



ENVIM

**ENCUESTA NACIONAL
SOBRE VIOLENCIA CONTRA
LAS MUJERES**

**GOBIERNO
FEDERAL**

**MÉXICO
2010**

SALUD



Vivir Mejor



**ENCUESTA NACIONAL SOBRE
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES
2006**

COORDINACIÓN GENERAL

Gustavo Olaiz
Patricia Uribe
Aurora del Río



CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

**ENCUESTA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 2006
ENVIM**

Primera Edición 2009

D.R. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud
Homero 213, 7°. piso
Col. Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo,
C.P. 11570, México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 5,000 ejemplares
Se terminó de imprimir en noviembre de 2009

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JOSÉ ANGEL CÓRDOVA VILLALOBOS

Secretario de Salud

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA

*Subsecretario de Prevención y Promoción
de la Salud*

DRA. MAKI ESTHER ORTIZ DOMÍNGUEZ

Subsecretaria de Innovación y Calidad

LIC. LAURA MARTÍNEZ AMPUDIA

Subsecretaria de Administración y Finanzas

DR. JULIO SOTELO MORALES

*Comisionado de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad*

C.P. TOMÁS LIMÓN LEPE

Titular del Órgano Interno de Control

LIC. BERNARDO FERNÁNDEZ DEL CASTILLO SÁNCHEZ

Director General de Asuntos Jurídicos

LIC. CARLOS OLMOS TOMASINI

Director General de Comunicación Social

DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA

*Directora General del Centro Nacional
de Equidad de Género y Salud Reproductiva*

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

DRA. PATRICIA URIBE ZÚÑIGA

Directora General

DRA. PRUDENCIA CERÓN MIRELES

*Directora General Adjunta
de Salud Reproductiva*

DR. RAYMUNDO CANALES DE LA FUENTE

*Director General Adjunto
de Salud Materna y Perinatal*

DRA. AURORA DEL RÍO ZOLEZZI

Directora General Adjunta de Equidad de Género

DR. ADALBERTO JAVIER SANTAELLA SOLÍS

Director de Violencia Intrafamiliar

LIC. GEORGINA AMINA AQUINO PÉREZ

Subdirectora de Atención a la Violencia

LIC. MARÍA LUISA GÜIDO WILLIAMSON

Subdirectora de Prevención de la Violencia

ENCUESTA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 2006

Coordinación General

Gustavo Olaiz, Patricia Uribe, Aurora del Río

Grupo de Diseño Conceptual

*Leticia Ávila, Aurora del Río, Aurora Franco,
Martha C. Híjar, Rosalba Rojas, Rosario Valdez*

Diseño Muestral

Oswaldo Palma, Carole Schmitz

Grupo de Diseño Operativo y trabajo de campo

*Gustavo Olaiz, Aurora Franco
Coordinadores*

Trabajo de Campo

*Norma Cambrón, Enrique Franco, Verónica Alejandra Jasso,
Edgar Antonio Martínez, Humberto Alfonso Martínez,
Manuel Martínez, Juan Carlos Pérez, Gustavo Romero,
Antonio Ismael Torres, Martín Valderrábano*

Grupo de Integración, Procesamiento y Análisis

Gustavo Olaiz, Aurora del Río

Integración de los datos

*Oswaldo Palma, Fernando Zapata,
Raúl Huerta, Isaac Salcedo*

Procesamiento y Análisis de datos

Aurora del Río, Magda Luz Atrián, Carlos Pantoja

CONTENIDO

SECCIÓN I

Capítulo 1

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	13
--	-----------

Capítulo 2

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD	21
---	-----------

Capítulo 3

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD	29
---	-----------

Capítulo 4

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD	35
---	-----------

Capítulo 5

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD Y EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	63
--	-----------

Capítulo 6

GASTOS EN LOS HOGARES POR LA ATENCIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS POR LA VIOLENCIA DE PAREJA	73
--	-----------

CONTENIDO

SECCIÓN II

Capítulo 7

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	83
--	-----------

Capítulo 8

CONOCIMIENTOS Y ACCESIBILIDAD A LA NOM-190-SSA1-1999 Y DOCUMENTOS NORMATIVOS EN LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	89
--	-----------

Capítulo 9

CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA EN LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	95
---	-----------

Capítulo 10

CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	111
--	------------

Capítulo 11

ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA POR LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	125
---	------------

SECCIÓN I

USUARIAS

ENCUESTA NACIONAL SOBRE
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

ENVIAMA
2006

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA
DE LA ENCUESTA NACIONAL
SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

ANTECEDENTES

Desde 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, reconoció a la violencia como un problema de salud pública¹, por el impacto en términos de años de vida saludable perdidos a consecuencia de la violencia, así como por las innumerables secuelas que provoca en la salud emocional, física y sexual de las y los afectados.

Las consecuencias más visibles e inmediatas de la violencia sobre la salud, son las lesiones físicas que producen incapacidad transitoria o permanente e incluso en ocasiones la muerte; sin embargo, las formas de violencia crónica de “baja intensidad” y larga duración producen efectos sobre la salud que son mucho más difíciles de reconocer, pero que generan una gran cantidad de años de vida saludable perdidos en amplios sectores de la población, entre los que se encuentran de manera significativa las mujeres.

A raíz de este reconocimiento la Organización Mundial de la Salud, inició una serie de trabajos entre cuyos resultados se encuentra la publicación del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud², en el cual se establecen los criterios generales para comprender y abordar el problema de la violencia desde la perspectiva de la salud pública.

Este Informe reconoce que en el mundo moderno las tecnologías de la comunicación permiten que ciertos tipos de violencia como el terrorismo, las guerras, motines y disturbios callejeros estén en los noticieros alrededor del mundo en pocas horas e incluso en el momento mismo en que están ocurriendo, sin embargo, es mucho más la violencia que ocurre fuera del escrutinio público, en los hogares, los sitios de trabajo e incluso en instituciones de salud, educación o asistencia social. Por lo anterior el mismo informe dedica el Capítulo 4 a la violencia de pareja², uno de los tipos de violencia con menor visibilidad social en el mundo entero; en este capítulo se reportan datos de 48 encuestas realizadas en diferentes países del mundo que encontraron que entre 10% y 69% de las mujeres reportaron haber vivido violencia física en el contexto de la relación de pareja alguna vez en la vida; mientras que el porcentaje de mujeres que habían sufrido violencia física de pareja en los últimos doce meses, osciló entre 3% en países como Australia, Canadá y Estados Unidos a 27% en Nicaragua, 38% en Corea y 52% entre las mujeres palestinas de la Ribera Occidental.

En México, al momento de la publicación del Informe mundial sobre la violencia y la salud (2002) no existía una encuesta probabilística de cobertura nacional que diera cuenta de la magnitud y características de

la violencia contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja; por lo que en 2003 se dieron dos iniciativas de gran relevancia para el trabajo de prevención y atención a la violencia contra las mujeres, una de ellas realizada por la Secretaría de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública, denominada Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM, 2003), que se levantó en una muestra probabilística de 26,042 mujeres usuarias de servicios de salud de las 3 instituciones públicas de salud más importantes. El diseño de la muestra permitía tener representatividad tanto a nivel de institución como de entidad federativa; la otra encuesta fue realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres y el INEGI, denominada Encuesta de la Dinámica de las Relaciones Familiares (ENDIREH) y se levantó en una muestra de mujeres entrevistadas en sus hogares.

Estos dos estudios fueron en su momento de enorme utilidad para dar sustento a las políticas públicas para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres que se desarrollaron entre 2003 y 2006, incluyendo a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia³, que es sin duda el instrumento jurídico de mayor importancia con que cuenta la sociedad mexicana para avanzar en este campo.

En particular la ENVIM 2003⁴, permitió documentar la importancia que la violencia contra las mujeres representa como problema de salud pública al reportar por ejemplo, que la prevalencia de violencia de pareja en los últimos 12 meses entre mujeres usuarias de servicios de salud alcanzó el 21.5%, siendo la violencia psicológica el tipo más frecuente con 19.6%, seguida de la violencia física con 9.8% y la sexual con 7%. Entre otros hallazgos de gran relevancia la

ENVIM 2003 reportó que la mayor parte de las mujeres que viven en violencia no han buscado apoyo legal (78%), mientras que 40% no le había contado a nadie sobre el maltrato y casi el 80% nunca le había contado al personal de salud que la atendía sobre el maltrato. Las mujeres no demandaban atención a causa de la violencia aún cuando presentaban lesiones inclusive en casos de lesiones de consideración como fracturas, pérdidas de dientes, o sangrado vaginal.

Entre otras cosas esta encuesta dio sustento al Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres que se desarrolló de 2002 a 2006 y al actual Programa Específico de Acción de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género.

Después de 4 años de funcionamiento del programa en los Servicios Estatales de Salud, y de 5 años de campañas de difusión del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia por parte de otras instituciones, principalmente el Instituto Nacional de las Mujeres, se consideró pertinente realizar una segunda encuesta que nos permitiera comparar tanto las variaciones en la prevalencia del fenómeno como la percepción del mismo y la demanda de atención de las mujeres. Por otro lado en esta segunda edición se puso especial interés en la medición de los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de las unidades de atención a la salud, para la detección y atención de este problema de salud de acuerdo con la normatividad vigente al momento de la encuesta (Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar) y con el Modelo de Atención puesto en operación desde 2004.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Durante los meses de agosto a octubre de 2006, se realizó una encuesta transversal a usuarias de los servicios de salud a partir de los 15 años de edad, y que en el momento del levantamiento de datos demandaron atención médica en el primero y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Según el porcentaje de afiliación por entidad, la encuesta es representativa de los 32 estados de la República Mexicana, con excepción del estado de Oaxaca, donde no se colectaron datos debido a problemas políticos. El objetivo fue recabar información sobre violencia familiar, para evaluar el desarrollo y metas obtenidas en torno al conocimiento y la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. Se conformó una muestra de 367 unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, en las cuales se obtuvieron 22,318 cuestionarios de usuarias de los servicios públicos de salud de las instituciones antes mencionadas.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Mujeres de 15 y más años de edad que solicitaran atención médica de los servicios públicos de salud de primer y segundo nivel de atención y que aceptaran voluntariamente participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Mujeres que contaran con alguna limitación para contestar por sí solas.
- Mujeres que asistieran acompañadas por su esposo o compañero u otra persona mayor de edad y que dicho acompañante se rehusara a dejar sola a la mujer seleccionada al momento de la entrevista.

Criterios de eliminación

- Encuestas contestadas parcialmente.

DISEÑO OPERATIVO

El trabajo de campo se organizó en cinco rutas: cinco estados en forma simultánea y de manera sucesiva hasta cubrir el total de las entidades federativas.

En cada unidad médica se solicitó un espacio cerrado lo más alejado posible del tránsito de personas, donde se pudieran realizar las entrevistas en total privacidad, para crear un ambiente cómodo y confiable para la entrevistada y así poder facilitar el trabajo.

Con base en la cobertura de demanda de servicios que proporcionó el personal directivo de la unidad médica se seleccionó aleatoriamente a las mujeres usuarias que cumplieran con los criterios de inclusión y, previa explicación del objetivo del estudio, se les invitó a participar.

El levantamiento y captura de la información se efectuaron de manera simultánea por medio de cuestionarios electrónicos aplicados a las usuarias de los

servicios de salud. El tiempo de aplicación del cuestionario fue de 45 minutos a 1 hora, aunque fue difícil determinar el tiempo de la entrevista, ya que a ninguna mujer se le dejó ir en estado de estrés, es decir, la entrevista terminaba sólo si la usuaria se encontraba emocionalmente tranquila. Al finalizar la entrevista se entregó a cada una de las participantes un tríptico donde se explican algunas situaciones que pueden sufrir las personas en situación de violencia, y que además contiene un directorio de instituciones que atienden a mujeres violentadas.

FIGURAS OPERATIVAS DE COORDINACIÓN Y TÉCNICAS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

Coordinador General de la Encuesta. Persona encargada de la coordinación de las áreas conceptuales, estadísticas y administrativas, así como de las tareas del operativo de campo; responsable de la capacitación al personal operativo y de establecer los convenios necesarios con las autoridades estatales de salud para que brinden el apoyo al personal operativo.

Jefe del Departamento de Campo. Realizó los cronogramas para el levantamiento de los datos y controló la productividad en el trabajo de campo.

Coordinador Regional. Diseñó las estrategias más convenientes para cumplir con el cronograma de trabajo y planeó los apoyos que a nivel local requiriera el personal de campo.

Supervisora de Campo. Tuvo a su cargo el control de calidad de las entrevistas.

Entrevistadora. Persona encargada de obtener la información requerida, hizo las entrevistas en campo siguiendo los lineamientos establecidos.

Apoyo de cómputo. Responsable de respaldar y enviar la información obtenida diariamente en campo y de apoyar a las entrevistadoras con los posibles problemas que se presentaran con el equipo de cómputo.

Chofer. Encargado de trasladar a todo el personal que trabajara en campo en las localidades seleccionadas.

Estrategia de reclutamiento y selección de personal

Debido a los aspectos éticos y a la especificidad del tema se seleccionó personal altamente especializado. El reclutamiento del personal se hizo con base en el siguiente perfil:

- Sexo femenino
- Formación académica en las carreras de enfermería, psicología y trabajo social
- Disponibilidad para viajar, tiempo completo
- Haber aprobado el curso de capacitación de tres semanas
- Experiencia en trabajo de campo

Estrategia de capacitación

La capacitación del personal que participó en la encuesta (entrevistadoras y supervisoras) tuvo una duración de tres semanas. El programa estuvo constituido por tres módulos. El primero incluía aspectos teóricos y prácticos del cuestionario; el segundo instruía en el manejo de la computadora portátil (laptop), y el tercero, con duración de una semana, capacitaba sobre el manejo y contención de emociones, con el objetivo de sensibilizar a las entrevistadoras e instruir las sobre la mejor manera de interactuar con mujeres que experimentan violencia familiar.

Instrumento de recolección de la información

A cada una de las entrevistadas se les aplicó un cuestionario electrónico, estandarizado, diseñado y validado por investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública, en coordinación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud. Los datos se levantaron mediante computadoras portátiles para la aplicación de los cuestionarios de usuarias, con la finalidad de optimizar tiempos en la aplicación y en la entrega de resultados.

Folleto informativo

Antes de empezar el levantamiento de los datos se organizaron reuniones en coordinación con la unidad de Equidad de Género, el representante de la SSA, del IMSS, del ISSSTE, del DIF y de alguna organización no gubernamental que el titular de la SSA de cada estado considerara pertinente. En dichas reuniones se presentó la encuesta ante las autoridades, se acordaron los mecanismos de sensibilización para el personal de salud y el apoyo logístico requerido, y se revisó el material informativo elaborado por la unidad de Equidad de Género; además, se dialogó sobre la entrega de otros folletos informativos con los que contaba el estado, relacionados con violencia familiar y con términos coloquiales propios del lugar.

Consideraciones éticas

Para el presente estudio se tomaron en cuenta criterios éticos y de seguridad revisados y aprobados por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública, a saber:

- La encuesta fue aplicada exclusivamente por mujeres, quienes fueron sensibilizadas acerca del

tema y capacitadas en torno a la mejor manera de ofrecer atención a las usuarias que reportaran ser maltratadas por sus parejas.

- A quienes cumplían con los criterios de inclusión se les invitó a participar en el estudio. Antes de iniciar la sesión de preguntas, las entrevistadoras presentaron los argumentos y explicaron el motivo de la encuesta con el fin de aclarar a la usuaria que su participación es totalmente voluntaria, que la información proporcionada sería utilizada únicamente con fines estadísticos, además de ser estrictamente confidencial. Las entrevistas nunca se realizaron en presencia de otra persona y se llevaron a cabo teniendo en cuenta las máximas condiciones de privacidad.
- Para evitar errores de transcripción en la captura y asegurar la confidencialidad, la entrevistadora capturó los datos al momento de la entrevista mediante un cuestionario electrónico; además, se contó con apoyo de cómputo que diariamente aplicaba las estrategias de traslado y resguardo de los datos.

Tamaño de muestra

El muestreo por unidades médicas se conformó de una muestra de 367 unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, y se asignó el número de entrevistas de manera proporcional al número de usuarios de la institución en el estado, según los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005. Por razones de tipo operativo y de costos, el número de unidades médicas a visitar por estado se fijó en 12, debiendo incluir áreas rurales y urbanas, y dentro de éstas se seleccionaron 59 usuarias como mínimo para ser entrevistadas. En total se obtuvieron 22,318 entrevistas completas.

Diseño Muestral

El diseño muestral de la ENVIM II fue realizado con el fin de proporcionar estimaciones tanto en el ámbito nacional como en las entidades federativas. Las instituciones públicas de salud (IMSS, ISSSTE y SSA) conformaron los estratos de la encuesta. La muestra entre estos estratos se asignó de manera proporcional al número de usuarios de la institución en el estado según los hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005. Por razones de tipo operativo y de costos, el número de unidades médicas a visitar por estado se fijó en diez.

Con base a los resultados de la ENVIM I, se estimó que la prevalencia de violencia actual sería de alrededor del 18.6%. Esta proporción fue considerada para el cálculo del tamaño de muestra por entidad federativa. Otros parámetros fueron: tasa de no respuesta, máxima por entidad del 10%, error relativo máximo $r=0.2$, confianza del 95% ($Z^2_{\alpha/2}=1.96$) y efecto de diseño $deff=1.5$. Usando la fórmula:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} (1-P) def f}{r^2 P TR}$$

se determinó que se requiere entrevistar por lo menos a 700 mujeres por estado.

Este estudio se basará en una muestra probabilística en dos etapas. En la primera se seleccionarán unidades médicas con probabilidad proporcional al número de consultorios de la unidad de entre un listado de las unidades médicas, para cada una de las instituciones participantes. La segunda etapa consistirá en la selección de mujeres mayores de 14 años que acudan a la unidad médica con la finalidad de recibir atención médica preventiva o curativa. La selección de las mu-

jes se realizará a través de un muestreo sistemático con arranque aleatorio, puesto que se desconoce el número de mujeres que acudirán a los servicios de salud durante el desarrollo del operativo en la unidad. Con la intención de eliminar la posibilidad de sesgos de selección asociados a la variación de la demanda de los servicios de salud, el operativo de campo se implementará durante todos los días laborables de una semana hábil en la unidad considerando una fracción de muestreo tomando como tamaño esperado de la población el 85% de las consultas o intervenciones a mujeres mayores de 14 años en esa unidad. Es decir, la fracción de muestreo que se utilizará será:

$$f = 0.85 \frac{m_k \cdot d}{82}$$

donde m_k representa el número de mujeres adultas que demanden servicios en la unidad visitada el k -ésimo día de la semana previa y d representa el número de días laborables en la unidad durante la semana previa.

REFERENCIAS

1. 49ª Asamblea Mundial de la Salud, documento WHA49.25. Ginebra, Suiza, Mayo 1996. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
2. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva, 2002.
3. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación 1 de febrero de 2007. México D.F..
4. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Cuernavaca, México, 2003.

CAPÍTULO 2

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

La población incluida en la encuesta para evaluar la violencia contra la mujer estuvo compuesta por 22 318 entrevistas completas, cuyos resultados se pueden expandir a 1 112 519 mujeres debido al tipo de muestreo complejo. La tasa de respuesta fue superior al 94%, por lo que es representativa de la población femenina adulta usuaria de los servicios de salud públicos de la República Mexicana.

La distribución de la población, según la edad (Cuadro 2.1), consta en el grupo de mujeres menores de 40 años de más de la mitad de la población estudiada (56.7%). Es en este porcentaje donde se reúnen las mujeres que demandan mayor atención de servicios de salud, principalmente de planificación familiar, detección oportuna de cáncer cérvico uterino, consulta prenatal, de vacunación y de atención del niño sano. La edad promedio de las entrevistadas fue de 39.16 años.

CUADRO 2.1

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD
MÉXICO ENVIM 2006**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
≤19	67,352	6.1
20 A 29	266,355	23.9
30 A 39	297,101	26.7
40 A 49	216,330	19.4
50 A 59	142,438	12.8
60 A 69	80,390	7.2
70 A 79	35,636	3.2
80 Y MÁS	6,618	0.6
No SABE	299	0.0
TOTAL	1,112,519	100.0
PROMEDIO DE	39.17 AÑOS	

Debido a las características de la encuesta y a la asociación que puede tener con la violencia, se indagó sobre el estado marital de las entrevistadas (Cuadro 2.2). La mayoría de ellas está casada (56.8%) o vive en unión libre (17.2%). En cuanto a las solteras, la

mayoría no ha tenido pareja (8.7%). Según el número de años que ha vivido con su esposo o compañero actual, destaca que 23% declaró tener más de 25 años viviendo como pareja, seguido de 17.8% que dijo haber vivido en pareja de entre 6 a 10 años.

CUADRO 2.2**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL
México ENVIM 2006**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CASADA	632,048	56.8
UNIÓN LIBRE	191,246	17.2
SOLTERA		
NO HA TENIDO PAREJA	96,249	8.7
VIVIÓ EN UNIÓN LIBRE	22,250	2.0
VIUDA	80,649	7.2
SEPARADA	75,365	6.8
DIVORCIADA	14,488	1.3
NO ESPECIFICADO	224	0.0
TOTAL	1,112,519	100.0

Respecto de la escolaridad (Cuadro 2.3), llama la atención que aún 1 de cada 10 mujeres informó no haber recibido instrucción formal en el sistema escolar de México. Asimismo, 68.2% de las entrevistadas

ha incursionado en la educación básica, aunque sólo 26.2% reportó estudios de secundaria. Esto es consistente con los 9 años en promedio que manifestaron haber estudiado.

CUADRO 2.3**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO DE ESCOLARIDAD
México ENVIM 2006**

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SIN INSTRUCCIÓN	105,261	9.5
PRIMARIA INCOMPLETA	235,372	21.1
PRIMARIA COMPLETA	230,952	20.8
SECUNDARIA	290,980	26.2
CARRERA TÉCNICA O COMERCIAL	83,488	7.5
PREPARATORIA O NORMAL BÁSICA	106,544	9.6
LICENCIATURA	56,219	5.0
POSGRADO	3,264	0.3
NO ESPECIFICADO	439	0.0
TOTAL	1,112,519	100.0

La mitad de las mujeres entrevistadas dijo ser derechohabiente del IMSS/IMSS-Oportunidades (Cuadro 2.4), seguida de aquellas que no contaban con seguridad social (20.5%) y en proporción similar por las

que tenían Seguro Popular (20.1%). La derechohabencia de la pareja actual muestra un patrón similar, excepto en la proporción de no asegurados, inferior a la de ellas en casi siete puntos porcentuales (27.4%).

CUADRO 2.4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN INSTITUCIÓN DE DERECHOHABENCIA.*
MÉXICO ENVIM 2006

INSTITUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
IMSS/IMSS-OPORTUNIDADES	556,850	50.1
ISSSTE	94,965	8.5
SEGURO POPULAR	223,507	20.1
SIN DERECHOHABENCIA	228,477	20.5
OTRO TIPO DE INSTITUCIÓN	43,477	3.9

* INCLUYE MÚLTIPLES DERECHOHABENCIAS

Los quehaceres del hogar constituyeron la principal actividad reportada por las entrevistadas (Cuadro 2.5). De las que informaron que trabajan (33.6%),

la mayoría se desempeña como empleada u obrera y 4 de cada 10 lo hacen por su cuenta o en casa.

CUADRO 2.5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE ACTIVIDAD EN LA SEMANA PREVIA AL LEVANTAMIENTO
MÉXICO ENVIM 2006

TRABAJO O ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SE DEDICA A QUEHACERES DEL HOGAR	607,880	54.6
TRABAJO*	374,284	33.6
NO TRABAJA POR OTRAS RAZONES	63,195	5.7
TENÍA TRABAJO, PERO NO TRABAJÓ	11,255	1.0
ES ESTUDIANTE	23,930	2.2
ES JUBILADA O PENSIONADA	21,033	1.9
ESTA INCAPACITADA PERMANENTE PARA TRABAJAR	7,357	0.7
BUSCÓ TRABAJO	3,488	0.3
NO ESPECIFICADO	97	0.0
TOTAL	1,112,519	100.0

* INCLUYE A LAS PERSONAS QUE SE DECLARARON SIN TRABAJO EN LA PREGUNTA DE CONDICIÓN DE ACTIVIDAD, PERO QUE REALIZARON ALGUNAS DE LAS ACTIVIDADES CITADAS EN LA PREGUNTA DE VERIFICACIÓN DE ACTIVIDAD

En relación con la actividad del esposo o compañero, 8 de cada 10 mujeres dijeron que aquél trabaja, en posición de empleado u obrero (62.1%), o de jornalero o peón principalmente (21.7%); en menor proporción, trabaja por su cuenta (9.8%), o no lo hace porque es jubilado o pensionado (Cuadro 2.6).

CUADRO 2.6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN POSICIÓN EN LA ACTIVIDAD O TRABAJO QUE DESEMPEÑA EL ESPOSO O COMPAÑERO
México ENVIM 2006

POSICIÓN EN EL TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
EMPLEADO U OBRERO	463,101	62.1
JORNALERO O PEÓN	161,613	21.7
TRABAJA POR SU CUENTA	73,305	9.8
TRABAJA SIN PAGO EN NEGOCIO FAMILIAR	10,719	1.4
PATRÓN O EMPRESARIO	1,870	0.3
TRABAJO DOMÉSTICO	843	0.1
ES TRABAJADOR NO REMUNERADO	1,283	0.2
NO TRABAJA (JUBILADO O PENSIONADO)	31,983	4.3
NO ESPECIFICADO	901	0.1
TOTAL	745,618	100.0

NOTA: SE INCLUYE A LA POBLACIÓN QUE DECLARÓ TENER TRABAJO, PERO EL DÍA DE LA ENTREVISTA NO TRABAJÓ

Una cuarta parte de las entrevistadas informó ganar menos de un salario mínimo; la proporción más alta fue la de uno a dos (31%); sólo 1.3% de ellas dijo tener ingresos de 10 o más salarios mínimos. En contraste, respecto de la pareja, 5.7% recibe menos de uno y 23.9%, de dos a tres. Aproximadamente la mitad de ellos recibe entre dos a cinco salarios mínimos.

Es muy probable que las usuarias de los servicios públicos de salud estén inscritas en otros programas sociales. Al respecto, se observó que la población beneficiaria del Programa Oportunidades fue de 29.1%, seguido del Seguro Popular, el cual cubría a 22.3% de las familias de las mujeres entrevistadas.

El 63.3% de las entrevistadas notificó de tres a cinco personas en su vivienda, mientras que sólo 18.8% dijo que había más de cinco; el promedio de integrantes de la familia fue de 4.1% (Cuadro 2.7).

CUADRO 2.7**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITA EN LA VIVIENDA
MÉXICO ENVIM 2006**

NÚMERO DE PERSONAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1 A 2	195,517	17.6
3 A 5	707,567	63.6
MÁS DE 5	209,435	18.8
TOTAL	1,112,519	100.0
PROMEDIO DE INTEGRANTES	4.1	

La mayoría de las viviendas cuenta con uno a tres cuartos (84.4%), sin considerar pasillos, ni baños. (Cuadro 2.8).

CUADRO 2.8**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE CUARTOS EN LA VIVIENDA
ENVIM 2006**

NÚMERO DE PERSONAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1 A 3	939,300	84.4
4 A 5	152,776	13.7
MÁS DE 5	20,443	1.8
TOTAL	1,112,519	100.0

* SIN CONTAR PASILLOS, NI BAÑOS

En 64% de las viviendas el número de ocupantes por cuarto es menor de tres. Es posible identificar hacinamiento en más del 35% de las viviendas, sin embargo, la presencia de violencia familiar en estos casos podrá ser tomada como un factor y no como la causa directa.

Al ser interrogadas acerca de las características de la vivienda, la mayoría manifestó tener casa propia (72.1%), con piso de concreto o firme (70%), techo de concreto (63.5%) –aunque en 3 de cada 10 era de lámina–, paredes de tabique (84.2%) y con agua entubada dentro de la vivienda (58.5%).

CAPÍTULO 3

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

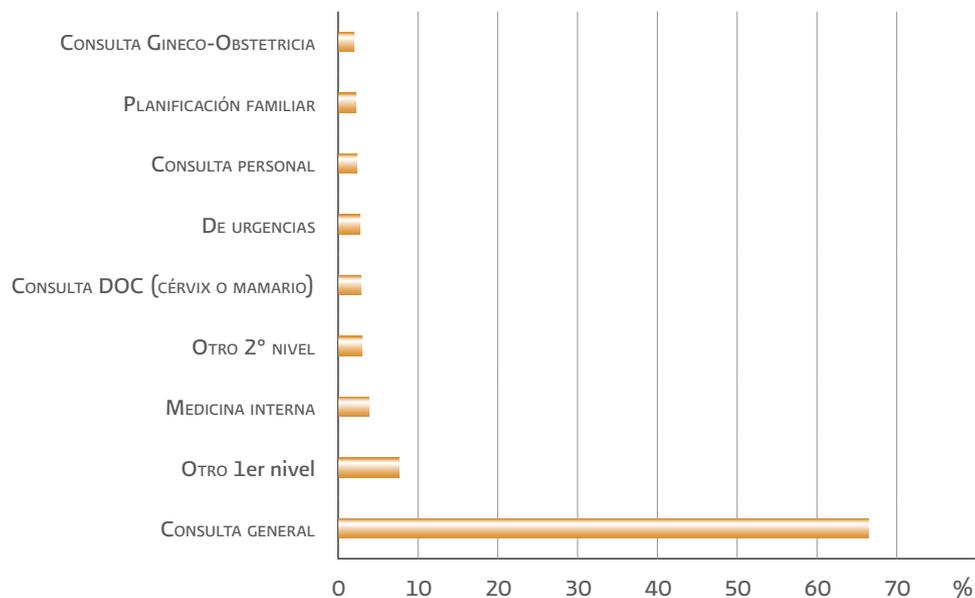
Los servicios de salud representan un espacio de oportunidad único para la detección, atención y prevención de los daños a la salud de las mujeres maltratadas, debido a que éstas acudirán cuando menos una vez en su vida a algún centro de salud, clínica u hospital, ya sea a consulta externa o a algún servicio de urgencias.¹

En la ENVIM 2006 participaron todas aquellas que utilizaron los servicios de salud públicos de primer y segundo nivel de atención en el momento del levantamiento de la encuesta.

Al igual que lo reportado en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM 2003), los servicios de salud de primer nivel de atención continúan siendo los de mayor demanda por la población entrevistada (84.6%), más de la mitad acudió a consulta general (65.2%) y una minoría buscó servicios preventivos asociados a programas de salud reproductiva. Así, 4.1% acudió a detección oportuna de cáncer cérvico-uterino o mamario, 3.5% a control prenatal, 3.1% a planificación familiar y 8.6% demandó otro tipo de servicio de salud (Figura 3.1).

FIGURA 3.1

DEMANDA DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD MÉXICO ENVIM 2006



La demanda de los servicios de salud en el segundo nivel de atención fue baja (15.4%) en comparación con la reportada por la ENVIM 2003 (46.5%). El servicio más solicitado fue medicina interna (4.5%), seguido de urgencias (3.6%) -se ha identificado que 20% de la demanda de atención en este servicio es consecuencia de violencia doméstica, en su mayoría hacia las mujeres² y, por último, ginecobstetricia (3.0%). Un 4.3% de las participantes demandó atención en otros servicios de segundo nivel.

En la Ciudad de México se reportó que 38% de los años de vida saludable (AVISA) perdidos entre las mujeres se debe a la violencia que se ejerce en su contra, y que este problema ocupa el tercer lugar de importancia entre el total de problemas de salud que afectan a la mujer en edad fértil.³ La violencia durante el embarazo se inserta de lleno dentro de la salud reproductiva y debido a que se ha señalado como un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante esta etapa,^{4,5} se investigó sobre antecedentes de embarazo y embarazo actual. Casi el total de las mujeres (90.97%) reportó haber estado embarazada alguna vez en su vida y 8.76% lo estaba al momento de la entrevista.

Además de las lesiones físicas directas, las mujeres maltratadas corren mayor riesgo de sufrir problemas psicológicos⁶ y psicosomáticos⁷ de muy diversa índole, como la depresión. Un 15% de las usuarias del sector salud público en México padece alguna manifestación de malestar emocional y 23% de ellas señalaron sufrir violencia psicológica severa. Estos resultados ponen en evidencia la estrecha asociación que existe entre el malestar emocional generalizado y la violencia de pa-

reja, hecho que se comprueba al ser ésta el detonador más importante para el malestar emocional.⁸ Debido a estos antecedentes es importante investigar más a fondo tal malestar y el consecuente consumo de medicamentos para aliviar los síntomas asociados a este tipo de alteraciones.

Al igual que en la ENVIM 2003, se incluyó la Escala de Salud Personal (ESP) –batería con 10 preguntas para evaluar el malestar emocional,⁹ especialmente diseñada para el tamizaje rápido de problemas de salud mental en clínicas de primer nivel de atención y validada a escala nacional en México.¹⁰ Este instrumento identifica sintomatología asociada a una variedad de desórdenes mentales, incluyendo depresión, ansiedad y trauma.

Al preguntarles sobre cómo consideraban su estado de salud en el último año (Cuadro 3.1) una minoría (2.8%) mencionó muy bueno; (34.6%), bueno; casi la mitad (49.7%), regular, y (12.9%), malo o muy malo. Esto coincide con que más de la mitad (57.5%) de las mujeres reportó algún problema de salud al momento de la entrevista.

CUADRO 3.1**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PERCEPCIÓN DE SU ESTADO DE SALUD
MÉXICO ENVIM 2006**

COMO CONSIDERA SU SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MUY BUENA	30,840	2.8
BUENA	385,201	34.6
REGULAR	553,317	49.7
MALA	123,549	11.1
MUY MALA	19,612	1.8
TOTAL	1,112,519	100.0

Una de cada dos usuarias notificó haber tomado algún medicamento en el último mes, 46.2% mencionó que lo tomaba para calmar el dolor, 9% para calmarse o dormir y 5.8% para no sentirse triste o deprimida (Cuadro 3.2). Estos hallazgos permiten resaltar dos as-

pectos de suma importancia: la alta proporción de mujeres que informó consumir medicamento para calmar el dolor y el hecho de que la mayoría de las entrevistadas tomaban medicamentos desde todos o casi todos los días hasta una a dos veces por semana.

CUADRO 3.2**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE VECES QUE TOMÓ ALGÚN MEDICAMENTO, PARA PODER DORMIR O PARA NO SENTIRSE TRISTE O DEPRIMIDA EN EL ÚLTIMO MES. MÉXICO ENVIM 2006**

NÚMERO DE VECES QUE TOMÓ ALGÚN MEDICAMENTO	PARA CALMARSE %	PARA NO SENTIRSE TRISTE O DEPRIMIDA %
TODOS O CASI TODOS LOS DÍAS	3.0	1.8
UNA O DOS VECES POR SEMANA	1.8	1.2
DE UNA A TRES VECES POR MES	1.6	1.1
MENOS DE UNA VEZ AL MES	3.2	1.7
NUNCA	90.4	94.2

La mayor parte de las entrevistadas declaró sentirse cansada (74.4%), nerviosa, tensa o angustiada (64.3%), triste o afligida (60.4%) y presentaron estos síntomas ocasionalmente; sin embargo, alrededor de 11% dijo sentirse así la mayor parte del tiempo. Una proporción poco menor presentó síntomas de ansiedad (44.5%), insomnio (44.1%), aplanamiento

afectivo (38.8%) o dejó de asistir o hacer bien su trabajo (36.5%), mientras que una minoría declaró sentir que tenía problemas emocionales y que requería atención o ayuda profesional (31.1%), dejó de comunicarse con la gente de la colonia, comunidad o trabajo (25.8%) o dejó de comunicarse o hacer actividades familiares (25.2%). (Cuadro 3.3).

CUADRO 3.3**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO EMOCIONAL DE LAS ENTREVISTADAS EN EL ÚLTIMO MES
México ENVIM 2006**

SÍNTOMA	CASI SIEMPRE %	VARIAS VECES %	POCAS VECES %	NUNCA %	TOTAL
TUVO DIFICULTADES PARA DORMIR	6.7	12.1	25.3	56.0	100
SE ASUSTÓ O ALARMÓ CON FACILIDAD	3.9	11.8	28.7	55.5	100
SE SINTIÓ NERVIOSA, TENSA O ANGUSTIADA	7.8	18.5	38.0	35.6	100
SE SINTIÓ TRISTE O AFLIGIDA	7.3	17.5	35.6	39.6	100
SE SINTIÓ INSATISFECHA DE SUS ACTIVIDADES	3.8	9.2	25.9	61.2	100
SE SINTIÓ CANSADA	16.4	24.9	33.1	25.6	100
DEJÓ DE ASISTIR O HACER BIEN SU TRABAJO	2.9	8.9	24.7	63.5	100
DEJÓ DE COMUNICARSE CON LA GENTE DE LA COLONIA, COMUNIDAD O DEL TRABAJO	2.8	5.8	17.2	74.1	100
DEJÓ DE COMUNICARSE O DE REALIZAR ACTIVIDADES FAMILIARES	2.0	6.4	16.8	74.7	100
SINTIÓ QUE TENÍA PROBLEMAS EMOCIONALES Y QUE REQUERÍAN ATENCIÓN O AYUDA PROFESIONAL	3.8	9.2	18.1	68.9	100

REFERENCIAS

1. Council on Scientific Affairs. Violence against women. Relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992;267(23):3184-9.
2. Híjar MC, Lozano R, Valdez R, Blanco J. Lesiones intencionales como causa de demanda de atención en servicios de urgencia hospitalaria en la Ciudad de México. *Salud Ment* 2002;25(1):35-42.
3. Lozano R. La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de México. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Economía y Salud; 1997.
4. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev Saude Publica* 2004;38(1):62-70.
5. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996;38(5):352-62.
6. Valdez SR, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Ment* 1998;21(6):1-10.
7. Koss MP: The women's mental health research agenda: violence against women. *Am Psychol* 1990;45:374-80.
8. Valdez SR, Juárez RC, Salgado SN, Agoff C, Ávila BL, Híjar MC. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud de México. *Salud Publica Mex* 2006; Vol. 48 Suplemento 2:250-8.
9. Penayo U, Caldera T, Jacobson L. Prevalencia de trastornos mentales en adultos de Subtiava, León, Nicaragua. *Bol Oficina Sanit Panam* 1992;113(2):137-49.
10. Valdez-Santiago R, Salgado de Snyder N. ESP, una escala breve para identificar malestar emocional en la práctica médica de primer nivel: características psicométricas. *Salud Ment* 2004;27:55-62.

CAPÍTULO 4

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD

En esta sección, al igual que en la ENVIM 2003, se exploraron las diferentes formas en que se expresa la violencia en la vida de las mujeres. El propósito es caracterizar estas expresiones a lo largo del ciclo de vida, haciendo énfasis en la relación de pareja actual.

Para la identificación de la violencia en la vida utilizamos la pregunta: ¿Alguna vez ha experimentado en su vida una relación violenta?; 33.3% de las mujeres encuestadas respondieron afirmativamente (Cuadro 4.1).

CUADRO 4.1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EXPERIENCIA DE ALGUNA RELACIÓN VIOLENTA O AGRESIVA EN SU VIDA
MÉXICO ENVIM 2006

RELACIÓN VIOLENTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si	370,093	33.3
No	742,426	66.7
TOTAL	2231	100.0

Es importante enfatizar que el reporte se incrementó en ocho puntos porcentuales, en comparación con la ENVIM 2003, que a la misma pregunta registró 25.8%. Sin embargo, en cuanto a quien perpetró la agresión, no se mostró ningún cambio: los miembros de la familia fueron los principales agresores. Una vez

más la pareja (79.5%) en cualquiera de sus modalidades (esposo, ex esposo, novio, ex novio, concubino, ex concubino) fue el principal agresor de la mujer; cabe resaltar la elevada proporción de novios y ex-novios que se identificaron como agresores (5.2%; Cuadro 4.2).

CUADRO 4.2**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PERSONA CON QUIEN SE EXPERIMENTÓ ALGUNA RELACIÓN VIOLENTA O AGRESIVA EN SU VIDA. MÉXICO ENVIM 2006**

PERSONA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
PAREJA		
NOVIO	2,407	0.7
EX-NOVIO	16,723	4.5
ESPOSO	183,652	49.6
EX-ESPOSOS	73,764	19.9
CONCUBINO	4,514	1.2
EX-CONCUBINO	294,157	3.6
SUBTOTAL		79.5
FAMILIAR		
FAMILIAR	58,282	15.8
MADRASTRA	4,361	1.2
PADRE	53,748	14.5
PADRASTRO	4,512	1.2
HERMANO	16,092	4.4
HERMANA	6,554	1.8
SUBTOTAL	143,549	38.8
OTRO FAMILIAR	25,508	6.9
OTRO NO FAMILIAR	15,535	4.2

La violencia en la infancia ha sido identificada como uno de los predictores más importantes para sufrir otras experiencias de violencia en la vida adulta; es por ello que se ha incluido tanto en la primera encuesta como en la segunda. En todos los análisis realizados con los resultados de la ENVIM 2003, la variable violencia infantil resultó asociada significativamente a la violencia de pareja actual, al malestar emocional y a la severidad de la violencia de pareja actual.^{1,3}

Al analizar la distribución de la frecuencia del maltrato infantil, 37.6% de las entrevistadas reportó que este tipo de violencia sucedía muchas veces.

Como se puede apreciar en el Cuadro 4.3, la violencia hacia las mujeres empieza en edades tempranas en su modalidad de golpes y humillaciones; 29% mencionó ser humillada por algún miembro de la familia y 33.3% informó ser golpeada.

Una vez más el maltrato físico fue reportado con mayor frecuencia que el psicológico. Sin embargo, es necesario llamar la atención respecto a un menor reporte de golpes en la infancia, en comparación con el informe anterior que fue de 42.2%, es decir, una diferencia de nueve puntos porcentuales.*

CUADRO 4.3**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LOS TRATOS QUE RECIBIÓ DE NIÑA, DE SUS PADRES O FAMILIARES
MÉXICO ENVIM 2006**

TIPO DE TRATO CUANDO ERA NIÑA	SI	No	TOTAL
HUMILLACIONES			
PORCENTAJE	29	71	100
FRECUENCIA	323,298	789,221	1,112,519
GOLPES			
PORCENTAJE	33.3	66.7	100
FRECUENCIA	370,142	742,377	1,112,519

**VIOLENCIA DE PAREJA ACTUAL
Y SU CARACTERIZACIÓN**

Como ya se ha mencionado anteriormente, tanto en la ENVIM 2003 como en ésta 2006, la violencia de pareja masculina, en los últimos doce meses, fue el centro de nuestro interés; es por ello que se exploraron los diferentes tipos de violencia, a saber: la violencia física, caracterizada por empujones, sacudidas, jalones, golpes, quemaduras, entre otros, independientemente de la frecuencia de ocurrencia; la violencia emocional, caracterizada por insultos, humillaciones, amenazas; la violencia sexual y la violencia económica. En esta última, se agregaron dos reactivos a la escala con el fin de aumentar su sensibilidad en la medición.

La indagación de la violencia en la pareja actual contempló dos estrategias. La primera fue a través de pregunta directa: En los últimos 12 meses ¿La relación con su novio, esposo, compañero o última pareja es o ha sido violenta? De las mujeres que han tenido pareja 11.6% mencionó haber tenido una relación violenta con su pareja (Cuadro 4.4).

CUADRO 4.4**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE RELACIONES VIOLENTAS
CON EL NOVIO, ESPOSO, COMPAÑERO O ÚLTIMA PAREJA
MÉXICO ENVIM 2006**

RELACIÓN VIOLENTA CON LA PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si	117,986	11.6
No	753,623	74.2
SIN PAREJA	143,831	14.2
NO RESPONDE	790	0.1
TOTAL	1,016,230	100.0

La segunda estrategia de indagación fue la aplicación de la escala diseñada para la ENVIM 2003. A través de este último procedimiento, se calculó una prevalencia de 33.3% de violencia de pareja actual, siendo ésta considerada como la prevalencia real.

En ambas prevalencias observamos diferencias entre los resultados de la ENVIM 2003 y la actual; es decir, a pregunta abierta en 2003 se reportó una prevalencia de 7.7%, y ahora de 11.6%, a través del cálculo hecho con la escala, se pasó de 21.5% a 33.3%. Esta última prevalencia es la que reporta el incremento mayor, pues su elevación es de poco más de diez puntos porcentuales. Al respecto podemos proponer algunas hipótesis de las razones del incremento en el informe por parte de las mujeres entrevistadas:

- a. Las campañas en los medios de comunicación televisivos han tenido un impacto en la difusión del problema de la violencia hacia las mujeres como un delito y no como asunto privado que deba ser resguardado en el anonimato.
- b. El sector salud, en particular la Secretaría de Salud, ha invertido una parte importante de presupuesto del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género en la difusión y promoción de los servicios desarrollados para la atención y apoyo a mujeres maltratadas que sufren violencia. En todos los estados existe hoy un programa estatal de atención a la violencia familiar, que promueve la identificación de mujeres que sufren o han sufrido algún tipo de violencia en su vida; esto ha favorecido una mayor notificación por parte de las usuarias del sector salud.
- c. En este sentido, las mujeres están más acostumbradas a que se les pregunte sobre la violencia en la familia en el ámbito de la atención a la salud, lo cual ha generado mayor apertura para declararla cuando se les pregunta de manera directa y en espacio de confidencialidad, tal como se llevó a cabo el operativo de esta encuesta.

Las diferentes preguntas que se incluyeron en la sección de violencia permitieron construir distintas variables que dan cuenta de la violencia en la vida de las mujeres, según el tipo de perpetrador y el momento de la vida en que sucedió; así, se incluyó la exploración de tres tipos de violencia altamente significativa por el impacto en la salud, tanto física como emocional de las mujeres.

Para estimar la violencia de pareja de por vida, es decir, en cualquier momento de la relación de pareja, aunque aquella hubiese terminado en el momento de aplicar la encuesta, se consideraron aquellas mujeres que vivieron una relación violenta, aunque no fueran los últimos 12 meses: esta prevalencia fue de 42.9%. Para estimar la violencia alguna vez en la vida, la cual alcanzó una prevalencia de 60%, se incluyó a las mujeres que reportaron violencia de pareja actual, o de por vida o que hubieran sido golpeadas o maltratadas por familiares, y la violencia durante la niñez (Cuadro 4.5).

CUADRO 4.5**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EXPRESIÓN DE VIOLENCIA EN DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA
MÉXICO ENVIM 2006**

VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
DE PAREJA ACTUAL	297,750	33.3
DE PAREJA DE POR VIDA	460,652	42.9
VIOLENCIA ALGUNA VEZ EN LA VIDA	667,091	60

Es importante destacar los resultados de la encuesta, por sus implicaciones para la salud pública y para el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género ya que:

3 DE CADA 10 MUJERES SUFRE DE VIOLENCIA DE PAREJA ACTUAL.
4 DE CADA 10 HA SUFRIDO VIOLENCIA DE PAREJA ALGUNA VEZ EN LA VIDA.
6 DE CADA 10 MUJERES HA SUFRIDO DE VIOLENCIA ALGUNA VEZ EN LA VIDA.

En el Cuadro 4.6 se pueden apreciar las prevalencias para cada uno de los tipos de violencia actual: psicológica, 28.5%; física, 16.5%; sexual, 12.7%; y económica, 4.42%.

CUADRO 4.6**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE VIOLENCIA EN LOS 12 MESES PREVIOS A LA ENTREVISTA
MÉXICO ENVIM 2006**

TIPO DE VIOLENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
PSICOLÓGICA	255,300	28.5
FÍSICA	147,605	16.5
SEXUAL	113,460	12.7
ECONÓMICA	39,573	4.4

En el Cuadro 4.7 se presentan los reactivos que se utilizaron para evaluar la violencia psicológica, la cual involucra no sólo su presencia, sino también la frecuencia de los actos evaluados, a saber: nunca, alguna vez, varias veces, y muchas veces. Ésta se caracterizó

a través de humillaciones, menosprecio, celos, amenazas de golpes. En la figura 4.1 se observan los puntajes para cada una de las acciones investigadas en esta sección; la más frecuente fue “se puso celoso”.

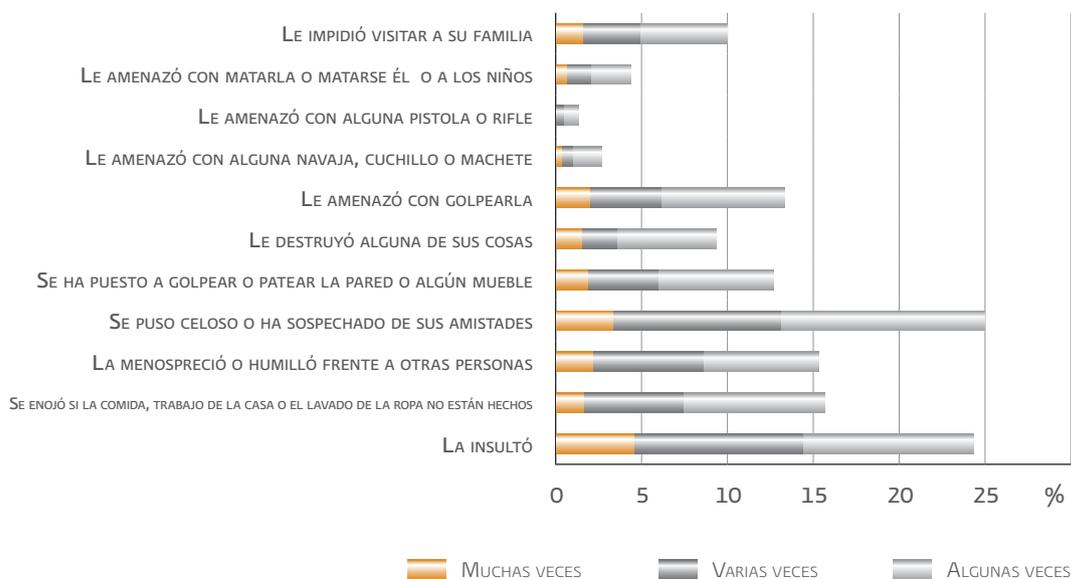
CUADRO 4.7

**VIOLENCIA PSICOLÓGICA DE ACUERDO A LA FORMA EJERCIDA
México ENVIM 2006**

Acción	MUCHAS VECES %	VARIAS VECES %	ALGUNA VEZ %	NUNCA %
LA INSULTÓ	4.6	9.3	9.6	76.5
SE ENOJÓ SI LA COMIDA, TRABAJO DE LA CASA O EL LAVADO DE LA ROPA NO ESTÁN HECHOS	1.1	6.2	8.9	83.8
LA MENOSPRECIÓ O HUMILLÓ FRENTE A OTRAS PERSONAS	2.1	6.4	6.8	84.7
SE PUSO CELOSO O HA SOSPECHADO DE SUS AMISTADES	3.7	9.2	11.5	75.6
SE PUSO A GOLPEAR O PATEAR LA PARED O ALGÚN MUEBLE	1.5	4.7	6.4	87.4
LE DESTRUYÓ ALGUNA DE SUS COSAS	0.8	2.6	5.7	90.9
LE AMENAZÓ CON GOLPEARLA	1.8	4.9	6.4	86.9
LE AMENAZÓ CON ALGUNA NAVAJA, CUCHILLO O MACHETE	0.2	0.6	1.5	97.7
LE AMENAZÓ CON ALGUNA PISTOLA O RIFLE	0.1	0.3	0.7	98.9
LE AMENAZÓ CON MATARLA O MATARSE ÉL O A LOS NIÑOS	0.5	1.1	2.7	95.7
LE IMPIDIÓ VISITAR A SU FAMILIA	1.3	3.6	5.2	89.9

FIGURA 4.1

**CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA
México ENVIM 2006**



Para la evaluación de la violencia física, al igual que la psicológica, se exploran los incrementos graduales iniciando con empujones, sacudidas y jaloneos, hasta golpes con alguna parte del cuerpo o agresiones con armas. Las acciones extremas de violencia son aque-

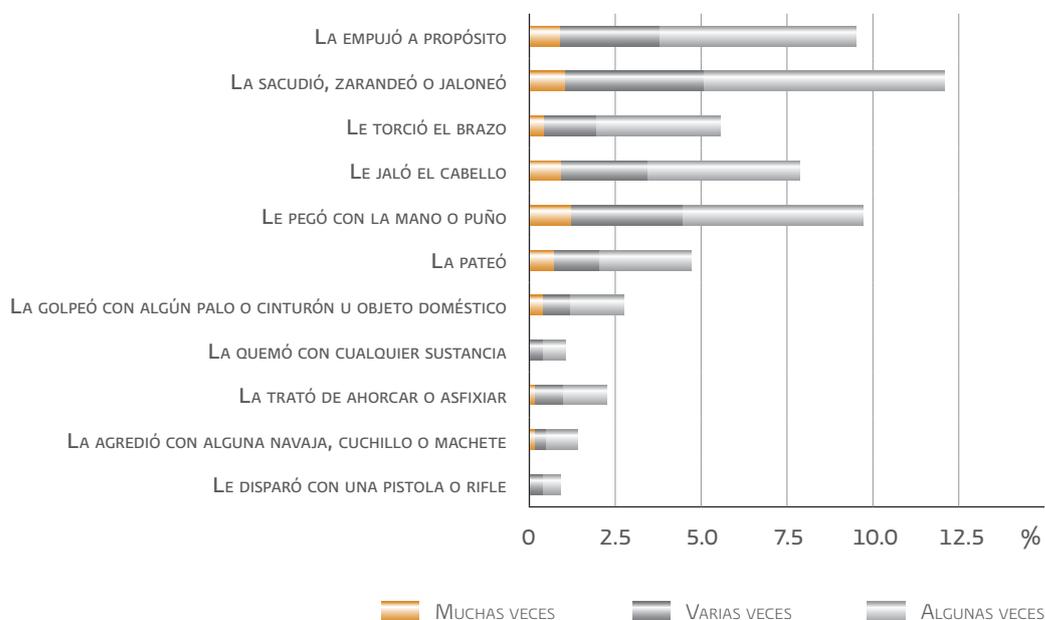
llas donde hay intento de asfixia, ataque con arma de fuego o punzocortante (Cuadro 4.8). En la Figura 4.2 se observan los porcentajes para cada una de las acciones exploradas.

CUADRO 4.8

VIOLENCIA FÍSICA DE ACUERDO A LA FORMA EJERCIDA MÉXICO ENVIM 2006

ACCIÓN	MUCHAS VECES %	VARIAS VECES %	ALGUNA VEZ %	NUNCA %
LA EMPUJÓ A PROPÓSITO	0.8	3.0	5.2	91.0
LA SACUDIÓ, ZARANDEÓ O JALONEÓ	0.9	4.1	6.2	88.9
LE TORCIÓ EL BRAZO	0.4	1.6	3.6	94.3
LE JALÓ EL CABELLO	0.8	2.6	4.5	92.1
LE PEGÓ CON LA MANO O PUÑO	1.0	3.3	4.9	90.8
LA PATEÓ	0.6	1.5	2.6	95.4
LA GOLPEÓ CON ALGÚN PALO O CINTURÓN U OBJETO DOMÉSTICO	0.3	0.8	2.0	96.8
LA QUEMÓ CON CUALQUIER SUSTANCIA	0.0	0.3	0.6	99.0
LA TRATÓ DE AHORCAR O ASFIXIAR	0.1	0.6	1.4	97.8
LA AGREDIÓ CON ALGUNA NAVAJA, CUCHILLO O MACHETE	0.1	0.2	0.8	99.0
LE DISPARÓ CON UNA PISTOLA O RIFLE	0.0	0.2	0.4	99.4

FIGURA 4.2

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA FÍSICA
MÉXICO ENVIM 2006

La violencia económica esta vez fue medida a través de cuatro reactivos: a) la ha amenazado con no darle dinero o quitárselo, b) cuando se enoja le da poco dinero o le ha reducido el gasto, c) le ha dejado de dar dinero para la comida, y d) le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad.

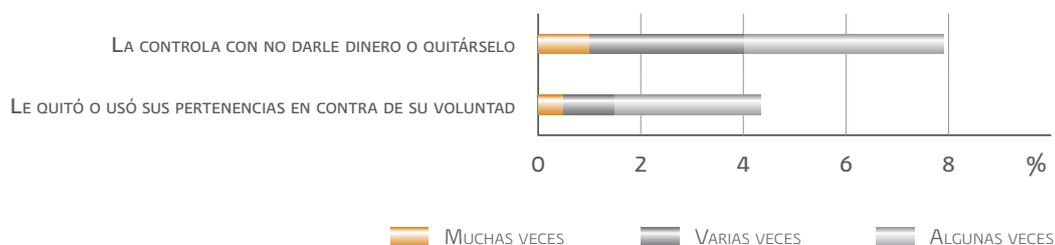
Analizando cada uno por separado, el reactivo que presentó mayor reporte, en algunas de sus frecuencias, fue se enojó y le dio poco dinero para el gasto (9.81%; Cuadro 4.9). En comparación con la encuesta anterior, la prevalencia reportada en el 2003 fue de 5.1% y en 2006 fue de 4.4%.

CUADRO 4.9

VIOLENCIA ECONÓMICA DE ACUERDO A LA FORMA EJERCIDA
MÉXICO ENVIM 2006

Acción	MUCHAS VECES (%)	VARIAS VECES (%)	ALGUNA VEZ (%)	NUNCA (%)
LA CONTROLA CON NO DARLE DINERO O QUITÁRSELO	1.0	3.0	3.6	92.4
SE ENOJÓ Y LE DIO POCO DINERO O GASTO	1.3	3.6	5.1	90.0
LE DEJÓ DE DAR DINERO PARA LA COMIDA	1.5	2.7	4.1	91.7
LE QUITÓ O USÓ SUS PERTENENCIAS EN CONTRA DE SU VOLUNTAD	0.5	1.2	2.7	95.6

FIGURA 4.3

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA ECONÓMICA
MÉXICO ENVIM 2006

La violencia sexual fue evaluada a través de las mismas preguntas del cuestionario anterior, las cuales mostraron ser altamente sensibles. Éstas son:

- la exigencia de tener relaciones sexuales,
- amenazas de irse con otras mujeres si ella no accede a tener relaciones sexuales, y
- el uso de la fuerza física para tener relaciones sexuales (Cuadro 4.10).

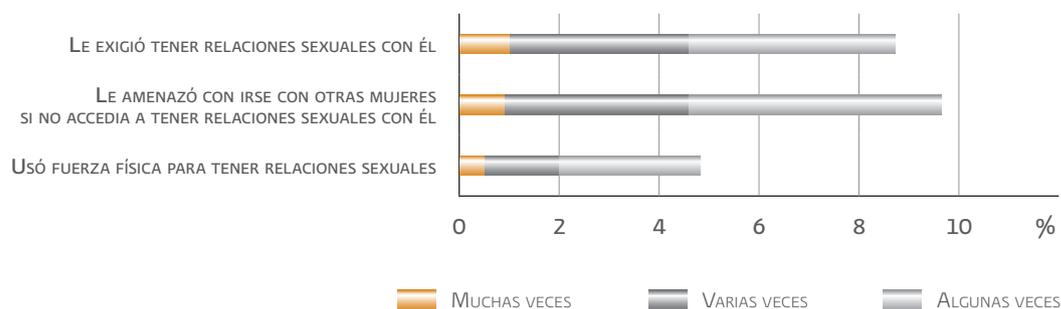
En la Figura 4.4 se observan los porcentajes de cada una de estas tres acciones; la amenaza de irse con otras si la mujer no accede a tener relaciones sexuales fue la de mayor prevalencia (9.05%). Sin embargo, no se debe soslayar que casi 5% de las mujeres señaló que su pareja había usado la fuerza para tener relaciones sexuales al menos una vez en los últimos doce meses, lo que constituye una violación dentro de la relación de pareja.

CUADRO 4.10

VIOLENCIA SEXUAL EJERCIDA POR EL ESPOSO, COMPAÑERO O ÚLTIMA PAREJA

Acción	MUCHAS VECES %	VARIAS VECES %	ALGUNA VEZ %	NUNCA %
LE EXIGIÓ TENER RELACIONES SEXUALES CON ÉL	1.2	3.4	3.7	91.7
LA AMENAZÓ CON IRSE CON OTRAS MUJERES SI NO ACCEDÍA A TENER RELACIONES CON ÉL	1.2	3.5	4.4	90.9
USÓ FUERZA FÍSICA PARA TENER RELACIONES SEXUALES	0.6	1.7	2.6	95.1

FIGURA 4.4

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL
MÉXICO ENVIM 2006LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES EN EL
ESCENARIO ESTATAL

Conocer la distribución estatal en los diferentes indicadores de violencia hacia la mujer es sustancial a manera de diagnóstico nacional y estatal, ya que nos permite identificar aquellos estados en donde las prevalencias de violencia medida son más altas en comparación con los otros. Esto de ninguna manera tiene como objetivo señalar a aquellos que concentran las prevalencias mayores, tras una interpretación sesgada de la realidad, sino que permite focalizar y dirigir las estrategias para el diseño de programas y políticas públicas con base en las necesidades y condiciones específicas de la población.*¹

La prevalencia nacional de violencia de pareja actual fue de 33.3%. Las cinco entidades con mayor prevalencia en orden descendente fueron: el Estado de México (45.6%), Nayarit (39.6%), Quintana Roo (39.6%), Durango (37.6%) y Yucatán (36.2%; Cuadro 4.11). El estado con menor prevalencia fue, igual que en la medición anterior, Aguascalientes (22.8%). Cabe señalar que si bien el estado se mantuvo en el último lugar a escala nacional, su prevalencia se incrementó de 9.4% a 22.8%; es decir, poco más del doble entre una medición y otra*² (Mapa 1).

MAPA 1

**PREVALENCIAS NACIONALES DE VIOLENCIA DE LA PAREJA ACTUAL
MÉXICO ENVIM 2006**



* EN LA ENNVIM, 2003 ESTE PRIMER DIAGNÓSTICO FUE DE GRAN UTILIDAD PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO
* SÓLO APARECEN 31 ESTADOS DE LA REPUBLICA, YA QUE POR LOS CONFLICTOS QUE TUVIERON LUGAR EN EL ESTADO DE OAXACA DURANTE EL 2006 ESTA ENTIDAD FEDERATIVA FUE EXCLUIDA DE LA ENVIM.

CUADRO 4.11

**DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE LA PAREJA ACTUAL SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA
MÉXICO ENVIM 2006**

ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN	ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN
AGUASCALIENTES	22.8	31	MORELOS	28.2	23
BAJA CALIFORNIA	27.6	26	NAYARIT	39.6	2
BAJA CALIFORNIA SUR	33.2	16	NUEVO LEÓN	24.9	28
CAMPECHE	30.9	21	PUEBLA	23.7	29
COAHUILA	30.0	22	QUERÉTARO	33.1	17
COLIMA	34.4	9	QUINTANA ROO	39.1	3
CHIAPAS	32.7	18	SAN LUIS POTOSÍ	26.1	27
CHIHUAHUA	31.5	19	SINALOA	34.9	8
DISTRITO FEDERAL	33.9	11	SONORA	34.2	10
DURANGO	37.6	4	TABASCO	33.8	13
GUANAJUATO	33.9	12	TAMAULIPAS	23.0	30
GUERRERO	27.8	25	TLAXCALA	28.0	24
HIDALGO	31.2	20	VERACRUZ	33.7	14
JALISCO	35.4	6	YUCATÁN	36.2	5
MÉXICO	45.6	1	ZACATECAS	33.4	15
MICHOACÁN	35.2	7	NACIONAL	33.3	

En el Cuadro 4.12 se observa la distribución de la violencia psicológica con la pareja actual, la cual se distribuyó de la siguiente manera en el ámbito nacional:

Estado de México, en primer lugar con 37.9%; Nayarit, 32.7%; Durango, 32.4%; Yucatán y Quintana Roo, 31.6%, y Sinaloa, 31.2% (Cuadro 4.12 y Mapa 2).

MAPA 2

PREVALENCIAS NACIONALES DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA México ENVIM 2006



CUADRO 4.12

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA CON EL NOVIO, ESPOSO O COMPAÑERO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA. México ENVIM 2006

ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN	ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN
AGUASCALIENTES	19.9	29	MORELOS	24.2	23
BAJA CALIFORNIA	24.0	24	NAYARIT	32.7	2
BAJA CALIFORNIA SUR	28.5	18	NUEVO LEÓN	21.6	28
CAMPECHE	26.5	20	PUEBLA	19.3	30
COAHUILA	25.8	22	QUERÉTARO	29.7	11
COLIMA	29.2	16	QUINTANA ROO	31.6	5
CHIAPAS	27.8	19	SAN LUIS POTOSÍ	23.3	25
CHIHUAHUA	29.3	15	SINALOA	31.2	6
DISTRITO FEDERAL	29.4	14	SONORA	30.2	9
DURANGO	32.4	3	TABASCO	30.0	10
GUANAJUATO	28.8	17	TAMAULIPAS	19.1	31
GUERRERO	23.0	26	TLAXCALA	21.9	27
HIDALGO	25.9	21	VERACRUZ	30.4	7
JALISCO	29.7	12	YUCATÁN	31.6	4
MÉXICO	37.9	1	ZACATECAS	29.6	13
MICHOACÁN	30.3	8	NACIONAL	28.8	

La violencia física con la pareja actual se distribuyó de la siguiente manera: en primer lugar, una vez más el Estado de México (25.7%); le siguieron, en segundo lugar, Nayarit (22.9%) y Durango (22.9%); en cuarto

lugar, Quintana Roo (21.8%) en quinto lugar Yucatán (20%), y en el sexto lugar, Sinaloa (19.2%). El estado que se colocó en el último lugar a escala nacional fue Nuevo León, con 9.2% (Cuadro 4.13 y Mapa 3).

MAPA 3

PREVALENCIAS NACIONALES DE VIOLENCIA FÍSICA CON LA ACTUAL PAREJA México ENVIM 2006



CUADRO 4.13

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIOLENCIA FÍSICA CON EL NOVIO, ESPOSO O COMPAÑERO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA. México ENVIM 2006

ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN	ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN
AGUASCALIENTES	10.0	30	MORELOS	11.3	29
BAJA CALIFORNIA	13.3	24	NAYARIT	22.9	2
BAJA CALIFORNIA SUR	17.4	9	NUEVO LEÓN	9.2	31
CAMPECHE	14.9	19	PUEBLA	11.7	28
COAHUILA	15.7	15	QUERÉTARO	15.2	18
COLIMA	17.7	8	QUINTANA ROO	21.8	4
CHIAPAS	15.3	17	SAN LUIS POTOSÍ	12.1	26
CHIHUAHUA	14.9	20	SINALOA	19.2	6
DISTRITO FEDERAL	16.9	11	SONORA	15.3	16
DURANGO	22.9	2	TABASCO	16.2	14
GUANAJUATO	16.7	12	TAMAULIPAS	12.0	27
GUERRERO	14.0	22	TLAXCALA	12.5	25
HIDALGO	13.5	23	VERACRUZ	14.3	21
JALISCO	17.2	10	YUCATÁN	20.0	5
MÉXICO	25.7	1	ZACATECAS	16.6	13
MICHOACÁN	18.7	7	NACIONAL	16.5	

En el Cuadro 4.14 se puede apreciar la distribución descendente de la violencia sexual en la pareja actual en el territorio nacional: Sinaloa (21.2%), Nayarit (19.5%),

Colima (17.3%), Jalisco (17.1%). Michoacán (16.7%). El estado con la prevalencia menor fue Aguascalientes, con 7.1% (Mapa 4).

MAPA 4

PREVALENCIAS NACIONALES DE VIOLENCIA SEXUAL CON LA ACTUAL PAREJA MÉXICO ENVIM 2006



CUADRO 4.14

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIOLENCIA SEXUAL CON EL NOVIO, ESPOSO O COMPAÑERO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO ENVIM 2006

ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN	ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN
AGUASCALIENTES	7.1	31	MORELOS	9.7	25
BAJA CALIFORNIA	11.5	16	NAYARIT	19.5	2
BAJA CALIFORNIA SUR	14.1	9	NUEVO LEÓN	7.3	30
CAMPECHE	10.6	23	PUEBLA	10.7	21
COAHUILA	11.1	19	QUERÉTARO	13.5	11
COLIMA	17.3	3	QUINTANA ROO	10.9	20
CHIAPAS	10.6	22	SAN LUIS POTOSÍ	8.2	28
CHIHUAHUA	11.4	17	SINALOA	21.2	1
DISTRITO FEDERAL	9.3	26	SONORA	12.7	13
DURANGO	15.5	7	TABASCO	15.2	8
GUANAJUATO	12.4	14	TAMAULIPAS	8.2	29
GUERRERO	13.6	10	TLAXCALA	10.1	24
HIDALGO	9.2	27	VERACRUZ	11.3	18
JALISCO	17.1	4	YUCATÁN	11.8	15
MÉXICO	15.7	6	ZACATECAS	12.8	12
MICHOACÁN	16.7	5	NACIONAL	12.7	

La violencia económica con la pareja actual se distribuyó de la siguiente manera, Michoacán (7.9%), Estado de México (7%), Sinaloa (6.8%), Durango (6.5%), Jalisco (6.4%) (Cuadro 4.15). El estado con

la prevalencia menor a nivel nacional fue Nuevo León (1.1%), siete puntos porcentuales por debajo del primer lugar nacional (Mapa 5).

MAPA 5 PREVALENCIAS NACIONALES DE VIOLENCIA ECONÓMICA CON LA ACTUAL PAREJA MÉXICO ENVIM 2006



CUADRO 4.15

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIOLENCIA ECONÓMICA CON EL NOVIO, ESPOSO O COMPAÑERO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO ENVIM 2006

ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN	ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN
AGUASCALIENTES	1.6	30	MORELOS	3.1	20
BAJA CALIFORNIA	4.5	14	NAYARIT	6.3	6
BAJA CALIFORNIA SUR	6.1	7	NUEVO LEÓN	1.1	31
CAMPECHE	2.7	24	PUEBLA	1.6	29
COAHUILA	2.9	23	QUERÉTARO	4.5	13
COLIMA	5.3	10	QUINTANA ROO	2.9	22
CHIAPAS	3.0	21	SAN LUIS POTOSÍ	2.3	25
CHIHUAHUA	4.7	12	SINALOA	6.8	3
DISTRITO FEDERAL	4.5	15	SONORA	4.3	16
DURANGO	6.5	4	TABASCO	5.8	8
GUANAJUATO	5.0	11	TAMAULIPAS	2.1	27
GUERRERO	2.2	26	TLAXCALA	1.8	28
HIDALGO	4.0	17	VERACRUZ	3.6	18
JALISCO	6.4	5	YUCATÁN	3.4	19
MÉXICO	7.0	2	ZACATECAS	5.5	9
MICHOACÁN	7.9	1	NACIONAL	4.4	

En el Cuadro 4.16 se presenta la distribución porcentual de mujeres que sufrieron violencia de pareja de por vida, por entidad federativa. En este tipo de violencia se consideraron aquellas experiencias de violencia de pareja actual o las que ocurrieron hace más de 12 meses con ésta o con otras parejas que la mujer haya tenido. Su dis-

tribución fue la siguiente: Estado de México (50.4%), Nayarit (48.5%), Chiapas (46.7%), Durango (46.9%), Quintana Roo (46.2%). El estado con la prevalencia menor en el país fue Aguascalientes (33.4%), 17 puntos porcentuales por abajo del primer lugar nacional y casi 10% menos que la prevalencia nacional (Mapa 6).

MAPA 6

PREVALENCIAS NACIONALES DE VIOLENCIA DE PAREJA DE POR VIDA México ENVIM 2006



CUADRO 4.16

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA DE POR VIDA CON EL NOVIO, ESPOSO O COMPAÑERO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO ENVIM 2006

ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN	ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN
AGUASCALIENTES	33.4	31	DURANGO	46.6	4
BAJA CALIFORNIA	42.4	17	GUANAJUATO	41.5	21
BAJA CALIFORNIA SUR	41.2	23	GUERRERO	44.2	10
CAMPECHE	42.6	16	HIDALGO	38.3	27
COAHUILA	40.4	24	JALISCO	41.5	20
COLIMA	44.7	8	MÉXICO	50.4	1
CHIAPAS	46.7	3	MICHOACÁN	44.4	9
CHIHUAHUA	41.2	22	MORELOS	42.1	18
DISTRITO FEDERAL	44.8	7	NAYARIT	48.5	2

CUADRO 4.16

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE PAREJA DE POR VIDA CON EL NOVIO, ESPOSO O COMPAÑERO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO ENVIM 2006

ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN	ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN
NUEVO LEÓN	34.2	30	TABASCO	43.7	11
PUEBLA	38.6	26	TAMAULIPAS	34.9	29
QUERÉTARO	36.1	28	TLAXCALA	43.2	13
QUINTANA ROO	46.2	5	VERACRUZ	45.7	6
SAN LUIS POTOSÍ	40.3	25	YUCATÁN	41.9	19
SINALOA	42.9	15	ZACATECAS	43.0	14
SONORA	43.4	12	NACIONAL	42.9	

Los cinco estados con mayor prevalencia de algún tipo de violencia alguna vez en la vida fueron: Nayarit (69.8%), Estado de México (67.8%), Veracruz (65.1%), Distrito Federal (64.9%) y Chiapas (64.6%).

El estado con la prevalencia menor en el país fue Tamaulipas (48.6%), 11 puntos porcentuales por debajo de la prevalencia nacional y 21 puntos porcentuales menos que el primer lugar nacional (Mapa 7).

MAPA 7

PREVALENCIAS NACIONALES DE VIOLENCIA DE PAREJA ALGUNA VEZ EN LA VIDA MÉXICO ENVIM 2006



VIOLENCIA DURANTE EL EMBARAZO

La violencia durante el embarazo ha sido un problema de salud ampliamente estudiado, que empezó a explorarse hacia finales de la década de los setenta y principios de los ochenta, principalmente en países desarrollados como Estados Unidos de América y Canadá. Algunos informes que dan cuenta de las publicaciones sobre el tema muestran una variación en la prevalencia que fluctúa entre 0.9% y 20.1%, según el tipo y la edad de la población estudiada.⁴ Se ha documentado ampliamente que la violencia en contra de la mujer embarazada tiene efectos adversos en la salud de la madre y del producto; por ejemplo, una agresión física o sexual que implique traumas abdominales puede provocar desprendimiento prematuro de placenta, el cual según el tiempo de gestación, podría llevar a la pérdida del embarazo; la precipitación del parto o el nacimiento de un bebé de bajo peso.^{5,6} Otras consecuencias posibles de los traumas abdominales incluyen fracturas fetales; la ruptura del útero, hígado o bazo de la madre; fracturas de la pelvis y hemorragias antes del parto.⁷

Es importante considerar que los efectos del maltrato durante el embarazo no sólo producen lesiones físicas, sino que además, impactan en la salud mental de quien la padece. La mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento social, suicidio o intentos reiterados de suicidio y homicidio. En este último aspecto, se ha demostrado que los factores de riesgo de homicidio son más altos entre las mujeres maltratadas durante el embarazo, que entre las mujeres de las que se abusó en el año previo a la gestación.⁸

En México este problema se empezó a estudiar en 1996 y desde entonces a la fecha se han realizado algunos estudios que demuestran su alta prevalencia, sus consecuencias en la salud (de la madre y de su bebé) y el desconocimiento generalizado del personal de salud, quienes generalmente no lo contemplan como riesgo reproductivo para la salud de la mujer embarazada.^{10,11} Es por ello que la mayoría de las mujeres en gestación que sufren violencia pasan inadvertidas en los servicios de atención prenatal u otros servicios de salud a los que acuden.¹²

En la ENVIM 2006, se incluyeron algunas preguntas que permitieron dar cuenta de las características, tipos y consecuencias de la violencia hacia las mujeres embarazadas. Del total de las mujeres encuestadas, 38.85% de las mujeres refirió que en alguno de sus embarazos sufrió algún tipo de maltrato. La violencia se expresó como humillaciones (12.74%) y golpes (9.41%). Sin embargo, dadas las implicaciones que en sí mismo tiene la violación aunada al hecho de estar embarazada, hay que señalar que muchas mujeres refirieron ser obligadas a tener relaciones sexuales por su pareja (8.43%).

De las mujeres que alguna vez han estado embarazadas, 5% reportó haber sido golpeada o pateada en el abdomen mientras estuvo embarazada. Su estado no evitó golpes o patadas en el abdomen, por lo que continuaron siendo víctimas de la violencia durante este periodo altamente vulnerable; así, 43.48% de las mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo refirió que ésta se mantuvo igual que antes de embarazarse, el 39.4% de las mujeres dijo que el maltrato empeoró y sólo en 13.9% de los casos disminuyó la violencia. En la mayoría de los casos el agresor fue el padre del bebé (96.5%), seguido por el padre de la mujer (3.12%).

OTRAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA FÍSICA Y SEXUAL A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA

En la ENVIM 2006 se consideró importante incluir un apartado sobre la exploración de la violencia física y sexual por parte de otros agresores sin incluir a la pareja. El 7% de las entrevistadas refirió que ha sido víctima de violencia física por otras personas, además de

su última pareja. Los principales agresores son los diferentes hombres de la familia: el padre, padrastro u otro (3.7%). La madre, madrastra u otra mujer de la familia se mencionó en 2.3% de los casos (Cuadro 4.17).

CUADRO 4.17

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PERSONA QUE LA GOLPEÓ DURANTE EL EMBARAZO
MÉXICO ENVIM 2006**

AGRESOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE* %
NADIE	1,037,524	93.26
HOMBRE DE LA FAMILIA		
PADRE	17,665	1.6
PADRASTRO	2,318	0.2
OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA (HOMBRE)	21,056	1.9
SUBTOTAL	41,039	3.7
MUJER DE LA FAMILIA		
MADRE	15,539	1.3
MADRASTRA	630	0.1
OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA (MUJER)	9,963	0.9
SUBTOTAL	26,132	2.3
SUEGRO O SUEGRA	5,102	0.4
OTRO	19,937	1.8

* SE CONSIDERARON HASTA TRES RESPUESTAS POSIBLES

También se preguntó sobre las experiencias de violencia sexual en la infancia (antes de los 15 años de edad) y en la vida adulta (después de los 15 años). El abuso sexual en la infancia se declaró en 13.3%. El principal agresor fue un hombre de la familia diferente del padre o padrastro (45.9%). El 2.2% de las entrevistadas refirió haber sido violada fuera de la relación de pareja después de los 15 años de edad, el agresor más frecuente fue otro hombre de la familia diferente del padre o padrastro (23.7%), seguido de un desconocido (22.5%).

Se construyó una variable en la que se incluyó a todas las mujeres que hubieran sufrido violencia sexual alguna vez por parte de su novio, esposo, compañero o última pareja o cualquier otro hombre no familiar, ya sea en la infancia, durante el embarazo o después de los 15 años; es decir, todas las posibilidades de violencia sexual; a ésta le denominamos violencia de por vida. La prevalencia nacional fue de 25.2% con los niveles más altos en el estado de Nayarit (Cuadro 4.18).

CUADRO 4.18

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIOLENCIA SEXUAL DE POR VIDA, SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO ENVIM 2006

ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN	ENTIDAD	PORCENTAJE %	ORDEN
AGUASCALIENTES	19.9	29	MORELOS	24.0	19
BAJA CALIFORNIA	27.5	8	NAYARIT	33.8	1
BAJA CALIFORNIA SUR	25.3	14	NUEVO LEÓN	19.0	31
CAMPECHE	25.7	11	PUEBLA	24.2	18
COAHUILA	21.1	26	QUERÉTARO	25.4	13
COLIMA	29.1	4	QUINTANA ROO	23.3	21
CHIAPAS	23.1	24	SAN LUIS POTOSÍ	20.8	28
CHIHUAHUA	22.9	25	SINALOA	31.7	2
DISTRITO FEDERAL	26.3	9	SONORA	25.8	10
DURANGO	25.5	12	TABASCO	29.8	3
GUANAJUATO	24.3	17	TAMAULIPAS	19.8	30
GUERRERO	24.6	15	TLAXCALA	23.1	22
HIDALGO	23.1	23	VERACRUZ	23.6	20
JALISCO	28.1	7	YUCATÁN	20.9	27
MÉXICO	28.8	5	ZACATECAS	24.5	16
MICHOACÁN	28.4	6	NACIONAL	25.2	

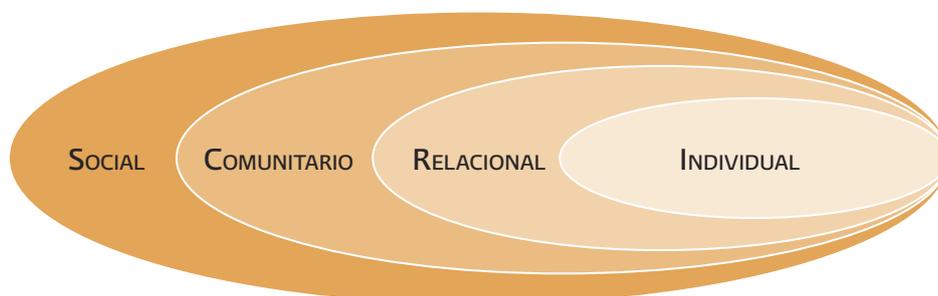
ALGUNOS FACILITADORES DE LA VIOLENCIA

El estudio de la violencia desde la mirada de la salud pública se aborda como un problema multifactorial y multicausal; esto significa que influyen factores diversos, tales como la existencia de ambientes inseguros, la presencia de factores de riesgo social, comunitarios e individuales asociados con este fenómeno, y el cómo la sociedad se organiza para dar una respuesta. Este último aspecto es sustancial para el sector salud ya que se contempla desde la atención a las consecuencias físicas y emocionales de la violencia hasta el de los mecanismos de protección y prevención que ofrecen otros actores sociales.

Si bien existen varias propuestas teóricas para el entendimiento de la violencia hacia las mujeres, una de las más socorridas en el ámbito de la salud pública es, sin duda, el modelo ecológico. Este modelo fue introducido a finales de los años setenta; se utilizó inicialmente en el estudio del maltrato a menores y posteriormente en el de la violencia juvenil. En fechas recientes se ha usado para comprender la violencia de pareja;¹³ el modelo explora la relación entre factores individuales y contextuales, y considera la violencia como el producto de muchos niveles de influencia sobre el comportamiento. Estos niveles son el individual, relacional, comunitario y social (Figura 4.5).

FIGURA 4.5

MODELO ECOLÓGICO PARA LA COMPRESIÓN DE LA VIOLENCIA



FUENTE: OMS 2002

A partir de esta propuesta teórica conceptual, en la ENVIM 2003 y 2006 se incluyeron en el cuestionario algunas preguntas que contribuyen al entendimiento de la violencia hacia la mujer tomando en cuenta los siguientes ámbitos:

1. Individual. Estas variables ya se han analizado en la primera parte del presente capítulo.
2. Relacional (de pareja). En esta categoría se incluyeron variables sobre el régimen matrimonial, parejas anteriores a la actual, percepción hacia los roles de género.
3. Consumo de alcohol y problemas a causa de su consumo.
4. Condición de hablar, o no, lengua indígena.

RELACIÓN DE PAREJA Y RÉGIMEN MATRIMONIAL

El 57% de las mujeres entrevistadas informaron estar casadas. Tanto en la ENVIM 2003 como en la 2006 las mujeres usuarias de los servicios de salud casados, reportaron estar bajo el régimen de bienes mancomunados (73% y 70%, respectivamente), lo cual es consistente con lo que pasa a escala nacional. Lo que resalta es que una de cada cinco mujeres no sabe el acuerdo matrimonial bajo el cual se casó.

El antecedente de tener parejas anteriores a la actual es un factor que se ha asociado a la violencia contra la mujer. En esta encuesta se exploró si la participante ya se había casado antes o había vivido en unión libre, tomando este dato como el número de parejas anteriores a la actual. Cuatro de cada cinco mujeres no tuvieron pareja anterior a la actual; esta prevalencia se modificó de la ENVIM 2003 a la 2006: en la primera, 13.5% sí habían tenido pareja anterior, mientras que en la segunda, éstos fueron 19%. El motivo por el cual

dejaron a su pareja anterior fue principalmente, por el maltrato o golpes (27%), porque tenía otra mujer (21%), adicto a las drogas o al alcohol (7%) o no le daba dinero para el gasto (6%).

Acerca del número de años que ha vivido con su esposo, compañero o última pareja, 23% tenía 26 o más años, y una minoría (6.7%) mencionó desde meses hasta un año (Cuadro 4.19).

CUADRO 4.19

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL NÚMERO DE AÑOS QUE HA VIVIDO CON SU ESPOSO, COMPAÑERO O ÚLTIMA PAREJA. MÉXICO ENVIM 2006

TIEMPO DE VIVIR CON LA PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
HASTA 1 AÑO	55,418	6.7
2 A 5 AÑOS	122,364	14.9
6 A 10 AÑOS	146,842	17.8
11 A 15 AÑOS	124,368	15.1
16 A 20 AÑOS	104,844	12.7
21 A 25 AÑOS	80,398	9.8
MÁS DE 26 AÑOS	189,060	23.0
TOTAL	823,294	100.0

Otra área importante que se explora en esta encuesta trata sobre los roles de género. El problema de la violencia contra las mujeres y la ubicación de sus raíces deben ser abordadas desde una perspectiva de género, esto es, desde un enfoque que parta de cuestionar la desigualdad social existente entre hombres y mujeres, y busque en dicha inequidad las causas fundamentales del problema.¹⁴ En este sentido, 27%

de las mujeres estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo con que una buena esposa obedece a su esposo aun si ella no está de acuerdo con él; 22.5%, con que el hombre debe mostrar a su esposa o pareja quién es el que manda; y 8%, con que es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aun si ella no quiere (Cuadro 4.20).

CUADRO 4.20**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PERCEPCIÓN HACIA LOS ROLES DE GÉNERO
MÉXICO ENVIM 2006**

PERCEPCIÓN	TOTALMENTE DE ACUERDO %	DE ACUERDO %	MÁS O MENOS %	EN DESACUERDO %	TOTALMENTE EN DESACUERDO %
UNA BUENA ESPOSA OBEDECE A SU ESPOSO AÚN SI ELLA NO ESTÁ DE ACUERDO CON ÉL	7.2	20.2	9.6	43.7	19.3
EL HOMBRE DEBE MOSTRAR A SU ESPOSA O PAREJA QUIÉN ES EL QUE MANDA	5.4	17.1	8.3	47.6	21.6
EN SU OPINIÓN, ES OBLIGACIÓN DE LA ESPOSA TENER RELACIONES SEXUALES CON SU ESPOSO AÚN SI ELLA NO QUIERE	1.5	6.2	4.9	58.9	28.4

Acerca de las circunstancias en las cuales los hombres tenían derecho a pegarle a su esposa, ellas mencionaron: cuando él descubra que ella le es infiel (17.9%); cuando él sospeche que ella le es infiel (10.9%), o cuando ella le falte al respeto (10%). Respecto de las circunstancias en las cuales ellas consideran que una mujer casada puede negarse a tener relaciones sexuales con su esposo, mencionaron: si ella no lo desea (82%), si él está ebrio (89%) o si ella está enferma (93%).

CONSUMO DE ALCOHOL Y PROBLEMAS A CAUSA DE SU CONSUMO

El uso, abuso y dependencia a las bebidas alcohólicas constituyen un grave problema de salud pública y tienen, además, importantes consecuencias negativas que trascienden el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad.¹⁵

Diversos estudios y sistemas de información y vigilancia dan cuenta de la magnitud y las tendencias del uso y abuso de tales sustancias en nuestro país, lo que ha permitido establecer que el abuso de bebidas

alcohólicas y el alcoholismo constituyen nuestra problemática más importante, seguida por el tabaquismo y el consumo de otras sustancias psicoactivas.¹⁵

Existen diversas variables que se documentan como asociadas de manera estadísticamente significativamente al problema de la violencia; entre las más frecuentes se menciona al alcohol: a mayor frecuencia de consumo de alcohol por la pareja, mayor prevalencia de violencia. Recordemos que el alcohol no es la causa, sino que la conducta violenta se asocia estadísticamente al abuso del alcohol como parte de una red causal mucho más compleja.¹⁶

En la encuesta se obtuvo información de la frecuencia de consumo de alcohol, tanto por parte de las parejas como de las mujeres. Se documentaron diferencias importantes de consumo de alcohol: los hombres consumen en una mayor proporción (86%), comparados con las mujeres (16%). El 56% de las mujeres reportaron que sus parejas consumen alcohol, la mayoría de ellas (46%) reportó que sus parejas beben ocasionalmente, menos de una vez al mes (Cuadro 4.21).

CUADRO 4.21**DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL DE LAS ENTREVISTADAS Y SU ÚLTIMA PAREJA. MÉXICO ENVIM 2006**

CONSUMO DE ALCOHOL	MUJERES		HOMBRES	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE %	FRECUENCIA	PORCENTAJE%
NO o NUNCA HA TOMADO	929,450	83.5	111,771	13.6
OCASIONALMENTE, MENOS DE UNA VEZ AL MES	154,697	13.9	375,086	45.6
UNA A TRES VECES AL MES	16,913	1.5	133,641	16.2
UNA A DOS VECES POR SEMANA	9,639	0.9	145,763	17.7
TODOS O CASI TODOS LOS DÍAS	1,531	0.1	46,403	5.6
NO RESPONDE	289	0.0	6,501	0.8
NO SABE			4,129	0.5
TOTAL	1,112,519	100.0	823,294	100.0

Tanto en la ENVIM 2003 como en la 2006, el porcentaje de consumo de alcohol por parte de las parejas continúa siendo elevado (85% y 86%, respectivamente).

En la presente encuesta se encontró que cuando la pareja consume alcohol es más frecuente que se presente algún tipo de problema que cuando las mujeres son las consumidoras (19% y 6%, respectivamente). Los problemas a causa del consumo de alcohol de las parejas son principalmente de tipo familiar (15%) y económico (13%).

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA Y SI LA MUJER HABLA LENGUA INDÍGENA

La población mexicana se distingue a lo largo de la historia por su diversidad étnica. De acuerdo con estimaciones recientes del Consejo Nacional de Población, en febrero de 2000 habitaban en el país 12.7 millones de personas indígenas. La violencia se debe de estudiar en mujeres de poblaciones específicas, ya

que esto nos permitirá hacer comparaciones entre mujeres de diversos grupos respecto de la población en general, con el fin de conocer si existen grupos de mujeres en mayor riesgo de sufrir violencia.

El 5% de las usuarias de los servicios de salud hablan alguna lengua indígena. De éstas, 31% declaró violencia de pareja actual; 44%, violencia de pareja de por vida, y 60%, violencia alguna vez en la vida. Esto nos permite concluir que las mujeres hablantes de una lengua indígena también son una población vulnerable a la violencia de pareja. Cabe señalar que esta población en la encuesta está subrepresentada, ya que el objetivo de la ENVIM 2006 fue explorar el fenómeno en las usuarias de los servicios públicos de salud, a los que las mujeres indígenas tienen dificultades de acceso. Un análisis específico de la violencia contra las mujeres en algunos grupos indígenas se publicó en 2008, en la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI, 2008)¹⁷ realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública.

REFERENCIAS

1. Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de Snyder VN, Agoff C, Ávila-Burgos L, Híjar MC. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud Publica Mex* 2006; 48 supl 2:S250-8.
2. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina MC, Salgado-de Snyder VN, Rivera-Rivera L, Ávila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para la medición de la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex* 2006;48 supl 2:221-31.
3. Ávila-Burgos L, Valdez R, Híjar MC, Juárez C, Olaiz G, Del Río A. Factors Associated with Severity of Intimate Partner Abuse in Mexico: Results of the First National Survey of Violence Against Women. 2008. En prensa.
4. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 1996 Jun 26; 275(24):1915-20.
5. Bullock LF, McFarlane J. The birth-weight/battering connection. *Am J Nurs* 1989;89(9):1153-5.
6. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstet Gynecol* 1994;84:323-8.
7. Sammons MN. Battered and pregnant. *Am J Maternal Child Nurs* 1981;6:246-50.
8. Silva C, McFarlane J, Soeken K, Parker B, Reel S. Symptoms of post traumatic stress disorder in abused women in a primary care setting. *J Wom Health* 1997;6(5):543-52.
9. Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Publica Mex* 1996; 38(5):352-62.
10. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Publica Mex* 2006; 48 supl 2:S239-49.
11. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. *Salud Publica Mex* 2004;46(1):56-63.
12. Rodriguez MA, Szkupinskin S, Bauer HM. Breaking the silence. Battered womens perspectives on medical care. *Arch Fam Med* 1996;5:153-8.
13. Heise L. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women* 1998; 4:262-90.
14. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA; 2006.
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México, DF: Diario Oficial de la Federación; 15 de septiembre de 2000.
16. Castro R, Ríquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):135-46.
17. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas. Cuernavaca, Mor. México. 2008.

CAPÍTULO 5

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES
Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD
Y EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD Y EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La violencia familiar y de género repercute de manera importante en la salud de las mujeres. Sus manifestaciones incluyen alteraciones tanto de la salud física como de la salud mental y emocional, que pueden ser desde moderadas hasta extraordinariamente graves; llevando inclusive a la muerte.

La atención de las lesiones ocasionadas por la violencia contra la mujer puede llegar a requerir el uso de servicios médicos, formales o informales, y en ocasiones las afectadas recurren a la automedicación. Este capítulo presenta la prevalencia de lesiones que sufren las mujeres entrevistadas en la ENVIM 2006 a consecuencia de la violencia de pareja actual. El análisis hace énfasis en la pérdida de la salud física y sus repercusiones en términos de utilización de servicios de salud.

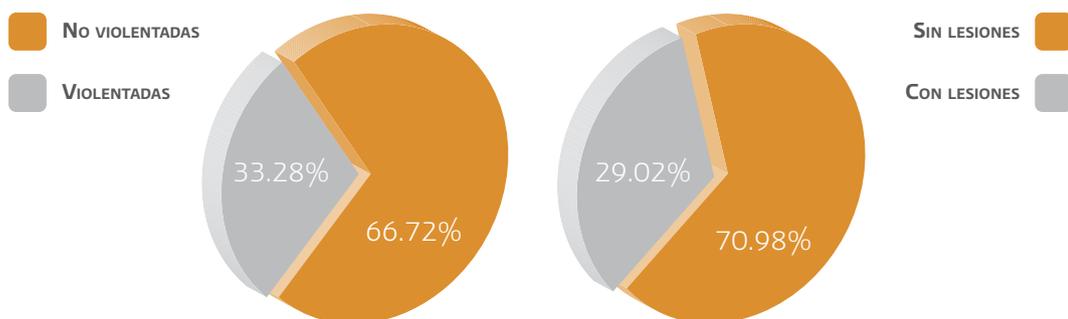
Asimismo, se incluye un apartado sobre los factores asociados la presencia de violencia de pareja concretamente, se explora la relación entre violencia y el consumo de alcohol y drogas. Por último, se presenta una breve descripción respecto de la búsqueda de apoyo de las entrevistadas ante situaciones de violencia de pareja. Cada uno de estos apartados incluye un análisis comparativo con los resultados obtenidos en la ENVIM 2003.

LESIONES Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Tres de cada diez mujeres (29%) que refirieron haber vivido violencia de pareja en los últimos doce meses sufrieron alguna lesión o daño como consecuencia de ésta (Figura 5.1).

FIGURA 5.1

PROPORCIÓN DE MUJERES VIOLENTADAS QUE HA PRESENTADO LESIONES MÉXICO ENVIM 2006



El 76% de las mujeres que reportaron haber tenido alguna lesión o daño a consecuencia de la violencia de pareja, tuvieron moretones, comparativamente con el 2003 el número de mujeres con esta lesión se aumentó en 8 puntos porcentuales. Le siguieron en frecuencia las mujeres que informaron dolores en el cuerpo por algunos días (70%) y las que notificaron desmayos o la pérdida de la conciencia (11%), lesiones para las cuales también se aumentó la proporción de casos en 26.8% y 1.7% respectivamente con relación a lo documentado en 2003. Las lesiones que se presentaron con menor frecuencia fueron las quemaduras (1%) y la pérdida del uso de la función física de alguna parte de su cuerpo (3.4%), las cuales se mantuvieron estables con relación al 2003.¹

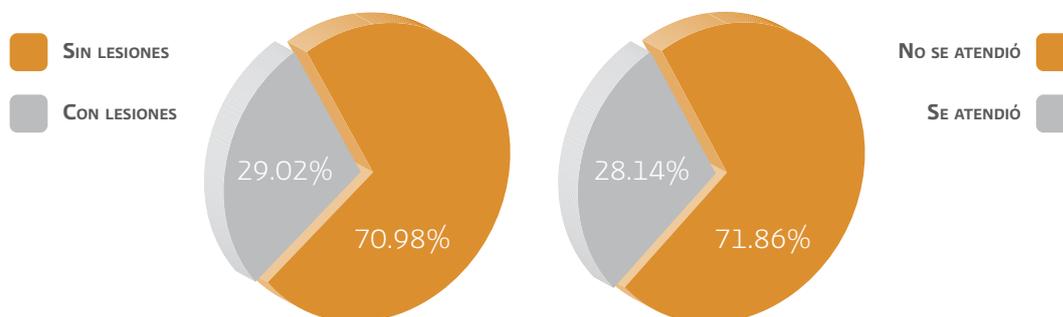
Respecto de las lesiones clasificadas como más severas, 1.2% de las mujeres con lesiones por violencia de pareja refirió haber tenido alguna fractura en el último año, 1% dijo haber sufrido quemaduras y 5.6% mencionó alguna cortada que requirió de sutura. Asimismo,

9.1% manifestó haber tenido algún sangrado vaginal o anal como consecuencia de la violencia sexual. El 3.8% de las mujeres que sufrió algún tipo de lesiones señaló haber requerido hospitalización y 0.7% indicó haber sido intervenida quirúrgicamente (Cuadro 5.1). El promedio de lesiones en el último año fue de tres. El 0.2% (n=164) informó haber tenido una lesión, 19.1% (n=16 471) dos, 60.4% (n=52 194) tres y el 20% restante cuatro o más lesiones.

En la Figura 5.2 se observa que 28.14% de la mujeres con lesiones o daño ocasionados por la violencia por parte de su pareja hizo uso de servicios de salud (formales o no) para la atención de éstos. La utilización de servicios de salud está estrechamente relacionada con la gravedad de la lesión.

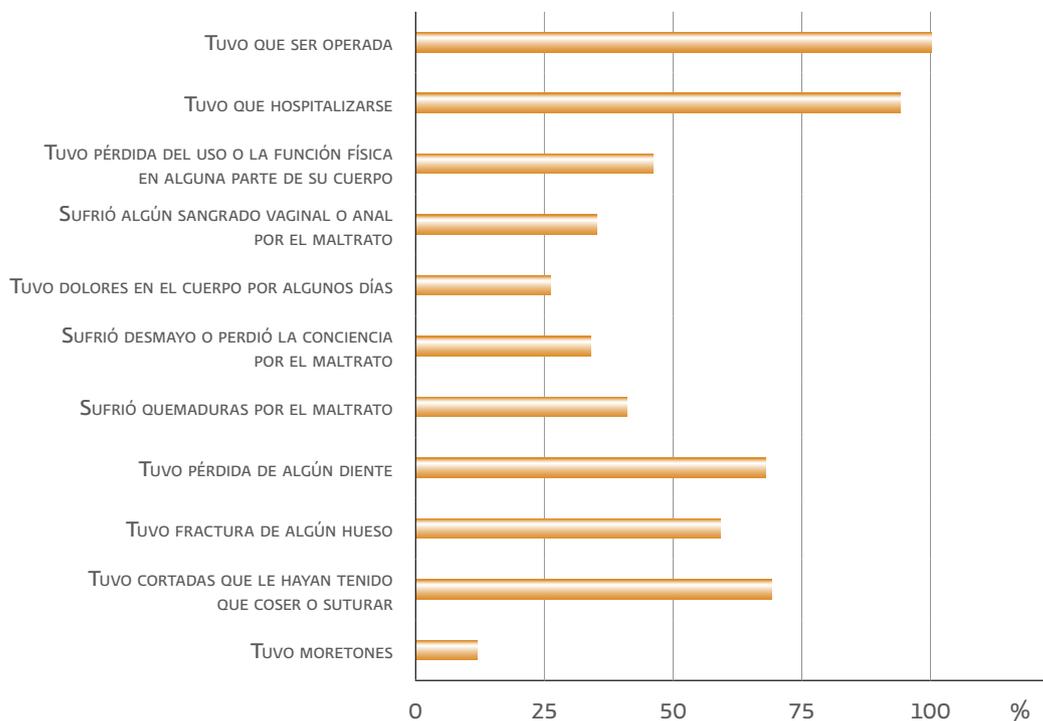
FIGURA 5.2

**PROPORCIÓN DE MUJERES LESIONADAS POR VIOLENCIA FAMILIAR Y USO DE SERVICIOS DE SALUD
MÉXICO ENVIM 2006**



A pesar de requerir, por el tipo de lesión, una revisión médica no todas las mujeres afectadas buscaron atención. El 58.7% de las que declararon alguna quemadura no fue atendida (Figura 5.3). Esta proporción fue de 66.3% para las que refirieron desmayos, 53.6% para las que mencionaron pérdida de alguna función física y 31.5% para las que sufrieron alguna cortada que, según su propio reporte, ameritaba sutura. Es de llamar la atención que 40.6% de las mujeres que refirieron alguna fractura no se atendieron, mientras que 6% no lo hizo, aunque desde su percepción, ameritaban hospitalización. Al realizar el comparativo con lo encontrado en la ENVIM 2003¹ observamos un comportamiento diferencial en la utilización de servicios por tipo de lesión. Por un lado, hubo un incremento en la utilización de servicios de salud por parte de aquellas que señalaron haber sufrido alguna cortada (2.5%), por dolores en el cuerpo (2.8%), o quemaduras (4.3%).

Contrariamente, se registró una disminución de 7.6% en el uso de servicios en las mujeres que mencionaron fracturas; para las que refirieron desmayos la reducción fue de 4.5%; por pérdida en la función física en alguna parte de su cuerpo, de 26.6%; de 5.5% para las que informaron sangrado vaginal o anal (Figura 5.3 y Cuadro 5.1). La reducción en la utilización de servicios de salud para la atención de las lesiones constituye una limitante de consideración para que los sistemas de salud puedan dar respuesta oportuna, pues representa la pérdida de una gran oportunidad para que el personal de salud pueda identificar y buscar soluciones a la problemática de las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja.²

FIGURA 5.3**PROPORCIÓN DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR TIPO DE LESIÓN OCASIONADA POR LA PAREJA EN EL ÚLTIMO AÑO. MÉXICO ENVIM 2006****CUADRO 5.1****DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN INSTITUCIÓN A LA QUE ACUDIÓ PARA ATENDERSE LAS CONSECUENCIAS OCASIONADAS POR EL MALTRATO QUE SUFRÍO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES ENVIM 2006, MÉXICO**

LAS MUJERES ENTREVISTADAS Y SU ÚLTIMA PAREJA. MÉXICO ENVIM 2006	INSTITUCIÓN QUE LA ATENDIÓ				TOTAL
	HOSPITAL O CENTRO DE SALUD	PARTICULAR	PARTERA/CURANDERO	NO SE ATENDIÓ	
TUVO MORETONES					
FRECUENCIA	5, 585	1, 772	572	57, 533	65, 462
PORCENTAJE %	8.5	2.7	0.9	87.9	100
TUVO CORTADAS QUE LE HAYAN TENIDO QUE COSER O SUTURAR					
FRECUENCIA	2, 518	728	43	1, 515	4, 804
PORCENTAJE %	52.4	15.2	0.9	31.5	100

CUADRO 5.1 (CONTINUACIÓN)

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN INSTITUCIÓN A LA QUE ACUDIÓ PARA ATENDERSE LAS CONSECUENCIAS OCASIONADAS POR EL MALTRATO QUE SUFRIÓ EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES ENVIM 2006, MÉXICO

LAS MUJERES ENTREVISTADAS Y SU ÚLTIMA PAREJA. MÉXICO ENVIM 2006	INSTITUCIÓN QUE LA ATENDIÓ				
	HOSPITAL O CENTRO DE SALUD	PARTICULAR	PARTERA/ CURANDERO	No se ATENDIÓ	TOTAL
TUVO FRACTURA DE ALGÚN HUESO					
FRECUENCIA	1, 720	239	173	1, 455	3, 587
PORCENTAJE %	48.0	6.7	4.8	40.6	100
TUVO PÉRDIDA DE ALGÚN DIENTE					
FRECUENCIA	1, 357	1, 025	32	1, 115	3, 529
PORCENTAJE %	38.5	29	0.9	31.6	100
SUFRIÓ QUEMADURAS POR EL MALTRATO					
FRECUENCIA	334	35	---	525	894
PORCENTAJE %	37.4	3.9	---	58.7	100
SUFRIÓ DESMAYO O PERDIÓ LA CONCIENCIA POR EL MAL- TRATO					
FRECUENCIA	2, 381	604	215	6, 282	9, 482
PORCENTAJE %	25.1	6.4	2.3	66.3	100
TUVO DOLORES EN EL CUERPO POR ALGUNOS DÍAS					
FRECUENCIA	11, 834	1, 935	1, 801	44, 895	60, 465
PORCENTAJE %	19.6	3.2	3.0	74.2	100
SUFRIÓ ALGÚN SANGRADO VAGINAL O ANAL POR EL MALTRATO					
FRECUENCIA	2, 345	258	131	5, 159	7, 893
PORCENTAJE %	29.7	3.3	1.7	65.4	100
TUVO PÉRDIDA DEL USO O LA FUNCIÓN FÍSICA DE ALGUNA PARTE DE SU CUERPO					
FRECUENCIA	1, 275	76	14	1, 574	2, 939
PORCENTAJE %	43.4	2.6	0.5	53.6	100

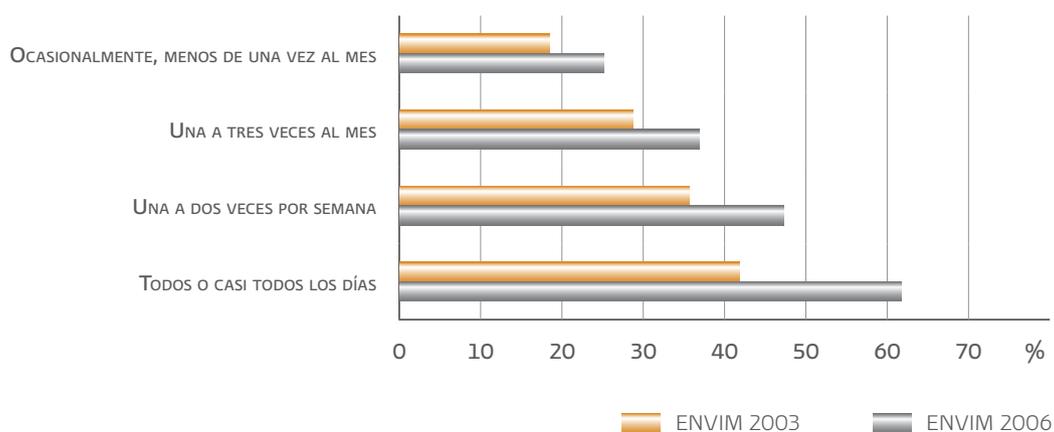
VIOLENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

Como se ha establecido en otros estudios,^{3,4} existe una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y drogas con la violencia de pareja. En la Figura 5.4 puede observarse un claro gradiente en el que, a medida que aumenta la frecuencia en el consumo del alcohol por parte de la pareja, lo hace también la proporción de mujeres agredidas por éste. Cuando las mujeres dijeron que su pareja consume alcohol ocasionalmente, la prevalencia de violencia fue de 25.7%; mientras que en las que señalaron que él

bebe todos o casi todos los días fue de 61.2%. De manera general, 25.7% de las mujeres que viven en violencia reportaron que durante el último evento de violencia la pareja (novio, esposo o compañero) estaba bajo los efectos del alcohol y 2.8% cuando estaba bajo los efectos de alguna droga; la presencia conjunta de alcohol y drogas se relacionó con 1.9% de las agresiones. Es pertinente hacer notar que fueron las entrevistadas quienes refirieron el consumo de alcohol y drogas de sus parejas.

FIGURA 5.4

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL POR PARTE DE LA PAREJA Y PREVALENCIA DE VIOLENCIA ACTUAL. MÉXICO ENVIM 2006



Si comparamos estos resultados con los encontrados en la ENVIM 2003¹ se observa que las prevalencias de violencia aumentaron para todas las categorías

de consumo de alcohol; sin embargo el diferencial es más notable en las dos categorías de mayor consumo.

VIOLENCIA Y BÚSQUEDA DE APOYO

Un aspecto interesante a explorar fue la búsqueda de apoyo legal por parte de las mujeres agredidas. Del total de mujeres violentadas sólo 12.7% dijo haber buscado este tipo de apoyo (Cuadro 5.2). Al cuestionar a las mujeres sobre las razones por las que no acudieron a las instancias de procuración de justicia, 29% respondió que por miedo, en tanto que 17% dijo que lo que les impidió utilizar este tipo de recursos fueron las

amenazas que sufren por parte de su agresor. Preocupa la respuesta de 10.8% de las mujeres violentadas que señalaron no haber buscado apoyo legal por no saber que podían denunciar a su agresor. En 2003 los motivos más frecuentes por los cuales las mujeres no buscaron ayuda fueron falta de confianza (43.7%) y vergüenza (32.5%).

CUADRO 5.2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE MUJERES AGREDIDAS QUE HAN BUSCADO APOYO LEGAL ENVIM 2006, MÉXICO

BÚSQUEDA DE APOYO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si	37, 714	12.7
No	258, 030	86.6
NO RESPONDE	2, 006	0.7
TOTAL	297, 750	100.0

Con relación a la identificación de los casos de violencia, 13.5% de las mujeres violentadas comentaron que alguna vez el personal de salud en su clínica u hospital le preguntó si sufrían de maltrato por parte de su pareja o algún otro familiar. De éstas, a 62.9% les preguntó el médico, a 15.4% una enfermera y a 14.2% una trabajadora social. El 4.7% de las mujeres que recibieron agresiones señaló haber sido identificadas como víctimas; y de éstas, en 54.2% de los casos la identificación la hizo un médico, el 21.3% por trabajo social, 12.6% por enfermería y 10.4% por psicólogos.

Otro aspecto evaluado fue la confianza que tienen las mujeres para hablar con el personal de salud sobre la situación de violencia de pareja que están viviendo. Al respecto, se encontró que 3.1% de las mujeres violentadas comentaron su situación con el personal de salud. De éstas, 58.7% lo comentó a personal médico, 18.9% a la trabajadora social, 14.1% a las enfermeras y 12.5% a psicólogos.

CUADRO 5.3**DISTRIBUCIÓN DE LA RESPUESTA DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL MALTRATO. ENVIM 2006, MÉXICO.**

PROFESIONAL	MÉDICO	ENFERMERO (A)	TRABAJADOR SOCIAL	PSICÓLOGO (A)	OTRO	No RESPONDE
PORCENTAJE % DE PERSONAL QUE PREGUNTÓ A LA MUJER EN SU CLÍNICA U HOSPITAL SI SUFRE MALTRATO POR PARTE DE SU PAREJA U OTRO FAMILIAR	62.9	15.3	14.3	5.3	1.9	0.3
PORCENTAJE % DEL PERSONAL DE SALUD QUE LE DIJO A LA MUJER QUE VIVE O VIVÍA EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR O DE PAREJA	54.2	12.7	21.3	10.4	1.3	0.1
PORCENTAJE % SEGÚN A QUIÉN DEL PERSONAL DE SALUD, LA MUJER LE DIJO QUE VIVE O VIVÍA EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR O DE PAREJA*	58.6	14.1	18.9	12.5	2.9	0.0

* LOS PORCENTAJES SUMAN MÁS DE 100%. LAS ENTREVISTADAS PUDIERON HABER COMENTADO A MÁS DE UNA PERSONA DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA EN QUE VIVÍA.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, México: INSP; 2003.
2. Híjar M, Ávila L, Valdez R. ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? Salud Ment 2006; 29(6):57-64.
3. Natera G, Tiburcio M, Villatoro J. Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico. Contemp Drug Probl 1997;24:787-804.
4. Ramos-Lira L. Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. Libber Addictus.2001;50:27-31.

CAPÍTULO 6

GASTOS EN LOS HOGARES
POR LA ATENCIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS
POR LA VIOLENCIA DE PAREJA

GASTOS EN LOS HOGARES POR LA ATENCIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS POR LA VIOLENCIA DE PAREJA

Las consecuencias de la violencia doméstica contra la mujer trascienden el ámbito de la salud y tienen importantes repercusiones sociales y económicas para los hogares en particular, y para la sociedad en general. En relación con las implicaciones económicas de la violencia, aspecto que se presume significativo, en la ENVIM 2006 se incluyó un apartado dirigido a identificar los pagos directos (por consultas, hospitalización, medicamentos, transporte, entre otros) que hacen las mujeres o su familia para atender las lesiones sufridas como consecuencia de la violencia de pareja, así como de la pérdida de productividad en la actividad laboral de la mujer, relacionada con el ausentismo laboral o propiamente con merma en la productividad. El propósito del presente capítulo es describir la relación entre la violencia contra la mujer

por parte de su pareja y la pérdida de productividad asociada, y estimar el gasto en que incurren los hogares para atender las lesiones provocadas por este tipo de eventos.

VIOLENCIA Y ACTIVIDAD PRODUCTIVA

El 2.9% de las mujeres agredidas y que se encontraban laborando en el momento en que se realizó la entrevista, señalaron haber cambiado de trabajo, mientras que 2.3% perdió su trabajo como consecuencia de la violencia (Cuadro 6.1). Comparando estos resultados con lo reportado en la ENVIM 2003¹, el porcentaje de mujeres que cambió de trabajo disminuyó 57.8% y en las que perdieron su trabajo la reducción fue de 57.6%.

CUADRO 6.1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE MUJERES AGREDIDAS QUE PERDIERON EL TRABAJO O SE HAN VISTO EN LA NECESIDAD DE CAMBIAR A OTRO A CONSECUENCIA DEL MALTRATO. ENVIM 2006, MÉXICO

CONSECUENCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CAMBIO DE TRABAJO	2,947	2.9
PERDIERON SU TRABAJO	2,319	2.3

Con relación al ausentismo laboral, 6.9% de las mujeres que reportaron vivir en violencia y trabajar fuera del hogar, dijo haber faltado a su trabajo por este motivo. El promedio del número de días que faltaron fue de 4.8 días. El 25% de las mujeres reportó haber faltado un día, 42.4% de dos a tres días, 13.8% de cuatro a seis días y 20.3% seis y más días. El valor mínimo fue de un día y el máximo de 31 días.

GASTO DE HOGARES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE LAS LESIONES POR LA VIOLENCIA

Como se ha señalado, la violencia de pareja tiene repercusiones económicas que se manifiestan en un mayor gasto que realizan las mujeres para cubrir la necesidad de atender las lesiones de que fueron objeto. Al respecto, 11.8% de las mujeres que reportaron alguna lesión acudieron a consulta con el médico, 4.9% acudió con un curandero o sobadora y 13.7% prefirió automedicarse (Cuadro 6.2).

CUADRO 6.2

DISTRIBUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LESIONES CONSECUENCIA DEL MALTRATO. ENVIM 2006, MÉXICO

	SI	NO	TOTAL
ACUDIÓ A CONSULTA CON UN MÉDICO			
FRECUENCIA	10,155	76,259	86,411
PORCENTAJE %	11.8	88.2	100
EL MÉDICO LE RECETÓ MEDICAMENTOS O REMEDIOS			
FRECUENCIA	8,165	1,990	10,155
PORCENTAJE %	80.4	19.6	100
HIZO USO DE TRANSPORTE PARA IR AL CENTRO DE SALUD U HOSPITAL A ATENDERSE			
FRECUENCIA	5,483	4,672	10,155
PORCENTAJE %	54	46	100
ACUDIÓ CON UN CURANDERO, SOBADORA, PARTERA U OTRO PROFESIONAL DE SALUD			
FRECUENCIA	4,280	82,134	86,414
PORCENTAJE %	5	95	100
EL CURANDERO, SOBADORA O PARTERA LE RECETÓ MEDICAMENTOS O REMEDIOS			
FRECUENCIA	2,380	1,900	4,280
PORCENTAJE %	55.6	44.4	100
TOMÓ O APLICÓ MEDICAMENTOS O REMEDIOS AUTORRECETADOS PARA SANAR SUS LESIONES			
FRECUENCIA	11,874	74,540	86,414
PORCENTAJE %	13.7	86.3	100

CUADRO 6.2 (CONTINUACIÓN)**DISTRIBUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS PARA LA ATENCIÓN DE LESIONES CONSECUENCIA DEL MALTRATO. ENVIM 2006, MÉXICO**

	SI	NO	TOTAL
TUVO QUE SER HOSPITALIZADA			
FRECUENCIA	3,284	83,130	86,414
PORCENTAJE %	3.8	96.2	100
TUVO QUE SER OPERADA			
FRECUENCIA	579	85,835	86,414
PORCENTAJE %	0.7	99.3	100

De las personas que acudieron a atenderse con el médico, a 80% le recetaron medicamentos o remedios, este porcentaje fue de 55.6% entre las que acudieron con un curandero. Por su parte, ya sea que se atendiesen con un médico o con un curandero, 54% incurrieron en gastos adicionales por uso de transporte. Esta información no se obtuvo en el 2003, por lo que no pueden hacerse comparaciones. Aproximadamente 2% de las mujeres que acudieron a los servicios de salud realizaron algún gasto para atender las lesiones que recibieron por parte de su pareja.

En promedio, el gasto realizado para la atención de las lesiones fue mayor cuando las mujeres acudieron a atenderse con un curandero (\$396.00 pesos) que con un médico (\$324.00 pesos). Dicho gasto se incrementó en 80.4% de las mujeres que acudieron al médico ya que tuvieron que gastar en promedio \$256.00 pesos por concepto de medicamentos o remedios. Así mismo, de las mujeres que acudieron a atenderse al centro de salud u hospital, 54% hizo uso de servicio de transporte, lo que las llevó a incurrir en un gasto promedio adicional de \$164.00 pesos. Con relación a las mujeres que acudieron al curandero, sobador o partera, 55.6% tuvo que gastar adicionalmente \$170.00

pesos en promedio por concepto de medicamentos o remedios prescritos por éstos. Del total de mujeres con lesiones, 13.7% refirió automedicarse, lo que les representó un gasto promedio de \$113.00 pesos. Adicionalmente, 4.5% de las mujeres con lesiones refirió haber realizado gastos por hospitalización u operación, con un promedio de gasto de \$446.00 pesos y de \$1,651.00 pesos, respectivamente (Cuadros 6.3).

CUADRO 6.3**DISTRIBUCIÓN DE GASTOS ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES QUE SUFRIERON LESIONES COMO CONSECUENCIA DEL MALTRATO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES. ENVIM 2006, MÉXICO**

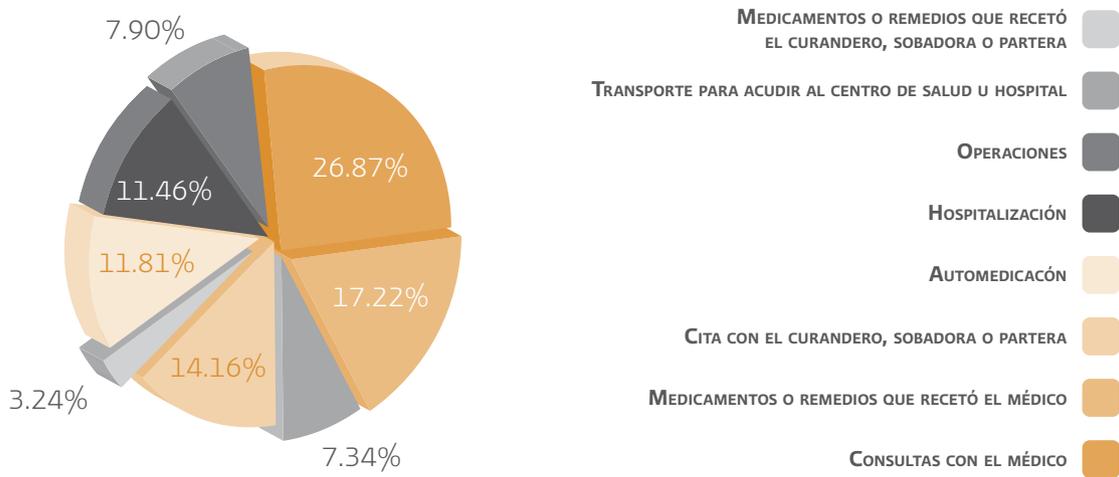
TIPO GASTO	N	PROMEDIO	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	TOTAL
CONSULTAS CON EL MÉDICO	9,440	324	103	3,060,224
MEDICAMENTOS O REMEDIOS QUE RECETÓ EL MÉDICO	7,661	256	115	1,961,449
TRANSPORTE PARA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD U HOSPITAL	5,101	164	31	836,488
CITA CON EL CURANDERO, SOBADORA O PARTERA	4,069	396	158	1,613,165
MEDICAMENTOS O REMEDIOS QUE RECETÓ EL CURANDERO, SOBADORA O PARTERA	2,162	170	----	367,065
AUTOMEDICACIÓN	11,873	113	16	1,345,545
HOSPITALIZACIÓN	2,926	446	141	1,304,680
OPERACIONES	545	1,651	737	900,000
TOTAL				11,388,503

En general, las usuarias de servicios de salud y sus hogares gastaron un total de \$11,388,932 pesos, con un promedio de gasto por lesionada de \$535.80 pesos. Como se muestra en la Figura 6.1, 26.87% del gasto total fue debido al pago de consultas con médicos;

14.16%, al pago de otro personal quiropráctico sobador o curandero; 17.22%, al pago de medicamentos; 11.8%, por automedicación; 7.3%, a transporte, y el porcentaje restante por hospitalización u operación.

FIGURA 6.1

PROPORCIÓN DEL GASTO EN ATENCIÓN DE LESIONES POR VIOLENCIA DE PAREJA. MÉXICO ENVIM 2006



REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, México: INSP; 2003.

SECCIÓN II

PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA
CONTRA LAS MUJERES

ENVIAMA
2006

CAPÍTULO 7

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA
DE LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Paralelamente al levantamiento de las entrevistas a usuarias de servicios de salud, se solicitó a una muestra del personal médico de las mismas unidades de atención a la salud que respondieran un cuestionario de auto-aplicación sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas de atención a la violencia familiar y sexual.

Contestaron el cuestionario de auto-aplicación 2,234 médicos en los servicios de salud del país de 31 entidades federativas. No fue posible realizar el levantamiento de la información en el estado de Oaxaca, debido a la situación social que se presentaba en esos momentos. Tampoco fue posible levantar la información con el personal del IMSS del DF.

Al ser un instrumento de respuesta voluntaria para el personal de salud, éste fue contestado sólo por un 30% (porcentaje menor) de la población objetivo, posiblemente por ser interpretada como una supervisión.

De acuerdo a los datos obtenidos, la edad promedio del personal encuestado fue de 39.86 años con un rango de 20 a 82 años, siendo los 50 años la edad más frecuente entre quienes contestaron la entrevista.

De acuerdo a los grupos de edad, el 30.8% de los encuestados se encontraban entre los 40 y los 49 años; el 24% de los 30 a 39 años; el 22.7% entre los 20 a 29 años; 20.9% se encontraban en el grupo de edad de los 50 a 59 años, un 1.2% se encontraban entre los 60 a 69 años y, finalmente, un 0.4% de los encuestados eran mayores de 70 años, lo cual es consistente con las cifras de población económicamente activa, ya que el estudio fue dirigido al personal médico que presta el servicio (Cuadro 7.1).

CUADRO 7.1

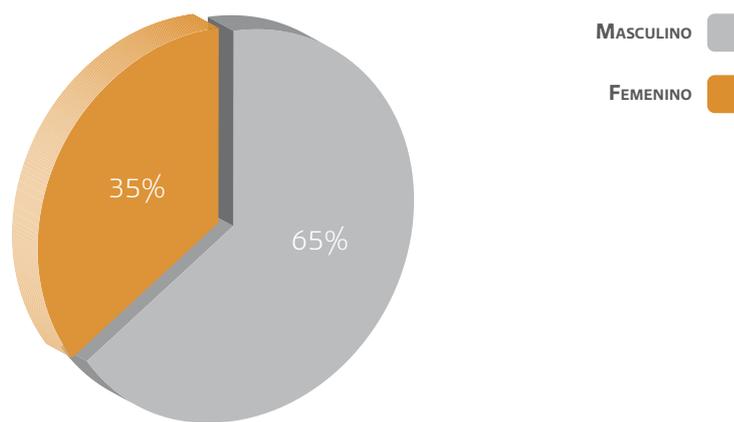
DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
20 A 29	507	22.7
30 A 39	536	24.0
40 A 49	687	30.8
50 A 59	466	20.9
60 A 69	27	1.2
69 O MÁS	8	0.4
TOTAL	2,231	100.0
PROMEDIO DE	39.86	

Respecto al sexo de los entrevistados se encontró que el 65% eran hombres y un 35% mujeres.

FIGURA 7.1

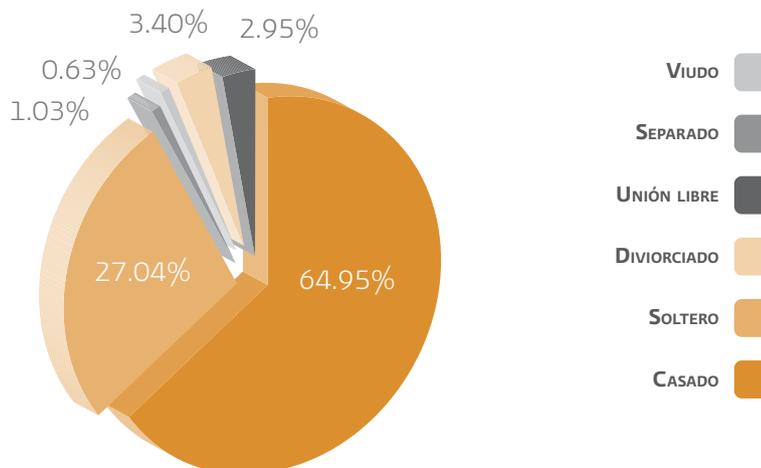
DISTRIBUCIÓN DEL SEXO EN POBLACIÓN ENCUESTADA



Con respecto al estado civil de los encuestados predominaron los casados con un 64.9%; los solteros un 27.04%; un 3.4% fueron divorciados seguidos por los que se encontraban en unión libre con un 2.95%; un 1.03% estaban separados y un 0.63% eran viudos.

FIGURA 7.2

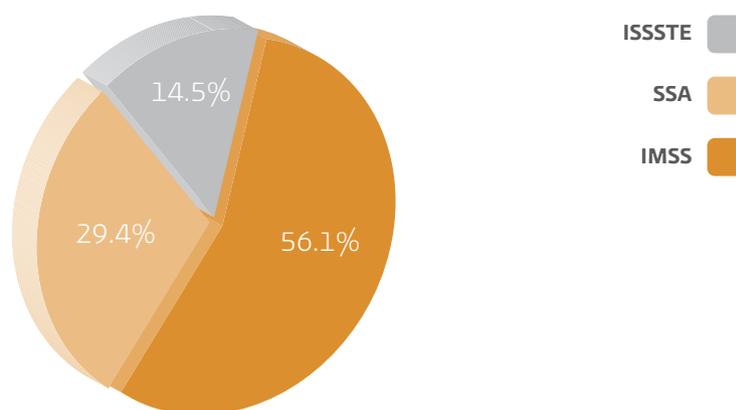
DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL EN POBLACIÓN ENCUESTADA



La información fue recabada mayormente en el IMSS, seguidas por el 29.5% y 14.5% de la Secretaría de Salud y del ISSSTE respectivamente.

FIGURA 7.3

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA INSTITUCIÓN EN POBLACIÓN ENCUESTADA



Se preguntó el tiempo que existía entre la fecha de la encuesta y la fecha que se había egresado del nivel máximo de estudios, encontrando que el promedio de egreso fue de 12.55 años, con un rango de 0 a 54 años. En este sentido, 296 (13.3%) de los encuestados aún se encontraban cursando sus estudios; 38.3% tenían menos de 9 años de haber egresado, 23.6% de 10 a 19 años y 24.8% de 20 años o más.

CUADRO 7.2

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO DE EGRESO DEL MÁXIMO GRADO DE ESTUDIOS

TIEMPO DE EGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
AÚN ESTUDIANDO	296	13.3
0 A 9 AÑOS	856	38.3
10 A 19 AÑOS	528	23.6
20 O MÁS AÑOS	554	24.8
TOTAL	2,234	100.0
PROMEDIO DE	12.55	

El grado del que habían egresado los encuestados fue en una mayor proporción de la especialización con un 39.3% seguida por un 38.2% de la licenciatura, un 14.6% eran estudiantes de la licenciatura, un 4.4% contaban con maestría, 2.7% cursaban la especialidad y solo un 0.8% contaban con el grado de doctorado.

CUADRO 7.3

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

GRADO ACADÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
ESTUDIANTE O PASANTE DE LICENCIATURA	326	14.6
LICENCIATURA	854	38.2
ESPECIALIZACIÓN	878	39.3
MAESTRÍA	98	4.4
DOCTORADO	18	0.8
ESTUDIANTE O PASANTE DE ESPECIALIDAD	60	2.7
TOTAL	2,234	100.0

De acuerdo al perfil profesional de los encuestados, encontramos que los médicos familiares fueron el grupo más numeroso con un 25.9%, seguido por los médicos generales 24.9%, médicos especialistas 16.7%, médicos pasantes en un 14.1%, un 6.9% de médicos internos, con un 3.9% se encontraban los médicos residentes y jefes de servicio y un 3.7% de otro perfil.

Entre los encuestados se encontró que en promedio tenían 13.1 años de trabajar en los servicios de salud, con un rango que va de menos de un año hasta 42 años.

CUADRO 7.4

AÑOS DE SERVICIO EN SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN ENCUESTADA

AÑOS EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MENOS DE 9 AÑOS	1,056	47.3
10 A 19 AÑOS	631	28.2
20 A 29 AÑOS	503	22.5
30 O MÁS AÑOS	44	2.0
TOTAL	2,234	100.0

CAPÍTULO 8

CONOCIMIENTOS Y ACCESIBILIDAD A LA
NOM-190-SSA1-1999 Y DOCUMENTOS NORMATIVOS
EN LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD

CONOCIMIENTOS Y ACCESIBILIDAD A LA NOM 190 Y DOCUMENTOS NORMATIVOS EN LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Tanto la difusión como el conocimiento y la accesibilidad de documentos normativos de la atención de las personas que han sufrido algún tipo de violencia es indispensable para que el personal de salud ofrezca una atención homogénea y adecuada, es por esto que se realizan constantes esfuerzos para que los proveedores de servicios conozcan y manejen dicha información. Por este motivo, a los prestadores del servicio de salud se les cuestionó sobre las diferentes situaciones en que se aplica la norma, así como al conocimiento, manejo y accesibilidad de documentos. (Protocolos) de atención a estos pacientes.

Se preguntó a los médicos acerca de la aplicación obligatoria de la NOM 190¹, éstos respondieron que la NOM es obligatoria para los servicios de salud pública, social y privada en un 59.7%; un 18.1% contestó que para todas las personas; un 13.7% respondió que para las instituciones de salud pública; un 5.4% dijo que para la Secretaría de Salud y sólo el 3.1% contestó que para los médicos.

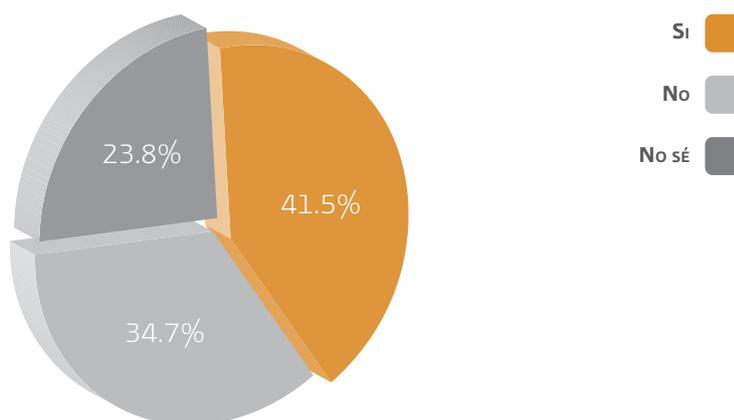
En lo referente a quién es el responsable de dar aviso al Ministerio Público en caso de violencia, el trabajador social fue el referido con mayor frecuencia en un 43.1%, seguido del médico tratante en un 30.9%, la Institución de salud en un 16.0%, el área de asuntos jurídicos fue mencionada en un 5.2% y finalmente un 4.8% de los encuestados refirió que ninguno de los anteriores. En este caso y de acuerdo a la NOM 190, la obligación de dar aviso es de la Institución de Salud independientemente de la persona a quien ésta recurra para la entrega física del aviso.

A la pregunta de quién debe observar la NOM, el personal contestó en un 59.7% que los servicios de salud públicos y privados, seguido de todas las personas y las instituciones de atención a la salud, con un 18.1% y 13.7% respectivamente.

CUADRO 8.1**RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DE LA NOM 190**

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SECRETARÍA DE SALUD	120	5.4
LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD	306	13.7
TODAS LAS PERSONAS	405	18.1
LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS	1,334	59.7
LOS MÉDICOS	69	3.1
TOTAL	2,234	100.0

Sobre si en la institución que laboran existen protocolos o procedimientos explícitos para el manejo de casos de violencia familiar un 41.5% refirió que sí existían, un 34.7% contestó que no y un 23.8% no lo sabía.

FIGURA 8.1**EXISTENCIA DE PROTOCOLOS O PROCEDIMIENTOS PARA MANEJO DE CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR**

Entre los que contestaron que sí existían protocolos o procedimientos explícitos sobre el manejo de casos de violencia sexual y sobre la institución a la que puede referir los casos, el mayor porcentaje de los encuestados, 44% respondió que se referían a servicios especializados de la misma institución, la segunda respuesta más común fue al DIF con un 35.7% y a un servicio especializado de otra institución en un 7.8%.

A la pregunta de si conocía la NOM 190, el personal contestó que sí en un 37.6% y en el 62.4% de los casos dijo que no.

Sobre si conocía el contenido de la NOM o únicamente había oído hablar de ella, se encontró que el 70.6% de los encuestados sólo habían oído hablar de ella.

CUADRO 8.2

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA NOM POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD

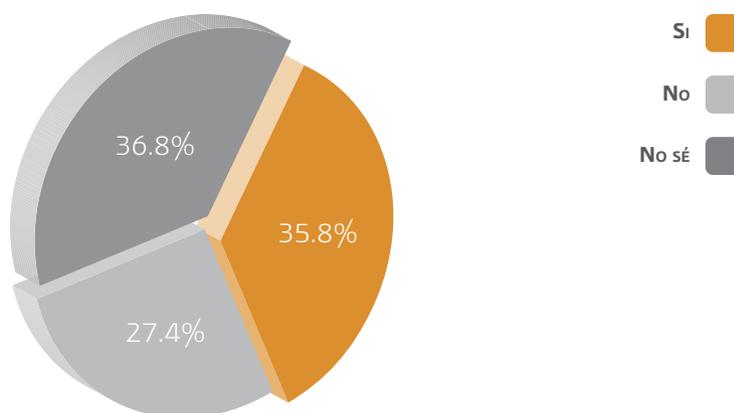
CONOCE LA NOM 190	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
CONOCE BIEN SU CONTENIDO	124	14.8
CONOCE PARCIALMENTE SU CONTENIDO	123	14.7
SOLO HA OÍDO HABLAR DE ELLA	592	70.6
TOTAL	839	100.0

A la pregunta de si en la institución que trabaja existe un programa de atención a la violencia familiar un 41.1% dijo que sí, un 32.9% dijo que no y un 26% contestó no saber.

Sobre si existía en la unidad de salud un manual operativo para la prevención y atención de la violencia familiar contestó que sí un 35.8%, seguido de un 27.4% que dijo que no y un 36.8% que no supo.

FIGURA 8.2

EXISTENCIA DE UN MANUAL DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA INSTITUCIÓN DONDE SE TRABAJA



Finalmente, se preguntó a los trabajadores y trabajadoras de la salud si tenían acceso al manual para su consulta, a lo que contestaron que sí en un 74.5%, llama la atención que el 11.6% dijo no saber quien lo tiene.

CUADRO 8.3

ACCESO AL MANUAL OPERATIVO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL PARTE DEL PERSONAL DE SALUD

ACCESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SÍ	595	74.5
NO, ESTÁ EN LA OFICINA DEL DIRECTOR	33	4.1
NO HAY SUFICIENTES EJEMPLARES	47	5.9
ESTÁ BAJO LLAVE	5	0.6
NO SÉ QUIEN LO TIENE	93	11.6
LO PERDIÓ O LO PRESTÓ	2	0.3
OTRO	24	3.0
TOTAL	799	100.0

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México.

CAPÍTULO 9

CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA
EN LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD

CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA EN LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

El conocimiento sobre el tema de violencia es un eje básico sobre el que funciona el diagnóstico y el tratamiento a la población, por lo que este componente fue cuestionado profundamente, puesto que para llevar a cabo las acciones en contra de la violencia a las mujeres es de particular importancia, ya que existe una percepción generalizada de que la violencia contra las mujeres se da en el contexto familiar y casi siempre sustraído a comunidades rurales, negando su existencia en las áreas urbanas.

Al cuestionarles a los prestadores y prestadoras de servicio si la institución donde trabajan los había convocado a algún curso sobre violencia familiar, doméstica o contra las mujeres, en los últimos tres años solamente el 32.7% respondieron afirmativamente.

Entre los que sí fueron convocados a alguno de los cursos sobre estos temas la mediana fue de 2 ocasiones con un rango entre uno y 30 veces.

CUADRO 9.1

PORCENTAJE DE CONVOCATORIAS A PERSONAL DE SALUD

OCASIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
NO RECORDÓ	88	12.1
UNA	325	44.5
DOS	165	22.6
TRES	85	11.6
MÁS DE TRES	67	9.2
TOTAL	730	100
MEDIANA = 2		

A quienes sí fueron convocados al menos a un curso, se les preguntó a cuántos de éstos habían acudido, contestando un 8.9% que a ninguno, un 49% asis-

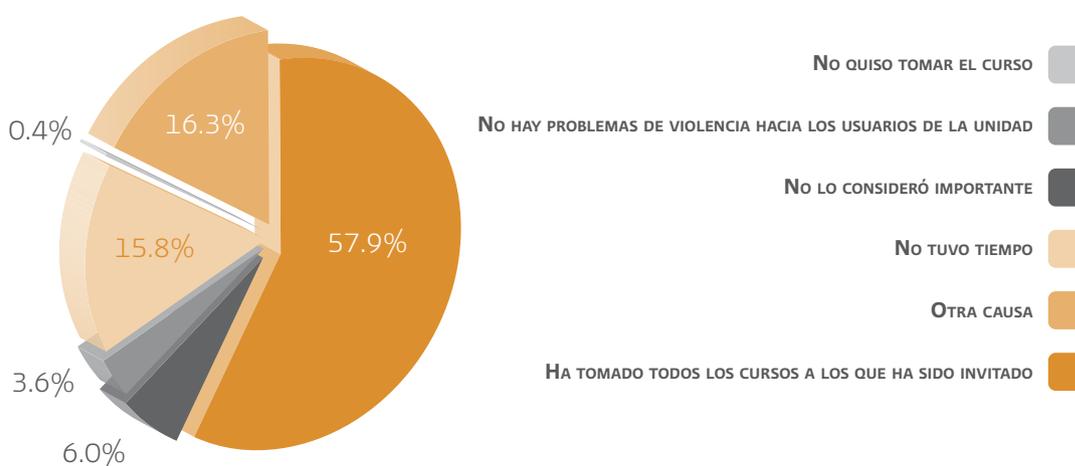
tió al menos a un curso; 19.2% a dos cursos acudió, 7.3% a tres cursos, y 5.6% a más de tres; el 10% no recordó a cuántos cursos había asistido.

CUADRO 9.2**CURSOS TOMADOS POR EL PERSONAL**

OCASIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
NO RECORDÓ	73	10.0
A NINGUNO	65	8.9
UNO	358	49.0
DOS	140	19.2
TRES	53	7.3
MÁS DE TRES	41	5.6
TOTAL	730	100.0

Para conocer los motivos por los que no acudieron a los cursos se preguntó a los participantes las razones. El 15.8% señaló no tener tiempo; 6% no lo consideró importante; el 3.6% de los prestadores y prestadoras de servicio consideró que no había pro-

blemas de violencia hacia los usuarios de la unidad; el 0.4% contestó no haber querido tomar el curso y un 16.3% fueron otras causas. Cabe mencionar que 57.9% contestó haber tomado todos los cursos a los que fue invitado.

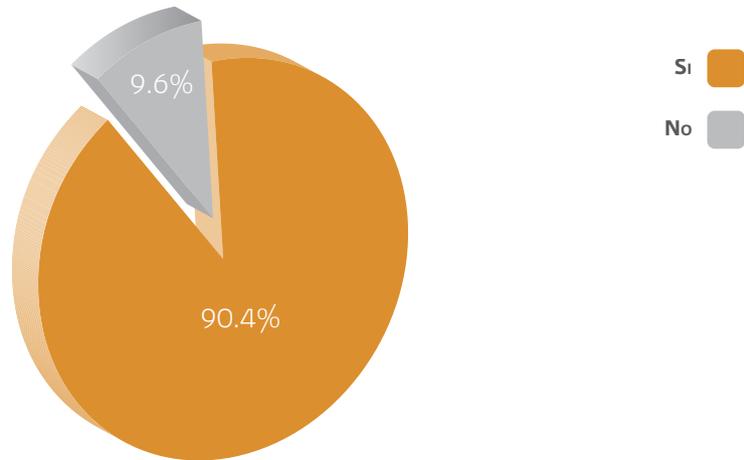
FIGURA 9.1**MOTIVOS PARA NO ACUDIR A LOS CURSOS SOBRE VIOLENCIA**

Al preguntar al personal por la utilidad de los cursos un 94% consideró útil la información proporcionada

en el curso, esto contra un 9.6% que no la consideraron útil.

FIGURA 9.2

CONSIDERACIÓN DE UTILIDAD DE LOS CURSOS DE VIOLENCIA RECIBIDOSA

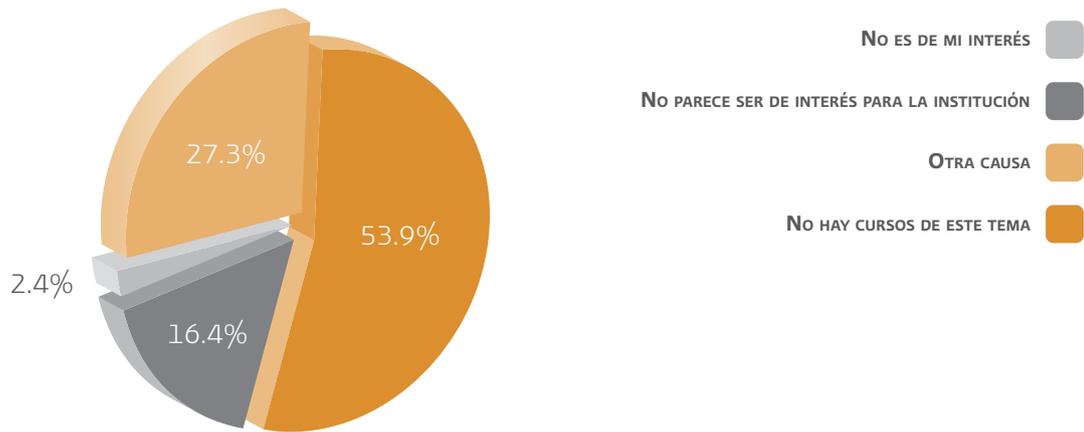


Se preguntó a quienes habían contestado que no habían sido convocados a ningún curso sobre violencia su percepción sobre las razones por la que su institución no los convocó, respondiendo en un 53.9% que

no había cursos de este tema en su institución, que no parecía ser un tema de interés para la institución en un 16.4%; 2.4% contestó que no era su tema de interés y por otras causas un 27.3%.

FIGURA 9.3

DISTRIBUCIÓN DE LAS PERCEPCIONES DE LA NO CONVOCATORIA A CURSOS SOBRE VIOLENCIA

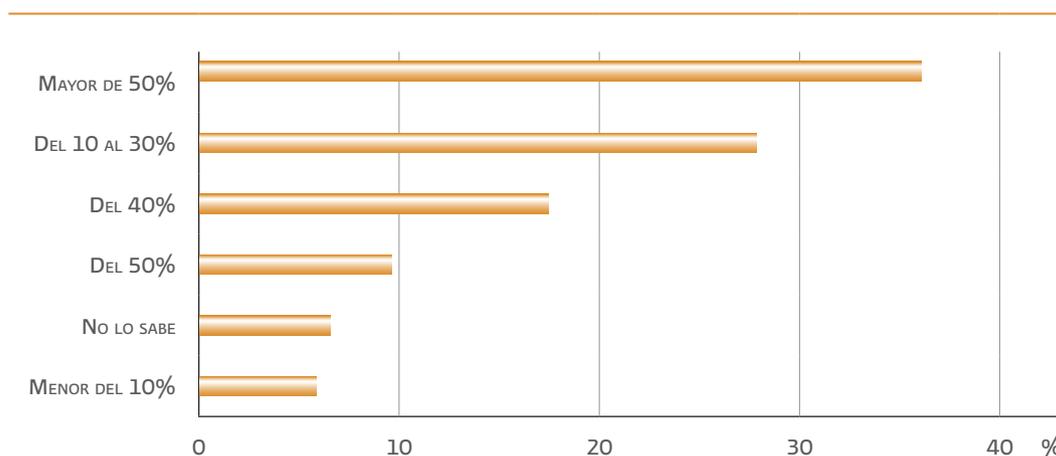


En lo que respecta al conocimiento del porcentaje aproximado de mujeres mexicanas que sufren violencia por parte de su pareja, los encuestados contestaron que el porcentaje era de menos del 10% en un 5.6%; en un 25.8% contestaron que el porcentaje de mujeres maltratadas por su pareja era entre 10 y

30 de cada 100; un 17.8% contestó que era de 40 de cada 100; 9.8% contestó que eran 50 de cada 100; 34.3% respondió que más de 50 de cada 100 y 6.6% aceptó no saber. La respuesta correcta era entre 10 y 30%.

FIGURA 9.4

DISTRIBUCIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL PORCENTAJE DE MUJERES VIOLENTADAS EN MÉXICO



Sobre la opinión del nivel socioeconómico donde se presenta el maltrato a mujeres, para el nivel bajo 74.3% respondió que sí, 24.4% que no y no lo sabía un 1.4%. Para el nivel medio un 78.8% contestó que

sí, 19.7% que no y un 1.5% dijo no lo sé. Para el nivel alto 70.7% contestó que sí, 27.1% que no y 2.1% contestó que no lo sabía.

CUADRO 9.3

OPINIÓN SOBRE LA PRESENCIA DE MALTRATO SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

NIVEL SOCIOECONÓMICO	Sí %	No %	No lo sé %
ALTO	70.7	27.1	2.1
MEDIO	78.8	19.7	1.5
BAJO	74.3	24.4	1.4

Se preguntó a los médicos para quien era obligatoria la aplicación de la NOM 190; éstos respondieron que la NOM es obligatoria para los servicios de salud pública, social y privada en un 59.7%, 18.1% contestó que

para todas las personas, 13.7% respondió que para las instituciones públicas de salud, un 5.4% dijo que para la Secretaría de Salud y sólo el 3.1% contestó que para los médicos.

CUADRO 9.4

RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DE LA NOM 190

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SECRETARÍA DE SALUD	120	5.4
LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD	306	13.7
TODAS LAS PERSONAS	405	18.1
LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS	1,334	59.7
LOS MÉDICOS	69	3.1
TOTAL	2,234	100.0

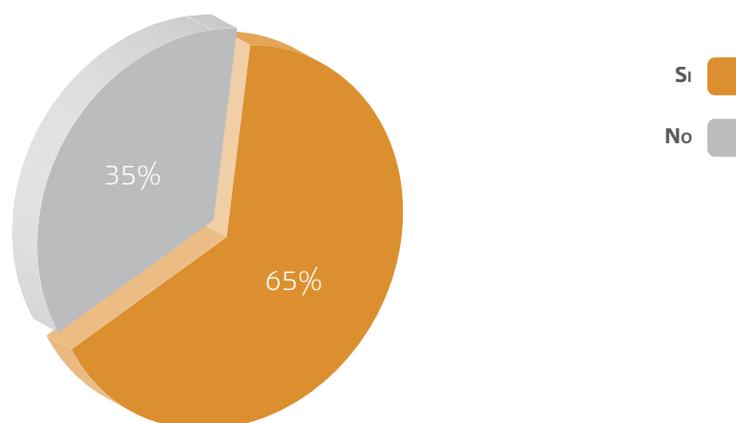
En la misma sección se les preguntó si era aplicable la NOM 190 en diversos casos hipotéticos:

1. Abuso sexual a un menor por parte de un vecino, a lo que un 49.3% contestó que sí, 21.4% que no y un 29.3% contestó no saber. La respuesta correcta era que no.
2. Riña entre cuñados en un salón de fiestas, 22.2% contestó que sí aplicaba, 52.2% respondió que no y un 25.6% no supo. La respuesta correcta era que sí.
3. En caso de insultos o humillaciones a la esposa un 76.8% contestó que sí aplicaba, 6.1% respondió que no aplicaba la norma y un 17.1% refirió no saber. La respuesta correcta era sí.
4. Golpes a un menor por parte su progenitor(a) contestó que sí aplicaba el 70.8%, 11.4% que no y un 17.8% no supo. La respuesta correcta era sí.
5. Robo con violencia en el domicilio de la víctima, 26.8% contestó que la NOM sí aplicaba, 51.9% respondió que no y 21.4% de los encuestados respondió no saber.

CUADRO 9.5**RESPUESTA DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA APLICACIÓN DE LA NOM 190 EN EL CASO DE:**

SITUACIÓN	APLICA %	NO APLICA %	NO LO SÉ %
CONTEMPLADO			
RIÑA ENTRE CUÑADOS EN UN SALÓN DE FIESTAS	22.2	52.2	25.6
INSULTOS O HUMILLACIONES A LA ESPOSA	76.8	6.1	17.1
GOLPES A UN MENOR POR SU PROGENITOR(A)	70.8	11.4	17.8
NO CONTEMPLADO			
ABUSO SEXUAL A UN MENOR POR PARTE DE UN VECINO	49.3	21.4	29.3
ROBO CON VIOLENCIA EN EL DOMICILIO DE LA VÍCTIMA	26.8	51.9	21.4

Se preguntó a los encuestados si habían identificado algún caso de violencia familiar en los últimos tres años, a lo cual contestaron de manera positiva en un 65% y un 35% declaró no haberlo identificado.

FIGURA 9.5**IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS**

A aquellos que sí habían identificado algún caso de violencia familiar se les solicitó que respondieran hace cuánto tiempo identificaron el último caso (en meses), 28.2% lo había identificado hacía menos de un mes, 11.4% hacía un mes, 10.7% hacía seis meses, mientras que 6.2% contestó que no sabía cuánto tiempo antes lo había detectado.

CUADRO 9.6

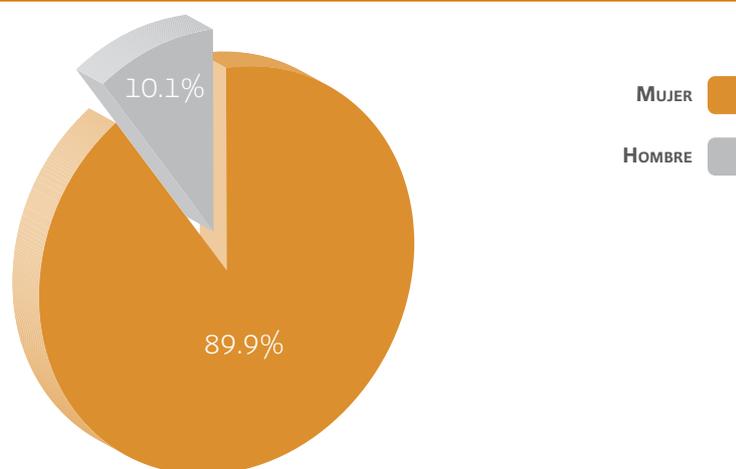
TIEMPO DE IDENTIFICACIÓN DEL ÚLTIMO CASO DE VIOLENCIA FAMILIAR (MESES)

MESES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
0	199	13.7
1	166	11.4
2	129	8.9
3	122	8.4
4	51	3.5
5	36	2.5
6	156	10.7
7	15	1.0
8	33	2.3
9	12	0.8
10	21	1.4
11	13	0.9
No lo sé	90	6.2
MENOS DE UN MES	409	28.2
TOTAL	1,482	100.0

A la pregunta del sexo de la persona en que se identificó violencia familiar, los proveedores de servicio contestaron que había sido un individuo del sexo masculino en el 10.1% de los casos, mientras que en 89.9% había sido de sexo femenino.

FIGURA 9.6

SEXO DE LA ÚLTIMA PERSONA IDENTIFICADA CON VIOLENCIA FAMILIAR POR EL PERSONAL DE SALUD



El último paciente identificado con violencia familiar tenía en promedio 33.24 años, con una desviación estándar de 18.27 años de edad y fue el grupo de 30 a 39 años quien presentó un mayor porcentaje de

personas atendidas por esta causa (32.7%), seguido del grupo de 20 a 29 años (28.5%) y el de 40 a 49 años (15.0%).

CUADRO 9.7

EDAD DEL ÚLTIMO CASO DE VIOLENCIA FAMILIAR IDENTIFICADO

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
0 A 9 AÑOS	101	7.0
10 A 19 AÑOS	103	7.1
20 A 29 AÑOS	414	28.5
30 A 39 AÑOS	475	32.7
40 A 49 AÑOS	218	15.0
50 A 59 AÑOS	49	3.4
60 A 69 AÑOS	21	1.4
70 O MÁS AÑOS	71	4.9
TOTAL	1,482	100.0
PROMEDIO	33.4	

En este último caso, los encuestados contestaron que se trataba de un caso de violencia de pareja en un 83.4%, de maltrato a menores de 18 años en un 9.5%, maltrato a un adulto mayor en 2.8%, maltrato entre familiares o adultos que no son pareja en un 3.2%, maltrato a una persona con discapacidad en un 0.8% y en un 0.3% no lo recordaron. Llama la atención el bajo porcentaje de menores identificados, ya

que la violencia a los menores es muy similar en frecuencia a la que se da hacia las mujeres.

Se preguntó sobre los tipos de violencia encontrados en el último caso atendido, observando violencia física en un 80.3% de los casos, seguida de la psicológica y económica con un 77.9% y 46.4% respectivamente. Cabe señalar que en un caso de violencia puede coexistir más de un tipo de violencia.

CUADRO 9.8**RESPUESTA DEL PERSONAL SOBRE EL TIPO DE VIOLENCIA QUE PRESENTABA EL ÚLTIMO CASO QUE HABÍA IDENTIFICADO**

TIPO DE VIOLENCIA	Sí %	No %	NO RECORDÓ %
PSICOLÓGICA	77.9	20.2	1.9
FÍSICA	80.3	18.7	1.0
SEXUAL	23.3	72.4	4.3
ABANDONO	27.4	70.7	1.9
ECONÓMICA	46.4	51.1	2.5

En cuanto a las acciones tomadas ante el caso, la acción más frecuentemente reportada fue aconsejar la mejoría de las relaciones familiares en un 80.5% de los casos, seguida de la explicación de sus derechos a la víctima con un 77.3% y del registro del evento en

el expediente clínico con el 74.7%, lo cual resulta significativo, ya que el consejo de mejoras en su relación de familia, no es una acción adecuada en la atención de personas en situación de violencia familiar.

CUADRO 9.9**ACCIONES DEL PERSONAL DE SALUD ANTE EL ÚLTIMO CASO IDENTIFICADO DE VIOLENCIA FAMILIAR**

ACCIONES	Sí %	No %
ATENDIÓ LAS LESIONES	71.3	28.3
DIÓ AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO	28.8	71.2
DENUNCIÓ EL CASO ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO	22.1	77.9
REGISTRÓ EL EVENTO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO	74.7	25.3
DIÓ INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA CRISIS	69.1	30.9
LE ACONSEJÓ QUE MEJORARA SUS RELACIONES FAMILIARES*	80.5	19.5
LE EXPLICÓ CUÁLES SON SUS DERECHOS	77.3	22.7
LE ENVIÓ A UN SERVICIO ESPECIALIZADO DE SU MISMA INSTITUCIÓN	60.7	39.3
LE ENVIÓ A OTRA INSTITUCIÓN PARA SU ATENCIÓN	32.6	67.4
HIZO LA EVALUACIÓN DEL RIESGO	49.7	50.3
LE AYUDÓ A ELABORAR SU PLAN DE SEGURIDAD	37.1	62.9
NO SUPO QUÉ HACER*	5.7	94.3
OPTÓ POR IGNORAR EL ASUNTO*	25.7	74.3

*ACCIONES NO ADECUADAS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA FAMILIAR

Se preguntó a todos los encuestados cuáles consideraban en orden de importancia las causas más relevantes que originaban que un hombre ejerza violencia hacia su pareja mujer. La respuesta que con mayor frecuencia ocupó el primer lugar fueron los factores psicológicos: personalidad violenta del hombre y masoquismo de la mujer, la segunda respuesta más

frecuente fue el nivel socioeconómico bajo o falta de empleo, y en tercer lugar se ubicó la diferencia de poder entre hombres y mujeres en la relación de pareja. Es importante mencionar que la violencia hacia las mujeres es una situación aprendida, sin embargo, el haber presenciado durante la infancia situaciones violentas, no fue considerada una causa tan importante.

CUADRO 9.10

PERCEPCIÓN DE LA CAUSA MÁS IMPORTANTE QUE ORIGINA VIOLENCIA A UNA MUJER POR PARTE DEL HOMBRE EN SU RELACIÓN DE PAREJA

CAUSAS	LUGAR
FACTORES PSICOLÓGICOS: PERSONALIDAD VIOLENTA EN EL HOMBRE Y MASOQUISMO EN LA MUJER	1°
NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO, FALTA DE EMPLEO	2°
DIFERENCIA DE PODER ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA RELACIÓN DE PAREJA	3°
FACTORES BIOLÓGICOS, POR LA NATURALEZA VIOLENTA DE LOS HOMBRES	4°
FALTA DE EDUCACIÓN	5°
HABER PRESENCIADO DURANTE LA INFANCIA SITUACIONES DE VIOLENCIA	6°
LA DIFERENCIA DE OPORTUNIDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES	7°
OTRAS	8°

Se cuestionó a los prestadores y prestadoras de servicio si existían protocolos o procedimientos explícitos para el manejo de casos de violencia familiar en la institución donde laboran sólo el 41.5% respondió que sí. A estos se les preguntó sobre la institución a la que

pueden referir los casos de personas que identifican que viven en situación de violencia familiar, 44% de los encuestados respondió que se referían a servicios especializados de la misma institución, 35.7% al DIF y 7.8% a un servicio especializado de otra institución.

CUADRO 9.11

INSTITUCIÓN DE REFERENCIA DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN EL PERSONAL DE SALUD ENCUESTADO

INSTITUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
A NINGUNA	7	0.8
NO HAY EN LA LOCALIDAD	19	2.1
SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE LA MISMA INSTITUCIÓN	407	44.0
SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OTRA INSTITUCIÓN PÚBLICA	72	7.8
DIF	331	35.7
INSTITUTO DE LA MUJER	22	2.4
ONG'S	5	0.5
CENTROS ESPECIALIZADOS DEL SECTOR DE PROCURACIÓN DE JUSTICIA	35	3.8
NO LO SÉ	28	3.0
TOTAL	926	100.0

Se cuestionó a todos los encuestados sobre si en su entidad federativa la violencia familiar es un delito, esta respuesta está circunscrita a la entidad federativa donde se realizó la encuesta, ya que para el momento

del levantamiento de la información en 15 estados de la República no se consideraba a la violencia familiar como delito (Mapa 9.1).

MAPA 9.1

DISTRIBUCIÓN DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS DONDE LA VIOLENCIA FAMILIAR SE CONSIDERA DELITO EN 2006

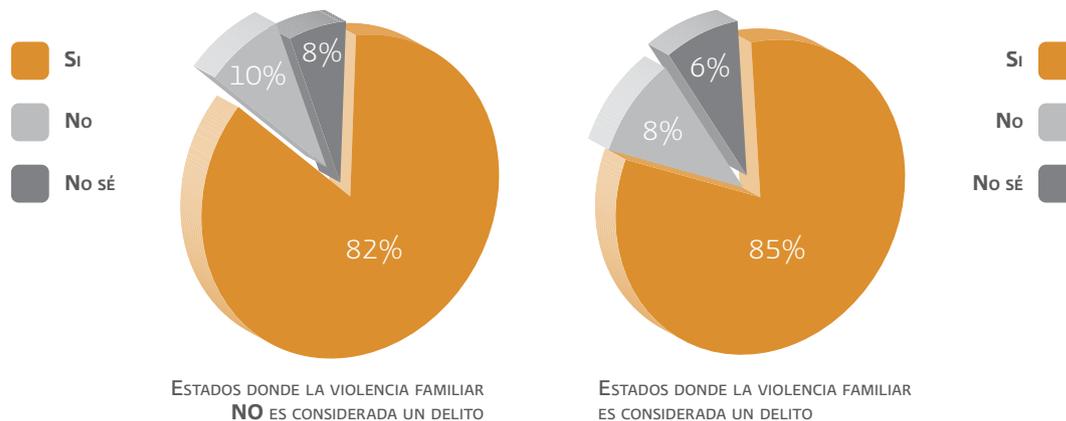


De acuerdo entonces a quienes contestaron el cuestionario y se encontraban en las entidades federativas donde la violencia familiar sí es considerada un delito, el 85% contestó que sí, un 8% que no y un 6%

contestó no saber. Para los estados donde la violencia familiar no es un delito quienes contestaron que sí fueron un 82%; un 10% contestó que no y un 8% respondió no saber.

FIGURA 9.7

CONOCIMIENTO SOBRE SI LA VIOLENCIA FAMILIAR ES CONSIDERADA UN DELITO EN LA ENTIDAD FEDERATIVA DEL ENCUESTADO, DE ACUERDO A ENTIDADES FEDERATIVAS DONDE ES CONSIDERADO UN DELITO LA VIOLENCIA FAMILIAR



Al preguntar sobre la existencia de algún factor institucional que lo limite en la detección de mujeres maltratadas el 70.8% respondió que no había ningún factor y un 29.2% de los encuestados dijo que sí existía.

En aquellos que consideraron que sí existía algún factor institucional que limitaba la detección de mujeres maltratadas, los encuestados reportaron que el factor más importante era la falta de protocolos para la detección o el manejo de los casos, seguido de la falta de privacidad o problemas de espacio, pero a pesar de ser

clasificado en el tercer lugar de importancia es muy significativo que el personal de salud respondiera que en su institución no se considera a la violencia como un problema de salud importante.

CUADRO 9.12**PERCEPCIÓN DEL FACTOR INSTITUCIONAL MÁS IMPORTANTE QUE LIMITA LA DETECCIÓN DE MUJERES MALTRATADAS POR PARTE DE SU PAREJA**

FACTOR	LUGAR
NO HAY PROTOCOLOS DE DETECCIÓN O PARA EL MANEJO DE LOS CASOS	1°
FALTA DE PRIVACIDAD EN LA CONSULTA, PROBLEMAS DE ESPACIO	2°
NO CONSIDERA A LA VIOLENCIA UN PROBLEMA DE SALUD IMPORTANTE	3°
FALTA DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES QUE LEGITIMEN LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ESTOS CASOS	4°
FALTA DE TIEMPO EN LA CONSULTA	5°
FALTA DE APOYO DE LAS AUTORIDADES DEL CENTRO DE SALUD/HOSPITAL	6°
SATURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	7°
OTRAS	8°

A todo el personal encuestado se le preguntó si existía alguna razón personal que lo limitara para la detección de casos de mujeres maltratadas, a lo que 87.9% respondió que no y 12.1% que sí. De aquellos que contestaron que sí existía alguna razón personal que lo limita para detectar casos de mujeres maltratadas,

la primera causa fue considerar a la violencia en la familia como un problema privado, seguida de la incomodidad que le produce identificar y tratar este tipo de problema; mientras que el tercer lugar lo ocupó el desinterés por estos casos. Estas respuestas reflejan resistencias del personal de salud hacia el tema.

CUADRO 9.13**PERCEPCIÓN DE FACTORES PERSONALES QUE LIMITAN LA DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES POR SU PAREJA**

CAUSAS	LUGAR
CONSIDERAR QUE LA VIOLENCIA EN LA FAMILIA ES UN PROBLEMA PRIVADO	1°
ES INCOMODO INTENTAR IDENTIFICAR Y TRATAR ESTE TIPO DE PROBLEMAS	2°
DESINTERÉS DEL PERSONAL DE SALUD POR ESTOS CASOS	3°
TÉMOR A COMPROMETERSE EN ACCIONES DE DENUNCIA JUDICIAL	4°
CONSIDERAR QUE LA VIOLENCIA NO LE COMPETE AL SECTOR SALUD	5°
TÉMOR A OCASIONAR POSIBLES REPRESALIAS POR PARTE DEL AGRESOR	6°
OTRA	7°

También se cuestionó al personal de salud en qué situaciones realizaba preguntas específicas para identificar casos de violencia, siendo la más frecuente la

presencia de marcas o indicios de golpes (83.5%) seguido de signos de ansiedad o depresión (77.4%).

CUADRO 9.14

PREGUNTAS ESPECIFICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA

SITUACIONES	Sí %	No %
A TODO USUARIO	34.8	65.2
MARCAS O INDICIOS DE GOLPES	83.5	16.5
SIGNOS DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN	77.4	22.6
DEMANDA REITERADA DE ATENCIÓN CON SÍNTOMAS VAGOS	64.5	35.5
AMENAZA DE ABORTO O PARTO PREMATURO	57.3	42.7

CAPÍTULO 10

CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA SEXUAL
EN LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD

CONOCIMIENTO SOBRE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

La violencia sexual es una de las experiencias más traumáticas para las personas que la han sufrido, es por esto que el conocimiento y experiencia con que el personal de salud cuente es fundamental para la atención adecuada de las víctimas.

Se preguntó a los encuestados sobre la probabilidad de que una mujer se embarace como resultado de una violación, 23% respondieron que un 10%, mientras que 22% dijeron que más del 25% y 18% dijo que la probabilidad es de 25%. Cabe señalar que de acuerdo a la literatura científica disponible, la probabilidad de quedar embarazada después de una violación es alrededor del 10%.

CUADRO 10.1

PROBABILIDAD DE EMBARAZO A CONSECUENCIA DE UNA VIOLACIÓN EN OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

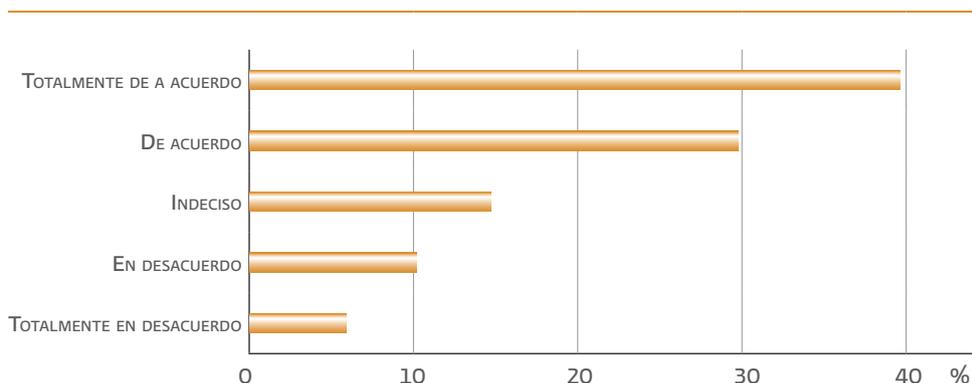
PROBABILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
25%	395	17.7
10%	511	22.9
5%	258	11.5
1%	138	6.2
0.5%	70	3.1
No sé	372	16.7
No MÁS DEL 25%	490	21.9
TOTAL	2,234	100.0

A la pregunta de qué tan de acuerdo está el proveedor, en que una mujer que resulta embarazada producto de

una violación se practique un aborto, la mayor parte (68.8%) estuvo de acuerdo, como se muestra en la (Figura 10.1).

FIGURA 10.1

OPINIÓN HACIA LA PRÁCTICA DE UN ABORTO EN CASO DE EMBARAZO A CONSECUENCIA DE UNA VIOLACIÓN



Se preguntó a los proveedores si de acuerdo con la ley, el sexo forzado dentro de la relación de pareja/matrimonio es un delito o forma parte de las obligaciones o del rol de pareja; 96% de los encuestados respondieron que constituye una violación.

Así mismo se preguntó si en la entidad donde reside el encuestado, la ley considera no punible el aborto que se practique una mujer embarazada como consecuencia de una violación, 28.7% contestó que sí, un 49% que no y un 22.2% no supo. Es importante mencionar que el aborto en caso de violación se considera no punible en las 32 entidades federativas.

CUADRO 10.2

CONOCIMIENTO SOBRE LA NO PUNIBILIDAD DEL ABORTO EN CASO DE EMBARAZO PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE EN LA ENTIDAD FEDERATIVA DEL ENCUESTADO

NO PUNIBLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Sí	642	28.7
No	1,095	49.0
No LO SÉ	497	22.2
TOTAL	2,234	100.0

Se preguntó al personal de salud por las condiciones y trámites que se requieren para que una mujer pueda realizarse un aborto sin ser sancionada en su entidad. La respuesta más frecuente fue la de todas las ante-

riores y la de no saber; cabe mencionar que la única condición requerida es la autorización de la autoridad competente, la cual fue la tercera respuesta más frecuente en quienes contestaron la encuesta.

CUADRO 10.3

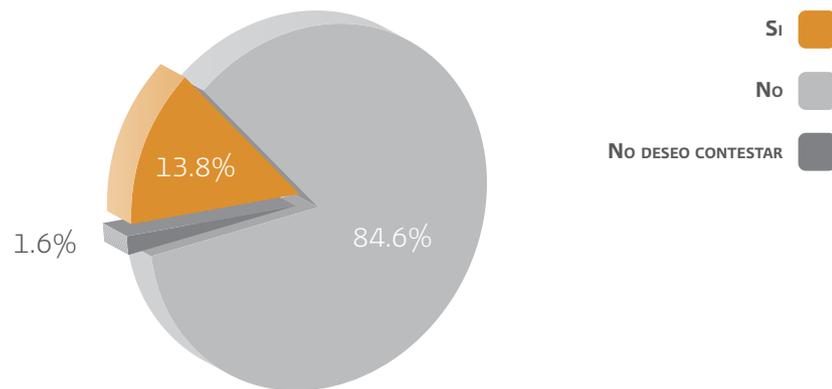
CONDICIONES O TRÁMITES REQUERIDOS PARA QUE UNA MUJER PUEDA REALIZARSE UN ABORTO LEGAL EN LA ENTIDAD

CONDICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
QUE LA MUJER SEA MAYOR DE EDAD	154	6.9
QUE EL COMITÉ DE ÉTICA LO AUTORICE	295	13.2
QUE LO ORDENE LA AUTORIDAD COMPETENTE	334	15.0
QUE LA MUJER TENGA MENOS DE TRES MESES DE EMBARAZO	77	3.4
TODAS LAS ANTERIORES	731	32.7
NO LO SÉ	643	28.0
TOTAL	2,234	100.0

Se exploró entre los servidores de salud si durante los últimos 3 años habían atendido en esa unidad de salud, a alguna persona violada, 13.8% contestó que sí, 84.6% que no y un 1.6% prefirió no contestar.

FIGURA 10.2

¿ATENDIÓ EN ESTA UNIDAD A ALGUNA PERSONA VIOLADA?



En el caso de aquellas unidades en donde se había dado atención a personas violadas, el tiempo promedio entre la atención y el momento de la encuesta fue de

26.1 meses; el periodo más frecuentemente reportado fue menos de un mes (45.3%).

CUADRO 10.4**TIEMPO QUE HA PASADO DESDE QUE SE DIO ATENCIÓN A UN PERSONA VIOLADA EN LA UNIDAD**

TIEMPO (MESES)	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MENOS DE UN MES	140	45.3
DE 1 A 6 MESES	119	38.5
MÁS DE 6 MESES	22	7.1
NO SABE	28	9.1
TOTAL	309	100.0

La persona violada a la que se atendió pertenecía al sexo masculino en el 5.5% de los casos mientras que el 94.5% restante correspondió al sexo femenino.

La persona violada tenía en promedio 18 años de edad (desviación estándar de 23.14 años) siendo el grupo de edad de 10 a 19 años el más afectado con 44.7%, seguido del de 20 a 29 años con un 20.4%.

CUADRO 10.5**GRUPOS DE EDAD EN LOS QUE SE ENCONTRABA LA PERSONA VIOLADA**

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MENOS DE UN AÑO	1	0.3
DE 1 A 9 AÑOS	34	11.0
DE 10 A 19 AÑOS	138	44.7
DE 20 A 29 AÑOS	63	20.4
DE 30 A 39 AÑOS	34	11.0
DE 40 A 49 AÑOS	8	2.6
DE 50 A 59 AÑOS	6	1.9
DE 60 A 69 AÑOS	1	0.3
MÁS DE 70 AÑOS	1	0.3
NO SABE O NO RESPONDE	23	7.5
TOTAL	309	100.0

Respecto de las acciones que tomó ante este caso, llama la atención que el interrogatorio a la víctima para “cerciorarse” de la veracidad de su dicho junto con la consignación en el expediente clínico, fueron las respuestas más frecuentes con un 77.7%, seguidas

de la explicación de sus derechos con 74%. También destaca que sólo en 24.3% de los casos se prescribió anticoncepción de emergencia mientras que a 50% se les recetó medicamentos para evitar infecciones de transmisión sexual.

CUADRO 10.6

ACCIONES DEL PERSONAL ANTE EL CASO DE VIOLACIÓN QUE PRESENTABA LA ÚLTIMA PERSONA IDENTIFICADA

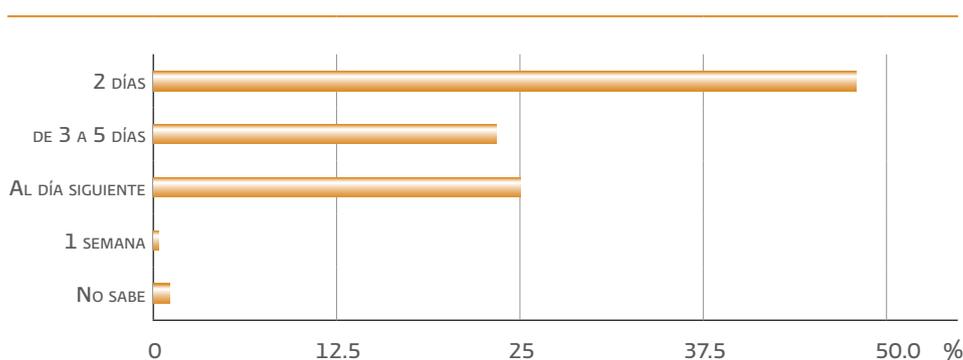
ACCIONES	Sí %	No %
DIO AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO	46.0	54.0
INTERROGÓ A LA VÍCTIMA PARA CERCIORARSE DE LA VERACIDAD DE LO QUE AFIRMABA	77.7	22.3
REALIZÓ EXAMEN MÉDICO	68.0	32.0
REGISTRÓ EL DIAGNÓSTICO Y LOS HALLAZGOS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO	77.7	22.3
LE RECETÓ MEDICAMENTOS PARA EVITAR INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL	50.5	49.5
PRESCRIBIÓ HORMONALES (ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA) PARA EVITAR EL EMBARAZO	24.3	75.7
LES EXPLICÓ CUÁLES ERAN SUS DERECHOS	74.4	25.6
DENUNCIÓ EL CASO ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO	41.7	58.3
LA ENVÍO A OTRA INSTITUCIÓN PARA SU ATENCIÓN	51.1	48.9
LA ENVÍO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE SU MISMA INSTITUCIÓN	58.6	41.4
NO SUPO QUÉ HACER	4.8	95.2

Se interrogó a los encuestados sobre el periodo máximo en que es efectiva la anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo después de un contacto

no protegido (violación), sólo el 23.6% respondió de manera adecuada que de tres a cinco días.

FIGURA 10.3

TIEMPO DE EFECTIVIDAD DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA



Se preguntó a los encuestados si habían recibido formación o actualización en técnicas para realizar una interrupción del embarazo, el 59.7% respondió que

no, mientras 25.5% dijo que lo había aprendido en la escuela o facultad.

CUADRO 10.7**LUGAR FORMACIÓN/ACTUALIZACIÓN EN TÉCNICAS PARA REALIZAR LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO**

LUGAR DE FORMACIÓN O ACTUALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
EN LA ESCUELA O FACULTAD	570	25.5
EN LA ESPECIALIDAD	154	6.9
EN EL TRABAJO	82	3.7
POR MI CUENTA	95	4.3
NUNCA	1,333	59.7
TOTAL	2,234	100.0

Las técnicas en que se capacitó el personal que tenía estas habilidades, fueron en primer lugar la farmacológica con un 17.2%, seguida de farmacológica, legrado

uterino instrumental y aspiración manual, con 7.3%; quedando en tercer lugar los que sólo se han capacitado en legrado uterino instrumental con 6.9%.

CUADRO 10.8**TÉCNICA EN QUE SE CAPACITÓ EL PERSONAL DE SALUD PARA LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO**

TÉCNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
FARMACOLOGÍA	384	17.2
LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL	155	6.9
ASPIRACIÓN MANUAL	19	0.9
TODAS LAS ANTERIORES	164	7.3
LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL Y ASPIRACIÓN MANUAL	21	0.9
FARMACOLOGÍA Y LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL	113	5.1
NINGUNA	1,378	61.7
TOTAL	2,234	100.0

Se consultó también sobre la respuesta hipotética de una institución de salud ante la solicitud de una mujer embarazada para terminar un embarazo producto de una violación, si se presenta con el requerimiento de la autoridad competente; llama la atención que entre 30 y 40% de los prestadores no saben si procede o no la realización de cualquiera de las acciones posibles, y

sólo un 36.6% dice que debería procederse a realizar el procedimiento a la brevedad posible. Buena parte de los prestadores de servicios dijeron que procedería la revisión del caso de acuerdo a las políticas institucionales (49.8%) y la evaluación del caso por el área jurídica de la institución (45.7%).

CUADRO 10.9

ACTIVIDADES A REALIZAR POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD ANTE LA SOLICITUD DE TERMINACIÓN DE UN EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLACIÓN, SI SE PRESENTA CON EL REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE

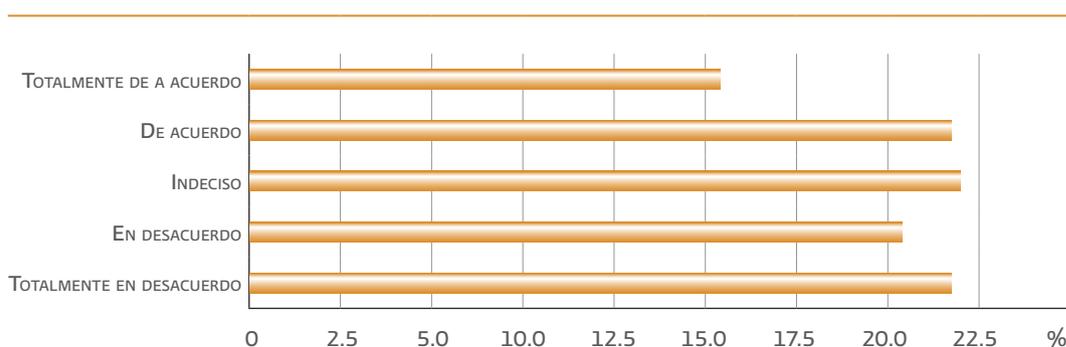
ACTIVIDADES	Sí %	No %	No LO SÉ %
SE SOMETE EL CASO AL JURÍDICO PARA SU EVALUACIÓN	45.7	17.9	36.4
SE REALIZA LA INTERRUPCIÓN SÓLO CON LA AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y EL DIRECTOR	33.0	28.4	38.6
SE EVALÚA EL CASO DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES	49.8	16.7	33.6
LA INSTITUCIÓN TIENE LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO A LA BREVEDAD POSIBLE	36.6	26.7	37.0
EL DIRECTOR PUEDE EXCUSARSE POR OBJECIÓN DE CONCIENCIA	20.2	40.3	39.5

Se preguntó a los encuestados si en la institución que trabaja se han realizado interrupciones legales de embarazo por violación, encontrando que sólo 2.0% dijo que sí lo habían realizado, mientras que un 64.1% contestaron que no y un 33.9% no sabía.

A la pregunta de que si el(la) médico(a) estaba dispuesto(a) a realizar un aborto a una mujer embarazada producto de una violación (previa capacitación o actualización y contando con el apoyo institucional, los materiales y equipo necesarios), 36.7% dijo que estaría dispuesto mientras que 41.9% dijo no estarlo.

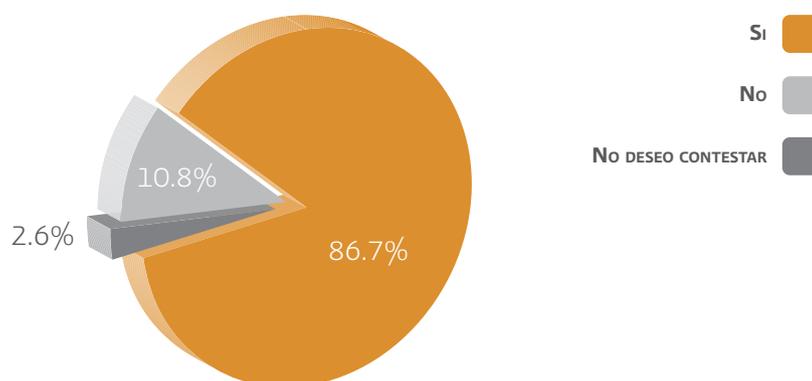
FIGURA 10.4

POSTURA PARA REALIZAR UNA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN



Se preguntó también a los trabajadores y trabajadoras de la salud si habían sido víctimas de violencia por parte de su pareja, 10.8% dijeron que sí y 86.7% que

no. Las prevalencias fueron diferentes entre hombres (8.4%) y mujeres (15.2%).

FIGURA 10.5**EL SERVIDOR DE LA SALUD COMO VÍCTIMA DE VIOLENCIA FAMILIAR**

A los trabajadores y trabajadoras que contestaron haber sido víctimas de violencia por parte de su pareja se les preguntó qué tipo de violencia habían vivido, 92.5% reportó violencia psicológica, 37.8% física, 36.5% económica y 34% abandono.

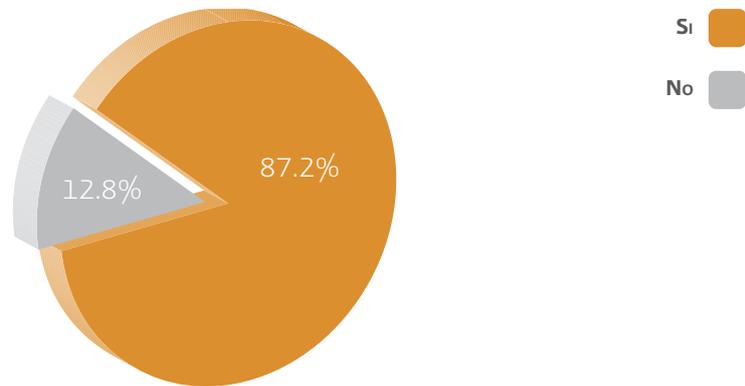
CUADRO 10.10**TIPO DE VIOLENCIA POR PARTE DE LA PAREJA PADECIDO POR LOS TRABAJADORES DE LA SALUD**

TIPO DE VIOLENCIA	Sí %	No %
FÍSICA	37.8	62.2
PSICOLÓGICA	92.5	7.5
SEXUAL	20.7	79.3
ECONÓMICA	36.5	63.5
ABANDONO	34	66

También se cuestionó a los encuestados si habían ejercido violencia hacia su pareja; un 12.8% aceptó haberla ejercido y un 87.2% dijo que no.

FIGURA 10.6

SERVIDORES DE SALUD QUE HAN EJERCIDO VIOLENCIA HACIA SU PAREJA



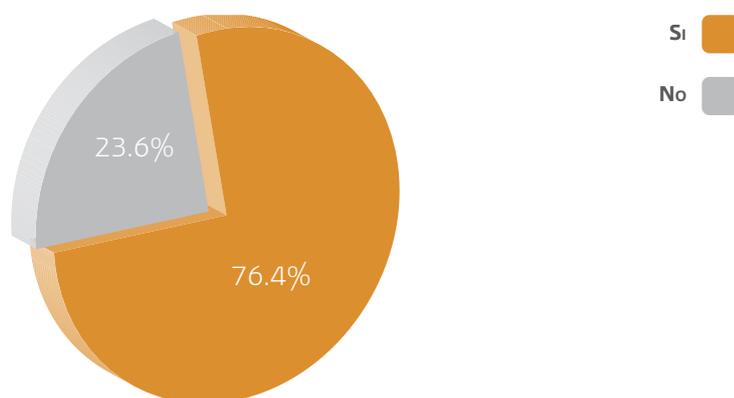
De aquellos que reconocieron haber ejercido violencia contra su pareja el tipo de violencia más frecuente fue la psicológica, seguida de la física.

CUADRO 10.11

TIPO DE VIOLENCIA EJERCIDA HACIA SU PAREJA POR PARTE DE LOS ENCUESTADOS

TIPO DE VIOLENCIA	Sí %	No %
FÍSICA	28.4	71.6
PSICOLÓGICA	86	14
SEXUAL	4	96
ECONÓMICA	18	82
ABANDONO	12.6	87.4

Se preguntó también a los proveedores si habían vivido algún tipo de violencia en la infancia, un 23.6% respondió afirmativamente contra un 76.4% que respondió que no.

FIGURA 10.7**SERVIDORES DE SALUD QUE SUFRIERON ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA**

Entre los que respondieron haber padecido violencia en la infancia se observó que la física fue la más frecuente con un 74.6%, seguida de la psicológica con un 72.5%.

CUADRO 10.12**TIPO DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA REPORTADA POR LOS ENCUESTADOS**

TÉCNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
FÍSICA	74.6	25.4
PSICOLÓGICA	72.5	27.5
SEXUAL	12.1	87.9
ECONÓMICA	23.3	76.7
ABANDONO	15.6	84.4

Así mismo se les preguntó si tenían familiares o amigos cercanos que vivieran en una relación de violencia, 47.9% respondió que sí y 52.1% contestó que no.

Los receptores más frecuentemente reportados de la violencia fueron los amigos (76%), seguido de los primos con 33.6%.

CUADRO 10.13**PERSONAS CERCANAS AL ENCUESTADO QUE VIVIERON VIOLENCIA**

IDENTIDAD DEL VIOLENTADO	Sí %	No %
PADRES	15.6	84.4
HERMANOS	30.5	69.5
TÍOS	25.9	74.1
PRIMOS	33.6	66.4
AMIGOS	7.6	24
OTRO	27.8	72.2

CAPÍTULO 11

ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA
POR LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD

ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA POR LOS PRESTADORES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Un componente importante de las actividades de los prestadores de servicios de salud es la atención de mujeres que han vivido en situación de violencia, por lo que conocer cómo son atendidas permite acercarnos a los factores que intervienen y modifican la atención de la violencia. En el cuestionario se incluyó una batería de preguntas sobre si el prestador o prestadora de servicios de salud había atendido algún caso de violencia familiar en los últimos tres años, y en caso afirmativo las características del último caso atendido (edad, sexo y tipo de violencia) así como las acciones que había tomado para su atención.

Dada la alta prevalencia de violencia de pareja actual (33.3%), se esperaba que todos los médicos reportaran haber visto al menos un caso en los últimos tres años; sin embargo, solamente 65% reportó haber identificado algún caso en este periodo. Llama la atención que entre quienes sí detectaron al menos un caso, la mayoría tenía menos de seis meses de haber hecho el diagnóstico.

De los prestadores y prestadoras de servicios que reportaron haber atendido algún caso de violencia familiar en los últimos tres años (1,452), se encontró que en el 83.4% de los casos se trataba de violencia de pareja.

Con la intención de conocer el tipo de atención otorgada, se asignaron puntajes a las acciones correctas de acuerdo al tipo de caso atendido y se establecieron 5 categorías. Se calificó como atención Insuficiente a quienes contestaron haber realizado menos del 60% de las acciones correctas. Quienes se encontraron entre el 60 y 74.9% como Adecuada. Cuando este porcentaje se ubicó entre el 75% y el 87.4% como Buena. Quienes se ubicaron entre el 87.5 y 95% como Muy buena. Finalmente quienes contestaron haber realizado el total de las acciones correctas se les calificó como Excelente. Se consideraron calificaciones aprobatorias las encontradas entre Adecuada a Excelente.

Esta clasificación fue basada en el número de respuestas correctas dentro del instrumento de recolección de información.

Respecto de la atención otorgada de acuerdo con la edad del prestador, observamos que el mayor porcentaje de atenciones aprobatorias fueron otorgadas por los proveedores que tenían entre los 20 y 30 años (Cuadro 11.1).

CUADRO 11.1**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DE ACUERDO A LA EDAD DEL PROVEEDOR**

GRUPO DE EDAD POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
20 A 30 AÑOS		
INSUFICIENTE	108	39.1
ADECUADA	71	25.7
BUENA	45	16.3
MUY BUENA	33	12.0
EXCELENTE	19	6.9
31 A 40 AÑOS		
INSUFICIENTE	120	39.5
ADECUADA	65	21.4
BUENA	54	17.8
MUY BUENA	41	13.5
EXCELENTE	24	7.9
41 A 50 AÑOS		
INSUFICIENTE	158	40.9
ADECUADA	69	17.9
BUENA	87	22.5
MUY BUENA	57	14.8
EXCELENTE	15	3.9
51 A 60 AÑOS		
INSUFICIENTE	86	44.8
ADECUADA	35	18.2
BUENA	35	18.2
MUY BUENA	22	11.5
EXCELENTE	14	7.3
61 A 70 AÑOS		
INSUFICIENTE	3	42.9
ADECUADA	2	28.6
BUENA	1	14.3
MUY BUENA	1	14.3
EXCELENTE	0	0.0

La atención de acuerdo al sexo del proveedor permitió observar que un mayor porcentaje de atenciones proporcionadas por las mujeres se calificaron como aprobatorias (Cuadro 11.2).

CUADRO 11.2**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DE ACUERDO AL SEXO DEL PROVEEDOR**

SEXO POR ATENCIÓN OTORGADA		FRECUENCIA	PORCENTAJE %
FEMENINO			
	INSUFICIENTE	181	40.3
	ADECUADA	88	19.6
	BUENA	96	21.4
	MUY BUENA	63	14.0
	EXCELENTE	21	4.7
MASCULINO			
	INSUFICIENTE	295	41.1
	ADECUADA	154	21.4
	BUENA	126	17.5
	MUY BUENA	92	12.8
	EXCELENTE	51	7.1

En lo relativo a la institución donde labora el proveedor, observamos que los proveedores y proveedoras que trabajan en la Secretaría de Salud otorgaron un

mayor porcentaje de atenciones aprobatorias; aunque las diferencias son discretas.

CUADRO 11.3**VIOLENCIA DE PAREJA DE ACUERDO A LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA EL PROVEEDOR**

INSTITUCIÓN POR ATENCIÓN OTORGADA		FRECUENCIA	PORCENTAJE %
IMSS			
	INSUFICIENTE	288	42.9
	ADECUADA	125	18.6
	BUENA	130	19.4
	MUY BUENA	84	12.5
	EXCELENTE	44	6.6
ISSSTE			
	INSUFICIENTE	58	42.3
	ADECUADA	25	18.2
	BUENA	26	19.0
	MUY BUENA	22	16.1
	EXCELENTE	6	4.4

CUADRO 11.3 (CONTINUACIÓN)**VIOLENCIA DE PAREJA DE ACUERDO A LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA EL PROVEEDOR**

INSTITUCIÓN POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
SSA		
INSUFICIENTE	130	36.2
ADECUADA	92	25.6
BUENA	66	18.4
MUY BUENA	49	13.6
EXCELENTE	22	6.1

Respecto al puesto del proveedor, quien otorgó un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias fue el médico general y el jefe de servicio.

CUADRO 11.4**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DE ACUERDO AL PUESTO DEL PROVEEDOR**

PUESTO POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MÉDICO INTERNO		
INSUFICIENTE	29	47.5
ADECUADA	13	21.3
BUENA	10	16.4
MUY BUENA	1	1.6
EXCELENTE	8	13.1
MÉDICO PASANTE		
INSUFICIENTE	60	45.5
ADECUADA	29	22.0
BUENA	14	10.6
MUY BUENA	20	15.2
EXCELENTE	9	6.8
MÉDICO RESIDENTE		
INSUFICIENTE	27	60.0
ADECUADA	8	17.8
BUENA	4	8.9
MUY BUENA	5	11.1
EXCELENTE	1	2.2

CUADRO 11.4 (CONTINUACIÓN)**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DE ACUERDO AL PUESTO DEL PROVEEDOR**

PUESTO POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MÉDICO GENERAL		
INSUFICIENTE	118	36.6
ADECUADA	80	24.8
BUENA	66	20.5
MUY BUENA	36	11.2
EXCELENTE	22	6.8
MÉDICO FAMILIAR		
INSUFICIENTE	140	38.9
ADECUADA	75	20.8
BUENA	71	19.7
MUY BUENA	55	15.3
EXCELENTE	19	5.3
MÉDICO ESPECIALISTA		
INSUFICIENTE	71	42.3
ADECUADA	26	15.5
BUENA	37	22.0
MUY BUENA	27	16.1
EXCELENTE	7	4.2
JEFE DE SERVICIO		
INSUFICIENTE	15	36.6
ADECUADA	6	14.6
BUENA	9	22.0
MUY BUENA	6	14.6
EXCELENTE	5	12.2

Se observó una asociación entre la calidad de la atención y la capacitación (cursos) sobre violencia familiar o contra las mujeres, quienes sí recibieron cursos

tuvieron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias (Cuadro 11.5).

CUADRO 11.5**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DE ACUERDO A LA ASISTENCIA A CURSOS DEL PROVEEDOR**

ASISTENCIA A CURSOS POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si		
INSUFICIENTE	123	28.5
ADECUADA	90	20.8
BUENA	101	23.4
MUY BUENA	85	19.7
EXCELENTE	33	7.6
No		
INSUFICIENTE	353	48.0
ADECUADA	152	20.7
BUENA	121	16.5
MUY BUENA	70	9.5
EXCELENTE	39	5.3

La calidad de la atención y el haber considerado útiles los cursos recibidos sobre violencia familiar o contra las mujeres, también mostraron asociación así quienes

contestaron que los cursos les fueron útiles, presentaron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias (Cuadro 11.6).

CUADRO 11.6**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DE ACUERDO A LA PERCEPCIÓN DE UTILIDAD DE CURSOS DE VIOLENCIA FAMILIAR DEL PROVEEDOR**

PERCEPCIÓN DE UTILIDAD POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si		
INSUFICIENTE	98	25.7
ADECUADA	81	21.3
BUENA	94	24.7
MUY BUENA	78	20.5
EXCELENTE	30	7.9
No		
INSUFICIENTE	12	57.1
ADECUADA	1	4.8
BUENA	2	9.5
MUY BUENA	4	19.0
EXCELENTE	2	9.5

Se buscó la asociación entre los antecedentes de violencia de pareja en contra del proveedor y la calidad de la atención, se observó que quienes han sido víctimas de violencia tienen un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias; sin embargo la proporción de atenciones de excelencia es mayor entre los que nunca han tenido pareja y los que no han vivido este tipo de violencia.

CUADRO 11.7

**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA SI EL PROVEEDOR
HA SIDO VIOLENTADO POR PARTE DE SU PAREJA**

ASISTENCIA A CURSOS POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Sí		
INSUFICIENTE	46	32.4
ADECUADA	42	29.6
BUENA	31	21.8
MUY BUENA	17	12.0
EXCELENTE	6	4.2
No		
INSUFICIENTE	417	41.8
ADECUADA	197	19.7
BUENA	185	18.5
MUY BUENA	135	13.5
EXCELENTE	64	6.4
NUNCA HA TENIDO PAREJA		
INSUFICIENTE	13	48.1
ADECUADA	3	11.1
BUENA	6	22.2
MUY BUENA	3	11.1
EXCELENTE	2	7.4

Por otro lado, los proveedores que no habían violentado a su pareja fueron quienes mostraron mayor porcentaje de atenciones aprobatorias, obteniendo también un mayor porcentaje de atenciones calificadas como excelentes, respecto de quienes sí han ejercido violencia contra su pareja.

CUADRO 11.8**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DE ACUERDO
A SI EL PROVEEDOR HA SIDO AUTOR DE VIOLENCIA HACIA SU PAREJA**

AUTOR DE VIOLENCIA HACIA SU PAREJA POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si		
INSUFICIENTE	68	38.9
ADECUADA	46	26.3
BUENA	36	20.6
MUY BUENA	18	10.3
EXCELENTE	7	4.0
No		
INSUFICIENTE	395	40.9
ADECUADA	193	20.0
BUENA	180	18.7
MUY BUENA	134	13.9
EXCELENTE	63	6.5

Finalmente se consideró la asociación entre el antecedente de violencia en la infancia por parte del proveedor o proveedora y la calidad técnica de la

atención prestada sin embargo no se encontraron diferencias importantes (Cuadro 11.9).

CUADRO 11.9**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA SI EL PROVEEDOR
HABÍA PADECIDO ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN SU INFANCIA**

PADECIMIENTO DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si		
INSUFICIENTE	124	40.4
ADECUADA	70	22.8
BUENA	51	16.6
MUY BUENA	47	15.3
EXCELENTE	15	4.9
No		
INSUFICIENTE	352	40.9
ADECUADA	172	20.0
BUENA	171	19.9
MUY BUENA	108	12.6
EXCELENTE	57	6.6

Una de las intervenciones del personal de salud de mayor trascendencia es la atención a personas que han sufrido una violación, con la finalidad de conocer la atención otorgada a estos casos, se incluyó también una batería de preguntas sobre si el prestador o prestadora de servicios de salud había atendido algún caso de violación en los últimos tres años, y en caso afirmativo las características del último caso atendido (edad, y sexo) así como las acciones que había tomado para su atención y se utilizó un procedimiento semejante de calificación de la respuesta de acuerdo al porcentaje de acciones correctas. Cabe señalar que el número de proveedores que reportó haber atendido uno de estos casos fue considerablemente menor (308) que el número de proveedores que dijeron haber atendido casos de violencia familiar.

Se clasificó como atención insuficiente a quienes contestaron haber otorgado menos del 60% de acciones correctas. Quienes se encontraron entre el 60 y 71.4% como Adecuada. Cuando este porcentaje se ubicó entre el 71.5% y el 85.7% la atención se calificó como Buena; mientras para quienes se ubicaron entre el 85.8% y 95% la calificación se reportó como Muy buena. Finalmente a quienes reportaron haber realizado todas las acciones correctas se les clasificó como Excelente. Se consideraron calificaciones aprobatorias las encontradas entre Adecuada a Excelente.

Respecto de la atención otorgada de acuerdo con la edad del proveedor, observamos que los proveedores que tenían entre 31 y 40 años tuvieron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias (Cuadro 11.10).

CUADRO 11.10**ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE ACUERDO A LA EDAD DEL PROVEEDOR**

GRUPO DE EDAD POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
20 A 30 AÑOS		
INSUFICIENTE	13	26.5
ADECUADA	10	20.4
BUENA	15	30.6
MUY BUENA	11	22.4
EXCELENTE	0	0.0
31 A 40 AÑOS		
INSUFICIENTE	9	15.5
ADECUADA	15	25.9
BUENA	16	27.6
MUY BUENA	11	19.0
EXCELENTE	7	12.1
41 A 50 AÑOS		
INSUFICIENTE	11	17.2
ADECUADA	11	17.2
BUENA	22	34.4
MUY BUENA	16	25.0
EXCELENTE	4	6.3

CUADRO 11.10 (CONTINUACIÓN)**ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD DEL PROVEEDOR**

GRUPO DE EDAD POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
51 A 60 AÑOS		
INSUFICIENTE	5	16.1
ADECUADA	5	16.1
BUENA	12	38.7
MUY BUENA	4	12.9
EXCELENTE	5	16.1
61 A 70 AÑOS		
INSUFICIENTE	0	0.0
ADECUADA	0	0.0
BUENA	1	100.0
MUY BUENA	0	0.0
EXCELENTE	0	0.0

La calidad técnica de la atención de acuerdo al sexo del proveedor muestra que en el caso de la violación, las mujeres, obtuvieron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias que los varones (Cuadro 11.11).

CUADRO 11.11**ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN DE ACUERDO AL SEXO DEL PROVEEDOR**

SEXO POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
FEMENINO		
INSUFICIENTE	18	15.4
ADECUADA	22	18.8
BUENA	42	35.9
MUY BUENA	24	20.5
EXCELENTE	11	9.4
MASCULINO		
INSUFICIENTE	20	23.0
ADECUADA	19	21.8
BUENA	25	28.7
MUY BUENA	18	20.7
EXCELENTE	5	5.7

Nuevamente de acuerdo a la institución donde labora el proveedor, observamos que los proveedores de la Secretaría de Salud tuvieron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias.

CUADRO 11.12

ATENCIÓN DE VIOLACIÓN DE ACUERDO A LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA EL PROVEEDOR

INSTITUCIÓN POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
IMSS		
INSUFICIENTE	23	19.7
ADECUADA	29	24.8
BUENA	41	35.0
MUY BUENA	18	15.4
EXCELENTE	6	5.1
ISSSTE		
INSUFICIENTE	4	17.4
ADECUADA	5	21.7
BUENA	7	30.4
MUY BUENA	5	21.7
EXCELENTE	2	8.7
SSA		
INSUFICIENTE	11	14.9
ADECUADA	17	23.0
BUENA	19	25.7
MUY BUENA	19	25.7
EXCELENTE	8	10.8

En cuanto al puesto del proveedor, quienes otorgaron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias fueron el médico general, el jefe de servicio y el médico especialista, prácticamente con el mismo porcentaje.

CUADRO 11.13**ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN DE ACUERDO AL PUESTO DEL PROVEEDOR**

PUESTO POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
MÉDICO INTERNO		
INSUFICIENTE	4	28.6
ADECUADA	2	14.3
BUENA	5	35.7
MUY BUENA	1	7.1
EXCELENTE	2	14.3
MÉDICO PASANTE		
INSUFICIENTE	5	23.8
ADECUADA	4	19.0
BUENA	6	28.6
MUY BUENA	6	28.6
EXCELENTE	0	0.0
MÉDICO RESIDENTE		
INSUFICIENTE	2	20.0
ADECUADA	3	30.0
BUENA	3	30.0
MUY BUENA	2	20.0
EXCELENTE	0	0.0
MÉDICO GENERAL		
INSUFICIENTE	7	15.2
ADECUADA	10	21.7
BUENA	15	32.6
MUY BUENA	12	26.1
EXCELENTE	2	4.3
MÉDICO FAMILIAR		
INSUFICIENTE	11	22.0
ADECUADA	12	24.0
BUENA	16	32.0
MUY BUENA	9	18.0
EXCELENTE	2	4.0
MÉDICO ESPECIALISTA		
INSUFICIENTE	6	15.4
ADECUADA	8	20.5
BUENA	11	28.2
MUY BUENA	9	23.1
EXCELENTE	5	12.8

CUADRO 11.13 (CONTINUACIÓN)**ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN DE ACUERDO AL PUESTO DEL PROVEEDOR**

PUESTO POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
JEFE DE SERVICIO		
INSUFICIENTE	2	15.4
ADECUADA	1	7.7
BUENA	5	38.5
MUY BUENA	2	15.4
EXCELENTE	3	23.1

Respecto a la asociación entre la calidad de la atención y el haber recibido cursos sobre violencia familiar o contra las mujeres, se observó que quienes fueron a cursos

tuvieron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias, como se puede observar en el Cuadro 11.14.

CUADRO 11.14**ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN DE ACUERDO A LA ASISTENCIA A CURSOS DEL PROVEEDOR**

ASISTENCIA A CURSOS POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Sí		
INSUFICIENTE	12	12.8
ADECUADA	15	16.0
BUENA	34	36.2
MUY BUENA	24	25.5
EXCELENTE	9	9.6
No		
INSUFICIENTE	26	23.6
ADECUADA	26	23.6
BUENA	33	30.0
MUY BUENA	18	16.4
EXCELENTE	7	6.4

La calidad de la atención a personas violadas y el haber considerado útiles los cursos recibidos también mostraron una asociación clara, así los proveedores y proveedoras que consideraron útiles los cursos reci-

bidos, otorgaron una mejor atención (% atenciones aprobatorias) que quienes no los consideraron útiles (Cuadro 11.15).

CUADRO 11.15

ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN DE ACUERDO PERCEPCIÓN DE UTILIDAD DE CURSOS DE VIOLENCIA FAMILIAR DEL PROVEEDOR

PERCEPCIÓN DE UTILIDAD POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si		
INSUFICIENTE	7	8.5
ADECUADA	14	17.1
BUENA	30	36.6
MUY BUENA	22	26.8
EXCELENTE	9	11.0
No		
INSUFICIENTE	2	40.0
ADECUADA	0	0.0
BUENA	2	40.0
MUY BUENA	1	20.0
EXCELENTE	0	0.0

Se analizó la asociación entre los antecedentes de violencia de pareja hacia el prestador y la calidad de la atención brindada a personas violadas; se observó que aquellas proveedoras o proveedores que han si-

do víctimas de violencia por parte de su pareja, tienen un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias, aunque las diferencias son discretas.

CUADRO 11.16**ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN DE ACUERDO A SI EL PROVEEDOR
HA SIDO VIOLENTADO POR PARTE DE SU PAREJA**

VÍCTIMA DE VIOLENCIA POR PARTE DE SU PAREJA POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Sí		
INSUFICIENTE	6	17.1
ADECUADA	7	20.0
BUENA	12	34.3
MUY BUENA	6	17.1
EXCELENTE	4	11.4
No		
INSUFICIENTE	31	18.8
ADECUADA	34	20.6
BUENA	53	32.1
MUY BUENA	35	21.2
EXCELENTE	12	7.3
NUNCA HA TENIDO PAREJA		
INSUFICIENTE	1	25.0
ADECUADA	0	0.0
BUENA	2	50.0
MUY BUENA	1	25.0
EXCELENTE	0	0.0

Por su parte, los proveedores que no habían violentado a su pareja tuvieron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias en el caso de personas violadas.

CUADRO 11.17**ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN DE ACUERDO A SI EL PROVEEDOR HA SIDO AUTOR DE VIOLENCIA HACIA SU PAREJA**

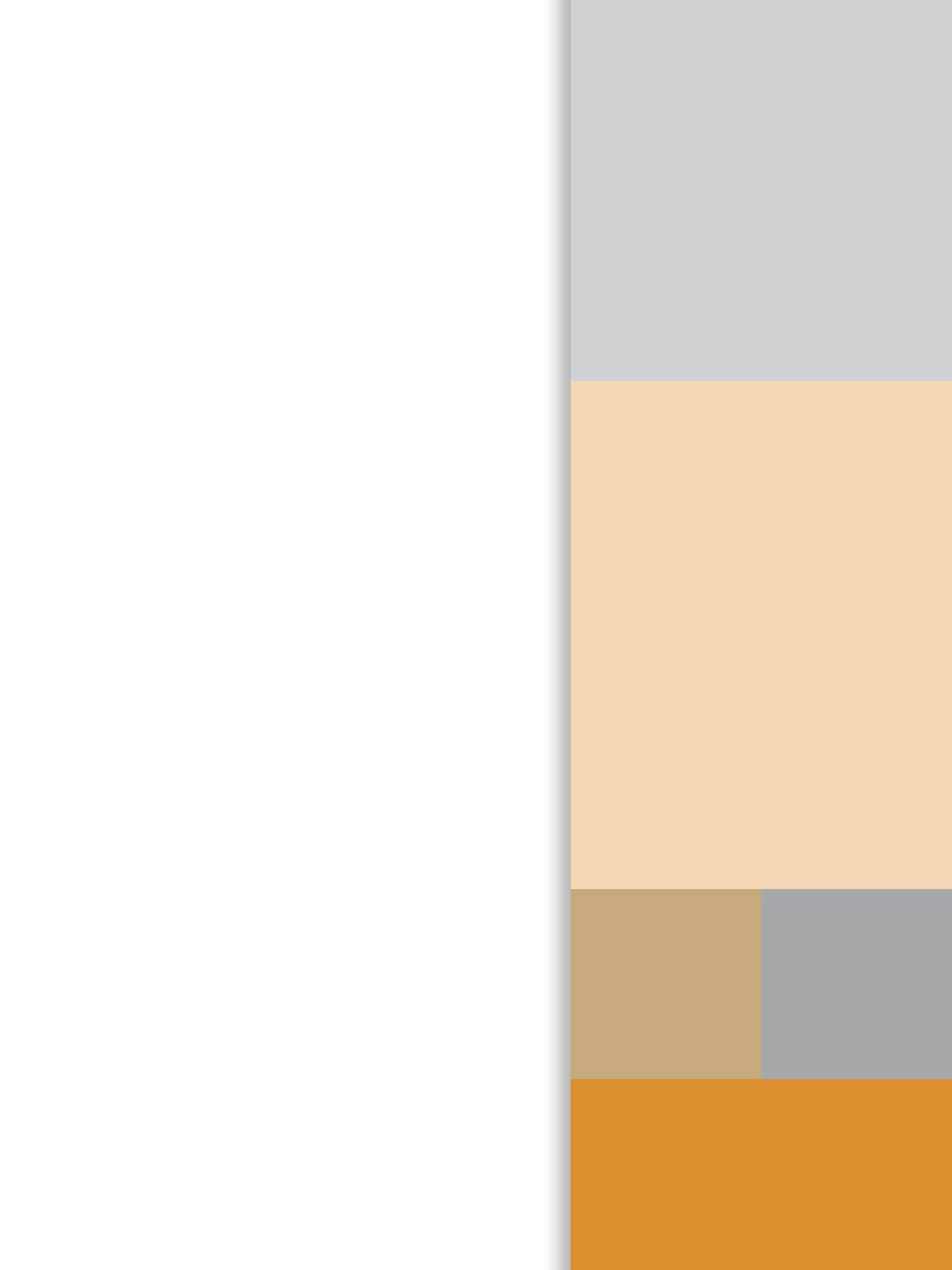
AUTOR DE VIOLENCIA HACIA SU PAREJA POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si		
INSUFICIENTE	9	21.4
ADECUADA	6	14.3
BUENA	17	40.5
MUY BUENA	6	14.3
EXCELENTE	4	9.5
No		
INSUFICIENTE	28	17.7
ADECUADA	35	22.2
BUENA	48	30.4
MUY BUENA	35	22.2
EXCELENTE	12	7.6

Al analizar la asociación entre el antecedente de haber padecido violencia en la infancia, se observó que las y los proveedores que reportaron no tener dicho

antecedente, tuvieron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias que quienes si habían vivido una situación de violencia en la infancia.

CUADRO 11.18**ATENCIÓN DE LA VIOLACIÓN DE ACUERDO A SI EL PROVEEDOR HABÍA PADECIDO ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA EN SU INFANCIA**

PADECIMIENTO DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA POR ATENCIÓN OTORGADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si		
INSUFICIENTE	10	16.4
ADECUADA	13	21.3
BUENA	22	36.1
MUY BUENA	13	21.3
EXCELENTE	3	4.9
No		
INSUFICIENTE	28	19.6
ADECUADA	28	19.6
BUENA	45	31.5
MUY BUENA	29	20.3
EXCELENTE	13	9.1



SALUD

LÍNEA VIDA SIN VIOLENCIA
01-800-911-25-11

**CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO
Y SALUD REPRODUCTIVA**

www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx