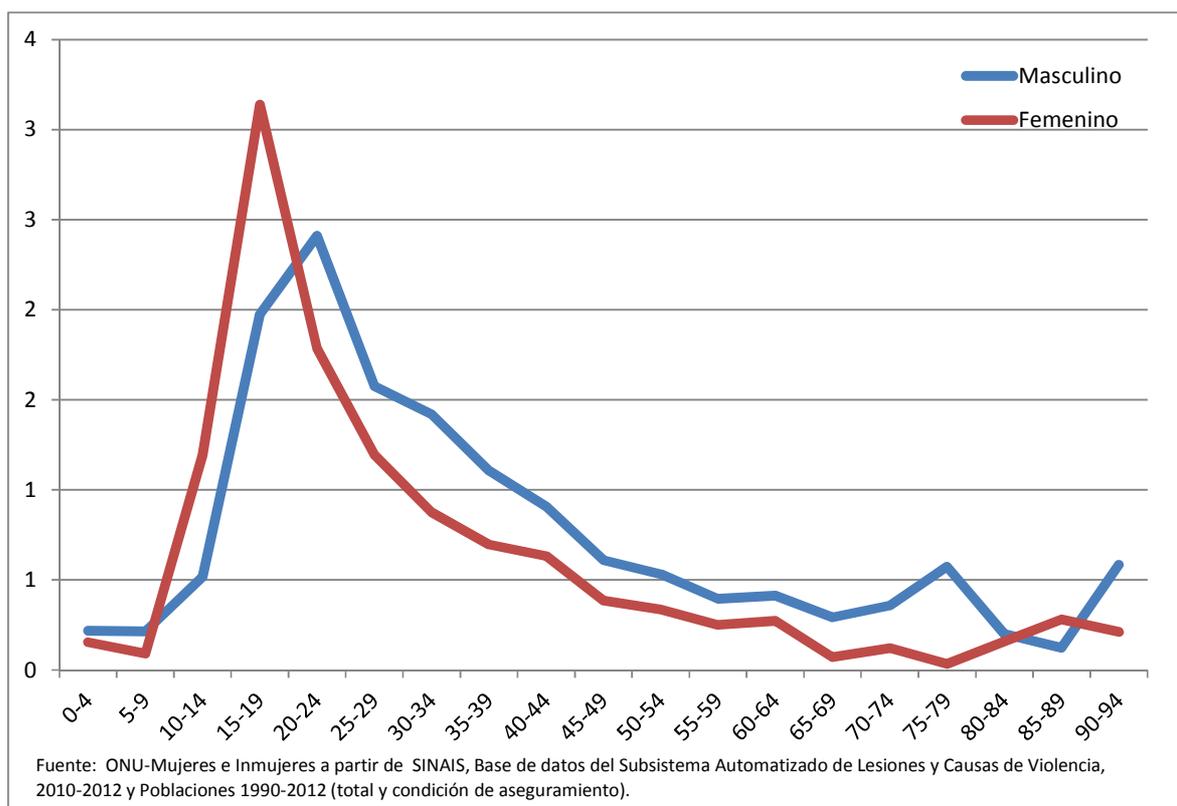
cada niña del mismo grupo de edad. El sensible incremento en las mujeres a partir de los 15 años –además de posibles problemas de declaración de la edad– podríamos relacionarlo con la entrada en relaciones afectivas o conyugales y el inicio del ejercicio de la sexualidad, así como una escasa posibilidad de resolución pacífica de conflictos familiares.

Gráfica 7 México: tasas específicas por grupos quinquenales de edad de lesiones por violencia no familiar atendidas en la Secretaría de Salud, según sexo, 2010-2012. Tasas por 10,000 personas sin seguridad social.



En el sentido inverso, las lesiones por violencia no-familiar atendidas en la Secretaría de Salud afectan de manera desproporcionada a los varones jóvenes (Gráfica 7), lo cual resulta consistente con la construcción sociocultural de la masculinidad y los atributos y actividades que se le asignan. En promedio se atienden a 4.4 varones por este motivo por cada mujer y esta razón llega a 6.25 en el grupo de edad 25-29. Sin embargo, la distribución por edad de las tasas femeninas es muy similar a la de las masculinas, aunque a una escala o intensidad mucho menor. Encontramos para ambos sexos un gran aumento en las tasas a partir de los 10 años de edad, aunque con una pendiente mayor para los varones a partir de los cinco años; el máximo se encuentra en el grupo 20-24 para los varones y en el 15-19 para las mujeres, y en adelante se observa una reducción.

Gráfica 8 México: tasas específicas por edad de lesiones auto infligidas atendidas en la Secretaría de Salud, según sexo, 2010-2012



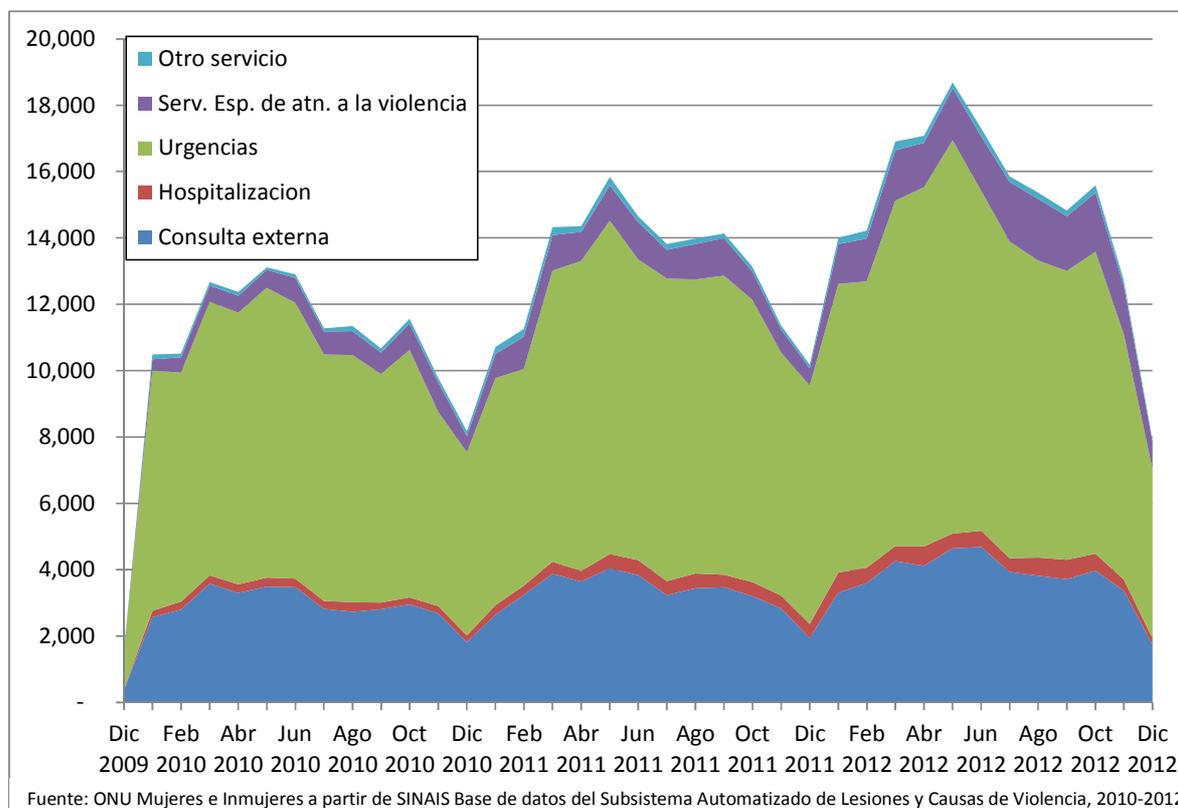
La Gráfica 8 muestra también un incremento notable en las tasas de lesiones autoinfligidas atendidas en la Secretaría de Salud a partir de los 10 años de edad, para ambos sexos. Lo anterior fortalece la sospecha de que una parte de las lesiones reportadas como accidentales pueden haberse debido ya sea a violencia familiar, a violencia no-familiar o bien a que hayan sido autoinfligidas. El hecho que se registren estas últimas en 74 casos de varones y 43 de mujeres de menos de cinco años de edad genera dudas sobre la calidad del registro, en el sentido de que la edad o la intencionalidad del evento se hayan registrado mal. Llama la atención la cúspide femenina en el grupo 15-19, así como la similitud de la forma de las series, aunque con las tasas masculinas desfasadas de las femeninas. En las mujeres hay una mayor concentración de las lesiones autoinfligidas entre los 10 y los 24 años de edad, en tanto que en los varones la incidencia es mayor en las edades adultas.

Los ciclos de la violencia

La disponibilidad de esta base de datos de atenciones de la Secretaría de Salud para el periodo 2010-2012 permite comenzar a analizar otra característica de la violencia contra las mujeres: su estacionalidad. En efecto, tanto si consideramos la intencionalidad del evento, el servicio que otorgó la atención (Gráfica 9) o el tipo de violencia (Gráfica 10), encontramos un patrón temporal muy semejante, en el que los años inician con un incremento en las atenciones, incremento que se sostiene hasta los meses de mayo y junio, y después viene un descenso que es muy marcado en el mes de diciembre. Esta

estacionalidad es más marcada según el servicio que otorgó la atención que de acuerdo con el tipo de violencia, a excepción de la violencia psicológica.

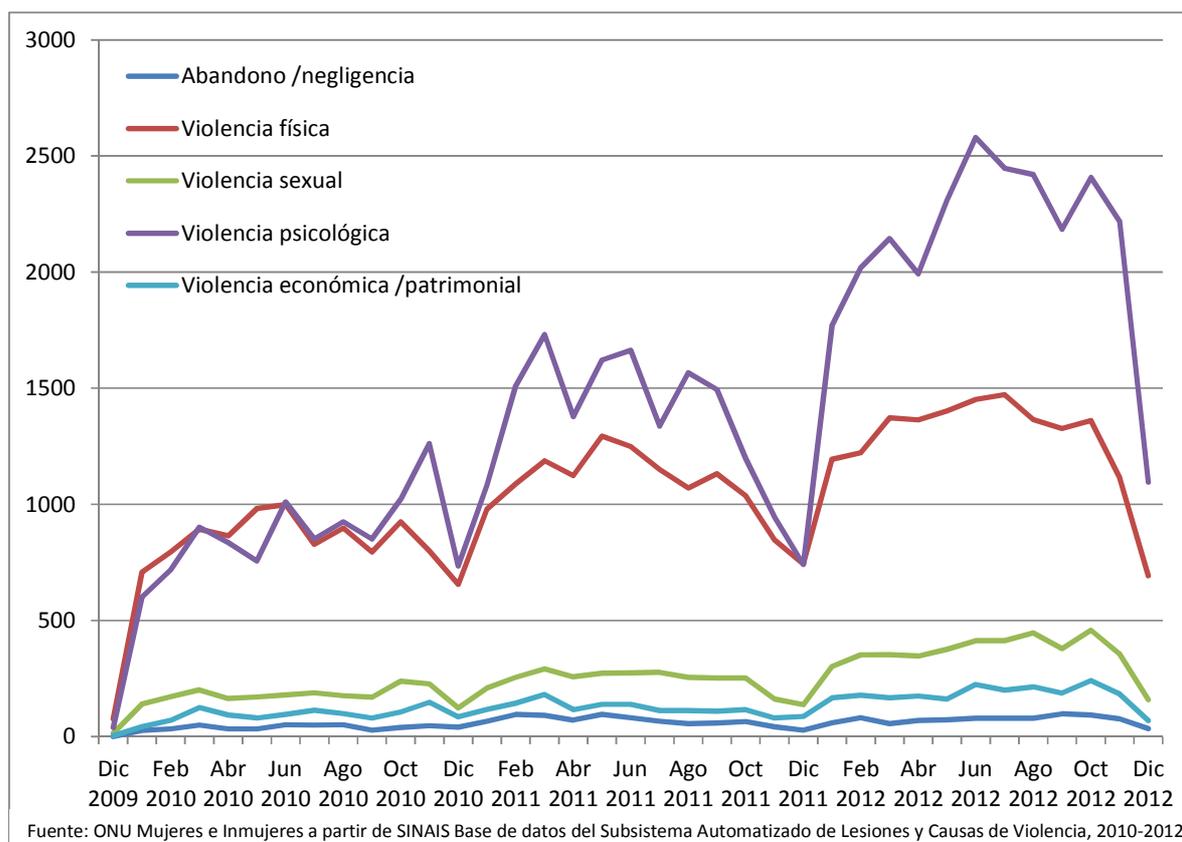
Gráfica 9 México: Atenciones a mujeres en la Secretaría de Salud, según servicio que otorgó la atención, 2010-2012



Más allá de una curiosidad estadística, el reconocimiento de esta estacionalidad es muy relevante para la ejecución de distintos programas sociales de atención a la violencia contra las mujeres, en particular los apoyos financieros que brinda el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud a los refugios para mujeres que viven en situación de violencia.¹⁴ Dados los requisitos que se deben cubrir y la calendarización del ejercicio presupuestal federal, este tipo de apoyos se entregan normalmente después del primer trimestre, lo que dificulta la acogida de mujeres en los refugios que manejan las organizaciones de la sociedad civil que concursan para obtener estos recursos. Por otra parte, resulta de fundamental importancia el considerar esta estacionalidad en el monitoreo de las acciones en el ámbito estatal o municipal, dado que los avances de retrocesos deben medirse no solamente respecto a meses anteriores, sino al mismo mes de años anteriores.

¹⁴ De acuerdo con lo estipulado por los numerales 5.6 y 6.3.2 de la NOM-046-SSA2-2005.

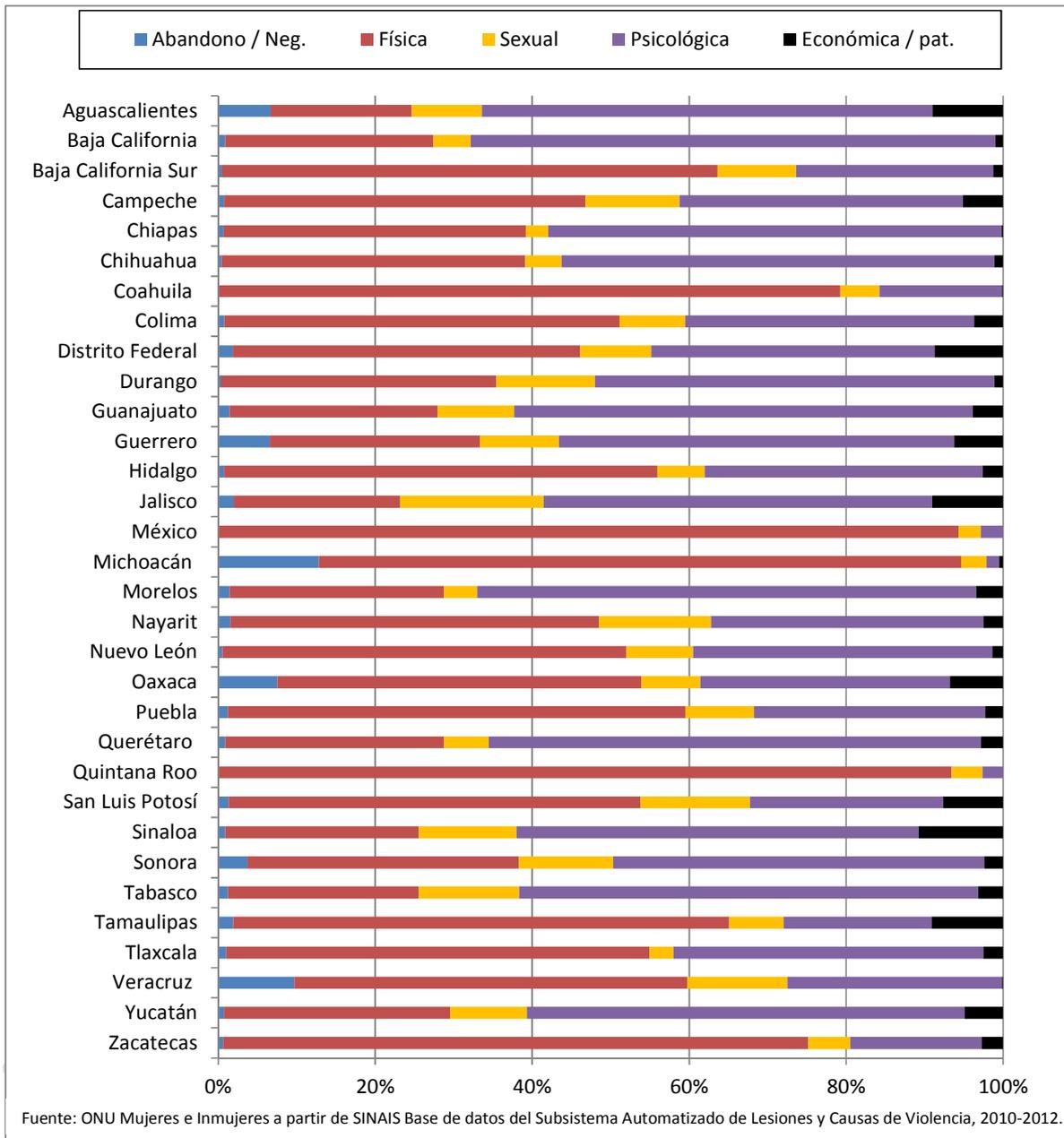
Gráfica 10 México: atenciones a mujeres por distintos tipos de violencia en la Secretaría de Salud, por intencionalidad y fecha de ocurrencia 2010-2012



Comportamientos estatales heterogéneos

Dada la descentralización de los servicios de salud, resulta necesario analizar la atención a las mujeres en situación de violencia según entidad federativa. La Gráfica 11 muestra la heterogeneidad en la distribución porcentual de las atenciones a mujeres según tipo de violencia. Llama la atención cómo la alta proporción que representa la violencia física algunas entidades, como el Estado de México (94.3%), Quintana Roo (93.4%), Michoacán (81.8%), Coahuila (79.2%) y Zacatecas, con tres de cada cuatro atenciones, cuando el promedio nacional es de 35.9%. El abandono o negligencia es relativamente más frecuente en el Michoacán (donde representa una de cada ocho atenciones), Veracruz (9.7%) y Oaxaca (7.5%), cuando a nivel nacional sólo representa una de cada 50 casos, aunque cabe señalar que normalmente este tipo de violencia es atendida por el DIF. La violencia sexual es particularmente importante en Jalisco (con 18.3% de los casos) y Nayarit con 14.3%, porcentajes muy superiores al nacional que es de 8.4%. Por su parte, la atención a la violencia psicológica es más frecuente en Baja California (con dos de cada tres casos), Morelos (63.6%), Querétaro (62.7%), además de Aguascalientes, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Sinaloa, Sonora, Tabasco y Yucatán, donde representa más de la mitad de los casos, aunque la cifra del conjunto del país es de 48.9%. Finalmente, la violencia económica o patrimonial resalta en Sinaloa (10.8%), Tamaulipas (9.1%), Aguascalientes y Jalisco, ambas con 9%, así como el Distrito Federal (8.7%), cuando el promedio nacional es de 4.4%

Gráfica 11 Distribución porcentual de las atenciones a mujeres en la Secretaría de Salud por tipo de violencia, según entidad federativa, 2010-2012



Cuadro 5 México: Tasas de atenciones a mujeres en la Secretaría de Salud (por cada 100,000 mujeres sin seguridad social) por tipo de violencia, según entidad federativa, 2010-2012

Entidad federativa	Tipo de violencia				
	Abandono y/o Negligencia	Física	Sexual	Psicológica	Económica / patrimonial
Total	2.4	42.5	10.4	57.8	5.2
Aguascalientes	1.2	151.5	11.0	34.0	5.5
Baja California	0.9	35.9	12.2	69.5	6.2
Baja California Sur	23.6	122.1	31.2	66.6	0.4
Campeche	0.6	31.9	1.8	23.3	1.5
Coahuila	1.5	48.6	5.3	14.5	7.0
Colima	8.8	175.4	91.7	421.5	23.0
Chiapas	1.3	12.3	4.3	16.9	0.9
Chihuahua	2.6	75.4	38.0	156.4	32.8
Distrito Federal	0.3	11.7	3.1	5.5	1.7
Durango	-	19.5	0.8	0.5	-
Guanajuato	3.0	94.7	19.4	213.1	9.5
Guerrero	0.3	13.1	2.0	6.6	0.5
Hidalgo	20.3	125.5	20.3	86.1	18.4
Jalisco	0.5	44.8	7.4	33.2	1.2
México	0.9	28.3	8.6	20.9	1.5
Michoacán	4.3	79.9	12.3	185.8	10.1
Morelos	1.5	9.7	0.4	0.2	0.1
Nayarit	-	17.5	0.5	0.5	-
Nuevo León	7.9	85.3	73.4	199.0	36.2
Oaxaca	0.5	36.5	4.0	23.5	1.7
Puebla	2.5	10.1	3.8	19.1	2.4
Querétaro	4.2	75.5	27.7	166.3	11.1
Quintana Roo	0.4	43.4	15.6	62.9	1.4
San Luis Potosí	3.5	81.3	16.6	66.3	16.1
Sinaloa	0.2	12.2	2.0	8.9	0.9
Sonora	0.1	79.2	5.0	15.6	0.1
Tabasco	1.8	149.6	17.9	213.5	4.4
Tamaulipas	0.4	19.7	1.5	29.5	0.1
Tlaxcala	0.4	26.1	6.8	20.5	2.9
Veracruz	0.1	12.0	1.9	4.8	0.2
Yucatán	0.4	13.0	2.3	32.7	0.5
Zacatecas	22.6	60.8	30.2	194.0	30.4

Fuente: ONU-Mujeres e Inmujeres a partir de SINAIIS, Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia, 2010-2012 y Poblaciones 1990-2012 (total y condición de aseguramiento).

Otra forma de abordar esta heterogeneidad entre las entidades federativas es a través de las tasas de atenciones por cada 100 mil mujeres sin seguridad social,¹⁵ según tipo de violencia, las cuales se muestran en el Cuadro 5. A diferencia de las tasas específicas

¹⁵ De nuevo, este es el grupo poblacional al que atiende la Secretaría de Salud.

por edad y sexo mostradas anteriormente, aquí hemos hecho el cálculo por cada 100,000 mujeres. Es posible apreciar cómo hay una gran distancia entre los valores mínimos y máximos para estas tasas, las cuales van desde ningún caso registrado para abandono o negligencia en Durango y Nayarit, hasta 23.6 por cada 100,000 mujeres en Baja California Sur; para la violencia física las tasas van de 9.7 en Morelos a 175.4 en Colima, un valor 18 veces mayor. Las entidades con las tasas mínima y máxima coinciden para la violencia sexual y la psicológica, pero la amplitud del rango es aún mayor, 241 veces para la sexual y 2,212 veces para la psicológica, en la que la tasa mínima es de 0.2 y la máxima es de 421.5. Finalmente, por lo que toca a la violencia económica o patrimonial, la tasa máxima (de 36.2 en Nuevo León) representa 570 veces la de Morelos (la entidad con registro más bajo, de 0.064, pues Durango y Nayarit tampoco registraron casos de este tipo de violencia).

Para mostrar de manera gráfica esta heterogeneidad, en el Cuadro 6 se presentan las entidades federativas ordenadas de mayor a menor tasa para cada tipo de violencia atendida en mujeres por la Secretaría de Salud en el periodo 2010-2012. Dados los resultados de la evaluación presentada antes, cabe preguntarse si lo que reflejan estos dos últimos cuadros es realmente una prevalencia distinta de diferentes tipos de violencia en cada entidad federativa, o bien los distintos grados de esfuerzo en la aplicación cabal de la NOM-046-SSA2-2005, tanto en lo que se refiere a la detección como al registro de casos. Sería muy importante y necesario replicar este tipo de estudios en el ámbito estatal, para dilucidar esta duda.

Cuadro 6 México: Ordenamiento de las entidades federativas según tasas de atenciones en mujeres por la Secretaría de Salud (por cada 100,000 mujeres sin seguridad social) por tipo de violencia, 2010-2012

Número de orden	Abandono y/o		Económica /		
	Negligencia	Física	Sexual	Psicológica	patrimonial
1	BCS	COL	COL	COL	NL
2	ZAC	AGS	NL	TAB	CHH
3	HGO	TAB	CHH	GRO	ZAC
4	COL	HGO	BCS	NL	COL
5	NL	BCS	ZAC	ZAC	HGO
6	MEX	GRO	QR	MEX	SIN
7	QR	NL	HGO	QR	QR
8	SIN	SIN	GRO	CHH	MEX
9	GRO	MEX	TAB	HGO	GRO
10	CHH	SON	SIN	BC	COA
11	PUE	QR	QUE	BCS	BC
12	TAB	CHH	MEX	SIN	AGS
13	MOR	ZAC	BC	QUE	TAB
14	COA	COA	AGS	AGS	TLX
15	CHP	JAL	MCH	JAL	PUE
16	AGS	QUE	JAL	YUC	OAX
17	MCH	OAX	TLX	TAM	DF
18	BC	BC	COA	OAX	MCH
19	CAM	CAM	SON	CAM	CAM
20	OAX	MCH	CHP	MCH	QUE
21	JAL	TLX	OAX	TLX	JAL
22	QUE	TAM	PUE	PUE	SLP
23	YUC	DUR	DF	CHP	CHP
24	TLX	NAY	YUC	SON	GTO
25	TAM	GTO	SLP	COA	YUC
26	DF	YUC	GTO	SLP	BCS
27	GTO	CHP	VER	GTO	VER
28	SLP	SLP	CAM	DF	SON
29	VER	VER	TAM	VER	TAM
30	SON	DF	DUR	DUR	MOR
31	DUR	PUE	NAY	NAY	DUR
32	NAY	MOR	MOR	MOR	NAY

Fuente: ONU-Mujeres a partir de SINAIS, Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia, 2010-2012 y Poblaciones 1990-2012 (total y condición de aseguramiento).

La selectividad del aviso al Ministerio Público en los casos de violencia contra la mujer

Un componente fundamental para poder ofrecer una atención integral a las mujeres en situación de violencia que son atendidas en la Secretaría de Salud es el aviso al Ministerio Público, pues posibilita el ofrecimiento a la mujer de una serie de servicios de capacitación en materia de derechos humanos, de consultoría legal o incluso de referencia a un refugio, independientemente de que la mujer decida levantar una denuncia, cuando las lesiones sean constitutivas de un delito que se persiga por querrela.

Como habíamos mencionado, la NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, establece pautas para la detección, prevención, atención médica y orientación a las usuarias y los usuarios de las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica, así como para la notificación de los casos. Para este último punto, en la sección 5. Generalidades se establece que:

5.10. Las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención médica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, deberán dar aviso al Ministerio Público con el formato que se anexa en el Apéndice Informativo 1 de esta Norma, para los efectos de procuración de justicia a que haya lugar.

En la sección 6. Criterios específicos, se detalla que:

Las y los prestadores de servicios de atención médica deberán observar los criterios que a continuación se indican:

[...]

6.2. PARA LA DETECCIÓN DE PROBABLES CASOS Y DIAGNÓSTICO.

6.2.1. Identificar a las o los usuarios afectados por violencia familiar o sexual y valorar el grado de riesgo durante el desarrollo de las actividades cotidianas en la comunidad, en la consulta de pacientes ambulatorios u hospitalarios y en otros servicios de salud.

[...]

6.2.1.8. En los casos en que se sospeche la comisión de delitos, se aplicarán los procedimientos establecidos en la normatividad aplicable vigente.

[...]

6.5. PARA DAR AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO.

6.5.1. Elaborar el aviso al Ministerio Público mediante el formato establecido en el Apéndice Informativo 1, en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar o sexual.

6.5.2. En el caso de que la o el usuario afectado presente discapacidad mental para decidir, este hecho se asentará en el aviso al Ministerio Público; corresponde al responsable del establecimiento de salud dar aviso al Ministerio Público y no al médico tratante. La copia del aviso quedará en el expediente de la o el usuario.

6.5.3. Ante lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, provoquen daño a la integridad corporal, incapacidad médica de la o el usuario afectado por violencia familiar y/o sexual o la existencia de riesgo en su traslado, se dará aviso de manera inmediata al Ministerio Público.

6.5.4. Informar a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual 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 tuviera conflicto de intereses, que la información contenida en el registro de aviso y el expediente pueden ser utilizados en el proceso penal por el Ministerio Público o por quien asista a la víctima en procesos jurídicos, de conformidad con la legislación aplicable en cada entidad federativa.

6.5.5. Cuando el o la persona afectada sea menor de edad o incapaz legalmente de decidir por sí misma, además se notificará a la instancia de procuración de justicia que corresponda.

6.5.6. *En los casos en los cuales las lesiones que presente la persona no constituyan un delito que se siga por oficio, el médico tratante informará a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual o en caso de que por su estado de salud no sea materialmente posible, a su representante legal, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la agencia del Ministerio Público correspondiente siempre y cuando no sea el probable agresor, o alguna persona que pudiera tener conflicto de intereses.*

Estamos entonces ante dos obligaciones claras y precisas que este ordenamiento impone a los prestadores de servicios de salud: la detección y la notificación. Si bien el último apartado mencionado puede generar confusión, pues requiere que los médicos tratantes conozcan el código penal de su entidad y sepan qué lesiones se persiguen de oficio, el apartado 6.5.1 claramente establece la obligación de dar aviso al Ministerio Público de todos los casos de lesiones relacionadas con violencia familiar o sexual. Su cumplimiento permitiría poner en marcha mecanismos de sanción, así como la identificación de situaciones de violencia que pueden culminar en un feminicidio.

La información disponible en la Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia para las atenciones brindadas por la Secretaría de Salud en 2010-2012 muestra que solamente se dio aviso al Ministerio público en 13.1 por ciento de las lesiones con víctima del sexo femenino y en 13 por ciento cuando ésta era un varón (Cuadro 7). Si consideramos la intencionalidad de las lesiones, la violencia no-familiar es la categoría donde hay más notificación, pero no alcanza ésta apenas pasa de la mitad de los casos femeninos y no la alcanza para los varones. En el caso de la violencia familiar, que es la citada específicamente en la Norma, encontramos que se dio aviso al Ministerio Público en poco más de una tercera parte de los casos con víctima mujer y en 37.1% cuando el lesionado era un varón. Estas proporciones de notificación son apenas superiores a las correspondientes a lesiones autoinfligidas; no comprendemos muy bien la lógica consistente en dar aviso al Ministerio Público por una lesión autoinfligida: por una parte, el provocarse una lesión a sí mismo no suele considerarse como un delito, por otra, si se sospecha que en realidad tales lesiones fueron resultado de una agresión, se debería registrar como tal ya sea producto de violencia familiar o no-familiar, y finalmente podríamos estar ante un caso de revictimización, cuando lo que la persona lesionada requiere es atención y tratamiento.

Cuadro 7 México: porcentaje de las lesiones atendidas en la Secretaría de Salud en que se dio aviso al Ministerio Público, según sexo de la víctima e intencionalidad, 2010-2012

Sexo	Intencionalidad del Evento					Total
	Accidental	Violencia Familiar	Violencia no Familiar	Auto infligido	Se ignora	
Total	8.1%	36.6%	47.8%	34.3%	26.6%	13.0%
Masculino	8.8%	37.1%	47.1%	34.3%	30.9%	13.0%
Femenino	6.9%	36.5%	50.9%	34.2%	17.8%	13.1%

Fuente: ONU Mujeres e Inmujeres a partir de SIN AIS, Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia, 2010-2012

Si bien no se aprecian diferencias por sexo en el porcentaje de lesiones atendidas de las que se dio aviso al MP, ni para el total, ni para los casos de violencia familiar y auto infligido, resultan importantes respecto a los accidentes, la violencia no familiar y la no especificada. Además de evidenciar el no cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005 – por parte de servidores públicos, pues se trata de las lesiones atendidas por la Secretaría de Salud– estamos ante lo que podemos calificar de violencia institucional en contra de las mujeres, puesto que por una parte el que las proporciones de aviso al Ministerio Público sean mayores para la violencia no-familiar que para la familiar muestra que este tipo de agresiones siguen siendo consideradas por los prestadores de servicios de salud como un asunto privado, que es normal que ocurra, en vez de una violación de derechos y la muy probable comisión de un delito. Además, el que la notificación al aparato de procuración de justicia sea mayor para los varones en el caso de violencia familiar resulta un caso de discriminación en contra de las mujeres, aunque pueda explicarse en parte porque la base de datos nos indica que 18.5 por ciento de los lesionados varones por violencia familiar son menores de edad, contra 7.6 por ciento de las víctimas mujeres. Esto estaría reforzando la impresión que los prestadores de salud consideran a la violencia familiar, especialmente la que ocurre en el ámbito doméstico, como un asunto privado, en el que el Estado no tiene por qué intervenir. Es precisamente con el fin de luchar para revertir estas percepciones y omisiones que se desarrolló la Norma. La Secretaría de Salud debería reforzar los mecanismos de capacitación para su personal para la correcta aplicación de la NOM-046-SSA2-2005, indagando las razones por las que no se está dando cabal cumplimiento a la notificación de casos.

Si nos referimos a los niveles de notificación según tipo de violencia (Cuadro 8), encontramos que en los casos de violencia sexual es donde más frecuentemente (49.3%) se da aviso al Ministerio Público, seguidos de los casos de violencia física, con 45.6, lo cual significa 1.46 veces el porcentaje de aviso cuando se trata de violencia psicológica. En los otros dos tipos de violencia, la económica o patrimonial y el abandono o negligencia, este aviso tiene lugar en poco más de uno de cada cuatro casos. Volvemos a encontrar una gran heterogeneidad en la entidades federativas, pues hay entidades no se dio aviso en ningún caso (Sinaloa, Sonora y Tamaulipas para Abandono y negligencia y para violencia económica o patrimonial y Nayarit para violencia Psicológica), mientras que una serie de entidades dieron aviso al MP en la totalidad de los casos: Aguascalientes y Campeche, para Abandono y negligencia, Nayarit para violencia sexual, y Baja California sur y Morelos para violencia económica o patrimonial.

Cuadro 8 México: Proporción de aviso al Ministerio Público en las atenciones a mujeres en la Secretaría de Salud, según tipo de violencia y entidad federativa, 2010-2012

	Aviso al Ministerio Público					Total
	Abandono y/o Negligencia	Violencia física	Violencia sexual	Violencia psicológica	Violencia económica / patrimonial	
Total	26.2%	45.6%	49.3%	31.3%	27.9%	13.1%
Aguascalientes	100.0%	35.3%	92.4%	93.9%	95.0%	5.2%
Baja California	93.8%	65.3%	72.0%	68.9%	88.0%	43.5%
Baja California Sur	65.2%	63.3%	78.2%	59.1%	100.0%	15.2%
Campeche	100.0%	52.4%	66.7%	72.9%	70.0%	19.8%
Coahuila	6.3%	61.1%	39.7%	21.7%	18.4%	19.7%
Colima	25.7%	25.9%	17.1%	20.1%	48.4%	11.1%
Chiapas	20.8%	44.0%	49.6%	43.7%	30.0%	27.6%
Chihuahua	4.3%	16.8%	22.6%	7.9%	5.3%	11.4%
Distrito Federal	5.9%	32.7%	40.7%	9.9%	4.0%	3.1%
Durango	.	48.6%	88.9%	33.3%	.	26.6%
Guanajuato	27.3%	41.4%	41.4%	48.2%	26.3%	12.1%
Guerrero	80.0%	43.1%	42.5%	16.7%	31.6%	5.0%
Hidalgo	9.1%	51.1%	28.5%	15.5%	9.2%	17.6%
Jalisco	72.0%	55.5%	60.6%	48.4%	61.3%	15.8%
México	48.3%	39.9%	65.4%	47.7%	53.7%	8.2%
Michoacán	14.6%	39.0%	32.0%	19.7%	20.8%	9.1%
Morelos	54.2%	52.9%	66.7%	66.7%	100.0%	7.3%
Nayarit	.	46.6%	100.0%	0.0%	.	5.0%
Nuevo León	9.3%	35.7%	67.5%	9.6%	6.1%	25.4%
Oaxaca	52.4%	48.8%	63.4%	49.0%	69.3%	14.7%
Puebla	8.2%	42.8%	36.2%	36.3%	17.2%	17.7%
Querétaro	1.8%	27.7%	14.0%	3.2%	5.5%	7.8%
Quintana Roo	50.0%	34.2%	48.6%	19.8%	15.4%	10.4%
San Luis Potosí	74.7%	72.4%	70.2%	63.4%	65.8%	30.8%
Sinaloa	0.0%	24.5%	35.3%	0.7%	0.0%	8.5%
Sonora	0.0%	64.0%	71.6%	12.4%	0.0%	11.3%
Tabasco	7.9%	48.7%	32.8%	10.0%	13.0%	27.2%
Tamaulipas	0.0%	50.4%	44.8%	3.6%	0.0%	6.8%
Tlaxcala	20.0%	45.2%	33.3%	7.9%	16.7%	19.2%
Veracruz	14.3%	61.9%	68.8%	19.2%	44.4%	23.5%
Yucatán	33.3%	22.8%	38.2%	8.2%	71.4%	5.0%
Zacatecas	50.3%	67.7%	74.4%	78.8%	69.7%	48.3%

Fuente: ONU Mujeres e Inmujeres a partir de SINAIS, Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia, 2010-2012

Para analizar de manera conjunta todas las variables que afectan la notificación al Ministerio Público, ajustamos un modelo estadístico multivariado todos los casos de

lesiones, utilizando el Análisis de Clasificación Múltiple.¹⁶ En este caso, queremos conocer qué tanto impacta a la proporción de lesiones atendidas por la Secretaría de Salud entre 2010 y 2012 en que se dio aviso al Ministerio Público, de cada uno de los siguientes factores: sexo y condición de embarazo,¹⁷ intencionalidad del evento, si hubo violencia física, sexual, psicológica, económica / patrimonial o abandono /negligencia, el tipo de unidad, Institución o Dependencia que refirió al Paciente para su Atención y la condición de evento único o repetido, controlando por la fecha de la atención, la entidad federativa, la edad, el nivel de escolaridad y el servicio que otorgó la atención (Cuadro 9).

El primer y muy importante resultado es que, al momento de tomar en cuenta el conjunto de factores considerados, desaparece la aparente discriminación que presentan las mujeres en los servicios de salud, por lo menos en lo que se refiere a la notificación al sistema de procuración de justicia sobre las lesiones que sufren: si en los datos brutos hay una mayor notificación para los varones, en la media pronosticada encontramos que el hecho de que el lesionado sea un varón está relacionado con un nivel de aviso al MP de 46.7 por ciento, mientras que si se trata de una mujer no embarazada es de 38.5 por ciento y cuando están encintas asciende a 40.8 por ciento. Esto es, la condición de mujer no embarazada aumenta la notificación en cuatro puntos porcentuales respecto a la media global. El hecho de tomar en cuenta de manera conjunta todos los factores hace que el efecto positivo asociado a los varones pase a ser negativo, y al contrario el efecto negativo asociado a las mujeres embarazadas pasa a ser uno positivo. Esto quiere decir que la desventaja aparente en la notificación en las mujeres embarazadas en realidad está explicada por el resto de los factores: la intencionalidad, la escolaridad, el servicio que las atendió, etcétera.

Si bien el sexo y la condición de embarazo resultó ser un factor estadísticamente significativo, su capacidad de explicar la varianza en el aviso al Ministerio Público es baja como lo muestran las estadísticas Eta -0.081 – y Beta, 0.048 , que son equivalentes a los coeficientes estandarizados de regresión. La primera de ellas refleja la proporción de la varianza que puede ser asociada con un factor, tomado éste de manera aislada, mientras que la segunda se refiere a la misma proporción, pero tomando en cuenta todos

¹⁶ Se trata una extensión del análisis de varianza ANOVA; la ventaja sobre otros métodos más sofisticados es que no presupone una estructura de los datos ni relaciones de causalidad, sino que muestra los efectos de una serie de factores sobre la variación en un indicador, tanto tomados en cuenta cada uno de manera separada como al considerarlos conjuntamente. Esta metodología presenta medidas de bondad de ajuste global del modelo, así como de la contribución de cada factor a la variación del indicador seleccionado, otra vez tanto de manera separada, como en conjunto con el resto de los factores. Obtuvimos un buen ajuste en este modelo, con una R de 0.245 y una R² de 0.060, la cual representa la proporción de la variación en aviso al Ministerio Público explicada por los efectos aditivos de los factores; todos ellos resultaron ser estadísticamente significativos, con un nivel de 0.000. En cambio, para las covariables, ni la edad ni el servicio que otorgó la atención resultaron ser estadísticamente significativas.

¹⁷ Cabe señalar que el introdujimos como un solo factor el sexo y la condición de embarazo, dado que los hombres no pueden estar embarazados y el separarlos habría implicado ya sea analizar exclusivamente a las mujeres o bien no tomar en cuenta la especificidad de esta condición al considerar que es lo mismo que un hombre no esté embarazado a que una mujer tampoco lo esté.

los factores. Lo anterior nos indica que aproximadamente la mitad del efecto explicativo de esta variable en la varianza global se debe a lo que ésta explica de manera conjunta con otros de los factores en el modelo. De esta manera, podemos ver que el factor que más peso tiene en la notificación a las autoridades es la presencia de violencia psicológica, con una Beta de 0.152, seguida de la Institución o Dependencia que refirió al Paciente para su Atención, con un valor de 0.106, y luego el tipo de unidad, con 0.090.

Cabe señalar algunos efectos encontrados con el modelo (Gráfica 12): Aunque se mantiene la mayor notificación en las unidades de hospitalización, la diferencia con las de consulta externa se reduce al considerar los efecto netos de 13.3 a 9.1 puntos porcentuales. Por otra parte, el aparente efecto disuasivo de la condición de evento repetido –la cual podría considerarse incluso como violencia institucional, al no dar aviso incluso en estos casos de reincidencia en la situación de violencia- se revierte, como era de esperarse; sin embargo, el efecto de la categoría evento único ((41.6% es muy similar a la categoría de evento repetido (42.8%)), lo que implica que no se trata de una condición que lleve especialmente al personal de salud a reportar el caso al Ministerio Público.

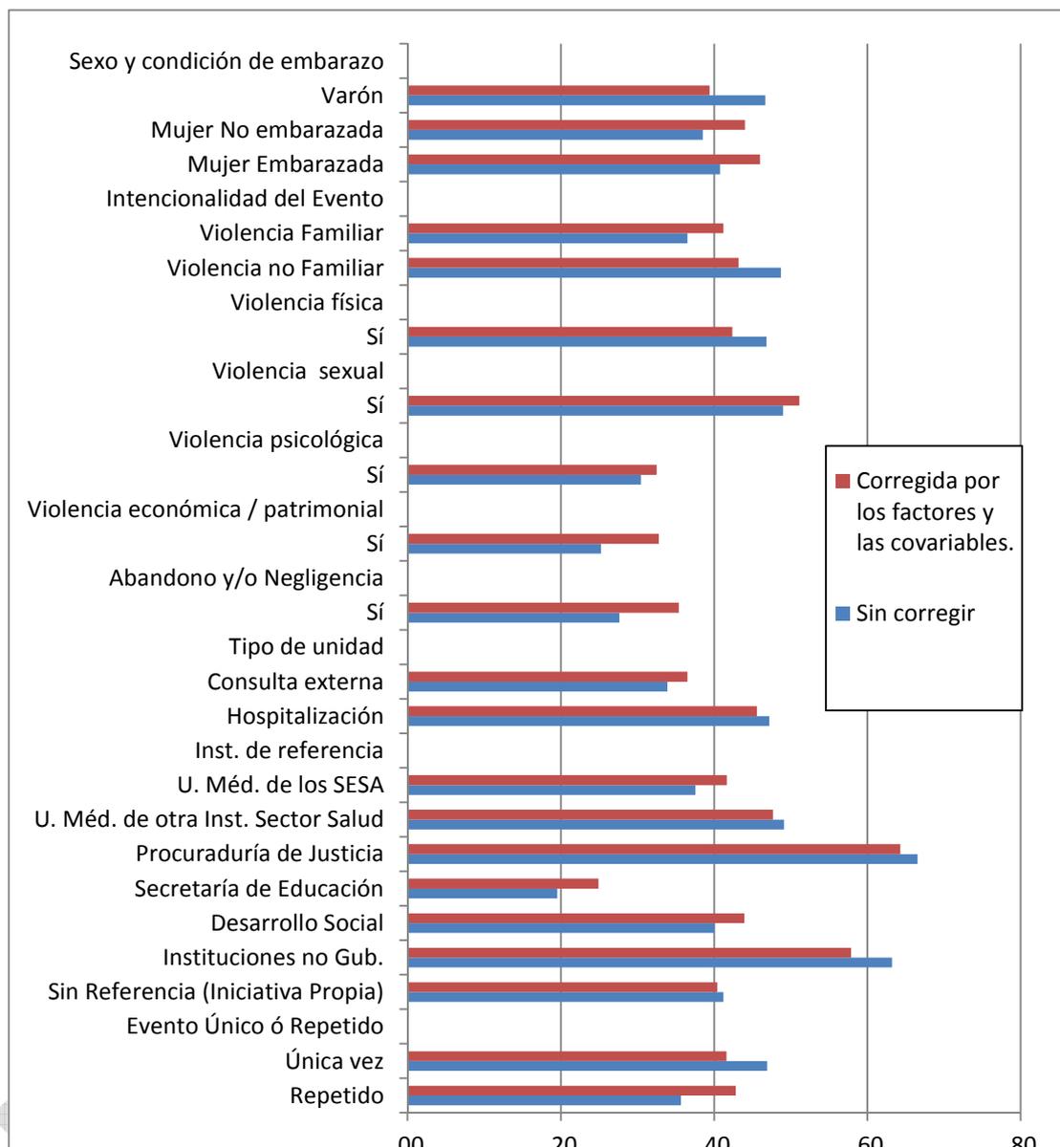
Una posible hipótesis para explicar el bajo nivel de aviso al Ministerio Público es que algunas ocasiones se trata de casos referidos de otra unidad, por lo que se podría suponer que la primera instancia de atención dio el aviso al Ministerio Público. Para contrastar tal hipótesis introdujimos la variable de institución o dependencia de referencia, la cual resultó de gran importancia explicativa, pero con resultados sorprendentes: si bien cuando se trata de un caso referido por otra unidad de la Secretaría de Salud el aviso al MP es muy bajo (37.6% bruto, 41.7% neto), es aún más bajo cuando los pacientes vienen referidos de la Secretaría de Educación (sólo llega a una cuarta parte, considerando todos los efectos); pero resulta que cuando se trata de atenciones no referidas, es menor el aviso al MP (40.4% neto) , en cambio, cuando vienen de la Procuraduría de Justicia es cuando más se da aviso al MP (en casi dos terceras partes, considerando todos los factores). Parecería que en estos casos, el aviso al MP es algo obligado por las circunstancias, porque precisamente el MP ya tiene conocimiento del caso, más que el cumplimiento de la norma.

Cuadro 9 México: Factores asociados al aviso al Ministerio Público en la atención de violencia por parte de la Secretaría de Salud, 2010-2012. Análisis de clasificación múltiple de la proporción de atenciones en las que se dio aviso al Ministerio Público (R=.254, R2 = .064).

	N	Media pronosticada		Sig		Beta Corregida por los factores y las covariables.
		Sin corregir	Corregida por los factores y las covariables.	F	Eta	
Sexo y condición de embarazo				.000	.081	.048
Varón	41858	46.7%	39.4%			
Mujer No embarazada	52248	38.5%	44.0%			
Mujer Embarazada	3309	40.8%	46.0%			
Intencionalidad del Evento				.000	.123	.020
Violencia Familiar	52716	36.5%	41.2%			
Violencia no Familiar	44699	48.7%	43.2%			
Violencia física				.000	.131	.008
No	33736	33.2%	41.6%			
Sí	63679	46.8%	42.4%			
Violencia sexual				.000	.038	.049
No	90835	41.6%	41.5%			
Sí	6580	49.0%	51.1%			
Violencia psicológica				.000	.184	.152
No	60609	49.2%	48.0%			
Sí	36806	30.5%	32.5%			
Violencia económica / patrimonial				.000	.066	.036
No	93948	42.7%	42.5%			
Sí	3467	25.2%	32.8%			
Abandono y/o Negligencia				.000	.037	.017
No	95918	42.3%	42.2%			
Sí	1497	27.7%	35.4%			
Tipo de unidad				.000	.131	.090
Unidad de consulta externa	37258	33.9%	36.5%			
Unidad de hospitalización	60157	47.2%	45.6%			
Institución o Dependencia que refirió al Paciente para su Atención				.000	.126	.106
U. Méd. Servicios Estatales de Salud	17735	37.6%	41.7%			
U. Méd. Institución del Sector Salud	4700	49.1%	47.7%			
Procuraduría de Justicia	3730	66.5%	64.3%			
Secretaría de Educación	491	19.6%	24.9%			
Desarrollo Social	392	40.1%	43.9%			
Instituciones no Gubernamentales	1482	63.2%	57.9%			
Sin Referencia (Iniciativa Propia)	68885	41.2%	40.4%			
Responde a si el Evento ocurrió por Única vez o Repetido				.005	.113	.012
Única vez	55844	46.9%	41.6%			
Repetido	41571	35.7%	42.8%			

Fuente: ONU Mujeres e Inmujeres a partir de SINAIS Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia, 2010-2012. Controlando por fecha de la atención, entidad federativa, edad, escolaridad y servicio que otorgó la atención. Edad y servicio que otorgó la atención: no significativas.

Gráfica 12 México: Factores asociados al aviso al Ministerio Público en la atención de violencia por parte de la Secretaría de Salud, 2010-2012. Análisis de clasificación múltiple del porcentaje de atenciones en las que se dio aviso al Ministerio Público ($R=.245$, $R^2=.060$)



Fuente: ONU Mujeres e Inmujeres a partir de SINAIS Base de datos del Subsistema Automatizado de Lesiones y Causas de Violencia, 2010-2012. Controlando por fecha de la atención, entidad federativa y escolaridad. Edad y Servicio que otorgó la atención: no significativas.