

La construcción social del registro de morbilidad hospitalaria por violencia

Suely F. Deslandes¹
Edinilsa Ramos de Souza²

Resumen

Este artículo analiza la producción organizativa del registro hospitalario sobre los casos de violencia. Enfoca las agresiones, situaciones de tentativa de suicidio, maltratos contra niños y violencia conyugal. El artículo analiza las influencias de prácticas e interacciones en el registro primario (aquel que hace el profesional que atiende a una víctima de violencia). La producción de registro es vista como fruto de la interacción entre determinados agentes. El análisis se hace a partir del método etnográfico, basado en

Palabras clave

Registro hospitalario, Violencia, Violencia contra el niño; Violencia contra la mujer, Investigación cualitativa.

Keywords

Hospital Registry, Violence, Child Abuse, Women Violence, Qualitative Research.

Introducción

La información disponible acerca de la morbilidad y mortalidad de un país proviene de los sistemas de información establecidos. En Brasil esos sistemas nacionales están estructurados desde mediados de la década de los 70, habiendo permitido avances considerables en el conocimiento en torno de las causas de enfermedad y muerte de la población. Posibilitaron muchos beneficios como la estandarización de los formularios y de las clasificaciones utilizadas en la identificación de las causas básicas de enfermedades y muerte a nivel nacional. Sin embargo, cuando se desea efectuar estudios a mayor profundidad sobre la morbilidad y mortalidad, se percibe que tales sistemas padecen diferentes problemas que van desde

1. Investigadora del Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Río de Janeiro, Brasil.

2. Escuela Nacional de Salud Pública, Departamento de Epidemiología y Métodos Cuantitativos en Salud, FIOCRUZ, Río de Janeiro, Brasil.

observación de campo y datos cuantitativos de dos hospitales de emergencia. Los datos hospitalarios fueron comparados con los datos de la investigación. Los resultados indican una laguna importante del registro hospitalario, especialmente en la violencia contra mujeres y niños. Las tentativas de suicidio también tenían registro deficiente. En las conclusiones se sugieren algunas alternativas.

Abstract

This article analyses the organizational production of hospital registry about violence cases. It focuses on situations of aggression, suicide attempt, child abuse and marital abuse. This paper analyses the influences of practices and interactions in primary registry (which is done by the professional who cares violence victims). The registry production is seen as a result of interaction among agents. It has been analyzed on ethnographic approach, based on field observation and quantitative data from two emergency rooms. The data from hospitals was compared to the data from research. The results indicate a large gap in the register of the two hospitals, specially in violence against women and child abuse situations. Suicide attempts were also badly recorded. Some alternatives are suggested in the conclusions.

la cobertura, pasando por los objetivos a los cuales se destinan, hasta el precario esclarecimiento de la causa básica.

En lo que se refiere a morbilidad, y todavía más específicamente aquella provocada por las causas externas (accidentes y violencias clasificadas según los códigos S00 a T98 del capítulo XIX, y V01 a V98 del capítulo XX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a Salud 10ª revisión) estudios como Mello Jorge et al. (1997), Souza et al. (1996), Njaine et al. (1997), han subrayado que la calidad de la información debería o podría ser mejorada con disminución consiguiente del desconocimiento de la magnitud, de la distribución y del impacto de es fenómeno. En Brasil, prácticamente no existen estudios a nivel nacional sobre morbilidad por violencia, gracias, sobre todo, a la ausencia de sistemas que informen adecuadamente sobre tales casos. Una rara excepción es el estudio de Lebrão et al. (1997).

En el ámbito del sector salud, lo que existe en términos de información sobre morbilidad es el sistema que sirve para Autorización de Internación Hospitalaria. Como ha sido observado por algunos autores (Lebrão et al. 1997; Mello Jorge et al. (1997), este sistema fue implantando con vistas al pago de los procedimientos médicos ejecutados durante las internaciones hospitalarias en la red de servicios contratados del Sistema Único de Salud, SUS. En este sistema no había indicación del diagnóstico secundario, o sea, de la causa externa que provocó la lesión que requiere la internación. En términos concretos, lo que se registraba era el procedimiento médico utilizado en determinada fractura, o determinado traumatismo craneano, sin que se pudiera saber la causa que provocó la fractura o el traumatismo, como por ejemplo, el accidente de tránsito, la caía, la agresión u otra causa externa. La resolución ministerial N° 142, del 13 de noviembre de 1997, hizo obligatorio el registro en el informe médico de la causa externa que provocó la le-

sión. No se sabe todavía el impacto que tuvo esa resolución en la rutina de llenado de esa información, siendo necesario estudios que puedan evaluarla.

Lo que es obvio, por lo tanto, es que el sistema es inadecuado para informar a la sociedad sobre la violencia social que lleva a las víctimas a buscar internación hospitalaria. Los casos que llegan allí son los más severos. Obviamente, no son incluidos los más leves que no requieren atención médica, sobre los cuales casi nada se sabe porque no son registrados en ninguna institución. También quedan fuera de los registros del sistema los casos que pasan por la red ambulatoria y no son contabilizados, porque ni siquiera llegan a ser investigados (o, siquiera considerados) por los profesionales como un problema de salud sobre el cual deban actuar. Como si esto no fuera suficiente, las informaciones del sistema AIH dejan fuera también las atenciones en emergencia, lugares donde las víctimas de violencia buscan atención en primer lugar.

Entre los servicios de salud, en ningún otro la violencia adquiere tanta visibilidad como en la emergencia. Este servicio es para la mayoría de la población, y especialmente para las víctimas de violencia, la “puerta de entrada” en el sistema público de salud. Para muchas personas es la única vez que estarán, en tanto víctimas de una agresión, ante un profesional de salud (por lo tanto, un representante del poder público). En muchos casos es uno de los únicos momentos en que la violencia será declarada. Sin embargo, ¿se dará a esa declaración la debida importancia, repercutirá en un registro, o en alguna actividad de apoyo?

Países como EEUU y Canadá vienen implantado desde hace algunos años en los servicios de emergencia rutinas institucionales para desencadenar el registro, el acompañamiento y la prevención de reincidencias. Varios ítems del documento *Objetivos para Salud en el Año 2000* se referían a la prevención de la violencia en el ámbito de la emergencia (US Department

of Health and Human Services, 1993). Uno de esos ítems estipula como meta que cerca del 90% de todas las emergencias en los EEUU tengan protocolos que en forma rutinaria identifiquen, traten y hagan las debidas referencias para las víctimas de estupro, violencia conyugal y otras formas de violencia contra adultos (en los casos de violencia contra niños y adolescentes ya se hace). Como afirma el editorial de este periódico: “la emergencia puede proporcionar la primera oportunidad para que adultos víctimas de violencia encuentren apoyo, asistencia y protección” (US Department of Health and Human Services, 1993: 618). Los principales objetos de prevención en estos países son las víctimas de violencia doméstica (niños, adolescentes, mujeres y ancianos), de estupro, sobrevivientes de tentativas de suicidio o de homicidio (Bell et al. 1994). Incluso así, existen numerosas críticas en cuanto a la calidad del registro que, hecho en forma asistemática, impide un seguimiento epidemiológico adecuado, dificultando el dimensionamiento del problema y el planeamiento de las acciones (Covington et al. 1995; Davidson, 1996).

La idea central es que la mayoría de los casos de violencia se reiterarán, con igual o mayor gravedad, si no se genera alguna acción que interrumpa su dinámica. Ese razonamiento encuentra harto respaldo en investigaciones sobre violencia doméstica contra niños y adolescentes (Garbarino et al., 1998; Santos, 1991), contra mujeres (Bell et al. 1994; Heise et al. 1994), tentativas de suicidio (Cassorla, 1991; Cassorla et al. 1994; Serfaty, 1998) y tentativas de homicidio (MMWR, 1995 y 1996; EAST, 1995). La identificación de los casos y el registro adecuado de esas situaciones son, sin duda, los primeros pasos para una nueva orientación.

Partimos del presupuesto que el registro de morbilidad hospitalaria por violencia es *construido* (no es “dado”), constituyendo un mecanismo de traducción de la realidad. El registro

es producido por agentes de la organización en un determinado contexto de trabajo y por medio de una serie de interacciones. Entendemos que su producción se da en un proceso interactivo, atravesado por la intersubjetividad, fruto de una negociación e influenciado por los significados que se atribuyen a la violencia y al registro. Al depender de diferentes etapas interaccionales, la notificación que da origen a las estadísticas pasa por actos humanos que permanecen invisibles.

Proponemos, en este artículo, el análisis de la producción socio organizativa del registro de los casos de violencia, recortando ese amplio campo para las situaciones que involucran agresiones, tentativas de suicidio y violencia doméstica contra niños, adolescentes y mujeres. Buscamos analizar las relaciones y prácticas que interfieren en el registro “primario” (aquel hecho por el profesional vinculado a la atención de las víctimas) entendiendo que será la materia prima para el trabajo de los sectores de estadística y/o epidemiología de cada servicio.

Consideramos incluso que la discusión sobre el tema del registro de la morbilidad de la violencia es importante e imprescindible para: 1) conocer y/o estimar la ocurrencia de casos, 2) permitir a los gestores una adecuación de los servicios para atender las demandas, 3) configurar un cuadro más preciso de tales ocurrencias, permitiendo la elaboración de estrategias de prevención adecuadas al perfil de la población afectada.

Metodología

El presente estudio fue desarrollado en dos hospitales públicos considerados de referencia para la atención de emergencias, uno localizado en un sector rico de la ciudad de Río de Janeiro y el otro en un área del suburbio carioca. Elegimos, por lo tanto, dos hospitales municipales localizados en áreas socialmente diferenciadas del municipio en un intento por verificar las eventuales diferencias en la demanda por atención de violencia.

La producción del registro, entendida como acción de ciertos agentes de la organización hospitalaria fue analizada a partir del método etnográfico con el apoyo de observación de campo. En el Hospital 1 realizamos, en 1996, siete meses de observación de campo; en el Hospital 2, cinco meses. En los años 1999 y 2000 iniciamos visitas en cuatro meses alternados, en un intento por observar cambios.

De manera complementaria realizamos un estudio cuantitativo, procurando verificar la exactitud del registro hospitalario para las situaciones de violencia. La recolección de datos fue realizada por 14 *académicos de medicina*,³ agrupados en 7 equipos que se rotaban en guardias de doce horas, realizando 24 horas/día de recolección de información en un mes. Se aplicó un cuestionario directamente al paciente. Por lo tanto, la fuente de clasificación de los eventos fueron las causas declaradas. Cuando el paciente no estaba en condiciones de ser interrogado, las respuestas eran proporcionadas por el acompañante o el socorrista.

La recolección de información transcurrió durante meses considerados típicos en la rutina de esos hospitales (mayo en el Hospital 1 y junio en el Hospital 2, en 1996). Los datos obtenidos por la búsqueda activa realizada por nuestro equipo de investigación fueron comparados con los registrados en cada hospital. Para esa tarea, investigamos junto a los sectores de estadística médica/epidemiología de cada emergencia los datos referidos a la atención durante el mismo período. En 2000 fueron recogidos mediante ese mismo procedimiento, los datos registrados de la atención desde 1995 a 1999.

Resultados/Discusión

La construcción del registro

La notificación hospitalaria de las agresiones y otras violencias está mediada por un conjunto complejo de criterios y se da en un campo donde la

3. En los hospitales brasileños se denomina de este modo a estudiantes de medicina en los últimos años de la carrera que cumplen estadías en el hospital.

práctica médica y la práctica policial interactúan. Todos los hospitales públicos con atención de emergencia poseen un puesto policial, donde, reglamentariamente están de guardia un policía militar y uno civil. Esos profesionales registran los casos de violencia allí atendidos y abren un boletín de ocurrencia (B.O.) que será remitido a la delegación de la jurisdicción. Son técnicamente considerados “casos policiales”, los que involucran accidentes de tránsito y agresiones interpersonales.

Cuando una persona llega a la emergencia, luego de la recepción se abrirá un “boletín de atención” con sus datos personales, lo que la habilitará a convertirse en “paciente”, identificado por el servicio. En seguida, el individuo irá a la oficina de admisión, que lo catalogará, conforme a su respuesta a dos preguntas. “¿Qué le sucedió?”. O “¿Qué siente Ud.?”. Entonces será clasificado, por ejemplo, como “paciente de cirugía”, “de neurología” o “de ortopedia”, y su Boletín pasará por cada profesional que lo atienda. El registro médico generalmente se limita a la descripción del tipo de lesión sufrida. En raras ocasiones, hay una anotación diciendo que “el paciente alega haber sido víctima de agresión”. Incluso en esta situación no se especifica quién fue el agresor o en qué circunstancias se produjo el hecho. En el caso que el profesional decida que se trata de un “caso policial”, el policía de guardia será llamado para proceder a la apertura de un B.O. procurando la confirmación de la naturaleza del caso y registrará el mismo.

La identificación del caso de violencia depende en gran parte, por lo tanto, de que el propio paciente declare la violencia sufrida, sea como víctima o co-autor, y de que el profesional que lo atienda entienda/reconozca el evento narrado como violencia y quiera proceder a su registro. Esa voluntad supone una atribución de importancia, encontrar que vale la pena adoptar una postura opuesta a aquella del no compromiso con la denuncia o notifica-

ción. De esa manera, el individuo necesita hacer público su involucramiento con la agresión. Podemos señalar algunas de las relaciones que se constituyen allí: a) aquellos que no declaran para resguardarse de cualquier involucramiento policial; b) los que no mencionan la violencia para proteger al propio agresor (en los casos de violencia doméstica especialmente); c) aquellos que no declaran la violencia sufrida a fin de más tarde “ajustar cuentas” con el agresor sin interferencias, especialmente de la policía; d) y, finalmente, lo que realmente declaran, por considerarse víctimas o por querer de alguna forma que el agresor sea castigado (y la comprensión sobre las formas de castigo es variada).

Cabe señalar que el hecho de que el individuo constituya un relato que lo sitúe como víctima de determinada agresión no significa que ello será visto por los profesionales como un caso que deba ser registrado como violencia. Entre esas situaciones podemos señalar como emblemáticas la violencia doméstica contra los niños y, especialmente, contra las mujeres. En esas formas de violencia, varios presupuestos orientan la resistencia a la notificación. Por ejemplo, la noción de que “*un problema de familia es de orden íntimo*”, no habiendo necesidad de que la institución proceda a este tipo de registro, ya que “*hoy pelean, mañana está todo bien entre ellos*”. Así esas situaciones pueden ser vistas sin legitimidad para constituir un registro.

Existen, por otro lado, las situaciones en que los individuos no quieren ser señalados como involucrados en la agresión, pero, a despecho de su voluntad, serán identificados por criterios técnicos de incuestionable evidencia empírica, como es el caso de los alcanzados por balas. Por más que lo nieguen, estos individuos traen impresa en su cuerpo la experiencia de la violencia que los llevó a determinado servicio. Es importante señalar que los policías no realizan una “búsqueda activa” de esos casos para el registro. Son llamados a realizarlo si el caso

fue identificado por otros agentes: bomberos que socorren a determinada víctima; otro policía que llevó a alguien para que fuera atendido; por vigilantes⁴ que prestan servicio en el hospital; y, sobre todo, por los profesionales de la recepción del sector emergencia encargados de abrir el boletín de atención.

Así, el registro dependerá, en primer lugar, de la identificación del caso como “policial” por parte de diferentes profesionales vinculados a la primera línea de atención, estando, por lo tanto, sometido a diversas relaciones e interpretaciones que llevan a la identificación u omisión del mismo. En verdad, los agentes de las dos organizaciones (hospital y policía) necesitarían trabajar de manera mucho más articulada para que esos datos fueran más fidedignos.

Ejemplos de fallas cotidianas de registro pueden ser tomados de nuestra investigación. De las agresiones atendidas en el Hospital 2, 50 involucraron el uso de arma de fuego (el hospital registró 35) y 19 el de arma blanca (7 registrados). En el Hospital 1, esos datos tampoco coincidieron. Identificamos 41 casos de agresión con arma de fuego y el hospital registró 38. Las armas blancas fueron observadas en 11 casos, siendo notificados solamente 2. De los 21 suicidios observados por la investigación en el Hospital 2, el sector no realizó ningún registro de ocurrencia. En el Hospital 1 registramos 5

casos, y el sector de registro de la organización 8. En este caso puede haber habido subregistro de nuestro equipo o sobre registro de parte del hospital. (Cuadro 1, abajo).

Las fallas del registro hospitalario se deben, entre diferentes causas, a falta de adecuación técnica y material para la realización de la tarea, o sea, falta de personal, rutinas de registro no adecuadas a la dinámica de trabajo, ausencia de informatización y poca valorización de la práctica de registro. Con todo, tales fallas no pueden ser tratadas como mera “subnotificación”, lo que induciría, además de la constatación de ineficiencia, a una idea de neutralidad.

Las limitaciones en el registro de “casos” de violencia también se originan en un conjunto de interacciones entre el paciente y los que tienen la función de reconocer en él un “caso”, es decir, entre quien registra y quien tendrá registrada su situación. Hay también que considerar el espacio de la negociación. El registro de un caso de agresión que necesariamente implicará el boletín de ocurrencia y una probable investigación policial, podrá incluso ser negociado como mercancía de determinado valor, sea simbólico (*quedar debiendo un favor*), sea monetario (*pagar un precio*). Este también es el caso de accidentes de tránsito en los que el registro se hace con los datos del vehículo alterados, tales como color y marca de automóvil, entre

4. Personal privado de seguridad

COMPARACIÓN DEL REGISTRO HOSPITALARIO CON DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE EVENTO	H1	(*)	H2	(**)
	INVESTIGACIÓN	H1	INVESTIGACIÓN	H2
Agresiones interpersonales	188	135	201	218
Tentativa de suicidio	5	8	22	SR
Violencia doméstica	45	SR(#)	90	SR

(*) Mayo 1996.

(**) Junio 1996.

(#) SR: sin rúbrica.

otros, gracias a alguna “negociación”.

En su trabajo, Garfinkel (1994) revela que, tratándose de registros hospitalarios todo equipo tiene un repertorio de “registro” y de “no-registro”, de acuerdo con la categoría profesional. Percibimos que la mayoría de los casos es identificada por los profesionales presentes en el momento de recepción del paciente. Es en la entrada, por lo tanto, en la frontera de las relaciones entre la institución hospitalaria y las vivencias externas, donde el sujeto será *catalogado*. Las enfermeras y auxiliares de enfermería constituyen las categorías que tienen mayor dominio de las historias y razones de la llegada de esas personas al servicio de emergencia. Esos profesionales también merecen reconocimiento por haber forjado, en años de práctica, una gran habilidad para reconstituir, a través de fragmentos de conversaciones con los pacientes, el motivo que los llevó al hospital. Ejercitan cotidianamente una interpretación indiciaria. Sin embargo, esto no quiere decir que el registro sea realizado después de esta identificación. Garfinkel también señala que también el registro puede ser considerado por el profesional como amenazador. Involucramiento con la policía, testimonios, riesgo de ser amenazado por el paciente o por su familia, son algo más que meros fantasmas. En nuestro estudio, casi todos los profesionales entrevistados tenían un caso para relatar en el que un colega había sufrido algún tipo de intimidación por haber sido reconocido como el autor de la identificación.

Interpretamos que identificación y registro pasan por un acuerdo intersubjetivo entre profesionales y pacientes, sea por la constitución por parte de la misma víctima de un relato de violencia, cuando la misma declara su situación, sea por evidencia empírica incuestionable, como estar herido de bala, lo que a su vez no deja de ser un relato, involuntario, de la experiencia sufrida. Así, no se trata de este o aquel profesional que identifica, por voluntad propia, sino de la acción de los

agentes de la organización en un determinado proceso interactivo y comunicacional. Consiguientemente, cuando este *relato* no se establece, es porque no hubo un acuerdo mínimo entre los actores comprometidos. Pero, si incluso así el profesional realiza la identificación, basada en criterios técnicos, hay una ruptura de los presupuestos de aquella relación. El registro puede ser interpretado por el paciente como una persecución personal. En ejemplo de esto es la situación de violencia doméstica contra niños, cuando el responsable no quiere que se haga el registro y niega el maltrato. Esa diversidad de prácticas indica que no hay una rutina institucional que divida las responsabilidades del registro y proteja al profesional. También apunta a la necesidad de tener en cuenta ese aspecto compartido, de acuerdo y de diálogo con las víctimas, que el registro de la violencia demanda.

Cinco años de registro de agresiones en dos servicios públicos de emergencia

Carneiro (1999) realizó una investigación en una muestra de 6.873 domicilios de la Región Metropolitana de Río de Janeiro y estimó que, entre julio de 1995 y junio de 1996, 313 mil personas sufrieron alguna forma de agresión física. De esas personas ¿cuántas habrían acudido a un servicio de salud en busca de socorro médico? Y de las personas que acudieron, ¿cuántas tuvieron su situación debidamente registrada?

Analizando los dos hospitales de emergencia percibimos que tal indagación es bastante pertinente para la realidad de ese tipo de servicios. Tal vez el primer paso para investigar la exactitud del registro de morbilidad por violencia sea analizar la percepción de los profesionales de salud (primeros responsables del registro) sobre la intensidad del fenómeno y posteriormente comparar tal percepción con los datos ya incorporados en las estadísti-

cas hospitalarias. Tales percepciones ¿serían consonantes o discrepantes?

A partir de los testimonios, quedó claro que la convivencia con personas que sufrieron violencia forma parte de la cotidianeidad de los profesionales de emergencia. La mayoría de los entrevistados representa la violencia en primer lugar en tanto demanda de trabajo intensa y creciente. Algunos llegan a defender que, si fueran seleccionados los casos ambulatorios atendidos en emergencia, este tipo de atención constituiría la mayoría de los verdaderos casos de este servicio.

Como puede observarse en los Cuadros 2 y 3, las estadísticas de ambos hospitales ratifican la percepción de sus agentes. Solo en los últimos 5 años, el Hospital 1 registró la atención

de 9.798 víctimas de agresiones, en el Hospital 2 fueron 10.901.

Sin embargo, si existe una relación positiva entre la percepción del aumento del fenómeno y las estadísticas que señalan un alto y creciente número de ocurrencias, ¿será fidedigno lo que se relata en el registro y el tipo de ocurrencia (causas, agentes comprometidos, etc)? Pensamos que no. Al leer los boletines de los años anteriores fue posible percibir que muchos solo señalaban en sus registros el tipo de lesión y no su causa. Así, “heridas cortantes y contusas”, “perforantes” podían incluir un sin número de situaciones, inclusive agresiones y violencia intra familiar. Ese porcentaje de atenciones es constantemente diluido en el total de casos, sin identificación

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE AGRESIÓN SEGÚN EL TIPO DE INSTRUMENTO UTILIZADO, HOSPITAL 1, 1995-1999

TIPO DE AGRESIÓN	1995	1996	1997	1998	1999
Por arma de fuego	542	408	579	331	287
Por agresión física/ otros instrumentos	1.151	1.249	1.543	1.474	1.502
Por arma blanca	137	149	191	141	114
TOTAL	1.830	1.806	2.313	1.946	1.903
Media diaria	5,0	4,9	6,3	5,3	5,2

Fuente: Sector de Estadística Médica del Hospital 1.

DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE AGRESIÓN SEGÚN EL TIPO DE INSTRUMENTO UTILIZADO, HOSPITAL 2, 1995-1999

TIPO DE AGRESIÓN	1995	1996	1997	1998	1999
Por arma de fuego	632	574	515	634	415
Por agresión física/ otros instrumentos	1.206	1.798	1.398	1.717	1.610
Por arma blanca	101	107	66	66	62
TOTAL	1.939	2.479	1.979	2.417	2.087
Media diaria	5,3	7,5	5,4	6,6	5,7

Fuente: Sector de Estadística Médica del Hospital 2.

de su vínculo con la violencia. Lo mismo sucede con las internaciones hospitalarias y, ciertamente, también con la atención ambulatoria, generando cifras imprecisas relativas a la información sobre estas causas.

Al analizar los datos de los Cuadros cabe indagar también la súbita caída de la atención por armas de fuego en el Hospital 1 en los últimos dos años de la década del 90. ¿Qué habría incidido para ese cambio? La primera hipótesis sería la de mayor eficiencia de las armas, llevando a la muerte inmediata de la mayoría de las víctimas. Con todo, el perfil de “letalidad” de las armas empleadas no parece haber cambiado significativamente entre 1998-1999 (las armas del tipo AR-15 ya eran utilizadas en Río de Janeiro mucho antes de ese período).

En verdad, las estadísticas de este o aquel hospital, por sí mismas, pueden también sufrir variaciones importantes y reflejar aspectos que no traducen la totalidad del problema de la violencia urbana. Por ejemplo, la apertura de otros hospitales en la región redistribuyó la atención, disminuyendo la demanda otrora excesivamente concentrada. La “vocación” reconocida como de excelencia de un hospital en determinada especialidad (ortopedia, neurocirugía, etc.) hace que un cierto perfil de víctimas se concentre en este o aquel servicio.

Las estadísticas hospitalarias pueden estar reflejando una variación de la distribución local/regional de la violencia. Por ejemplo, si una de las comunidades vecinas al hospital estuviera “en guerra”, disputando puntos de venta de drogas, probablemente ese servicio atenderá un mayor número de víctimas que otras emergencias en ese período. Si se produjera un “exterminio” o hubiera algún conflicto que, aunque episódico, fuera de grandes proporciones, nuevamente ese servicio tendrá una variación significativa del número de atenciones. Puede haber existido incluso una fluctuación en la calidad del registro hospitalario en los últimos años.

El registro

de la violencia doméstica

En el caso de *violencia doméstica contra la mujer*, los hechos serán consignados (eventualmente cuando hay anotaciones médicas) como “agresión” y así diluidos en las estadísticas médicas. Para el registro interno que compila las estadísticas generales no existe el ítem “violencia doméstica”. Incluso en los EEUU, donde existe una gran sensibilidad social frente al problema, con una vasta gama de servicios de apoyo y de defensa de los derechos de las mujeres victimizadas, no todos los casos atendidos en las emergencias son registrados. Una investigación de Covington et al. (1995) realizada en un hospital de referencia en Carolina del Norte, mostró que las anotaciones médicas en los casos de violencia contra mujeres se hacían de manera precaria (el registro hospitalario y las anotaciones de los médicos no siempre coincidían).

La “mujer golpeada por su marido”, no siempre despierta solidaridad o iniciativas de protección. Existen muchos preconceptos, basados en la creencia de que la misma víctima tiene una cierta “culpa”. En verdad, todavía hay mucho para trabajar en la percepción de los profesionales de salud, sensibilizándolos frente a la situación de la mujer, discutiendo y conociendo mejor la dinámica de la violencia conyugal para poder despertar una perspectiva de apoyo.

El registro de esos casos no goza en el país del mismo carácter de “obligación legal” que confiere el Estatuto del Niño y el Adolescente a la notificación de violencia. Así, el registro de violencias contra la mujer raramente se hará. El registro hospitalario, cuando es solicitado para cualquier acción legal promovida por la mujer, se limitará a confirmar que “en tal día se realizó una atención médica”, sin mayores detalles sobre la agresión sufrida.

El registro policial tampoco es realizado en todos los casos. Entre otros motivos porque en momento alguno se

estimula su realización. Es visto por muchos policías como una “pérdida de tiempo” (porque la mujer con frecuencia, como es característico en la dinámica de la violencia que la agrede, se arrepiente y retira la queja). Los policías de guardia en el hospital pertenecen a delegaciones de barrio, no habiendo ningún representante o algún contacto más directo con las Delegaciones Especiales de Atención a la Mujer (lo que indica la necesidad de mayor acercamiento interinstitucional). Cuando se hace el registro, no hay orientación en cuanto a las circunstancias en que es necesario el examen del cuerpo del delito.

Obviamente, la mujer victimizada tiene el derecho de no querer notificar, en el caso de que esa sea su voluntad. Sin embargo, en el caso en que desee ejercer el derecho de registrar su queja, ¿no necesita ser amparada? Incluso no queriendo notificar el caso, ¿no sería viable poner a disposición la ayuda de los servicios existentes para el apoyo de la mujer victimizada?

En los dos hospitales aquí estudiados, los registros y las notificaciones de las *situaciones de violencia doméstica contra el niño y el adolescente* se mostraron absolutamente precarios (es probable que también lo sean en los demás hospitales). Los profesionales de salud demuestran un gran reluctancia en asumir una notificación de maltrato. Tal resistencia se fundamenta en: a) experiencias negativas anteriores vividas o relatadas (en las que el mismo profesional fue perseguido por los familiares o tuvo que prestar testimonio incontables veces); b) temor de que el niño fuera enviado a alguna institución pública, causándole un daño mayor; c) visión de que se trata de un “problema de familia”, no siendo responsabilidad de una “institución de salud”, d) temor de “estar engañado” y notificar una “sospecha infundada”.

A partir de 1997 se implanta una rutina de notificación obligatoria de los malos tratos contra niños y adolescentes en el municipio y en el Estado. Aunque todavía en sus inicios y no

ejecutada completamente por los profesionales, tal medida representa un avance considerable. Observamos que también resulta relevante discutir cómo se constituye la dinámica de la responsabilidad institucional para la notificación de los casos. Si por un lado es responsabilidad profesional tal notificación (ética y legalmente), por otro la institución también necesitaría proteger y apoyar esa conducta profesional.

También carecemos de la creación de mecanismos sociales (y de actuación de los ya existentes) para que la “notificación” no signifique “denuncia” en el sentido represivo y policia-co. “Notificación” y registro deberían significar, en la práctica, una garantía de que el niño/adolescente y su familia tendrán apoyo de instituciones y profesionales competentes. En ese intento, una buena estrategia sería establecer un contacto directo con el Consejo Tutelar (órgano de fiscalización de la ejecución de políticas públicas y de garantía de los derechos de niños y adolescentes) del área, conociendo mejor el trabajo desarrollado y actuando en colaboración.

Conclusiones. Registro y notificación como elementos de prevención

Es necesario subrayar la necesidad de superar ciertas barreras que son, todavía hoy, trabas para una atención de calidad, incluido en esta el registro adecuado, fidedigno, confiable y válido de la información referida a los acontecimientos violentos en nuestra sociedad. Esas barreras están circunscritas a los mismos pacientes de la red de servicios de salud, que tienen miedo y vergüenza de su condición de víctimas, pero también resistencias vinculadas a los profesionales. Es posible que muchas de esas dificultades puedan ser superadas con la sensibilización, concientización, entrenamiento de los profesionales involucrados, así como a través de la implantación de redes sociales de apoyo.

El registro detallado, basado en la

escucha atenta y solidaria del relato de las víctimas de agresiones, permitiría identificar los tipos de contexto social en que son más frecuentes las violencias contra adolescentes, jóvenes y adultos. Ese es un “mapa” precioso que podría informar (o confirmar) dónde deben actuar los diferentes sectores públicos, para promover el rescate de la ciudadanía (el derecho a la vida) de esos grupos más vulnerables. En los EEUU hay un ejemplo interesante, proveniente del Estado de Massachusetts. Desde 1989 existe un registro para la atención realizada a víctimas de agresión con armas de fuego que funciona en las 85 emergencias del Estado. Es el *WRISS (Weapon-related injury surveillance system)*. Ese sistema registra datos como sexo, edad, etnia, lugar de residencia, y del incidente, características del evento, tipo de arma usada, sospecha de uso de alcohol u otras drogas, severidad de la lesión, relación entre víctima y agresor y circunstancias desencadenantes de la agresión. Los datos del *WRISS* han sido utilizados también por otros Estados americanos para subsidiar grupos de prevención y violencia; orientar planificadores; elaborar material didáctico, presentaciones y entrenamiento de profesionales; proporcionar argumentos para que los hospitales obtengan recursos para programas de apoyo a las víctimas, planificar materiales educativos para prevención, y entrenar médicos en cursos de residencia o postgrado.

El registro y la notificación de la *violencia doméstica* también constituye un gran desafío. El registro, todavía precario, necesita constituir el inicio de una red de apoyo a las víctimas y sus familias.

En el caso de las tentativas de suicidio no cabría una “notificación” o incluso su inclusión en las estadísticas policiales. Conformarían excepciones los casos que involucran niños y adolescentes, que merecerían un cuidado específico, involucrando quizás a los Consejos Tutelares. Además, el registro hospitalario de las tentativas de sui-

cidio necesitaría ser realizado con calidad, pudiendo servir para la identificación de los casos reincidentes que demandarían una atención diferenciada.

En realidad hay mucho que invertir en términos de sensibilización de los profesionales vinculados a la atención directa de las víctimas de violencia. Son ellas las que transformarán (o no) un relato, una evidencia, una sospecha, en registro. Su responsabilidad es, por lo tanto, grande. Sin embargo, hay que relativizarla, pues están inmersos en condiciones de trabajo tan estresantes que el registro es, muchas veces, como “un trabajo más”.

Quebrar los ciclos de las diversas formas de violencia que hoy atacan a todos, significa también romper con esta cultura de que la inversión en la construcción de información no pasa más allá de “llenar papeles”. Si se quiere prevenir y disminuir la violencia social es necesario estructurar y agilizar los sistemas de vigilancia de información. Que sean aptos para responder a las demandas por acciones de cura, prevención y promoción de la salud. Que en el proceso de generación, diseminación y divulgación de la información sean incorporadas las ideas relativas a: 1) es fundamental la formación de profesionales y la infraestructura adecuada para estas tareas específicas; 2) la sociedad, a través de los medios de comunicación, necesita estar consciente y sensibilizada en relación a la necesidad de tratar con seriedad y de manera profunda (y no solo como denuncia convertida en espectáculo) los acontecimientos que hieren los cuerpos y mentes de las víctimas directas, pero también afectan y dejan marcas en la sociedad. •

Bibliografía

Bell CC, Jenkins E, Kpo W, Rhodes H. 1994. “Response of emergency rooms to victims of interpersonal violence”. *Hospital and Community Psychiatry* 45 2: 142-146.

Carneiro P. 1999. “Para medir a violência”. In: Pandolfi DC et al. (orgs) *Cidadania, Justiça e Violência*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas: 165-178.

- Cassorla MS., Smeke ELM. 1994. "Human self-destruction". *Cadernos de Saúde Pública* 10 1 (Suplemento): 61-73.
- Cassorla RMS (Coord) 1991. *Do Suicídio*. Campinas: Papyrus.
- Covington DL et al. 1995. "Poor hospital documentation of violence against women". *Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care* 38 3: 412-416.
- Davidson LL. 1996. Editorial: "Preventing injuries from violence towards women". *American Journal of Public Health* 86 1: 12-14.
- EAST. Eastern Association for the Surgery of Trauma 1995. "Violence in America: A public health crisis – The role of firearms". *The Journal of Trauma* 38 2: 163-167.
- Garbarino J, Guittmann E, Seeley JM. 1988. *The Psychologically Battered Child*. Londres: Jorsey-Bass.
- Garfinkel H. 1974. "'Good' organizational reasons for 'bad' clinic records". In: *Studies in Ethnometology*, California: Polity Press.
- Heise L, Pitnguy J, Germain A. 1994. *Violence Against Women. The Hidden Health Burden*. Washington DC.: World Bank.
- Lebrão ML, Mello Jorge MHP, Laurenti R. 1997. "Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos". *Rev. Saúde Pública* 31 4 (Suplemento): 26-37.
- Mello Jorge MHJP, Gawryszewski VP, Latorre MRDO. 1997. "Análise dos dados de mortalidade". *Rev. Saúde Pública* 31 4 (Suplemento): 5-25.
- Mello Jorge MHP, Laurenti R. 1997. "Apresentação". *Rev. Saúde Pública* 31 4 (Suplemento): 1-4.
- MMWR. (Morbidity and Mortality Weekly Report) 1995. *Emergency department surveillance for weapon-related injuries*. Massachusetts: MMWR, 44 9: 160-163.
- MMWR. (Morbidity and Mortality Weekly Report) 1996. *Trends in rates of homicides. United States, 1985-1994*. MMWR 45 22: 460-464.
- Njaine K, Souza ER, Minayo MCS, Assis SG. 1997. "A produção da (des)informação sobre violência, análise de uma prática discriminatória". *Cad. Saúde Públ.* 13 3: 405-414.
- Santos HO, 1991. *Crianças Violadas*. San Pablo: FCBIA.
- Serfaty E. 1998. "Suicídio en la adolescencia". *Revista Adolescencia Latinoamericana* 1 2: 105-110.
- Souza ER, Njaine K, Minayo MCS. 1996. "Qualidade da informação sobre violência: um caminho para a construção da cidadania". *Informare. Cad. Prog. Pós-Grad Ct. Inf.* 2 1: 104-112.
- US Department of Health and Human Services 1993. *Emergency department response to domestic violence, California 112*. MMWR 42 32: 617-620.