



La utilización de los servicios de salud por parte de
mujeres lesionadas por su pareja en ocho regiones indígenas
de México.¹

Protocolo de tesis²
16 Abril 2008

M^a. Del Rosario Valdez Santiago
Alumna del Doctorado en Ciencias de la Salud Pública con
Área de concentración en Sistemas de Salud.
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

Comité de Tesis
Dra. Martha C. Híjar Medina
Directora
Dra. Rosalba Rojas Martínez
Asesora
Dra. Soledad González Montes
Asesora

¹ El estudio es parte de un proyecto más amplio titulado "Los sistemas de salud frente a la violencia hacia las mujeres indígenas en las principales etnias de México". Esta financiado por Conacyt- Fondos Sectoriales 2004 y por la **Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas** (CDI), 2006. Del cual soy investigadora responsable.

² Nota aclaratoria: versión que defendí el 16 de abril, donde el jurado propuso eliminar el componente cualitativo del estudio por considerarlo demasiado amplio aún para una tesis de doctorado.

Índice de contenido

	Páginas
1.- Antecedentes.....	3-11
1.1. <i>El estudio de la violencia hacia las mujeres en México</i>	
1.2 <i>El inicio del camino: las organizaciones feministas</i>	
1.3 <i>El desarrollo de los programas gubernamentales a partir del 2000: ¿un nuevo escenario político a favor de la equidad de género?</i>	
2.- Marco conceptual.....	12-30
2.1) <i>Los modelos de utilización de los servicios, un aporte del campo de los sistemas de salud</i>	
2.1.1 <i>Las mujeres maltratadas como utilizadoras de los servicios de salud</i>	
2.2) <i>La violencia doméstica contra la mujer como objeto de estudio de la salud pública</i>	
2.2.1 <i>La epidemiología clásica: una herramienta para medir la magnitud del problema de la violencia doméstica hacia las mujeres</i>	
2.2.2 <i>Los aportes del modelo sociomédico al problema de la VDCM</i>	
2.3) <i>Encuentro médico-paciente en la situación de salud intercultural</i>	
3.- Planteamiento del problema.....	31-34
<i>Objetivo General</i>	
<i>Objetivos específicos</i>	
4.- Metodología.....	35-59
<i>Anexo Metodológico 1. Encuesta de Salud y Derechos De las Mujeres indígenas ENSADEMI, 2008)</i>	
<i>Anexo Metodológico 2 GUIAS DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADAS PAR LOS/ LAS INFORMANTES</i>	
5.- Bibliografía.....	60-66

1.- Antecedentes

Hasta hace unas décadas en ningún lugar del mundo el problema de la violencia hacia las mujeres era objeto de estudio. Era considerado más bien un problema privado y se mantenía en silencio al interior de las familias. Quienes padecían sus secuelas no contaban con la posibilidad de recibir ningún tipo de protección social; tampoco los servicios de salud y de asistencia social tenían un interés particular, esto no quiere decir que no atendieran a las mujeres maltratadas. Las lesiones severas producidas por el maltrato en el ámbito doméstico han salido a la luz pública, sin embargo no se consideraba como un delito y menos aún como un problema de salud pública.

Sin embargo, hace dos décadas este problema social empezó a cobrar visibilidad gracias a los movimientos sociales a favor de los derechos de las víctimas, sobre todo el movimiento feminista jugó un papel importante en la visibilización de las diferentes expresiones de la violencia hacia las mujeres, como lo es la violación y la violencia en la relación de pareja (Kathryn Kish Sklar and Suzanne Lustig, 1994; Saucedo, 1999; Valdez, 2004)

No es sino hasta finales de los setenta que se inició el estudio de la violencia hacia la mujer y sus distintas expresiones, sobre todo la violación y la violencia doméstica, de entonces a la fecha se ha logrado reconocer al maltrato a mujeres como un grave problema social, que implica diferentes ámbitos, el de los derechos humanos, y por lo tanto un delito sujeto a castigo, además de un problema de salud pública.

A partir de esta visibilización social del problema de la violencia contra las mujeres se logró su inclusión en las principales agendas internacionales como la ONU (1995) y la OEA, (1994). En el ámbito de la salud la OPS ha señalado a la violencia familiar como un problema de salud pública que limita el desarrollo social y económico de las sociedades (OPS, 1994).

La OMS (2002) en su reporte mundial sobre violencia y salud dedica a la violencia doméstica hacia las mujeres un capítulo completo. Además el documento deja en claro cuales

son los aportes de la salud pública en el campo de la violencia en general, ya que por definición la salud pública se centra en tratar enfermedades y problemas que afectan a la salud colectiva, y pretende proporcionar el máximo beneficio para el mayor número de personas.

Es importante señalar que no fue sino hasta 1977 cuando la violencia hacia las mujeres, tanto en su modalidad de violencia sexual como la violencia de la pareja, empezó a ser considerado como tema de interés para el campo de la salud pública.³

1.1. El estudio de la violencia contra las mujeres en México

En nuestro país, este problema social se empezó a reconocer a partir de finales de los años setenta a través de las diferentes estrategias del movimiento feminista para visibilizar la violencia contra las mujeres a diferentes niveles. A principios de los años ochenta se organizan grupos de mujeres que empezaron a proveer servicios y apoyo a mujeres maltratadas, de esos esfuerzos se desprendieron las primeras cifras de maltrato hacia la mujer. No es sino hasta principios de la década de los noventa que se empiezan a realizar los primeros estudios que pretendieron dar cuenta de la magnitud del problema (Valdez y Shrader, 1992 y Ramírez y Uribe, 1993).

Es importante señalar que pese a los avances significativos que se han dado en materia de conocimiento y políticas públicas, existen importantes vacíos en el conocimiento generado hasta el momento, entre los que destacan la exploración de la violencia en comunidades rurales e indígenas; sobre todo porque tenemos evidencias de que si bien existen ciertas regularidades con lo que ocurre en zonas urbanas, en las zonas rurales y en especial, en las comunidades indígenas se vislumbran diferencias significativas.

³ Para profundizar en este aspecto se puede consultar el ensayo de Valdez, Rosario (2006) "La violencia doméstica hacia las mujeres desde la mirada de la Salud pública" presentado en el marco del Seminario TEORIAS, MODELOS Y CONCEPTOS EN SALUD PÚBLICA, del Doctorado en Salud Pública con Área de concentración en Sistemas del Salud de la ESPM.

En este sentido, es urgente estudiar a profundidad la problemática de la violencia en áreas rurales e indígenas ya que tiene una dinámica distinta a la urbana, debido entre otras razones, a los sistemas de creencias, a las expectativas sobre el desempeño social y familiar de mujeres y varones, los cuales son más rígidos, y los obstáculos para el desarrollo de proyectos individuales y colectivos.

Otra diferencia importante entre una zona urbana y otra rural, se refiere a los recursos institucionales, ya sean programas gubernamentales o de la sociedad civil organizada con que cuentan las mujeres para recibir atención y enfrentar la violencia.

En años recientes se han realizado varias encuestas nacionales dirigidas a recabar información sobre la violencia doméstica (ENVIM, 2003; ENDIREH, 2003 y 2007, ENVIM, 2008). En las dos primeras no se tomó en cuenta específicamente a la población indígena, a pesar de que es bien sabido que esta es una población especialmente vulnerable dadas las condiciones de pobreza y marginación en las que vive. Sin embargo, la ENDIREH, 2007 llevó a cabo la aplicación del cuestionario diseñado en una sub-muestra de municipios de población indígena.

La mayoría de los estudios sobre violencia doméstica realizados en nuestro país previo a las encuestas nacionales, se llevaron a cabo en contextos urbanos y sólo en el estado de Jalisco se documentó la prevalencia de violencia hacia las mujeres y las que éstas ejercen en contra de los hijos, tanto en la zona urbana como en la zona rural de la entidad (Ramírez y Uribe, 1993).

Pese a que disponemos de pocos datos cuantitativos sobre la violencia hacia las mujeres en contextos rurales y, específicamente, indígenas, los estudios etnográficos sugieren que es un hecho frecuente y normalizado como estrategia de sometimiento y castigo hacia las mujeres indígenas (González, 1998; D'Aubeterre, 2000; Freyermuth, 2003)

1.2. *El inicio del camino: las organizaciones feministas luchan por la visibilización del problema*⁴

En México, la Coalición de Mujeres Feministas, como primera instancia unitaria del movimiento aglutinó a los grupos existentes en torno a tres ejes: a) La lucha por la despenalización del aborto; b) la lucha contra la violencia a las mujeres y c) la libre opción sexo-afectiva.⁵

⁴ Una versión en extenso de esta sección fue publicada en el capítulo de libro: Valdez Rosario (2004) "Del silencio privado a las agendas públicas: el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México". En Marta Torres Falcón(comp.), *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, México, El Colegio de México, pp417-447.

⁵ Para ahondar en el análisis del impacto del movimiento feminista y el movimiento amplio de mujeres en el desarrollo del conocimiento del problema de la violencia así como de la respuesta social al mismo se puede consultar: Saucedo, Irma (1999), "La experiencia de las ONG en el trabajo sobre violencia sexual y doméstica". En Soledad González M(comp). *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, México, El Colegio de México, pp.75-95. Valdez Rosario (2002) *La atención médica del maltrato durante el embarazo en el contexto de la lucha contra la violencia hacia las mujeres en Cuernavaca, Morelos*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Antropología, Cuernavaca, Mor. CIDHEM, 152 p.

Fig 1. Organizaciones pioneras en la atención de mujeres violentadas en la década de los 80



En el siguiente mapa, se muestra la distribución nacional de los centros especializados a finales de los 80 (Ver Figura 1). Sólo siete organizaciones en el país ofrecían servicios a mujeres maltratadas⁶. Tres de ellas se encontraban en el Distrito Federal, las demás estaban diseminadas en otros estados del país. Es decir la mayoría de los estados no contaban con ningún servicio especializado para tratar este tipo de casos. Es necesario mencionar que la capacidad de cobertura de dichos centros era mínima.

Sin embargo, cabe resaltar algunas de las características importantes del periodo comprendido entre finales de los setenta y principios de los noventa: una de las principales era la limitación con la que operaban dichos centros,⁷ la mayoría de profesionales ofrecían su trabajo de

⁶ Sólo señalo a estas siete organizaciones, lo cual no significa que otros grupos de mujeres no dieran algún tipo de orientación o servicio en casos de violencia cuando así se los demandaban. Sin embargo, eran esfuerzos aislados sin posibilidades de ofrecer servicios especializados dirigidos a mujeres víctimas de violencia.

⁷ La mayoría de los recursos de las ONG en el país llegaban a través de la cooperación internacional, donativos nacionales y recursos de las integrantes.

manera voluntaria y se operaba con magros recursos económicos.

Además prevalecía una falta de modelos de atención o intervención especializados, debido básicamente a que las organizaciones de este periodo eran pioneras en la atención de las mujeres violentadas, por lo cual no podían nutrirse de experiencias locales previas. A pesar de ello, este periodo sentó las bases necesarias para desarrollar modelos de atención, que posteriormente fueron expuestos por varias de estas organizaciones.⁸

Este periodo histórico se centró en la *visibilización* del problema, logró que a principios de los noventa el panorama empezara a transformarse y la violencia contra la mujer se incluyera en las agendas de discusión pública. Esta respuesta del Estado obedeció dos circunstancias, por un lado la presión sistemática que llevaron a cabo las organizaciones sociales de mujeres, por otro lado, la presión internacional que comprometía al gobierno mexicano a responder a los acuerdos internacionales que lo obligaban a la rendición de cuentas sobre sus acciones en contra de la violencia hacia las mujeres.

Hay que recordar que la década de los noventa el movimiento de mujeres se encontraba en la década de la mujer. México participó tanto con delegadas oficiales como con delegadas de la sociedad civil en las conferencias internacionales más importantes de la década desde la *Conferencia de Derechos Humanos*, celebrada en Viena (1993), la *IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo* (1994) y en la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* (1995) y el *Foro Mundial de Organizaciones No Gubernamentales, Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social - Copenhague* (1995) De hecho los preparativos para las reuniones previas a las conferencias dotaron de recursos a los grupos de mujeres, lo cual permitió el surgimiento de nuevas organizaciones de mujeres.

Este contexto nacional e internacional favoreció la proliferación de nuevos espacios de atención a la violencia desde diferentes ámbitos. En la siguiente figura se observa

⁸ Para profundizar en esto se puede consultar los materiales publicados por COVAC, CAM, CECOVID y otros, sobre sus modelos de atención. Así como las Memorias del "Taller Nacional de Metodologías de atención de casos para mujeres que viven violencia", 1992.

claramente lo que denomino el "boom" de los años noventa, caracterizado por la aparición de nuevos actores sociales en el escenario, entre los cuales se ubican esfuerzos en el sector judicial, el sector legislativo, el sector académico y, finalmente el sector salud. Aunque la figura sólo incluye aquellas organizaciones que ofrecían algún tipo de servicio en la primera mitad de los 90, es evidente el cambio en el escenario entre una década y otra (Ver Figura 2)

Ya para finalizar el sexenio de Zedillo y la década de los noventa. Se crea el Programa Nacional para la atención a la Violencia Familiar. Por parte del sector salud, se convoca a diversas organizaciones de la sociedad civil y académicas a la discusión y diseño de la *Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*, cuyo proyecto de norma fue publicado el día 20 de octubre de 1999 en el Diario Oficial de la Federación⁹. Esta norma es un parte aguas en la definición y participación del sector salud, que por primera vez se ve involucrado en la atención de aquellos que sufren las consecuencias de la violencia familiar. Se define entonces que el personal de salud tendrá la obligación de identificar, atender y canalizar a las personas afectadas por la violencia familiar.

De esta nueva normatividad se desprendieron acciones como capacitaciones a responsables estatales, que la mayoría de las veces fueron nombrados indiscriminadamente para su participación en el 1er Taller Nacional de capacitación que se llevó a cabo a nivel central, donde se les presentó la nueva norma.¹⁰

⁹ La publicación definitiva se hizo el día 8 de Marzo del 2000 en el Diario Oficial de la Federación.

¹⁰ Conversación personal con el entonces responsable del programa del estado de Jalisco, 2000

Fig. 2. El impacto del movimiento de mujeres en la apertura de nuevos centros de atención a la violencia intrafamiliar en los 90



1.3. El desarrollo de los programas gubernamentales en el 2000: ¿un nuevo escenario político a favor de la equidad de género?

El año 2000 fue un parte aguas en el escenario político nacional, el cambio de gobierno federal a un partido de oposición por primera vez después de 75 años de hegemonía del PRI trajo aires de renovación para la política pública nacional, algunos de ellos sólo quedaron en los buenos deseos. Sin embargo, algunos rubros como la política nacional a favor de las mujeres sufrieron cambios sobre todo en la creación de nuevas instituciones o programas que pretendían responder a las demandas del movimiento amplio de mujeres, por ejemplo se crea el Instituto Nacional de las Mujeres en el 2001.¹¹

¹¹ El **Instituto Nacional de las Mujeres** es un organismo público autónomo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión. El 12 de enero de 2001 se publica en el Diario Oficial de la Federación la ley que lo crea y se establece formalmente el 8 de marzo de ese mismo año, en el marco de la celebración del Día Internacional de la Mujer.

Es en este escenario político nacional se re-define la participación del sector salud como responsable de la política de atención y prevención de la violencia familiar y de género en nuestro país; como cabeza de sector, la Secretaría de Salud, por primera vez recibe la encomienda de liderar las acciones nacionales a favor de la atención y prevención de la violencia familiar.¹²

En la gestión del entonces secretario de salud, Dr. Julio Frenk Mora, se crea el *Programa Mujer y Salud*, al principio del sexenio. Esta instancia se propuso como una de las primeras acciones de trabajo, realizar un diagnóstico nacional sobre la prevalencia y caracterización de la violencia de pareja hacia las mujeres usuarias de las tres principales instituciones de salud del país, estas son: la SSA, el IMSS y el ISSSTE. De esta manera se le solicita al Instituto Nacional de Salud Pública, llevar a cabo el diseño conceptual y el levantamiento de la primera Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres 2003 (ENVIM, 2003)

Al final del proceso de la ENVIM, el *Programa nacional para la atención de la violencia familiar*, pasó a ser parte de lo que hasta hoy es el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), cuyo equipo de trabajo se ha mantenido a cargo desde el sexenio anterior y lo que va de este, lo que permite tener una continuidad y desarrollo en la implementación de la política nacional en el tema de nuestro interés.

¹² Esta encomienda fue asignada a la Secretaria de Salud por parte de la Cámara de Diputados a Nivel Federal, en particular de la LVIII Legislatura (2000-2003) y LIX Legislatura (2003-2006); es en ésta última donde se aprueba la *Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia* y se logra la tipificación del *Delito de feminicidio en el Código Penal Federal*.

2.- Marco conceptual

2.1. Los modelos de utilización de los servicios, un aporte del campo de los sistemas de salud

La utilización de los servicios de salud es el punto central del funcionamiento de los sistemas de salud, y comprende todo contacto directo entre la población usuaria y los servicios de salud. Según Arredondo y Meléndez (1991) la utilización de los servicios de salud puede concebirse como un *proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el proceso de satisfacer una condición de salud determinada.*

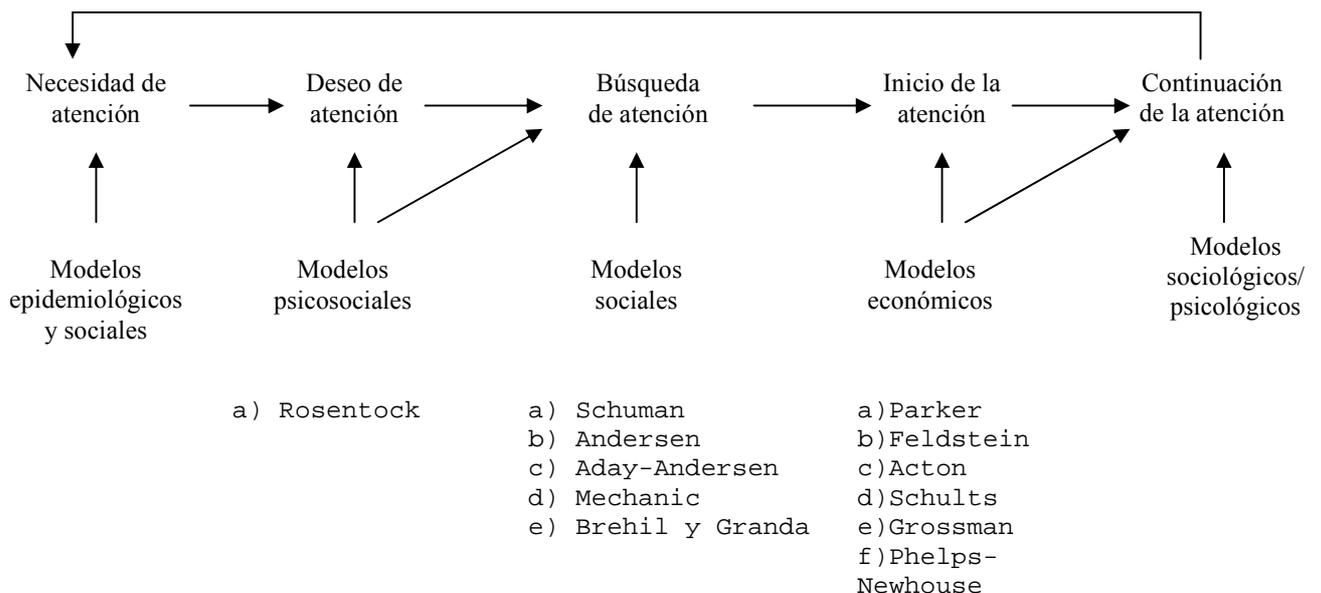
La utilización de servicios de salud es un tema ampliamente estudiado, sobre el cual se han desarrollado diferentes modelos conceptuales, y modelos de análisis extensamente aplicados (Arredondo y Meléndez, 1992; Travassos y Martins, 2004). De hecho, existen varias propuestas de clasificación; una de ellas fue propuesta por Arredondo y Meléndez (1991), quienes identificaron cuatro modelos de utilización de servicios de salud: el epidemiológico, el psicosocial, el sociológico y el económico.

Otras clasificaciones, como la propuesta por Hadad (1992), la dividen en dos grandes grupos: uno centrado en las etapas de decisiones y en comportamiento individual y el otro, al que denominan interfase, en el cual la utilización es producto de la interacción entre los individuos y los prestadores del servicio.

Más allá de la conceptualización de la utilización y sus determinantes propuesta por cada uno de los modelos desarrollados en el campo, es importante señalar que la utilización tiene mucho que ver con el estudio de la accesibilidad, es más, algunos autores afirman que bajo esta premisa "el estudio de la accesibilidad se hace idéntico a los determinantes de la utilización de los servicios" (Frenk, 1985)

En el siguiente esquema adecuado por Arredondo y Meléndez (1992) a partir del propuesto por Frenk en 1985. Se puede apreciar la sucesión de acontecimientos y modelos relacionados con la utilización de los servicios. Las flechas horizontales nos señalan la sucesión de acontecimientos que se ven involucrados en la utilización de los servicios. El primero, como detonador, es la necesidad de atención, la última etapa del proceso es la continuación de la atención. Las flechas verticales nos ilustran los modelos relacionados con la utilización y cómo cada uno pone énfasis en los diferentes momentos del proceso. Debajo de cada modelo se enlistan los principales representantes de cada tipo de modelo.

Esquema 1
(Enfoque ampliado)



Fuente: Arredondo y Meléndez (1992) Modificado de Frenk J: El concepto y la medición de la accesibilidad. SPM 1985; 438:456

El modelo desarrollado por Andersen (1995) ha sido el más usado para estudiar la utilización de servicios de salud. El autor prioriza el concepto de acceso, más que el de accesibilidad, en el sentido de ser uno de los dos elementos sustanciales del sistema de salud, ligado estrechamente a la organización de los sistemas de salud y se refiere a la entrada en un servicio de salud y la continuidad de tratamiento.

Andersen considera que la utilización de los servicios es en función de:

- a) La necesidad misma de atención. En esta hace una distinción entre, *necesidad percibida por el paciente y la necesidad evaluada por el personal de salud.*
- b) Los factores predisponentes: variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, por ejemplo: composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, etc.
- c) Los factores capacitantes. Aquí incluye a) recursos familiares, tales como ingresos, ahorro, seguros y; recursos comunitarios, tales como servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, etc.

Una de las grandes aportaciones de este modelo es que permite distinguir la utilización en dos momentos clave, uno en sentido curativo (necesidades) y el otro en el sentido preventivo (factores predisponentes y capacitantes) (Arredondo y Meléndez, 1992).

Años más adelante el autor y otros colaboradores (Andersen & Newman, 1973; Aday & Andersen, 1974) incorporaron nuevas variables que determinaban el uso de servicios; éstas están relacionadas con el sistema de salud, denominadas variables de contexto, como las relacionadas con la política nacional de salud, los recursos (técnicos y humanos) así como su organización. En este período también se incluyeron distintas medidas de uso, (tipo, sitio, propósito y servicios recibidos durante una determinada enfermedad). Este marco incorpora dos elementos: el acceso potencial y el acceso real. El acceso potencial, se caracterizaba por la presencia, en el ámbito de los individuos, de los factores que limitan o amplían la capacidad de uso, los cuales podían

ser modificados en mayor proporción por las políticas de salud, que lo que podían modificarse los factores predisponentes. El acceso real, es en sí mismo el uso de servicios.

Un aspecto que podríamos señalar como limitación es que este modelo sólo permite analizar el uso de servicios en términos de ingreso al sistema de prestación de servicios y no la continuidad en el uso de servicios (Andersen, 1995)

Para el análisis de la información en el presente estudio, se tomará como base el modelo propuesto por Andersen y como se ha señalado se ha ido enriqueciendo a lo largo del tiempo a partir de la incorporación de otros aportes. Si bien no existe algún estudio previo que analice la utilización de los servicios por parte de las mujeres maltratadas a partir de éste modelo, ni de ningún otro, se consideró que sería un buen punto de partida para empezar a analizar este problema

Después de esta breve ubicación de los principales modelos desarrollados para explicar la utilización de los servicios de salud, seleccionamos como los principales factores que determinan la utilización estos servicios: la prevalencia de la enfermedad, las características sociodemográficas y culturales del individuo, los factores económicos, la percepción de la enfermedad y su gravedad (necesidad percibida), la edad de las mujeres, la educación, las creencias, su condición de género y étnica.

2.1.1 Las mujeres maltratadas como utilizadoras de los servicios de salud

Cuando las mujeres maltratadas acuden a los servicios de salud, la mayoría pasa inadvertida. En países desarrollados como Canadá y Estados Unidos se han instrumentado modelos de capacitación especializados para el personal de salud, protocolos para la identificación de posibles víctimas de violencia en los diferentes niveles de atención a la salud, así como políticas públicas para garantizar que las mujeres maltratadas sean oportunamente identificadas y, en consecuencia, se les brinde la atención requerida (Family Violence Prevention Project, 1993; Ferris, 1994)

Sin embargo, según diversos estudios, no es fácil garantizar que el personal médico se involucre, a pesar de los cambios en la normatividad y en la implementación de políticas específicas (Kellerman, 1990; Sugg and Inui, 1992; Family Violence Prevention Fund, 1993; Gerbert, Casper, Brostone, Moe, Abercombrie; 1999).

Es muy probable que las barreras que impiden la identificación de las mujeres maltratadas se vean reforzadas por la paradójica conducta de las propias víctimas que --a diferencia de otras a las que se infligen crímenes violentos-- suelen mostrarse reacias a revelar el verdadero origen de sus lesiones y a menudo se sienten forzadas a permanecer en silencio por el temor de sufrir daños mayores o como estrategia para proteger a otros miembros de la familia (principalmente los hijos). Además, muchas mujeres maltratadas se sienten avergonzadas, culpables o responsables del abuso físico y por lo tanto no ofrecen de manera voluntaria información sobre el mismo. En casos de violencia extrema o severa, es probable que lo nieguen si se les pregunta directamente, por el riesgo que implica denunciar a una pareja abusiva.

Sin embargo, existen diversos estudios que demuestran que las mujeres maltratadas por la pareja esperan que los trabajadores de la salud inicien la discusión en torno a la violencia y sí responden a las preguntas cuando se les formulan con empatía, libres de juicios y en un clima de confianza (McFarlane et al. 1991; Council on Ethical and Judicial Affairs, 1992; Rodríguez, Szukupinski y Bauer, 1996).

La posibilidad de preguntar a las usuarias de los servicios de salud sobre un tema tan delicado como las experiencias de violencia con la pareja no es un proceso fácil; se requiere de una capacitación especializada que contemple la sensibilización, la adquisición de conocimientos sobre el tema y la reflexión sobre las propias experiencias personales de violencia, además de un contexto institucional que provea al equipo de salud de la normatividad necesaria para que éste sepa exactamente qué se espera de su participación.

En este sentido, algunos estudios han arrojado luz sobre las dificultades subjetivas que confronta el personal de salud en la intervención con mujeres maltratadas; por ejemplo Sugg e Inui (1992) identificaron en un estudio similar que las barreras entre médicos del primer nivel de atención giraban en torno a: la incomodidad para tocar el tema abiertamente con la paciente; el temor de ofenderla; la carencia de "herramientas" para ayudarla en forma adecuada; la sensación de "pérdida de control" por parte del personal médico, por su incapacidad de regular la conducta de la paciente y por la incapacidad de la propia paciente para tomar decisiones en las circunstancias de su vida. Todos estos aspectos generan una sensación de frustración en el personal médico al atender a las mujeres maltratadas cuando acuden a los servicios de salud.

En un estudio realizado en México entre médicos del primer nivel de atención (Valdez, 2004), también se identificaron las barreras a las que se enfrenta el personal médico para atender a las mujeres maltratadas que acuden a su consulta; muchas de esas barreras giraban en torno a lo reportado por Sugg e Inui; sin embargo, un aspecto que señalado por los médicos en nuestro país fue el no considerar la identificación de las mujeres maltratadas como una actividad propia de la práctica médica, lo cual está estrechamente relacionado con su formación profesional y con el significado que se le atribuye a la intervención médica, en la que las herramientas terapéuticas (medicamentos y maniobras quirúrgicas) están supeditadas casi absolutamente a su voluntad, pero resultan inútiles para intervenir en casos de violencia.

2.2) *La violencia doméstica contra la mujer como objeto de estudio de la salud pública*

El estudio de la violencia desde la perspectiva de la salud pública sigue cuatro pasos fundamentales, a saber: a) Obtención de conocimientos que den cuenta de la magnitud del problema, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia en los niveles local, nacional e internacional; b) investigación de por qué se produce la violencia (factores de riesgo o protectores); c) búsqueda de posibles formas de prevenir la violencia y d) Ejecución de acciones que en diversas circunstancias resulten efectivas, acompañadas de una difusión amplia de la información (OMS, 2002)

Para el estudio de los problemas de salud de la población, se han propuesto varios modelos conceptuales entre los que podemos señalar: el modelo biomédico, higienista-preventivo, sanitarista, ecologista, epidemiológico clásico, epidemiológico social, sociomédico materialismo histórico y sociomédico conservador (Arredondo, 1993). Esta propuesta conceptual fue utilizada para analizar cuándo y en qué momento el problema de la violencia doméstica empezó a ser considerado como tema de interés de la salud pública; además permitió identificar de qué manera los modelos teórico-conceptuales de la salud pública han aportado al entendimiento y abordaje de la violencia hacia las mujeres (Valdez, 2006)

No es de mi interés realizar una revisión exhaustiva de cada uno de los aportes de los modelos mencionados, a continuación haré un señalamiento de aquellos que por su propuesta conceptual o empírica han hecho aportes significativos en el campo de nuestro interés. Estos son el de la epidemiología clásica y el modelo sociomédico.

Antes es indispensable señalar que el concepto de *violencia doméstica* ha sufrido transformaciones desde sus inicios a finales de los sesenta no sólo en el campo de la salud pública, sino en otras disciplinas. En la literatura especializada sobre el tema en el área de la salud pública ahora se le denomina como "violencia de pareja masculina íntima" (*intimate partner abuse*), "violencia contra la mujer en el entorno familiar" o "Violencia conyugal", "violencia de varones contra sus parejas heterosexuales" (NOM 190,1999; OMS, 2002; Ramírez, 2006)

Esta aclaración es pertinente ya que la delimitación conceptual del problema ha atravesado desde sus inicios por una evolución de la terminología que se ha utilizado para nombrar a la violencia contra la mujer por parte de la pareja íntima. Tal como ha sido señalado en la literatura, cada una de estas acepciones tiene connotaciones que implican diferencias conceptuales y no es una cuestión intrascendente (Rodríguez, 2006).

En los inicios de la delimitación del campo de la violencia doméstica se le intentó definir como "síndrome". De hecho el primer trabajo publicado en el *American Journal of Public Health* fue el de Parker & Schumacher (1977), las autoras definieron por primera vez los que es el *Battered Wife Síndrome* (BWS):

Es un complejo síntoma de violencia en el cual la mujer ha recibido lesiones deliberadas, repetidas (más de tres veces) y severas por parte del esposo...

Este trabajo representa el primer esfuerzo por definir y medir la violencia hacia la mujer en el campo de la salud pública. Es evidente que la definición propuesta tiene limitaciones importantes, una de ellas es la necesidad de utilizar un término de la medicina, como lo es el concepto de *síndrome*¹³, para legitimar su abordaje desde la salud pública. Sin embargo, podemos señalar varios elementos de la definición, que todavía ahora son cruciales para el estudio del problema que nos ocupa: a) la clasificación de las lesiones que produce la violencia hacia las mujeres (severas o mínimas); b) La intencionalidad de producir lesiones (lo cual se diferencia de las lesiones accidentales) y el patrón de repetición del uso de la violencia por parte de la pareja masculina.

La definición del síndrome propuesta por Parker & Schumacher, con fines de investigación, tiene problemas de ambigüedad y operacionalización, por lo que más tarde se abandonó el uso del término. Para los noventa éste estaba completamente en desuso.

¹³ La palabra síndrome, se relaciona a un conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad: el médico trata de establecer la fisiopatología del síndrome que aqueja al enfermo

Sin embargo, pese a que el problema de la violencia familiar ya estaba siendo motivo de debate y análisis en el medio académico, la salud pública como campo de estudio no lo reconocía como problema digno de su competencia, y esto queda claramente expresado en el comentario editorial realizado en *American Journal of Public Health*, escrito por Friedman (1977). La autora señala la necesidad de que exista más investigación en el campo, que permita documentar la prevalencia del maltrato a las mujeres y sobre todo, el impacto de éste en la salud de las mujeres. A pesar de esta falta de reconocimiento, la autora señaló el papel clave del equipo de salud como primera instancia para identificar a las mujeres que llegaran lesionadas a las salas de urgencia y a la consulta regular.

2.2.1 La epidemiología clásica: una herramienta para mostrar la magnitud del problema de la violencia doméstica hacia las mujeres

El periodo de los setenta y ochenta fue una etapa de producción de evidencia empírica sobre la prevalencia e impacto de la violencia hacia la mujer, sobre todo en EEUU, Canadá y otros países desarrollados. Esto resulta entendible si tomamos en cuenta que el primer paso es documentar la magnitud del problema para que este sea considerado un problema de salud pública y no un problema de salud individual (Valdez, 2006).

En este periodo se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué grupos poblacionales tenían mayor riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja?, ¿Qué proporción del total de mujeres vivían o habían vivido alguna experiencia de violencia? ¿Tipología de la violencia sufrida? ¿Cuál era el impacto de la violencia en la salud de las mujeres? El modelo que mejor respondía estas preguntas indiscutiblemente fue el modelo de la epidemiología clásica.

Sin embargo, no es hasta la década de los noventa que los estudios de prevalencia tienen un auge a nivel mundial. Tal como se puede apreciar en la revisión de la literatura realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), en donde se buscaba documentar que la magnitud de la violencia doméstica es transversal a cualquier condición social o cultural.

Por otro lado, las organizaciones internacionales, de diferentes sectores marcaron un liderazgo importante que guiaron las tendencias de la política internacional a través de la promulgación de declaraciones internacionales¹⁴.

Una parte importante de este proceso representa el trabajo de Lori Heise, Pitanguy Jacqueline y Germain Adrienne (1994) *Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud*, trabajo apoyado por el Banco Mundial. Este esfuerzo es una sistematización internacional de los principales resultados de investigación en el campo de la salud, que puso en evidencia la incuestionable carga a la salud que representa la violencia hacia las mujeres, no sólo en el proceso salud-enfermedad, sino en los servicios de salud y en la sociedad en general.

Otros actores relevantes que coadyuvaron en el reconocimiento de la violencia doméstica hacia la mujer como problema de salud pública fueron las organizaciones médicas, en la década de los noventa. Estas organizaciones en Norteamérica, publicaron trabajos muy importantes en donde abiertamente se posicionaban a favor de reconocer este problema como de su competencia y ámbito profesional. Ejemplo de esto fue la *American Medical Association*, quien en 1992 publicó un trabajo en donde argumentaba la importancia de que los practicantes de la medicina estuvieran enterados del problema de la violencia hacia las mujeres, para dar una mejor atención a sus pacientes cuando éstas llegan con las lesiones, visibles u ocultas, del maltrato.

¹⁴ Un ejemplo de ello es la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem do Para", la cual fue aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos el 9 de Junio 1994. Por su parte la OPS (1994) hizo una *Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud*. Washington, D.C. La ONU (1995), hace un señalamiento importante en materia de violencia hacia las mujeres en su *Reporte preliminar de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer y Desarrollo*. Beijing.

2.2.2. Los aportes del modelo sociomédico al problema de la violencia doméstica hacia las mujeres

La década de los noventa es el momento de cambio de las políticas y programas de atención desde el sistema de salud, a partir de la amplia evidencia de la magnitud del problema, de las declaraciones de las asociaciones médicas y las organizaciones de mujeres que siempre han estado monitoreando la respuesta del Estado ante el problema.

El sector académico de los países más desarrollados empieza a plantear nuevas preguntas de investigación, en la medida en que ya no era necesario demostrar la magnitud del problema sino llevar a cabo investigación que diera cuenta la eficiencia y eficacia de las políticas y programas recién implementados. Es decir, se trataba de evaluar la respuesta social al problema de la violencia contra la mujer. Un elemento sustancial fue indagar sobre ¿cómo responde el personal médico ante las mujeres maltratadas?, ¿aplica la nueva normatividad?, ¿cuáles son las barreras de las propias mujeres maltratadas para hablar del maltrato? ¿Cuáles son las barreras de los médicos y del personal de salud en general para hablar de la violencia con sus pacientes mujeres?

Ante estas nuevas preguntas de investigación otros modelos de análisis empezaron a producir evidencias empíricas. El modelo sociomédico¹⁵, cuyo énfasis está centrado en el proceso salud-enfermedad y la respuesta social, empezó a generar evidencia empírica abordando diferentes dimensiones de estas nuevas interrogantes. Este modelo generó información relevante respecto a la manera a cómo responde el personal de salud, en particular los médicos a las nuevas exigencias de atención de las mujeres maltratadas y cómo este nuevo contexto de política pública se contrapone con la esencia de la práctica médica.

¹⁵ Es necesario distinguir entre el enfoque sociomédico desde el materialismo histórico y el neoconservador, ya que ambos, si bien consideran los mismos problemas (cuales?), tienen distintas hipótesis sobre... En el primero, la hipótesis es que el proceso de salud-enfermedad es diferente para cada grupo social, dependiendo del contexto histórico, del modo de producción y de la pertenencia de clase. En el segundo caso, la hipótesis es que el perfil epidemiológico de la población resulta de factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales que operan jerárquicamente en diferentes niveles de determinación.

Así podemos señalar los resultados de investigación que arrojaron luz sobre las dificultades subjetivas que confronta el personal de salud en la intervención con mujeres maltratadas; uno de los trabajos pioneros en esta línea de investigación fue el trabajo de Sugg e Inui (1992). Las autoras se propusieron identificar las barreras, entre médicos del primer nivel de atención, en torno a: la incomodidad para tocar el tema abiertamente con la paciente; el temor de ofenderla; la carencia de "herramientas" para ayudarla en forma adecuada; la sensación de "pérdida de control" por parte del personal médico, por su incapacidad de regular la conducta de la paciente y por la incapacidad de la propia paciente para tomar decisiones en las circunstancias de su vida.

Los estudios que abordaron la subcultura médica (Kleiman, 1980; Hahn, 1995)¹⁶ sobre todo desde la Antropología médica fueron sustanciales para entender por qué a pesar de la institucionalización de la atención de la violencia hacia la mujer, ésta no era atendida por los médicos. Desentrañar cómo se contraponen la subcultura médica con las necesidades de atención de las mujeres maltratadas ha sido documentado en la literatura especializada (McCauley, Yurk, Jenckes & Ford, 1998; Gerbert et. al., 1999)

Otra línea de investigación de este mismo periodo se relaciona con la propuesta del modelo ecológico para el estudio multidimensional de la violencia de pareja, el cual fue propuesto por Heise (1998). El modelo explora la relación entre los factores individuales y contextuales y considera la violencia como el producto de varios niveles que interactúan entre sí (Ver Fig. 3).

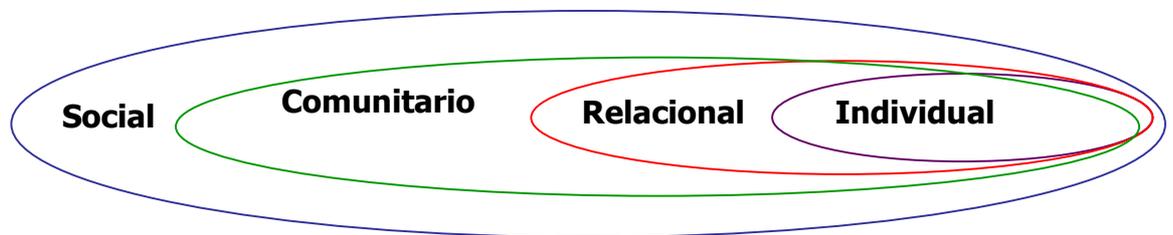
El primer nivel del modelo ecológico, nivel individual, pretende identificar los factores biológicos y de historia

¹⁶ Según Hahn (1995) existen cuatro componentes que definen a un sistema cultural y subcultural: a) un campo de conocimiento y creencia; b) un sistema de valores e ideales de conducta; c) un sistema de organizado de enseñanza de ése campo y sus propios valores culturales para reclutar a otros miembros y d) un escenario, normas de conducta y práctica en el cual ésas creencias, valores y enseñanzas se ponen en juego.

personal que influyen en el individuo. Este nivel centra su atención en las características del individuo que aumenta la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

En el nivel relacional, indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas (p.e. amigos, familia, pareja) aumentan el riesgo de convertirse en víctimas o perpetradores de violencia doméstica. El nivel de la comunidad, se refiere a los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el trabajo, el vecindario y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetrados de actos violentos. En el nivel social, examina los factores sociales más generales que determinan las prevalencia o tasas de violencia doméstica. Se incluyen aquí los factores de desigualdad entre diferentes segmentos de la sociedad o grupos al interior de los países.

Fig. 3. Modelo ecológico para el estudio de la violencia doméstica de pareja contra la mujer.



Heise, 1998

2.3. Encuentro médico-paciente en la situación de salud multicultural

En esta sección es necesario profundizar respecto a la relación médico-paciente más allá de los modelos antes señalados. El propósito es ubicar que para entender cualquier encuentro entre el personal de los servicios de salud de la medicina institucional y la población indígena,

es preciso ubicar dicho encuentro o interacción en un contexto más amplio donde confluyen la diversidad sociocultural de la población indígena en nuestro país, las condiciones de inequidad entre la población indígena y la no indígena que históricamente han marcado la relación entre ambas, lo que ha llevado a una segregación y exclusión de la población indígena y las características de poder inherentes a la medicina institucional o hegemónica, todas estas condiciones permean desde el diseño hasta la instrumentación de la política en salud a nivel nacional.

A pesar del peso poblacional e histórico que tienen las poblaciones indígenas en la región a lo largo del continente americano, existen evidencias de las profundas desigualdades en salud entre los grupos indígenas o nativos, en comparación con los no-indígenas; esta condición se manifiesta desde el pueblo Inuit, en Canadá, hasta los pueblos mapuches del sur de Chile (Coimbra, Ventura y Escobar, 2003; Andelson, 2005; Erazo et al, 2005;).

México no es la excepción, a pesar de la poca información estadística disponible de los principales indicadores sociodemográficos de los pueblos indígenas. Esta revela que la población indígena se encuentra en clara desventaja social respecto a la población mestiza del país. Por ejemplo, en condiciones de infraestructura tales como carreteras, disponibilidad de servicios y acceso a los beneficios del desarrollo, los cuales son determinantes para las condiciones de salud, por ejemplo, la mayoría de estas poblaciones (96%) vive en áreas rurales remotas, con escasos caminos, transporte público deficiente, malas condiciones de vivienda, bajo nivel educativo y en comunidades de pobreza extrema y alta marginación. Por otro lado, 38.4% de la población indígena de 15 años o más no sabe leer ni escribir. Esta proporción es 3.1 veces más elevada que el promedio nacional (12.4) (Bronfman, 1994).

Es necesario tomar en cuenta el peso poblacional que tienen los pueblos indígenas en la población total del país. En México la población indígena representa entre el 8.5 y 12% de la población, pero representa el 33% de quienes viven en condiciones de extrema pobreza (Torres et al, 2003).

Se calcula que en el país hay 12.5 millones de indígenas, los cuales hablan alrededor de 62 lenguas diferentes. Estas características convierten a la población indígena de México en la más heterogénea y numerosa en

términos absolutos de Latinoamérica (Fernández, 2002; Peralta, 2000)

El perfil epidemiológico de la población indígena muestra diferencias importantes respecto del comportamiento nacional. Por ejemplo, según Torres, et al (2003) para el periodo de 1990 a 1996, en los municipios con 5% de población indígena la esperanza de vida fue de 65 años para los hombres, mientras que en los municipios con más de 75% de población indígena fue de 62 años para el mismo sexo.

En este trabajo los autores muestran que la población indígena del país concentra elevados índices de mortalidad infantil, la cual ha sido considerada como un indicador altamente sensible para mostrar las desigualdades de salud entre la población indígena y no indígena del país. En el estudio de referencia se calculó el índice de desigualdad relativa¹⁷, lo que permitió calcular varios indicadores que ponen en evidencia las condiciones de inequidad de la población indígena. Por ejemplo, en los municipios con menos población indígena el índice de mortalidad infantil fue de 24 defunciones por mil nacidos vivos, mientras en los municipios con más población indígena se registraron 41 defunciones. En este mismo sentido, la probabilidad de morir en los primeros cinco años de vida en los municipios con menor y mayor población indígena fue de 25 y 53 por mil, respectivamente.

En este sentido, parto de la hipótesis de que las políticas y los programas de salud desarrollados hasta el momento han carecido de una visión multicultural que tenga como premisa la noción del respeto a la diversidad cultural

¹⁷ Los autores señalan que construyeron un índice relativo de desigualdad (RII, por su siglas en inglés, relative index of inequalities) Este índice es comúnmente usado para medir enfermedades crónicas o muertes tempranas las cuáles ocurren por condiciones socioeconómicas o alguna otra variable de reprivación o desventaja social (**Jamie C. Sergeant* & David Firth**. Relative index of inequality: definition, estimation, and inference, Biostatistics Advance Access Published September 28, 2005)

del Estado-Nación Mexicano. Esto a pesar de las modificaciones al artículo cuarto constitucional en 1992, el cual señala "*La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en los pueblos indígenas*".

En este contexto multicultural e interétnico se analizarán los datos, tanto cuantitativos como cualitativos del presente estudio, además de incorporar en el análisis aspectos específicos como la dimensión de género en la interacción entre el personal de salud y las mujeres maltratadas que acuden a los servicios de salud en un espacio institucional. En este sentido, a continuación señalo algunos aspectos conceptuales de los cuales parto para dicho abordaje.

En primer lugar es necesario señalar que si bien en México coexisten diversos sistemas terapéuticos, existe uno dominante (al que Menéndez, 1992 ha llamado hegemónico¹⁸ y otros autores denominan Medicina Occidental o Biomedicina¹⁹)

¹⁸ De acuerdo al autor, éste se caracteriza por los siguientes rasgos estructurales: hay un marcado biologicismo dominado por una concepción teórica mecanicista y evolucionista; es una aproximación descontextualizada y ahistórica, de carácter individualista, que prioriza la eficacia pragmática del trabajo científico; el proceso salud-enfermedad es considerado principalmente desde el aspecto mercantilista; centra su atención principal en los aspectos curativos basados en la eliminación del síntoma; la enfermedad se asocia a un proceso de desviación; la relación médico-paciente es fundamentalmente asimétrica, donde este último está en un papel de subordinación social y en términos de *saber científico*, responsabilizándolo de su enfermedad; el trabajo preventivo es considerado como subordinado al trabajo curativo, lo que conlleva una devaluación del primero; no hay legitimación de otros saberes y prácticas curativas; existe una profesionalización formal, la cual es ideológicamente asociada con la racionalidad científica; predomina una medicalización de los problemas y se marca una importante escisión entre la teoría y la práctica y entre esta última y la investigación médica (Menéndez, 1992)

¹⁹ Por ejemplo, Robert A Hahn en *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective* (1995) Yale University Press. El autor utiliza el término de "Biomedicina" para referirse a un sistema cultural enfocado en los médicos, cuyos miembros comparten un sistema de creencias, valores y reglas. Este término se refiere a la medicina de las sociedades occidentales.

caracterizado, entre otros aspectos, por una forma particular de relación médico-paciente.

Esta subcultura médica, como ha sido llamada (*Kleinman, 1980; Hahn, 1995*), está caracterizada por un sistema de creencias, valores y reglas consistentes, inconsistentes y algunas veces contradictorias, que definen para sus miembros, es decir los médicos, qué es la salud y la enfermedad, cómo éstas son causadas y tratadas y cómo deben ellos proceder.

Este sistema de creencias define la forma de mirar, escribir y hablar de los médicos. Good (1994) ha explorado el proceso a través del cual los estudiantes de medicina son introducidos al *mundo médico*, para desarrollar las habilidades necesarias para interpretar la realidad en términos anatómicos y fisiológicos. Mirar a la persona que les consulta como un cuerpo, un caso, un paciente o un cadáver. Esta reconstrucción de la persona en términos médicos es esencial para que los estudiantes lleguen a ser considerados como médicos competentes.

Dentro de esta subcultura médica, la relación médico-paciente en el ámbito institucional juega un papel central en la práctica médica, es el *corazón de la medicina* como la han llamado algunos autores. Es un encuentro social precedido de supuestos sobre el propósito de la reunión, por la condición de clase, étnica y de género y por el papel de los participantes (*Tood 1989*).

Los autores que han analizado las características de la atención biomédica insisten en que la consulta médica no ocurre en un vacío social, pues influyen posiciones tanto en el médico como en el paciente, así como conceptos sobre la función o roles de ambos, presiones familiares y comunales e incluso la comercialización de fármacos y la utilización de la tecnología, entre muchas otras variables (*Fitzpatrick, 1990*). Por otro lado, la persona que demanda la consulta médica lo hace con una historia personal, familiar y comunitaria, un origen, y un bagaje cultural (*Fanon, 1976*); todas estas condiciones determinarán e influirán en las variaciones que la relación terapéutica tenga, ya sea si se realiza en el consultorio de un centro de salud rural, una unidad de medicina familiar urbana, un hospital público o un consultorio privado (*Aguirre Beltrán, 1986*).

Los conflictos y contradicciones en la relación médico-paciente parten de las diferencias en los modelos explicativos que cada uno de los actores lleva consigo en el momento del encuentro, tal como lo afirmó el sociólogo Freidson (1978):

Siempre hay un conflicto entre los núcleos separados del lego y del profesional. Los vocablos pueden diferir considerablemente y el valor atribuido a la salud y a la prevención a largo plazo, pueden también diferir en modos que de manera inicial no fueron obvios para los participantes. Ya que, tanto médico como paciente cuentan con un modelo explicativo de la enfermedad que abarca causas, curso de enfermedad y expectativas terapéuticas.

El rol del género en la relación médico-paciente ha sido motivo de interés para la investigación desde los años setenta, cuando los primeros estudios feministas abordaron las especificidades de dicho encuentro cuando es una mujer la que asume el rol de paciente (Todd, 1989).

Estas investigaciones pioneras pusieron en evidencia la carga de prejuicios con la que los médicos responden a las demandas de atención de sus pacientes mujeres. Por ejemplo, Gena Corea (1977) reportó que cuando a los médicos se les preguntó por la descripción "del típico paciente difícil", 72% se refirió a una mujer, 4% a un hombre. Karen Armitage y sus colegas (1979) examinaron 104 expedientes clínicos de mujeres y hombres con una demanda de atención no específica, por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de espalda, fatiga, dolor de pecho. Ellas encontraron que los reportes médicos de los hombres eran significativamente más detallados que los de las mujeres, sugiriendo que a los problemas de los hombres les dieron mayor credibilidad y atención. John McKinlay's (1975) en su artículo clásico "Who is Really Ignorant?", complementó estos hallazgos, evidenciando cómo los doctores hombres sistemáticamente subestiman las habilidades femeninas para entender los términos médicos, el diagnóstico, y tienen una manera estereotipada de dirigirse a sus pacientes mujeres infantilizándolas.

Lo dicho a lo largo de la presente sección indica que el encuentro entre un médico y una mujer indígena maltratada en los servicios de salud es una interacción social de suma complejidad, tanto por las implicaciones propias de la relación médico-paciente en el contexto institucional, como

por las características particulares de las demandas de las mujeres indígenas que sufren violencia.

Sin embargo, es importante mencionar el gran impacto que ha tenido la lucha contra la violencia hacia las mujeres en el área de investigación, en el sistema de salud y en la subcultura médica, al introducir la problemática de la violencia contra las mujeres como área de competencia médica.

Un ejemplo de ello es el caso de los EEUU, el cual presentaba una situación similar a la nuestra a principios de los ochenta y noventa en relación al desconocimiento del problema entre el personal médico. Sin embargo, la abundancia de investigaciones en el área de violencia y salud que se dio en la década de los ochenta incidió en la implementación de políticas en el sector salud, obligando a los médicos a identificar y reportar los casos en los diferentes niveles de atención. Esta situación tuvo varias consecuencias; por un lado, llevó a introducir el tema de la violencia en los programas de formación médica. Se involucró a los grupos colegiados de médicos más importantes del país, por ejemplo la *American College of Obstetrics and Gynecology* (1989) y la *American Medical Association* (1992), que publicaron boletines especiales que proporcionaban información altamente calificada sobre el problema de la violencia y su impacto a la salud y los lineamientos para la atención de casos por parte del personal médico.

Por otro lado, organizaciones de mujeres se dieron a la tarea de llevar a cabo el desarrollo de metodologías y diseño de materiales para capacitar al personal en sus diferentes áreas de trabajo²⁰

Ambas acciones han permitido ir creando un marco de legitimidad para la intervención del sector médico en estos casos. Sin embargo, es importante señalar que esto no ha sido un proceso homogéneo para todos los prestadores de servicios de salud, tanto en otros países como EEUU como en el nuestro.

²⁰ Tal es el caso de *Family Violence Prevention Fund*, una organización sin fines de lucro, pionera en la capacitación de personal de salud en violencia doméstica.

3.- Planteamiento del problema

La utilización de los servicios por parte de las mujeres maltratadas por su pareja ha sido un tema abordado en la literatura especializada en el campo de la violencia hacia la mujer; sobre todo, en el sentido de cuál es su experiencia cuando llegan a los servicios (Bowker & Maurer, 1987). Esta producción empírica pone en evidencia que cuando ellas llegan a los servicios de salud, la mayoría pasa inadvertida en su estatus de sobreviviente de violencia, las que llegan a los servicios de urgencia con lesiones graves producto de la violencia tienen más probabilidad de ser identificadas como mujeres maltratadas (Maurer L; McLeer& Anwar, 1989) en comparación con las que llegan a los servicios de primer nivel o ambulatorios que pueden hacer un uso reiterado de los servicios con demandas difusas y nunca declarar su condición de maltratadas (Council on Scientific Affairs, 1992)

En México a pesar de que la productividad de evidencia empírica cada vez aborda más aspectos de ésta compleja problemática, aun no se han realizado estudios que den cuenta de cuáles son las características de aquellas mujeres que habiendo presentado lesiones a consecuencia de la violencia de pareja deciden utilizar servicios de salud para atenderse, en comparación con aquellas que, en las mismas condiciones, no lo hacen.

Hasta el momento, sólo dos estudios han explorado este aspecto. Ambos se realizaron con la información de encuestas nacionales con representatividad nacional, en donde la población indígena esta subrepresentada desde el diseño del estudio.

El primero, se realizó con los datos de la ENVIM, 2003. El estudio reportó que del total de las mujeres maltratadas (21%), de éstas 23% sufrieron algún tipo de lesión física y de éstas sólo una tercera parte demandó atención a servicios de salud formal por este motivo. La utilización de servicios de salud por mujeres lesionadas como consecuencia de violencia de pareja, es baja y en la mayoría de los casos está supeditada a la gravedad de las lesiones físicas ocasionadas.

Un aspecto que se exploró fueron las razones por las cuales las mujeres maltratadas no reportaron sus lesiones ante el personal que las atendió, estas fueron: a) la falta confianza en el personal de salud (51%); b) la vergüenza de sufrir el maltrato (30%); c) no le hacen caso (5%); otros (14%) (Hijar, Ávila y Valdez, 2006)

El segundo estudio reportó una prevalencia de violencia de pareja de 33.28% de las cuales tres de cada diez (29.02% n=24,319) sufrieron alguna lesión y de éstas sólo una tercera parte hizo uso de servicios de salud, ya sea formales o no (Ávila et al, 2008).

Es importante resaltar que en ambos estudios se utilizó la misma metodología, el mismo instrumento y ambos fueron aplicados en población usuaria de servicios de salud; lo cual los hace altamente comparables.

En este sentido es necesario resaltar que si bien en términos generales la utilización de servicios se mantuvo igual entre el 2003 y el 2006. Se observó una variabilidad en la utilización de los servicios por lesión. Por un lado, hubo un incremento en la utilización de servicios de salud por parte de aquellas que reportaron haber tenido alguna cortada (10.8%), por dolores en el cuerpo (29.4%) o quemaduras (11.6%). Pero se registro una disminución en aquellas que reportaron fracturas, las que reportaron desmayos, por pérdida en la función física, para las que registraron sangrado vaginal o anal y para las que reportaron requerir de hospitalización (Ávila, et al, 2008)

Cabe mencionar que ninguno de estos estudios ha documentado cuales son las condiciones de utilización o no en mujeres en regiones indígenas del país.

Otro aspecto que llama la atención es que a pesar de la evidencia empírica generada hasta el momento, no se ha realizado ningún estudio específico sobre los determinantes de la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres maltratadas por su pareja, tomando en cuenta alguno de los modelos de utilización desarrollados en el campo de los sistemas de salud.

Con base a lo anterior se propone la siguiente pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores que influyen en el uso o no de servicios de salud por parte de las mujeres lesionadas producto de la violencia de pareja en ocho regiones indígenas del país?

Objetivo general

Analizar los factores determinantes de la utilización de servicios de salud, tanto formales como informales, en mujeres maltratadas a consecuencia de la violencia de pareja que viven en ocho regiones de México.

Objetivos específicos del estudio

- 1) Analizar los factores determinantes de la utilización de los servicios de salud públicos de la Secretaria de Salud, del IMMS- Oportunidades y de la medicina tradicional por parte de las mujeres estudiadas.
- 2) Analizar la variabilidad en los patrones de la utilización de los servicios de salud (formal e informales) en las ocho regiones indígenas de estudio
- 3) Analizar la respuesta de los proveedores de servicios de salud públicos a las demandas de atención y apoyo de las mujeres maltratadas en las regiones indígenas de estudio.
- 4) Analizar las barreras que las mujeres maltratadas encuentran en la utilización de servicios de salud público para atenderse las lesiones producto de la violencia de pareja.

Hipótesis

1. La escolaridad de la mujer (factor predisponente) facilita la utilización de servicios de salud cuando existen consecuencias físicas de la violencia de pareja (en los últimos doce meses)
2. Existe una asociación positiva entre la severidad de la violencia de pareja actual (factor habilitador) y el uso de los servicios de salud.
3. La derechohabiencia de la mujer (factor habilitador) es factor determinante en la utilización de servicios de salud
4. Las mujeres que habitan en de zonas urbanas (factor habilitador) tienen mayor posibilidad de uso de los servicios de salud.
5. Las lesiones graves como fracturas o pérdidas de conciencia (necesidad de atención) son un factor determinante en la utilización de servicios de salud.
6. Los proveedores de servicios de salud tienen dificultades organizacionales, personales y de gremio para instrumentar la NOM- 190
7. Las mujeres maltratadas no consideran las lesiones producto de la violencia como una necesidad sentida para acudir a los servicios de salud, ya sean formales o informales.

4.- Metodología

Para dar respuesta a los diferentes niveles de análisis del estudio, éste está dividido en dos fases. En la primera, se implementará un análisis secundario de la base de la Encuesta de Salud y Derechos de Mujeres indígenas- ENSADEMI, 2008(Ver Anexo Metodológico 1) y en la segunda un análisis cualitativo basado en entrevistas a informantes clave, prestadores de servicios y usuarias (ver anexo).

Fase 1

Componente cuantitativo

La utilización de la epidemiología ha sido de gran relevancia en el campo del estudio de la violencia hacia las mujeres. Tal como se abordó en el marco conceptual, los primeros estudios se centraron en mostrar la evidencia empírica necesaria para trascender a realidades explicativas más complejas.

Tomando en cuenta que la población indígena en general y las mujeres indígenas en particular, han estado ausentes de las grandes encuestas nacionales y estudios regionales, es indispensable realizar un análisis cuantitativo que nos permita identificar los determinantes de la utilización de servicios por parte de mujeres maltratadas a consecuencia de éste tipo de violencia.

Cabe señalar que la ENSADEMI se levantó en 8 regiones indígenas del país; éstas son: Los Altos de Chiapas, Maya, Istmo, Mazahua-Otomí, Cuicatlán, Mazateca, Tehucán y Zongolica, La Huasteca, Costa y Sierra Sur de Oaxaca y Chinanteca. Estas regiones fueron seleccionadas de manera aleatoria y con probabilidad proporcional al tamaño de la población indígena de las 25 regiones construidas por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (Para mayor detalle sobre el diseño muestral ver Anexo Metodológico 1).

A partir de lo anterior, ésta fase pretende cubrir los dos primeros objetivos del estudio:

1. Analizar los factores determinantes de la utilización de los servicios de salud públicos (SSA e IMO) y de la

- medicina tradicional por parte de las mujeres estudiadas.
2. Analizar la variabilidad en los patrones de la utilización de los servicios de salud (formal e informales) en las ocho regiones indígenas de estudio

En el anexo metodológico 1, se puede apreciar las secciones que conforman el cuestionario de la *ENSADEMI*, el cual cuenta con 125 preguntas (Ver anexo 2 Cuestionario). Para cubrir esta fase, utilizaremos las siguientes secciones del cuestionario:

I. Datos sociodemográficos

- Carátula de identificación
- Datos generales de la encuestada
- Nupcialidad
- Unión Anterior
- Características laborales de la encuestada
- Características laborales de la pareja actual

II. Consumo del Alcohol por la encuestada y su pareja

III Relaciones familiares y de pareja (Violencia)

1. Violencia en la infancia, adolescencia y embarazo
2. Violencia de pareja actual
 - 2.1. Violencia emocional
 - 2.2. Violencia física
 - 2.3. Violencia económica
 - 2.4. Violencia sexual y negligencia
4. Consecuencias del maltrato
 - 4.1 Lesiones

La variable dependiente: Utilización de servicios

Definición de la variable:

Utilización o no de servicios de salud por parte de las mujeres para atender las lesiones resultantes de la violencia de pareja en los últimos doce meses. Variable dicotómica.

Operacionalización:

Esta variable se construirá a partir de la pregunta 103, que es una pregunta compuesta: tiene doce opciones que enlistan los síntomas como consecuencia del maltrato en los últimos doce meses. La respuesta es SI o NO, para cada opción. Esta sección fue respondida por 423 mujeres sin ponderar (lo que representa a 31408 ponderada)

Estas son:

A consecuencia del maltrato que sufrió en los últimos doce meses, usted tuvo:

- a) dolores en el cuerpo
- b) cortadas que le hayan tenido que coser o suturar
- c) fractura de algún hueso
- d) pérdida de algún diente
- e) quemaduras
- f) algún desmayo o pérdida de la conciencia
- g) moretones
- h) algún sangrado vaginal o anal a consecuencia del maltrato
- i) pérdida del uso o de la función física de alguna parte del cuerpo a consecuencia del maltrato
- j) tuvo que hospitalizarse
- k) tuvo que ser operada
- l) ha tenido que guardar cama en casa después de haber sido golpeada

En caso afirmativo pasa a la 104 ¿A dónde acudió para atenderse? Esta pregunta nos permite identificar el tipo de institución o servicio al que acuden las mujeres maltratadas para curarse las lesiones producto de la violencia. Las opciones son:

- a) Hospital o centro de salud
- b) Particular
- c) Partera/curandero
- d) No se atendió.

Retomando el modelo propuesto por Andersen (1975) y Andersen R, Newman (1976), se han definido las siguientes variables, con la intención de reflejar en la medida de lo posible las principales premisas expuestas en el marco conceptual.

Variables exógenas:

-Factores predisponentes: son aquellas condiciones que están presentes previamente al evento generador de la utilización y que son inherentes a la persona. Entre las variables que lo conforman figuran:

Variables demográficas, como edad, lugar de nacimiento, estado civil, tiempo de unión, ocupación, **la escolaridad** y tamaño de la familia, tipo de localidad, y las de pertenencia étnica, entre las que figura aquella relacionada con la lengua y la pertenencia étnica.

Variables endógenas:

-Factores habilitadores: son aquellas variables que facilitan u obstaculizan el uso de servicios de salud y son susceptibles de modificación con políticas sociales y de salud. En el presente estudio, se consideraron las siguientes:

Derechohabiencia, la cual es definida como la afiliación al sistema nacional de seguridad social en salud, población beneficiaria de subsidios de inversión social (Oportunidades),

Monto del Beneficio percibido por el programa de oportunidades, Índice de nivel socioeconómico, el cual es una construcción que da cuenta de los insumos económicos y de capital social de la población de estudio. Éste está categorizado en: Bajo, Medio y Alto (Ávila, 2008).

Localidad y zona de procedencia.

Variables de contexto:

Acceso a servicios especializados: existencia o no de algún módulo de atención especializado para la violencia familiar, distancia entre el módulo con la localidad de procedencia de la mujer.

Accesibilidad geográfica, distancia en km. de la localidad de procedencia de la mujer a la unidad de servicios de salud más cercana.

Accesibilidad cultural: existencia o no de traductor/a en la unidad de primer nivel más cercana.

- **Necesidad de atención:** Es el antecedente más inmediato al uso de servicios y se expresa a través de las lesiones físicas producto de la violencia de pareja; la gravedad de las lesiones va desde moretones, pasando por fracturas, hasta la presencia de alguna pérdida de función, producto de la violencia.
-
- **Uso de servicios de salud:** hace referencia a si la mujer usó o no servicios de salud, en los últimos doce meses, para atenderse las lesiones producto de la violencia de pareja. Será la variable dependiente del estudio.

En la tabla 1 se observa cada una de las variables en forma detallada.

Análisis Estadístico

Se realizará análisis estadístico univariado para la descripción de la población y detección de valores fuera de rango. Posteriormente se realizará análisis bivariado para obtener la asociación entre la variable dependiente (utilización de servicios) y cada una de las independientes, utilizando chi-cuadrada en el caso de que las independientes sean categóricas y diferencia de medias (prueba de t o z dependiendo del tamaño de la muestra), cuando éstas sean continuas. Se calcularán las razones de momios y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

Finalmente se realizará análisis multivariado, para la variable dependiente, empleando regresión logística binaria o binomial, en donde se incluirán las variables independientes evaluadas en los análisis bivariados y que de acuerdo con la literatura sobre el tema, se consideren conceptualmente pertinentes. Se buscará cumplir con los principios de verosimilitud, parsimonia y pruebas de bondad de ajuste correspondiente.

Se utilizará el paquete estadístico Stata 9.0 para el análisis estadístico.

Alcances y limitaciones del análisis estadístico

Es necesario señalar que como todo abordaje metodológico, el presente análisis estadístico ofrece ventajas y limitaciones. Una de las ventajas es que la sección del cuestionario a partir de la cual se analizará la utilización de servicios por parte de las mujeres incluidas en la ENSADEMI, se desarrolló desde el diseño de la ENVIM, 2003 y la ENVIM, 2008. Lo cual permite un alto grado de comparabilidad entre los resultados del presente estudio con dos encuestas nacionales y así podremos identificar diferencias y similitudes entre la población de regiones indígenas del país vs población no indígena.

El resultado del presente estudio permitirá proponer variables específicas que podrán ser incluidas en la siguiente evaluación de la Encuesta Nacional de Violencia hacia las Mujeres; lo que permitirá desarrollar modelos teóricos de utilización de servicios de salud.

Sin embargo una limitación es que la ENSADEMI, en su diseño original no contempló realizar un análisis de la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres lesionadas por su pareja desde un modelo conceptual específico, por lo cual no se incluyeron algunas variables de contexto o predisponentes en el cuestionario. Para salvar estas limitaciones se procederá a construirlas en el caso de ser posible. Por ejemplo, no se preguntó tiempo de espera para recibir atención o tiempo para desplazarse hasta la unidad más cercana, por lo que se construirán variables Proxy en algunos casos.

Fase II
Componente cualitativo

El componente cualitativo del estudio tiene como objetivo ampliar y complementar la información recabada en el componente cuantitativo, a fin de lograr una mejor comprensión del contexto en el que se da la utilización o no de los servicios de salud por parte de mujeres lesionadas a consecuencia de la violencia de pareja, así como comprender la respuesta del sector salud a éste tipo de violencia entre las usuarias de servicios de salud.

Como investigadora en el campo de la salud, utilizo el análisis cualitativo en búsqueda de conocer dimensiones complejas de la realidad social de las que aportan poca o nula información las herramientas tradicionales en el campo del estudio de la salud, tales como los registros clínicos tradicionales, las encuestas epidemiológicas y los estudios clínicos. Estas dimensiones tienen varios niveles: subjetivo (barreras o resistencias individuales), intersubjetivo (encuentro médico-paciente), cultural (contexto indígena, prejuicios, valores y creencias) y estructural (recursos, instituciones, acceso, etc.).

Parto del supuesto de la incuestionable vinculación entre las ciencias sociales y el campo de la salud²¹, cuya justificación ha sido expuesta desde distintos marcos conceptuales, de las ventajas que tiene para el conocimiento de la salud de las poblaciones o de las colectividades, así como las relaciones entre prestadores de servicios y la población usuaria.

²¹ En el campo de la salud, estoy considerando a la salud pública y la medicina social o la salud colectiva, como se le denomina en Brasil. En este espacio no pretendo ahondar en las diferencias entre ambas aproximaciones epistemológicas al estudio del proceso de salud -enfermedad. Para ello se puede consultar el siguiente texto: Iriart Celia, Waitzking H, Estrada A y Merhy E. Medicina Social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panam de Salud Pública* 12(2), 2002: 128-136

La utilización de los métodos cualitativos para este estudio nos permitirá recuperar las experiencias y puntos de vista de los actores sociales, tanto proveedores de servicios de salud como usuarias de los mismos, involucrados en la utilización de los servicios de salud a consecuencia de la violencia de pareja.

Según autoras como Martínez, 1996, tres son las principales finalidades del análisis cualitativo en el campo de la salud: la búsqueda del significado de los fenómenos a partir de los datos concretos, confirmar o rechazar hipótesis, y ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad.

En el campo específico del estudio de la utilización de los servicios de salud, son pocas las investigaciones que se han aproximado a la complejidad del problema desde un abordaje cualitativo, a pesar de que se vislumbra como un campo en donde es necesario dar cuenta de la naturaleza multidimensional y compleja de la utilización de los servicios como una práctica social integradora, que resulta de la construcción valorativa efectuada siempre en una cultura, en una sociedad y en una época determinadas (Ruiz y Valdez, 2008).

En la interacción entre usuarios y prestadores de servicios convergen no sólo aspectos objetivos, tales como las características socioeconómicas del paciente, el tipo de enfermedad, los recursos o limitaciones del sistema de salud, la tecnología disponible en una región determinada, sino también aspectos subjetivos, como son el significado del padecimiento, la cultura, la percepción que se tiene de las relaciones entre actores, la información, la confianza, las normas, los valores y la cultura médica. Hay que añadir que la cultura organizacional también juega un papel importante en el proceso de utilización o no de los servicios de salud (Ruiz y Valdez, 2008)

A través de éste componente pretendo responder a los dos últimos objetivos específicos del estudio. Estos son:

3.- Analizar la respuesta de los proveedores de servicios de salud públicos a las demandas de atención y apoyo de las mujeres maltratadas en las regiones indígenas de estudio.

4.- Analizar las barreras que las mujeres maltratadas encuentran en la utilización de servicios de salud público para atenderse las lesiones producto de la violencia de pareja.

Selección de las regiones de estudio

Para cubrir los objetivos de este componente, se hará una selección de dos regiones en donde se realizará el trabajo de campo. Los criterios de selección son:

1.- Aquellas dos regiones que presentaron la mayor y menor prevalencia de violencia de pareja utilizando el índice de severidad de la violencia, entre las ocho regiones de estudio. Estas fueron los Altos de Chiapas y el Istmo (ver gráfico 1 y 2). Se utilizará éste índice debido a que permite discriminar entre aquellas mujeres que sufren violencia de pareja y las que sufren violencia severa, pues está ampliamente documentado que la probabilidad de utilización de servicios de salud está relacionada a la severidad de la violencia (Hijar et al, 2006).

2.- Al interior de estas dos regiones se seleccionará a la comunidad o municipio que presente la mayor prevalencia de violencia de pareja severa.

De esta manera, se logrará la comparabilidad de dos regiones con recursos institucionales diferentes, así como distintos niveles de desarrollo de los programas especializados en la atención a la violencia familiar.

En este sentido parto del supuesto de que los obstáculos para que el personal de salud otorgue una respuesta adecuada en términos de la normatividad existente (NOM 190), son producto de las siguientes condiciones:

1. La falta de información de los proveedores sobre lo que es la violencia hacia las mujeres y las nuevas normatividades que desde principio del 2000 entraron oficialmente en vigencia, las cuales redefinen el papel que los prestadores de servicios de salud tienen frente al problema.
2. Resistencias personales de los proveedores respecto a involucrarse en el problema de la violencia de pareja, por temores de diverso tipo, entre los que destacan problemas legales, conflictos con los

maridos violentos, desamparo institucional, sobre todo en localidades pequeñas, como lo son las comunidades que conforman la mayoría de las regiones indígenas.

3. Resistencias "de gremio" debido a la subcultura médica que permean la formación y práctica médica hegemónica.
4. Obstáculos por parte de las mujeres maltratadas usuarias de los servicios para revelar su situación de violencia a los prestadores de servicios de salud, dado los prejuicios y estigma que ello conlleva; además del temor de agresiones posteriores por parte de la pareja.
5. Barreras de acceso y accesibilidad por parte de las mujeres maltratadas (pe. falta de servicios de salud disponibles en localidad, dificultades de traslado a la unidad o módulo especializado más cercano, falta de traductoras en las unidades de atención)
6. En relación con el encuentro médico-paciente prejuicios étnicos, de clase y de género que dificultan la comunicación entre los médicos y las mujeres maltratadas.

Selección de los informantes

He identificado tres tipos de informantes:

1. Informantes clave: son aquellos tomadores de decisiones responsables de programa estatal o jurisdiccional a cargo del *Programa Estatal para la Atención y Prevención de la Violencia Familiar* (PEAPVF)
2. Personal de salud operativo encargado de la implementación del PEAPVF.
3. Mujeres maltratadas

Tomadores de decisiones-Responsables de Programa

Se realizarán entrevistas semiestructuradas al personal de la SSA, responsable de coordinar el programa de atención a la violencia familiar a nivel estatal y jurisdiccional para documentar cuál ha sido su experiencia, los obstáculos

encontrados para la implementación del programa y si han considerado a la población indígena en sus estrategias programáticas y cómo lo han hecho.

Un aspecto relevante a explorar es la manera en que el personal adscrito al programa de atención a la violencia familiar ha tenido que legitimar sus acciones al interior de su propia institución.²²

Personal de salud operativo encargado de la implementación del PEAPVF.

Se identificará al personal médico, de enfermería y de promoción de la salud encargado de instrumentar el programa de atención a la violencia familiar. Se realizarán entrevistas semiestructuradas con el objetivo de identificar y documentar su experiencia en la implementación del programa, y su experiencia en la atención a mujeres maltratadas en las unidades de atención en donde se desempeñan.

Mujeres usuarias de los servicios de salud

Se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas a mujeres maltratadas, usuarias de los servicios de salud en cada localidad de estudio, para indagar si han utilizado o no los servicios de salud cuando han tenido lesiones físicas a consecuencia de la violencia de pareja, y por qué lo han hecho o no.

²² Este aspecto ha sido documentado en los cursos de verano que por tres años consecutivos he organizado con personal operativo y responsable del programa.

ANEXOS METODOLOGICOS

ANEXO METODOLOGICO 1

**ENCUESTA SALUD Y DERECHOS DE LAS MUJERES INDIGENAS
ENSADEMI, 2008**

El diseño muestral de la ENSADEMI fue realizado con el fin de proporcionar estimaciones para cada región indígena seleccionada.

El esquema de muestreo que se realizó fue aleatorio y estratificado. El primer estrato fueron las 25 regiones indígenas propuestas por la CDI, las cuales fueron construidas a partir del XI Censo de INEGI 2000.¹ Con base a esto, se hizo una selección aleatoria de 8 regiones indígenas, con probabilidad proporcional al tamaño de la población indígena.

Como en algunos casos las regiones están conformadas con más de un estado, se procedió a seleccionar un estado para cada entidad, se aplicó el mismo criterio de aleatoriedad con probabilidad proporcional de la población indígena de la región, de manera que el estado seleccionado sea representativo de la región. Se decidió seleccionar cinco municipios para cada región.¹

A partir de los criterios anteriormente descritos tenemos las regiones, estados y municipios seleccionados:

Región	Estado	Municipios
1. Los Altos de Chiapas	Chiapas	Zinacantán Chamula San Cristóbal de las Casas Venustiano Carranza
2. Istmo	Oaxaca	Juchitán de Zaragoza Ciudad Ixtepec Unión Hidalgo San Blas Atempa
3. Huasteca	San Luis Potosí	Matlapa (SLP) San Martín Chalchicuatla (SLP)

		Aquismón Tankanhuitz de Santos Tamazunchale
4. Mazahua_Otomí	Querétaro de Arteaga	Amealco de Bonfil
5. Chinanteca	Oaxaca	San Juan Bautista Tuxtepec San Felipe Usila San Lucas Ojitlan San José Chiltepec
6.- Cuicatlán, Mazateca, Tehucán y Zongolica	Veracruz	Zongolica, Ver. Atlahuilco Tehuipango Camerino Z. Mendoza Rafael Delgado
7- Costa y Sierra Sur de Oaxaca	Oaxaca	San Agustín Loxicha Santa Catarina Juquila San Lorenzo Texmelucan Santo Domingo de Morelos
8.- Maya	Yucatán	Mérida Chemax Oxkutzcab Dzemul Valladolid

El segundo estrato está conformado por las unidades médicas de primer y segundo nivel. Estas se seleccionaron de manera aleatoria, proporcional al volumen de consultas. Las instituciones públicas de salud seleccionadas fueron la SSA y el Instituto Mexicano del Seguro Social Oportunidades (IMO), ya que son las principales instituciones que proporcionan atención médica a la población indígena del país.

Se fijó en el número de 7 unidades por región indígena seleccionada. Con base a los datos arrojados por la ENVIM, se calculó la prevalencia de violencia de pareja actual del 20%. Esta proporción fue considerada para el cálculo del tamaño de muestra. Otros parámetros fueron: tasa de no respuesta máxima por región del 15%, error relativo máximo $r=0.2$, confianza del 95% ($Z^2_{1-\alpha/2}= 1.96$) y efecto de diseño $deff= 1.75$. De acuerdo con la siguiente fórmula,

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

Se determinó que se requería entrevistar a por lo menos 490 mujeres por región y un total de 3920 cuestionarios aplicados.

La tercera etapa consistió en la selección de mujeres alguna vez unidas, entre 15 a 59 años de edad, que acudieran a la unidad a recibir atención curativa o preventiva. Cuando el volumen de consulta fue mayor a 15 se realizó una selección de las mujeres a través de un muestreo sistemático con arranque aleatorio, ya que se desconocía el número de mujeres que acudirían a las unidades de salud durante el desarrollo del operativo de la unidad.

El diseño del cuestionario

a) La Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI)

Para la elaboración de la ENSADEMI se tomó como base la Encuesta Nacional sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIM-2003), con el propósito de lograr un alto grado de comparabilidad entre los resultados de ambas. Además se consultó otros cuestionarios afines, como el de la ENDIREH-2003¹, la ENSAR-2003¹ y la ENED-2002¹. De la ENVIM se incorporaron preguntas correspondientes a las secciones acerca de las características y severidad de la violencia. También fue de utilidad la consulta de la Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil 2002, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (ENSMI-2002),¹ aplicada a nivel nacional con una alta proporción de población indígena.

El cuestionario de la ENSADEMI cuenta con 125 preguntas organizadas en los siguientes apartados (Ver Anexo 1):

I. Datos sociodemográficos

1. Carátula de identificación
2. Datos generales de los miembros del hogar
3. Identificación de hogares
4. Características de la vivienda
5. Migración de la pareja
6. Datos generales de la encuestada
7. Nupcialidad
8. Unión Anterior
9. Antecedentes de embarazo
10. Embarazo actual
11. Atención materna (último hijo)
12. Características laborales de la encuestada
13. Características laborales de la pareja actual

II. Consumo del Alcohol por la encuestada y su pareja

III Relaciones familiares y de pareja (Violencia)

1. Violencia en la infancia, adolescencia y embarazo
2. Violencia de pareja actual
 - 2.1. Violencia emocional
 - 2.2. Violencia física
 - 2.3. Violencia económica
 - 2.4. Violencia sexual y negligencia
3. Violencia sexual
4. Consecuencias del maltrato
 - 4.1 Lesiones
 - 4.2 Costo económico de la violencia

IV Relación con la impartición de justicia

V Respuesta del personal de salud ante el maltrato familiar.

Prueba piloto. Se llevó a cabo una prueba piloto del cuestionario en los centros de salud de la cabecera municipal y de varias localidades del municipio de Zitlala, Guerrero. Este se llevó a cabo durante tres semanas entre febrero y marzo del 2006, se aplicaron un total de 246 cuestionarios; se realizó un análisis exhaustivo de cada uno de los reactivos, y de la logística implementada, lo cual derivó los cambios necesarios para el diseño final del cuestionario y algunas estrategias para la planeación del trabajo de campo.

Además el cuestionario se sometió a consideración y análisis de un grupo consultor de expertos y expertas en los temas de violencia hacia mujeres y aplicación de encuestas en contexto indígena.

Procedimiento para la aplicación de la ENSADEMI

El cuestionario se aplicó a las mujeres que demandaron atención en los servicios de salud públicos al momento del levantamiento de la encuesta, en las localidades escogidas de acuerdo con los criterios mencionados. Se encuestó a las mujeres mientras esperaban ser atendidas, en espacios que garantizaran la privacidad de la entrevista.

Con base en esa experiencia de la ENVIM y de la prueba piloto de la ENSADEMI, se llegó a la conclusión de que realizar las entrevistas en los centros de atención a la salud tenía una ventaja sustancial para garantizar la seguridad de la mujer entrevistada y del equipo de encuestadoras, cumpliendo de esta manera con normas éticas sugeridas por la OMS, que son fundamentales para los estudios sobre violencia hacia las mujeres (WHO 2001).

Una limitación del estudio es que posiblemente las mujeres que vivan en localidades más aisladas y alejadas estarán subrepresentadas, por tener más barreras, geográfica y culturales, para acceder a los centros de salud.

El levantamiento de la encuesta tuvo lugar de Septiembre a Octubre del 2006 y durante el mes de febrero del 2007. En total se aplicaron 3952 cuestionarios en las ocho regiones seleccionadas.

ANEXO METODOLÓGICO 2

GUIAS DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADAS PAR LOS/ LAS INFORMANTES

Guías de entrevistas semiestructuradas a Tomadores de decisiones-Responsables de Programa

Responsable del Programa Estatal para la Atención y Prevención de la Violencia Familiar

- *Identificación personal*

Nombre:

Edad:

Formación profesional:

Año en que egresó de su formación profesional.

Tiempo a cargo del programa:

- *Experiencia en el cargo*

¿Hace cuánto tiempo que se desempeña en este cargo?

¿Cómo llegó a vincularse con el programa?

¿Antes en qué área se desempeñaba? Dentro de la Secretaría o Fuera de la misma?.

¿Qué respaldo ha tenido por parte de sus superiores para el desempeño de sus funciones? Explorar

¿Se siente capacitada o con las herramientas necesarias para el desempeño de sus funciones? Explorar

¿Recibió algún tipo de capacitación antes de iniciar en el cargo? Si, No ¿Por quién? ¿En dónde?

¿Cuáles cree que son los principales desafíos para llevar a cabo el desempeño de las responsabilidades asumidas?

¿Cuáles considera los principales logros alcanzados en el periodo de su gestión?

¿Cuáles considera los principales logros alcanzados por el programa desde que se implementó el mismo?

¿Le gustaría tener más capacitación sobre el tema? ¿Sobre qué aspectos considera es necesario capacitarse más?

- *Caracterización del programa*

¿Cuáles son los objetivos y principales actividades del programa PEAPVF?

¿Existen módulos a nivel jurisdiccional? ¿En dónde están ubicados? ¿Cuáles son los criterios para decidir la ubicación de los mismos?

¿Con qué personal cuenta en total el programa a nivel estatal? ¿Y a nivel jurisdiccional?

¿Cuál es el perfil del personal que se contrata para laborar en el programa?

¿Qué tipo de contratación tiene este personal? ¿Con qué fondos se contrata al personal?

¿Cuál es el presupuesto que se ejerce anualmente (en el año anterior) en el PEAPVF? ¿De dónde vienen los recursos del programa? ¿A cuánto asciende el monto que asigna el estado para el desarrollo del PEAPVF?

- *Actividades del programa dirigidas a la población indígena*

¿Dentro de sus actividades tienen contemplada a la población indígena del estado? Explorar.

¿Qué tipo de actividades? Describir.

¿Tienen módulos de atención a la violencia en centros de salud en localidades indígenas? Cuáles son? ¿Qué tipo de personal labora ahí?

¿Qué tipo de capacitación le dan a ese personal? Explorar, **detallar contenidos**

No, ¿por qué? ¿Cuál sería la razón. Explorar

¿Usted cree que la violencia hacia las mujeres en las comunidades indígenas del estado es un hecho frecuente?

¿En su opinión cuáles son las barreras para que las mujeres indígenas reporten la violencia que sufren con sus parejas?

Explorar

- Relación entre el programa estatal y el programa nacional

¿Cómo definiría la relación entre el programa estatal y el programa nacional?

¿Qué tipo de apoyos reciben del programa nacional? Explorar: materiales, otro tipo de insumos para el desarrollo de las actividades, capacitación, presupuestal, etc....

¿Son suficientes dichos apoyos?

¿Cuáles serían los principales obstáculos en la relación como coordinadora estatal y la federación?

¿En su opinión, cuáles son los principales logros de la gestión nacional, para el éxito de los PEAPVF's?

- *Relación entre el PEAPVF y las autoridades locales de la secretaria de salud*

¿De qué instancia estatal depende el PEAPVF?

¿Cómo definiría la relación entre el programa estatal y las autoridades locales de salud?

¿Qué tipo de apoyos reciben de sus autoridades estatales?

¿Cómo definiría la relación entre las autoridades locales y el PEAPVF?

¿Usted sabe como fue la reacción inicial de las autoridades locales de salud cuando se propuso la creación de PEAPVF?

Explorar... ¿usted estaba a cargo del programa entonces?

¿cuáles eran o son los comentarios que se expresan de manera informal acerca del PEAPVF? Explorar.

¿Cuáles cree usted que han sido los principales logros de la relación o negociación entre las autoridades locales y su gestión como coordinadora del PEAPVF?

¿Cuáles cree usted son los principales obstáculos e la relación entre las autoridades locales y su gestión como coordinadora del PEAPVF?

- *Relación entre el PEAPVF y los módulos de atención a la violencia al interior del estado.*

¿Cuántos módulos existen en el estado?

¿En su opinión cual han sido los módulos más exitosos y por qué? Explorar...sobre el personal, la infraestructura, presupuesto, apoyos municipales o jurisdiccionales,

¿Cómo han reaccionado las autoridades jurisdiccionales en el desarrollo de los módulos? Explorar apoyos, tipo de comentarios, resistencias para su desempeño...-

Cierre

¿Hay algo que quiera compartir que no le haya preguntado?

Agradecer su participación.

**Guía de entrevista para personal de salud operativo
(Médicos/as, enfermeras, promotoras de salud,
psicólogos/os)**

- *Identificación personal*

Nombre:

Edad:

Formación profesional:

Año en que egresó de su formación profesional.

Tipo de unidad o servicio donde se desempeña

- *Experiencia en el cargo*

¿Hace cuanto que se desempeña en este cargo?

¿Cómo llegó al mismo?

¿Antes en qué área desempeñaba? Dentro de la Secretaria o Fuera de la misma.

¿Está de tiempo completo asignado/a al programa? ¿Si no es así, qué otras labores desempeña?

¿Cuáles son sus funciones o tareas?

¿Cómo se ha sentido en el desempeño de éste cargo?

¿Ha tenido suficiente apoyo de parte de sus superiores para el desempeño de sus funciones para el programa? Explorar

¿Cuál cree que son los principales desafíos para llevar a cabo el desempeño de las tareas del programa?

¿Cuáles considera los principales logros alcanzados en el periodo de su gestión?

¿Cuáles considera los principales logros alcanzados por el programa desde que se implementó el mismo?

- *Sobre sus tareas en el programa de atención a la violencia de mujeres indígenas*

Dentro de sus tareas ¿hay alguna acción que vaya dirigida a las mujeres indígenas?

¿Cuáles son?

¿Quiénes participan en ella?

¿Cómo responden las mujeres maltratadas indígenas a sus actividades? Explorar si participan o no.

En su opinión, ¿cuales considera las principales barreras para la identificación, atención y canalización de las mujeres maltratadas cuando llegan a los servicios de salud?

¿Es fácil identificar a las mujeres maltratadas? Y a las mujeres indígenas en particular.

En su experiencia, ¿es fácil que las mujeres maltratadas indígenas hablen de sus experiencias de violencia familiar?

Explorar (por qué, que comparta algún ejemplo o caso reciente)

¿Con qué personal tienen más confianza? Explorar: médicos, enfermeras, promotoras comunitarias, psicólogas?

En su experiencia, qué tipo de violencia es más fácil que las mujeres indígenas reporten (p.e. la física, la emocional, la sexual...)

¿En su opinión cuales son las barreras para que las mujeres indígenas reporten la violencia que sufren con sus parejas?

Explorar

¿Hay algo que quiera compartir que no le haya preguntado?

Agradecer su participación.

Guía de entrevistas para mujeres maltratadas usuarias de los servicios de salud.

Se identificarán mujeres maltratadas por parte de la pareja a través del contacto con el personal de salud de las unidades seleccionadas.

• *Identificación personal*

¿Cuál es su nombre?

¿Usted nació en esta comunidad?

¿Cuántos años tiene?

Estado civil

¿Hace cuanto que está casada o vive con su marido?

Número de hijos

Fue a la escuela?

¿Hasta que grado?

¿Sabe leer y escribir un recado?

Además del trabajo de la casa, hace otra actividad?

¿Recibe algún pago por esa actividad? ¿Cuanto y cada cuanto?

¿Qué lengua habla aparte del español?

¿Tiene derecho a recibir atención médica en alguna institución? ¿Cuál?

¿Es beneficiaria del programa oportunidades? ¿Desde cuando?

¿Es beneficiaria del Seguro Popular? ¿Desde cuando?

• *Experiencia como usuaria de servicios de salud*

¿Desde hace cuanto tiempo que viene a recibir atención en esta clínica?

¿Con qué regularidad viene o va al centro de salud a recibir atención médica? (Dependiente en qué lugar se realice la entrevista)

¿Cuáles son las principales razones por las que acude? **Explorar**, problemas de salud de los hijos? ¿De ella? Pláticas de oportunidades?

En su opinión, cree que el medico(a) atiende sus quejas de salud cuando viene a la consulta? Considera que el médico/a la entiende, la escucha con atención y respeto? **Explorar**

¿Ha tenido problemas de entendimiento entre usted y el medico/a, por ejemplo que usted no sepa cómo decirle lo que siente o le molesta y que el/ella no le entienda

Hay traductora en su clínica?

¿Cuánto tiempo emplea caminando o en transporte para llegar a la clínica?

¿Cuanto tiempo tiene que esperar para que la atienda el doctor o la doctora? ¿Le molesta esperar ese tiempo?

¿Está a gusto con la atención médica? Explorar

¿Está a gusto con el trato de las enfermeras? ¿Qué le gusta y qué no le gusta del trato que tienen las enfermeras con usted?

¿Se ha sentido humillada o menospreciada por alguien de los que trabajan en esta unidad? ¿Por quién? Explorar. ¿Me podría contar una experiencia donde se haya sentido humillada por el personal de salud?

- Experiencia de la mujer sobre el maltrato que sufre

¿Usted sufre de malos tratos de su marido?

¿De qué tipo? ¿Desde cuando? ¿Por qué cree que pase esto?
Explorar: motivos de pelea más frecuente, explicaciones que ella le atribuye al maltrato..

- **Utilización de los servicios de salud**

¿Alguna vez ha platicado del maltrato con el médico/ médica de la clínica de salud? Si no, ¿por qué?

¿Qué le ha dicho? ¿Qué reacción tuvo?

¿Que le aconsejaron?

¿Cómo se sintió cuando habló con el/ ella? **Explorar Sirvió de algo hablar con el médico/ medica, enfermera, promotora o con quien haya hablado..**

¿Ha platicado con alguien más sobre los problemas con su marido? Otros miembros de la familia, vecinas, suegra, la madre, las hermanas, el cura.

A consecuencia del maltrato, ¿ha sufrido lesiones ó heridas?

¿Cuales? Explorar gravedad. ¿Qué ha hecho para curarse las lesiones? ¿Ha ido a ver al médico/medico, enfermera para curarse las heridas que le ha hecho su marido? **Si, no ¿por qué? Explorar**

Ha acudido con la partera del pueblo o el/la curandera?

¿Ha denunciado a su marido con alguna autoridad del pueblo?

Si no, ¿por qué? ¿Con qué autoridad fue? ¿Qué le dijeron?

¿Sirvió de algo denunciarlo? ¿Se sintió mejor después de denunciarlo?...

Cierre

¿Hay algo que no le haya preguntado que quiera platicar?

Muchas gracias por su participación..

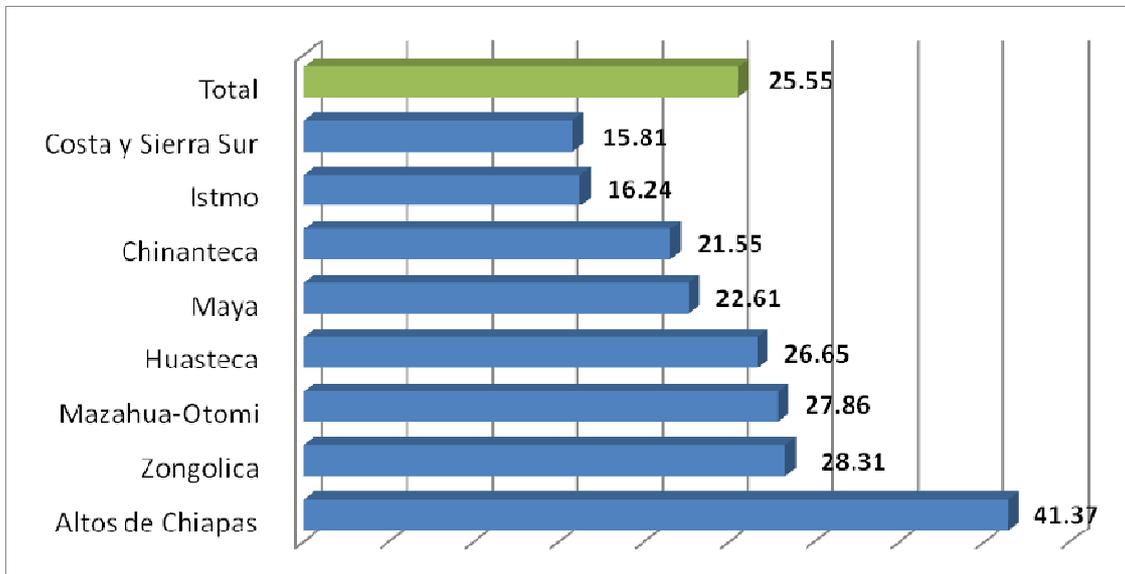


Gráfico 1. Distribución porcentual de violencia de pareja actual por región

Fuente: Informe General de la ENSADEMI, 2008

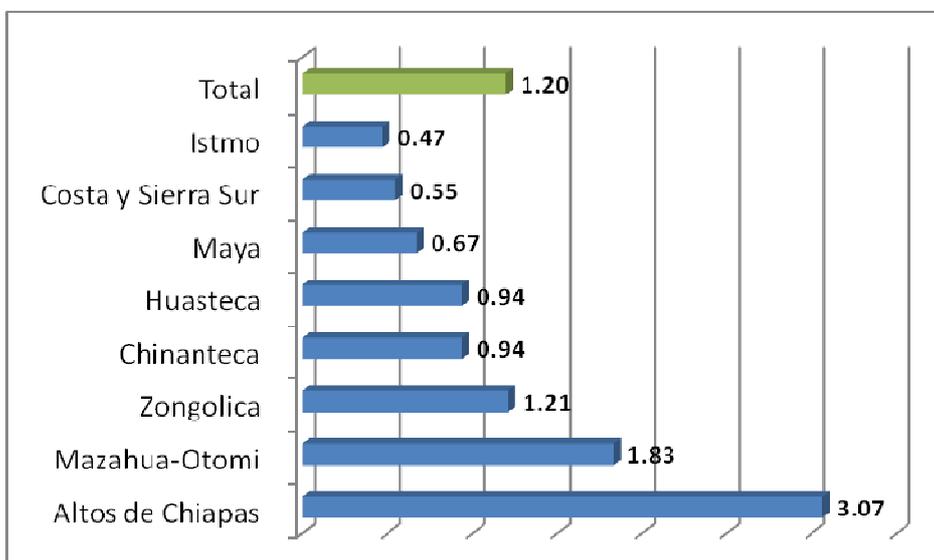


Gráfico 2. Distribución porcentual de violencia física severa por región

Fuente: Informe General de la ENSADEMI, 2008

Bibliografía

Aday L, Andersen R. A theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* 1974; 9:208-220.

Adelson Naomi. The embodiment of inequity: health disparities in aboriginal Canada. *Can J Public Health*; 96 Suppl 2:S45-61, 2005 Mar-Apr.

Aguirre Beltrán Gonzalo (1986), "Status y rol en la relación médico-paciente", en: *Antropología Médica*. México, CIESAS, pp207-232

American Medical Association (1992), "Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence" *Arch.Fam. Med*, 1:39-47.

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1-10

Andersen R, Newman J. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quartely* 1973; 51: 91-124

Arredondo A. Marcos conceptuales en salud pública. Modelos, paradigmas o propuestas disciplinarias. *Cuad. Méd. Soc.* XXXIV, 2 y 3, 1993/29-36

Bowker, L.H. y L Maurer(1987), "The medical treatment of battered wives. *Women & Health*,12(1), 25-45

Bronfman, Mario. 1994. *La salud de los pueblos indígenas. Una conquista impostergable*, Sepúlveda Amor, Jaime(coord.) Cuadernos de Salud 1- Interés Regional, Secretaría de Salud; México, 1994.

Coimbra E.A. Carlos Jr, Ricardo Ventura Santos, Ana Lucía Escobar. *Epidemiologia e saúde dos provos indígenas no Brasil*, 2003

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México, *Regiones indígenas de México*, 2006.

COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. *Violence against Women: Relevance for medical practitioners*. Journal of American Medical Association. [JAMA](#);267(23):3190-3, 1992 Jun 17.

D'Aubeterre ME., Mujeres indígenas campesinas y violencia sexual: un estudio de caso en la sierra norte de Puebla. En: Stern C. y Echarri CJ. *Salud reproductiva y sociedad*. COLMEX. 2000.

Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar (NOM-190-SSA1-1999), Secretaría de Salud, 8 de marzo, 2000.

Erazo B Márcia; Amigo Hugo; Bustos M. Patrícia. Etnia mapuche y condiciones socioeconómicas en la estatura del adulto. *Rev med Chile*; 133(4): 461-468, abr 2005

Family Violence Project(1993), *An Informational Packet for Health Professionals*, San Francisco, California.

Fernández Ham Patricia (2002). Estimaciones de la Población indígena en México y sus características básicas. Mimeo.

Ferris Lorraine (1994), Canadian Family Physicians and General Practitioners' Perceptions of Their Effectiveness in Identifying and Treating Wife Abuse, *Medical Care* 32(12), 1163-1172.

Fitzpatrick Ray, John Hinton, Stanton Newman, Graham Scambler y James Thompson (1990), *La enfermedad como experiencia*, México: Fondo de Cultura Económica.

Friedman. KO. The image of battered women. *Am J Public Health*, Aug 1977; 67: 722 - 723.

Freyermuth, Graciela (2004), *Mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México D.F., CIESAS/Porrúa

Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Moe J and Abercrombie P. A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Ann Internal Medicine*,1999, 131: 578-564.

González Montes, Soledad. "La violencia doméstica y sus repercusiones en la salud reproductiva en una zona indígena (Cuetzalan, Puebla)", en *Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos*. Fundación MacArthur/ Asociación Mexicana de Población, México, 1998, 17-54.

Good, Byron(1994), *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, London: Cambridge University Press.

Hahn A. Robert(1995), *Sickness and Healing. An Anthrological Perspective*, New Haven: Yale University Press.

Hartigan, Pamela(1998), "Ruta crítica de la violencia intrafamiliar. Lecciones del proyecto", *Boletín informativo de la Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual*. Isis Internacional, Chile, Enero, 8-9.

Herrera, Cristina, A. Rajsbaum, C. Agoff y A. Franco (2006), "Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México", *Salud Pública de México*, vol. 48, suplemento 2, pp. S259-S267.

Herrera Cristina. La violencia domestica contra las mujeres como problema público Discursos sociales en el diseño de políticas de salud y en los prestadores de servicios médicos, México, julio 2007

Heise L. Violence against women: an integrated ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4: 262-290

Heise Lori, Pitanguy Jacqueline y Germain Adrienne(1994) *Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud*. Washington, D.C., Banco Mundial, (Discussion paper No. 255

Hijar Martha, Rafael Lozano, Rosario Valdez y Julia Blanco (2002), "Lesiones intencionales como causa de demanda de atención en servicios de urgencia hospitalaria en la Ciudad de México", *Salud Mental*, 2002 Vol. 25 Num 1.

Hijar M, Ávila L, Valdez R(2006) *¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja?* *Salud Mental*, Vol. 29, No. 6, noviembre-diciembre 2006

Kellermann AL (1990), "Domestic violence and the internist's response: advocacy or apathy?" *J G Intern Med* ;5:89-90

Kleiman, A.M.(1980), *Patients and Healers in the Context of the Culture*, Berkeley: University of California Press.

Kathryn Kish Sklar and Suzanne Lustig. How Have Recent Social Movements Shaped Civil Rights Legislation for Women? The 1994 Violence against Women Act. State University of New York at Binghamton. <http://www.binghamton.edu/womhist/staff.htm#sklar>

Kaufman, P DiVasto, R Jackson, J Vandermeer, D Pathak, and W Odegard. Impact of a community health approach to rape Am J Public Health 1977 67: 365-367.

León, Irene (1992), "Sobre sombras, tormentas y rupturas: Reflexiones sobre el significado social y estructural de la violencia de género", en: *Donde empieza mi Universo. 7 Aportes a la violencia de género*, Guadalupe León(ed), Quito: CEIMME ediciones, 1-35.

Lupton, Deborah (1994), *Medicine as Culture. Illnes, Disease and the body in Western Societes, Great Britrain: The Cromwell Press Ltd.*

McLeer Susan y Rebecca, Anwar (1989), "A study of battered women presenting in an emergency department", *American Journal of Public Health*, 79:65-66.

Martínez Carolina. Introducción al trabajo cualitativo de investigación En: Ivonne Szasz y Susana Lerner (eds): *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. El Colegio de México, 1996, 33

McKinlay, John B. (1975) **Who is Really Ignorant--Physician or Patient?** *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 16, No. 1 (Mar., 1975), pp. 3-11

Menéndez, Eduardo(1992), "Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en: Roberto Campos (compilador), *La Antropología Médica en México*, México: UAM 97-114.

Minayo MC y ER Souza(1993), "Violencia para todos", *Cuadernos de Saude Pública*, 9:65-78

Neira Rozas Jaime Andrés. Ciencias Sociales y Salud Pre-textos para el Debate. Revista Austral de Ciencias Sociales, N° 5, 2001, pp. 127-138

OEA, Convención Interamericana para prevenir, sancionar la violencia contra la mujer. Belem do Pará, 1994.

OMS (1999) "Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres". Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud.

OMS, 2002. Informe Mundial sobre violencia y salud. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud, Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. Washington, D.C. 1994.

Organización Panamericana de Salud. "Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas". *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas: informe de progreso*, en *Panam Salud Pública*, 3 (4), 1998.

Paranjape A, Heron S, Kaslow N, 2006. Utilization of Services by Abused, Low-income African-American Women. *J GEN INTERN MED* 2006; 21:189-192.

Parker B and DN Schumacher The battered wife syndrome and violence in the nuclear family of origin: a controlled pilot study *Am J Public Health* 1977 67: 760-761.

Parsons Linn, Daniel Zaccaro, Bradley Wells y Thomas Stovall(1995), "Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence", *American Journal Obstetrics Gynecology*, 173(2):381-387.
Parsons Talcott(1951), *The Social System*, Glencoe, III., The Free Press.

Peralta Catalán Nayeli (2000).Identificación de la población indígena en los censos nacionales. Mimeo.

Ramírez Juan Carlos y Griselda Uribe (1993),"Mujer y violencia: un hecho cotidiano", *Salud Pública de México*, 35:148-160.

Ramírez-Rodríguez J.C. y Uribe-Vázquez G. Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. *Salud Pública de México*, 1993. 35(2):148-160.

Ramírez, Juan Carlos (2006), "Violencia de varones contra la pareja heterosexual en México", *Salud Pública de México*, vol. 48, suplemento 2, pp. S315-S327.

Reid, Sherry y Michael Glasser (1997), "Primary Care Physicians's Recognition of and Attitudes Toward Domestic Violence", *Academic Medicine*, January, 72(1) 51-53.

Rodríguez M, Szkupinskin S, Bauer HM. Breaking the silence. Battered women's perspectives on medical care. *ARCH FAM MED*, March, 1996, 5: 153-158.

Ruiz M. y Valdez R. Una revisión crítica sobre estudios de la utilización de servicios de salud, 1996-2006., 2008. En Prensa.

Saucedo Irma (1999) La experiencia de las ONG en el trabajo sobre violencia sexual y doméstica. En: Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva.

Soledad González Montes (compiladora). México: El Colegio de México, p 75-95. Straus Murray, Gelles Richard, Steinmetz Suzanne. *Behind Closed Doors. Violence in the American Family*. New York: Anchor Press, 287 p.

Sugg, NK. Inui. *Primary care physicians' response to domestic violence*. *JAMA* 1992; 267(23)

Tood, Dundas Alexandra (1989), *Intimate Adversaries. Cultural Conflict between Doctors and Women Patients*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.

Torres José Luis, Villoro Renata, Ramírez Teresita, Zurita Beatriz, Hernández Patricia, Lozano Rafael, Franco Francisco. *La salud de la población indígena en México*. En: Felicia Knaul y Gustavo Nigenda (Editores). *Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. Fundación Mexicana para la Salud, p 41-55

Valdez Rosario (2002) La atención médica del maltrato durante el embarazo en el contexto de la lucha contra la violencia hacia las mujeres en Cuernavaca, Morelos. Tesis para obtener el grado de Maestría en Antropología, Cuernavaca, Mor. CIDHEM, 152 p.

Valdez Rosario (2004) "Del silencio privado a las agendas públicas: el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México". En Marta Torres Falcón(comp.)., *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, México, El Colegio de México, pp417-447.

Valdez, Rosario y Clara Juárez(1998), "Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México", *Salud Mental*, 21(6):1-10.

Valdez Rosario y Shrader Elizabeth (1992) "Violencia doméstica en una micro región en Ciudad Nezahualcoyotl". En: *A luna a veces tiene miedo*. Cecovid Ediciones, México D.F. Walker, Leonor. *The Battered Woman Syndrome*(1984) p. 95-97.
