

ARTÍCULOS ORIGINALES

ESTUDIO CUALI-CUANTITATIVO DE LA MORTALIDAD FEMENINA POR CAUSAS EXTERNAS Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A quali- quantitative study of female mortality due to external causes and its relationship with gender-based violence

ANA M. FERNÁNDEZ ¹, DÉBORA TAJER ², DIANA GALIMBERTI ³, ANA FERRAROTTI ⁴, AGOSTINA CHIODI ⁵, SANDRA BORAKIEVICH ⁶

RESUMEN. En los últimos años, ha crecido el interés por las causas de violencia de género contra las mujeres en Argentina. **OBJETIVO:** obtener un cuadro de situación agregado y actualizado sobre esta problemática, visualizar su peso y gravedad e identificar las consecuencias en salud que produce. **MÉTODO:** estudio cuali-cuantitativo, descriptivo y exploratorio en tres etapas: 1) Se realizó un mapeo nacional de la mortalidad de las mujeres por causas externas a partir de las estadísticas vitales nacionales y de estadísticas policiales. Se desagregaron datos sobre suicidios, homicidios y accidentes, y se relacionaron los resultados entre jurisdicciones con el fin de establecer heterogeneidades regionales en el mapeo. 2) Se relevaron las noticias sobre casos de muertes por causas externas que se vincularon con situaciones de violencia hacia las mujeres en los principales diarios del país durante 2005. 3) Se relevaron los registros de casos de violencia contra mujeres en el Hospital Álvarez de Buenos Aires. **RESULTADOS:** las principales causas de suicidio en mujeres relevadas en estadísticas vitales oficiales son por ahorcamiento y por utilización de armas de fuego, en tanto que para los forenses estas causas son las menos frecuentes. **CONCLUSIONES:** algunos casos consignados como suicidios podrían en realidad tratarse de femicidios, hipótesis que requiere de futuras investigaciones específicas.

ABSTRACT. In recent years, has increased interest in the causes of gender violence against women in Argentina. **OBJECTIVE:** to get a picture of the situation added and updated on this issue, evaluate their weight and gravity and identify the health consequences it produces. **METHOD:** qualitative and quantitative, descriptive, exploratory study in 3 stages: 1) A national mapping of mortality from external causes women was built with national vital statistics and police statistics. Data on suicides, homicides and accidents were disaggregated, and outcomes compared between jurisdictions in order to establish regional heterogeneities in the mapping. 2) News on deaths from external causes related to situations of violence against women were analyzed in 4 major newspapers. 3) Search of records of violence against women in a public hospital in Buenos Aires city. **RESULTS:** the more frequent causes of suicide in women from the vital statistics are by hanging and use of firearms. For the forensics, these causes are the less frequent ones. **CONCLUSIONS:** it can be suspected that some cases considered as suicides would actually be femicide cases. This hypothesis should be verified in future research.

PALABRAS CLAVE: Mujeres maltratadas - Mortalidad - Causas externas - Violencia - Femicidio

KEY WORDS: Battered women - Mortality - External causes - Violence - Femicide

¹ Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

² Área de Género, Sociedad y Políticas. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.

³ Hospital Álvarez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁴ Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

⁵ Foro ciudadano de participación por la Justicia y los Derechos Humanos (FOCO).

⁶ Universidad Nacional de Quilmes.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Becas "Carrillo-Oñativia". Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.

FECHA DE RECEPCIÓN: 23 de marzo de 2010

FECHA DE ACEPTACIÓN: 31 de mayo de 2010

CORRESPONDENCIA A:

Débora Tajer

Correo electrónico: deborat1@fibertel.com.ar

Rev Argent Salud Pública, 1(3):18-23.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha observado en Argentina un interés creciente por la violencia contra las mujeres ocasionado por la considerable incidencia de este fenómeno en la población y por la gravedad de las lesiones físicas y psíquicas que sufren las víctimas. Sin embargo, las investigaciones específicas sobre femicidios son aún escasas y limitadas generalmente a estudios basados en fuentes de diarios y denuncias policiales. No obstante, ellas han permitido un gran avance en el enfoque social, penal y policial de este fenómeno multifacético.

Un relevamiento de las investigaciones en violencia de género para identificar el modo en el cual este tema se ha desarrollado en la región mostró que sólo el 15% de ellas hacían referencia a la instancia más dura de la violencia contra la mujer: la mortalidad como fruto de la violencia por vínculo intra o extra familiar, lo que permite afirmar que el femicidio es un tema aún no suficientemente visibilizado.

El concepto "femicidio" se utiliza en la actualidad para identificar los homicidios de mujeres como forma más

extrema de la violencia sexista. El término refiere a aquellos asesinatos de mujeres ejecutados por hombres, motivados por el desprecio, el odio, el placer o el sentido de propiedad sobre ellas.¹ El término ha sido acuñado para comprender el significado político de estas muertes y diferenciarlas de los asesinatos de mujeres causados por otros motivos. De acuerdo con esta conceptualización, cuando el género de la víctima es irrelevante para quien la asesina, se trataría de un asesinato y no de un femicidio.² De esta definición se excluyen también los infanticidios que realicen en forma conjunta el padre o padrastro y la madre o madrastra -en los cuales no haya violencia sexista-, los asesinatos por problemas de vecindad, con fines económicos o los realizados por mujeres, y las venganzas de índole no sexista.

Se describen dos tipos de femicidio¹

- Femicidio íntimo: asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima tenía o tuvo relaciones íntimas, familiares o de convivencia.
- Femicidio no íntimo: asesinatos cometidos por hombres con quienes la víctima no tenía relaciones íntimas, familiares, de convivencia o afines a éstas, pero motivados por cuestiones de género. Frecuentemente, involucra al ataque sexual.

Esta investigación se ha propuesto identificar los casos extremos de la violencia contra las mujeres representados en la mortalidad determinada por esta causa. En el estudio se presenta un mapeo nacional de la mortalidad de las mujeres por causas externas (o causas evitables) extraído de las estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación, con el objeto de relevar su relación con la violencia de género. Se utilizó dicho indicador como proxy de la mortalidad por causa de violencia contra las mujeres. Es de destacar que hasta el momento no existen estudios que tomen como base las estadísticas vitales y/o que presenten un enfoque sanitario de este problema epidemiológico. En concordancia con la Convención de Belem do Pará (1994), se intentó aportar insumos desde una concepción de la misma como un urgente problema de salud pública. Se relevaron suicidios, homicidios y accidentes, y se relacionaron los resultados por jurisdicciones con el fin de establecer las heterogeneidades regionales.

MÉTODO

Se presenta un estudio cuali-cuantitativo y descriptivo-exploratorio con recolección de información a lo largo de un año calendario (2005). Se utilizó metodología cuantitativa para establecer el número de mujeres fallecidas por causas externas que pudieran relacionarse con la violencia contra la mujer. Con metodología cualitativa se realizó un análisis de discurso y de contenido de información obtenida de informantes clave y de artículos periodísticos.³

Unidades de análisis y criterios de inclusión y exclusión

- Muertes de mujeres mayores de 10 años por causas externas durante 2005, según fuentes estadísticas vitales de salud y registros policiales.
- Noticias de los diarios durante 2005 sobre homicidios,

suicidios y accidentes que estuvieron ligados a casos de violencia contra las mujeres.

- Muertes de mujeres mayores de 10 años ocurridas en el Hospital Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires por causas ligadas a la violencia contra la mujer durante 2005.
- Informantes clave como médicos/as forenses, especialistas en estadísticas de salud -de niveles nacional, provincial y hospitalario- y en violencia.

FUENTES

Las fuentes para la cuantificación de las muertes de mujeres por causas externas fueron las estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y la casuística de la Policía Federal Argentina y de la Policía de la Provincia de Buenos Aires. A modo de estudio de caso, se relevó el sistema de registro de morbilidad y mortalidad asociada a la problemática de la violencia contra la mujer del Hospital Álvarez, para lo cual se utilizaron las estadísticas de internación, tratamientos ambulatorios y atención de guardia de casos relativos a la violencia contra la mujer, incluyendo la revisión de las historias clínicas de los casos identificados como muertes ligadas a esa causa.

Para el procesamiento y sistematización de los datos de las estadísticas vitales se utilizaron los programas DBF Viewer y Excel.

La información periodística se obtuvo de los cuatro diarios de mayor circulación en el país: *Clarín*, *La Nación*, *Página/12* y *Crónica*.

Se realizaron entrevistas a especialistas de los diversos campos que confluyen y componen el problema estudiado, a partir de las que se pudieron establecer relaciones, triangular las fuentes y hacer "hablar a los números" en profundidad.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la evaluación de los datos cuantitativos se utilizó el programa informático EpiInfo 6 y, posteriormente, y luego se realizó un análisis conceptual de los resultados. El método de triangulación⁴ se utilizó de acuerdo a la tradición de los estudios cualitativos o mixtos, para indicar el uso concomitante de varias técnicas de abordaje, modalidades de análisis, informantes y puntos de vista, para controlar la verificación y la validez de los datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Álvarez. No fue necesario obtener consentimientos informados porque se trabajó con datos secundarios. No obstante, se garantizó la confidencialidad de la información brindada por los informantes clave.

RESULTADOS

Análisis de las modalidades de suicidios

En 2005, fallecieron 3.199 mujeres en Argentina por causas externas. El 22% de estas muertes fue por suicidio, con una relación suicidio/homicidio de 1,6. Esto significa que en ese año se suicidaron 1,9 mujeres por día en el país.

Las modalidades más frecuentes de suicidio fueron: a) por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, y b) por utilización de armas de fuego. Este patrón se mantiene en casi la totalidad de las provincias (ver Tabla 1).

Las lesiones autoinfligidas intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en vivienda (código X700 CIE 10) predominaron en casi todas las provincias argentina⁵, con un promedio nacional del 58%. Sin embargo, en las provincias de Neuquén, Salta, Jujuy y Santiago del Estero, los ahorcamientos superaron el 70% de los suicidios de mujeres. Por consiguiente, Salta, Jujuy, Catamarca, Chubut y Neuquén son las jurisdicciones con menor porcentaje de suicidios con armas de fuego, con menos del 15% del total de los casos, mientras que el promedio nacional fue de 23%.

En tanto, el envenenamiento autoinfligido por exposición a plaguicidas en vivienda (código X680) o a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas o psicotrópicas en vivienda (X610) y la lesión autoinfligida intencional al saltar desde un lugar elevado en un lugar no especificado (X809) resultaron de una muy baja frecuencia. En el último caso, sólo se registraron 12 casos únicamente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Las entrevistas a forenses como informantes clave revelaron que los métodos más utilizados por mujeres para suicidarse son: arrojar al vacío, tirarse a las vías de trenes o subterráneos, sobredosis con fármacos, envenenamiento

con plaguicidas y, muy rara vez, ahorcadura, disparo de armas de fuego o arma blanca.

ANÁLISIS DE LAS MODALIDADES DE HOMICIDIOS

Los homicidios representaron el 14% del total de muertes de mujeres por causas externas (1.970 casos), con una dispersión que varía entre el 4% en La Pampa y el 26% en CABA. Esto significa que 5,4 mujeres fueron asesinadas por día en el país en 2005.

Las dos formas más frecuentes de homicidio de mujeres en Argentina son con objeto cortante (36,8%) y con arma de fuego (37,2%) (ver Tabla 2). En Santiago del Estero, Corrientes y Misiones estas dos modalidades representan más del 60% de los asesinatos cometidos y casi no se registraron casos de agresión por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

San Juan y Mendoza mostraron una elevada incidencia de los homicidios perpetrados con armas de fuego (más del 50%), mientras que en Salta se observó el índice más bajo (6%).

Neuquén y San Luis presentaron los mayores porcentajes registrados de homicidios por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, con el 15%, mientras que la mayoría de las otras provincias no presenta porcentajes significativos en esta categoría y, en 13 de ellas, no se registran casos de este tipo.

Jujuy fue la provincia con más alto porcentaje de homicidios de mujeres sin especificar el medio utilizado (32%), seguida

TABLA 1. Modalidades de suicidios de mujeres por provincia (en porcentaje). Argentina, 2005.

Provincia	Ahorcamiento o sofocación	Armas de fuego	Envenena- miento	Ahogamiento	Salto al vacío	No especificado	Arrojarse	Fuego o humo
Buenos Aires	53	30	-	1	1	-	-	-
Catamarca	68	8	6	-	-	-	3	-
Chaco	46	32	3	6	-	-	-	3
Chubut	66	15	-	-	-	-	-	-
CA Buenos Aires	34	27	-	-	5	24	-	1
Córdoba	58	22	-	-	-	-	-	-
Corrientes	47	35	6	-	-	-	-	-
Entre Ríos	61	20	1	-	-	-	-	1
Formosa	66	23	-	-	-	-	-	-
Jujuy	82	10	-	-	-	-	-	-
La Pampa	39	46	-	-	-	-	-	-
La Rioja	57	25	-	-	-	-	-	-
Mendoza	43	29	7	1	3	-	2	-
Misiones	64	19	-	-	-	-	-	-
Neuquén	71	13	-	-	-	-	-	-
Rio Negro	57	19	4	-	-	-	-	-
Salta	76	12	4	-	-	-	-	-
San Juan	60	26	-	2	-	-	-	-
San Luis	47	23	8	-	-	4	-	8
Santa Cruz	5	24	3	-	-	-	-	-
Santa Fe	57	23	0,4	-	-	1	0,4	1
Santiago del Estero	74	20	-	-	-	-	-	-
Tierra del Fuego	53	31	-	-	-	-	-	-
Tucumán	59	22	-	-	-	-	-	-
Total País	58	23	1,7	0,4	0,3	1	0,2	0,6

Fuente: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación

TABLA 2. Causas de homicidios de mujeres por provincia (en porcentaje). Argentina, 2005.

Provincia	Objeto Cortante	Armas de fuego	Ahorcamiento	No especificado	Fuerza corporal	Objeto romo o sin filo
Buenos Aires	30	48	3	16	-	0,5
Catamarca	28	42	-	-	14	14
Chaco	55	28	4	-	4	2
Chubut	34	40	-	2	2	-
CA Buenos Aires	22	68	1	4	-	-
Córdoba	40	37	1	8	1	-
Corrientes	62	35	-	-	-	-
Entre Ríos	32	31	2	8	4	-
Formosa	55	23	3	-	12	-
Jujuy	37	15	5	32	11	-
La Pampa	32	32	-	-	-	32
La Rioja	8	25	-	25	-	-
Mendoza	22	60	2	-	-	8
Misiones	61	22	7	10	-	-
Neuquén	54	30	15	-	-	-
Río Negro	37	37	-	12	-	6
Salta	50	6	-	21	-	-
San Juan	25	57	-	-	-	-
San Luis	15	29	15	-	10	15
Santa Cruz	35	35	-	-	-	28
Santa Fe	29	45	3	2	-	2
Santiago del Estero	64	29	-	-	-	-
Tierra del Fuego	25	75	-	-	-	-
Tucumán	33	45	-	14	2	2
Total País	36,8	37,3	2,5	6,4	2,5	4,5

Fuente: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación.

de Salta, con un 25%. En Jujuy también se encontró la mayor proporción de casos de agresiones con fuerza corporal ocurrida en vivienda (11%), las cuales muy raramente aparecieron en las demás provincias.

RELEVAMIENTO DE NOTICIAS PERIODÍSTICAS

Se relevaron 142 casos de femicidios publicados en 2005 en los cuatro principales periódicos nacionales, dato por el cual se inferiría que cada dos días y medio se cometió un femicidio en Argentina.

En el 28% de los casos publicados no se brindó información sobre la identidad de la víctima. En la mayoría de los casos (30%), la víctima tenía entre 15 y 25 años, alcanzando el 50% de los casos entre las menores de 35 años. Seis de cada diez casos ocurrieron durante el periodo de sexualidad activa y reproductiva de la mujer.

La mayoría de los femicidios (59%) sucedió adentro de la vivienda de la víctima, un 12% en la calle y otro 12% en un descampado, predio o terreno baldío.

El 70% de los casos correspondió a femicidios íntimos y sólo el 10% a femicidios no íntimos. De los 99 femicidios íntimos registrados, el 60% tuvo lugar en una vivienda, mientras que de los 14 casos no íntimos, la mayoría (57%) ocurrió en sitios públicos (calle, descampados o lugares de trabajo) y sólo el 42% en una vivienda. Además, la mayoría de los femicidios no íntimos fueron precedidos por un ataque sexual a la víctima siempre en lugares públicos.

Las formas más habituales de homicidios cometidos por ex-parejas o ex-esposos fueron por disparos de armas de fuego (28%) o por apuñalamientos (24%).

En el 55% de los artículos periodísticos no se especificaba el móvil de la acción. El 34% aludía a "discusiones", muchas de ellas por "ataques de celos". En el 21% de los casos se hacía referencia a la ruptura de la pareja realizada por la mujer, a un intento de ruptura o al rechazo de la mujer y la negativa del hombre a aceptar la situación. El 18% mencionaba un "drama pasional" o "cuestiones sentimentales".

En el 29% de los artículos no se brindaba información acerca de las consecuencias legales para el autor del femicidio, y sólo en un 30% se informó si el autor fue detenido o imputado.

El 66% de los casos relevados había sido publicado únicamente por el diario *Crónica*, y otro 5% únicamente en *Clarín*. En cuanto al área geográfica, la mitad de los femicidios registrados por la prensa se habían cometido en la provincia de Buenos Aires.

RELEVAMIENTO DE REGISTROS DEL HOSPITAL ÁLVAREZ

No se encontró en los registros del hospital de 2005 ningún caso de fallecimiento de mujeres en el cual se haya consignado ni en el diagnóstico ni en la estadística ni en la historia clínica que la muerte haya estado asociada a causas de violencia de género.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos por análisis de las estadísticas vitales muestran la existencia de "grietas" en la información, y plantean algunos interrogantes. En primer lugar, llama la atención que las dos formas de suicidios de mujeres registradas con mayor frecuencia (ahorcamiento y armas de fuego) no se corresponden ni con los patrones observados a nivel internacional ni con las referencias recogidas en las entrevistas a forenses.

En el presente estudio, las estadísticas vitales mostraron una franca prevalencia de lesiones autoinfligidas intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en vivienda como causa de suicidio y muy raramente este tipo de lesiones como causa de homicidio.

Debe destacarse que la categoría de lesiones por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación resulta ambigüedad que agrupa tres tipos distintos de nosografías, de las cuales sólo una se corresponde en sentido estricto con un tipo de suicidio (el ahorcamiento), mientras que la segunda puede deberse tanto a un homicidio como a un suicidio (la sofocación) y la tercera (el estrangulamiento), mayoritariamente se corresponde con homicidios. Esta condición podría estar causando parcialmente una falla en la especificidad del diagnóstico.

Surge entonces el interrogante de cuántas de las muertes violentas de mujeres registradas como suicidios se tratarían quizá de femicidios encubiertos.

Si esta hipótesis fuera cierta: ¿cuáles serían los modos por los que se estarían registrando como suicidios algunos homicidios? Una posibilidad contempla la suposición de que para transformar un homicidio en suicidio, el encubrimiento debería contar con la anuencia deliberada de los agentes intervinientes en la verificación de la muerte (médico, policía y otros). Otra posibilidad es que quienes llegan primero al lugar del hecho para verificar esa muerte, no duden de los dichos del familiar que manifiesta que ha sido un suicidio. Si este desenlace ha sido el último eslabón de violencia doméstica, es probable que esta mujer haya sufrido depresiones o inestabilidades emocionales previas, por lo que se vuelve más fácil aceptar que finalmente se hubiera "suicidado". El peso de la cultura patriarcal operaría aquí para no investigar el verdadero causal de la muerte. En estos casos, se vuelve imprescindible indicar autopsias psicológicas como un instrumento importante para la distinción entre homicidios y suicidios.

Otro hallazgo interesante es que aquellas provincias en las que se encontró una mayor utilización de objetos cortantes para producir el homicidio pertenecen a las áreas de menor recurso económico del país.

Respecto de la fuente periodística, resulta necesario elucidar varios problemas: a) caratular los femicidios como "crímenes pasionales" es incorrecto y engañoso, ya que remite a situaciones inexplicables, irracionales y abruptos e invisibiliza una expresión extrema de la dominación patriarcal al reproducir en espejo un imaginario colectivo desde donde se naturalizan, se justifican y legitiman los

femicidios;⁵ b) los periódicos consignan una muy baja cantidad de violaciones conyugales relacionadas con los femicidios, demostrando que las violaciones realizadas por el marido no suelen considerarse como un delito;⁶ c) son escasas las menciones acerca de denuncias previas (estudios recientes señalan que las mujeres no denuncian porque tienen miedo a que se profundice la agresión y/o a ser revictimizadas);⁷ d) se registran más femicidios en las edades tempranas de la adultez de las mujeres. Son los tiempos más intensos de la vida sentimental y el momento en el que más aflora su atractivo sexual, lo que da lugar a los celos y al sentido de posesión por parte de los victimarios. Asimismo, cuando las mujeres asesinadas son jóvenes con posibilidades de llevar a cabo proyectos laborales y profesionales propios, puede ponerse en consideración que "cuando la supremacía masculina es desafiada, el terrorismo se intensifica";¹ y e) los femicidios cometidos por delinquentes externos son raros. En la mayoría de los casos, el atacante es alguien con quien la víctima tiene o ha tenido un vínculo y, por esta razón, se sigue considerando a estos asesinatos como un tema privado, presentándolos como hechos individuales, aislados, pasionales y centrados en la víctima. Con estas observaciones, se demuestra que hay aún una gran dificultad para considerar los femicidios como un problema político y social, producto de relaciones asimétricas de poder dentro de una relación sentimental y/o familiar.

Cabe destacar que las formas más habituales de homicidios cometidos por ex-parejas o ex-esposos consignadas por los diarios (armas de fuego y apuñalamientos) coincidieron con los datos obtenidos de las estadísticas vitales para el mismo año.

A través de la inexistencia de registros de femicidios durante 2005 en el Hospital Álvarez, se plantean las dificultades en diversos eslabones de la cadena de producción de la información en las estadísticas de salud. Sería necesario indagar el grado de información por parte de los y las profesionales que dan asistencia, con respecto a la importancia de la razón y el sentido del llenado de las estadísticas y su impacto en la optimización de la atención de la salud. Por lo tanto, es imprescindible brindar capacitación a los médicos y médicas asistenciales en la identificación de las características específicas de la morbi-mortalidad asociada con la violencia de género.^{8,9}

Actualmente, el informe de hospitalización sólo suele registrar el trabajo médico y no incluye las actuaciones de los otros profesionales intervinientes. Los registros de las tareas de trabajo social y legal se presentan por separado, lo que contribuye al subregistro del impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres. En este sentido, la creación de registros integrados de atención para estos casos permitirá realizar el seguimiento de la lógica completa de la intervención y mejorar tanto los registros en salud del impacto de la violencia de género como la visualización más clara de los femicidios y la optimización de la atención hospitalaria de las mujeres víctimas de violencia.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Se sugieren las siguientes indicaciones para mejorar las políticas e intervenciones sanitarias en este campo: a) modificar los sistemas de registro de violencia de género de las instituciones de salud, justicia y policiales, agregando a los formularios de registro ya existentes ítems que permitan registrar variables vinculables indispensables para identificar violencia de género; b) garantizar la seguridad de los/as profesionales de la salud, para que no se vea obstaculizado el adecuado registro del correcto diagnóstico por el temor a ser judicializados/as; c) capacitar a profesionales de la salud en los aspectos legales y éticos en la atención de violencia de género; d) aunar criterios en los exámenes profesionales de las víctimas para que se realice un único examen. La multiplicidad de exámenes y declaraciones instala un maltrato institucional innecesario e iatrogénico; e) considerar la violencia de género como una entidad nueva a relevar y clasificar, ya que aunque el CIE-10 la contempla no ha sido operacionalizada en los códigos de identificación hospitalaria; f) considerar la violencia de género como un tipo de problemática en salud de denuncia obligatoria, no sólo por sus consecuencias legales, sino para poder medir el impacto en morbi-mortalidad; g) capacitar a profesionales en detección precoz, registro adecuado y asesoramiento a las víctimas acerca de las medidas civiles y penales a las que pueden recurrir para protegerse; h) establecer un programa nacional de atención a la violencia de género en el Ministerio de Salud de la Nación para trabajar en red con otros programas nacionales, provinciales y municipales que abordan la temática, y generar sus propios datos; i) incorporar elementos de detección de la violencia de género en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva; j) implementar técnicas innovadoras para indagar sobre violencia de género, más allá de los modos tradicionales de registro de los problemas en salud; k) indicar una autopsia psicológica en los casos de homicidios

y suicidios; y l) crear un observatorio de violencia como metodología idónea para el relevamiento y sistematización de la información.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Respecto a esta cuestión, se sugiere: a) capacitar a los profesionales y trabajadores de la salud para la intervención oportuna, la asistencia y el asesoramiento adecuados a las víctimas. Es necesario fortalecer sus conocimientos, elaborar normas y protocolos específicos de atención y establecer registros y sistemas de información eficaces; b) se recomienda la inclusión de la violencia de género en la currícula de los profesionales de la salud de pre y postgrado;¹⁰ c) trabajar interdisciplinariamente con periodistas y comunicadores sociales. Reemplazar la expresión "crimen pasional" por violencia de género y/o femicidio, contribuirá a que la población identifique la problemática y consulte adecuada y precozmente;¹¹ y d) sensibilizar, capacitar y hacer valorar a los médicos y médicas forenses la importancia de su doble rol, como partes de la justicia y del sistema de salud, lo que permitirá optimizar su papel en la producción de información en salud, colaborar en la adecuada identificación y clasificación del problema y contribuir a la prevención.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Se propone: a) continuar con la realización de seguimientos comparativos longitudinales entre años, lo que permitirá indagar cómo se desarrolla la tendencia del fenómeno estudiado en esta investigación para el año 2005; y b) avanzar en la investigación de las formas más frecuentes de suicidios de mujeres en Argentina, a fin de despejar algunas dudas respecto de posibles muertes consignadas como suicidios que podrían estar encubriendo homicidios.

AGRADECIMIENTOS:

Las autoras agradecen la colaboración de Susana Ferrín.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Radford J, Russell DE. *Femicide: the Politics of Woman Killing*. New York: Twayne Publishers, 1992.
- ² Lagarde M. Del Femicidio al Femicidio. Desde el jardín de Freud. *Revista de Psicoanálisis*. 2006; 6:216-225.
- ³ De Souza Minayo MC. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.
- ⁴ Informe sobre Femicidios en la Argentina 2009. La Casa del Encuentro.
- ⁵ Barcaglione G, Chejter S, Cisneros S, Fontenla M, Kohan, J, Labrecque MF, Pérez D. *Femicidios e impunidad*. Buenos Aires: Centro de encuentro Cultura y Mujer (CECYM), 2005.
- ⁶ Fernández AM. *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- ⁷ Fernández AM. *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Buenos

Aires: Nueva Visión, 2009.

⁸ Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. Ediciones Universidad Nacional del Cauca y RSMAC, 2004: 27-39

⁹ Sen G, Östlin P, et al. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it final. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Women and Gender Equity Knowledge Network, September 2007.

¹⁰ Fernández AM, Bercovich C, Borakievich S, Tajer D, Lo Russo A, Gaba M. *Informe de la asesoría al Servicio Público: Asistencia Integral a la Violencia Doméstica y Sexual. Dirección General de la Mujer*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: Documento de trabajo, 2006.

¹¹ Tajer D. *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós, 2009.