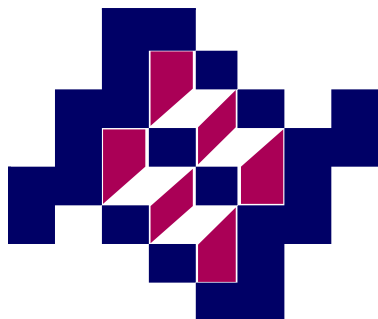




INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

*Conocimientos de la Norma Oficial Mexicana NOM 190 por los proveedores de salud
y su práctica hacia las mujeres que sufren violencia por su pareja en una muestra
representativa en México*

Autora

Edith Mireya Villanueva Estrada

Director

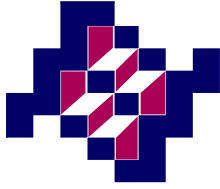
Dr. Manuel Urbina Fuentes

Asesores:

Dr. Carlos Javier Echarri Cánovas

Dr. Gustavo Olaiz Fernández

**Tesis para obtener el grado de
Maestría en Salud Pública con área de
Concentración en Epidemiología
2005-2007**



RESUMEN

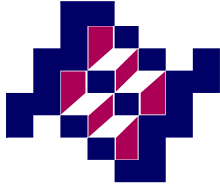
La Violencia en la mujer es un problema de salud pública, que afecta a la mujer en su desarrollo personal, familiar y social.

El problema se ha subestimado debido a varios factores entre lo que se incluyen los socioculturales y el poco esfuerzo que se hace por el personal médico para detectarlo y tratarlo entre otros.

La violencia intrafamiliar es un concepto muy general, que ocurre dentro de un hogar y que abarca los diversos grupos vulnerables como lo son niños, ancianos, discapacitados y principalmente a las mujeres; en sus diversas modalidades como lo son la física, económica, psicológica y sexual. Esta amplia gama de violencia ha llevado a la necesidad de conocer dentro del ámbito no sólo de la salud pública sino de la sociedad en general: en primer lugar el conocimiento y análisis de la violencia familiar y en segundo lugar la atención que se brinda a quienes la sufren, entiéndase como atención, a toda la red especializada para brindar apoyo y soluciones a los grupos vulnerables que sufren violencia.

En el presente estudio se prueba desde un aspecto metodológico que los médicos de primero y segundo nivel de atención de las instituciones en México tienen un conocimiento deficiente de la NOM 190-SSA1-1999.

Olaiz y Cols.¹³ con la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en el 2003 encontraron que la prevalencia en los 12 meses previos a la encuesta entre las usuarias de servicios de salud fue 20% para la violencia psicológica, 10% para la violencia física, 7% para la violencia sexual y 5.1% para la violencia económica, en total se encontró una prevalencia de 21.5%



La violencia está inmersa en una serie de factores causales y de riesgo que la predisponen, facilitan y mantienen dentro del núcleo familiar y que a su vez, trae consecuencias tanto en la salud de la mujer víctima de maltrato como en sus hijos, su comunidad y la sociedad.

Por otra parte, los servicios de salud son un punto clave muy importante en la adecuada detección y manejo de las pacientes que acuden como consecuencia de alguna lesión provocada por la violencia vivida en su hogar. De ahí surge la importancia de que el personal de salud, que en muchas ocasiones es el primer contacto para estas mujeres, esté capacitado, sensibilizado y adiestrado para su oportuna detección

Además en México existe un marco regulatorio bien estructurado que incluye la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia y la NOM-190-SSA1-1999 que obligan a los institutos de salud y al personal médico a estar capacitado para la atención de mujeres víctimas de violencia.

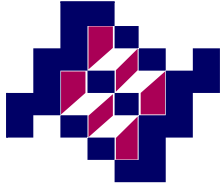
Todo lo anterior sirve de marco teórico para el desarrollo del presente estudio, que pretende conocer el avance y esfuerzo institucional de la atención de problemas en violencia familiar y sexual vs la preparación de los médicos, esto será valorado mediante la opinión y conocimiento de los proveedores de salud respecto a la identificación de los casos de violencia y a la atención de los mismos.

Es un estudio transversal, descriptivo y cualitativo, de una muestra representativa nacional de las tres Instituciones de salud en las cuales se entrevistó a una muestra representativa de proveedores de salud y se les interrogó sobre sus conocimientos de la Norma Oficial Mexicana No. 190-SSA1-1999 y de las percepciones que tienen con respecto a la violencia.



INDICE

1. Introducción.....	2
2. Antecedentes.....	3
3. Planteamiento del problema.....	24
4. Justificación.....	25
5. Objetivos.....	26
6. Marco conceptual.....	26
7. Metodología.....	28
8. Análisis.....	34
9. Discusión.....	71
10. Conclusiones.....	77
11. Recomendaciones.....	79
12. Anexo.....	81
13. Referencias Bibliográficas.....	95

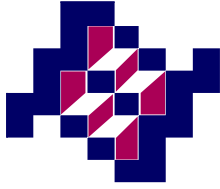


INTRODUCCIÓN

La Violencia contra mujer es un problema de salud pública y que afecta a la mujer en su entorno biopsicosocial incluyendo a su familia y a la sociedad el presente estudio se pretende, investigar sobre las percepciones, conocimientos y aplicación de la Norma Oficial Mexicana que tiene el médico de primero y segundo nivel de atención de las Instituciones de salud que rigen nuestro país (IMSS, ISSSTE y SSA) con el objeto de encontrar áreas de oportunidades y buscar alternativas para reforzar y mejorar la calidad de la atención con respecto al tema de violencia en la mujer.

Se pretende este trabajo sea un apoyo para tener información nacional sobre la atención de la violencia en México con el fin de mejorar en la toma de decisiones en cuestiones de políticas de salud, para mejorar la atención en las instituciones de mujeres.

Además este estudio pretende ser un precursor de otros estudios subsecuentes, así como de ser un apoyo para la vigilancia de los Programas ya existente de Prevención para la Violencia en la mujer



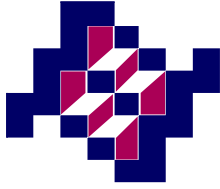
ANTECEDENTES

El tema de violencia en la mujer abarca una serie de conceptos, definiciones y relaciones en los macro y microsistemas que a pesar de que desde la antigüedad se ha documentado, apenas hasta hace pocas décadas ha empezado a salir a la luz. Actualmente cada vez más, se ha publicado en diversos medios su existencia, se ha documentado sus dimensiones y se ha intentado evaluar sus consecuencias, sin embargo el estudio desde el punto de vista científico es reciente y con datos escasos tanto de prevalencias como de impactos se podría decir que sólo conocemos la punta del iceberg de la violencia y que la mayor parte de éste, aún se desconoce, ya que como lo señalan Roberto Castro y Florinda Riquer, la investigación en violencia, aunque es extensa, mucha tiene un conocimiento empírico.¹

Es necesario hacer conciencia de que hoy en día se vive en una sociedad inmersa de violencia, diariamente se divulgan por diversos medios de comunicación noticias de gran magnitud. Aunque la realidad es que ésta no se limita a un mundo externo, más que eso, se vive dentro de los núcleos familiares, se podría considerar por algunas sociedades (como por ejemplo, la mexicana) como una parte de la forma de vivir de las familias, dentro de una familia la violencia *se vive*.²

La violencia intrafamiliar ocurre dentro de un hogar y abarca grupos vulnerables como lo son niños, ancianos, discapacitados y mujeres, en sus modalidades como lo son la física, económica, psicológica y sexual. Esto ha llevado a dos puntos cuestionables dentro del ámbito de la salud pública: en primer lugar, su conocimiento, es decir, que tanto se conoce desde el punto de vista científico acerca de la violencia, y en segundo lugar, la atención que se brinda a quienes la sufren, entiéndase como atención, a toda la red especializada para brindar apoyo y soluciones a los grupos vulnerables.

Desde esta perspectiva es necesario hacer un apartado especial a la violencia que sufre la mujer dentro del núcleo familiar. Uno de los puntos por lo que es relevante el maltrato de género desde el punto de vista de la salud pública, es que ya se sabe que éste es un factor determinante en la salud, la



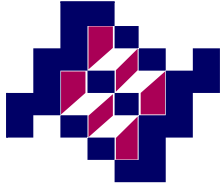
enfermedad e incluso la muerte de una mujer, además de que la inequidad de género ha propiciado graves problemas en la atención de la mujer en etapas claves de su desarrollo.^{2 3} (niñez, adolescencia, embarazo, climaterio).

Se trata de un problema no sólo en México, sino en todos los países del mundo no excluyendo a los industrializados, y que repercute en la salud y bienestar de las mujeres. Se presenta en todos los ambientes; en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad y puede tener varias formas que van desde la violencia psicológica hasta la sexual. Se han detectado por estudios mundiales que 16 a 52%⁴ de las mujeres experimentan violencia física por parte de sus compañeros, y una de cada cinco mujeres son objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida. Esto debe llevar hacia la reflexión de la importancia que tiene la adecuada detección de la violencia en la mujer, ya que a través de ésta se puede mejorar su calidad de vida y de sus familias.

Por otra parte, se sabe que es una causa de muerte e incapacidad principalmente entre las mujeres en edad reproductiva y que puede llegar a ser tan grave como el cáncer siendo además una causa de mala salud. Sin embargo, a pesar de conocer esta magnitud aún prevalece una “cultura de silencio” tanto en la familia como en la misma comunidad lo que lleva a un subregistro de casos y evita que se pueda ahondar en la solución del problema.

Definición de la violencia en la mujer

En 1993 la Asamblea de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” y define la violencia en la mujer como “todo acto de violencia por razones de sexo que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada,”^{4,5,6} abarca la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, el estupro, la violencia relacionada con la dote, la violación, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia



relacionada con la explotación”. También se conoce como violencia de género y ésta se define como “aquella ejercida por los hombres contra las mujeres”.⁶

En la NOM-190-SSA1-1999, en su modificación publicada en el Diario Oficial de la federación el 04 de abril del 2009, en el numeral 4.26 define a la *violencia contra las mujeres* como:

“.....daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público;

a) que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer.

b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona.”

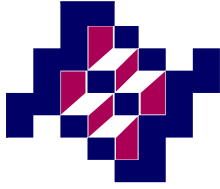
Define a la *Violencia familiar* como:

“el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.”⁷

Tiene como características que se presenta en relaciones de desigualdad de poder y señala nuevamente la norma a grupos vulnerables como lo son niños y niñas, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles, adultos mayores, hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja física, económica o cultural.

Prevalencia de Violencia contra la mujer

Aunque la prevalencia de violencia contra las mujeres a nivel mundial se subestima, los datos estadísticos encontrados indican cifras preocupantes. El Center for Communications Programs realizó una exhaustiva revisión de la literatura que reportó una prevalencia del 10% de violencia física en las mujeres del mundo ocasionada por parte de su pareja en algún momento de su vida⁸. Así mismo, en



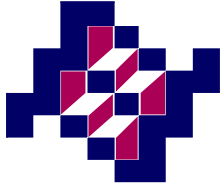
España se realizó la *Macroencuesta de Violencia en la Mujer* en el año 2000 y se estimó que el porcentaje de mujeres mayores de 18 años que se encuentran en situación de violencia era del 3.4% para la forma sexual.

Según el informe de violencia mundial sobre la violencia realizado en el año 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 10% al 69% de la mujeres han sido agredidas físicamente por sus parejas.⁹ En general a nivel mundial se estimó que en el año 2000, murieron aproximadamente 1,6 millones de personas por causas de la violencia, esto es 2.8 por cada 100,000 habitantes.

Según la investigación de Pablo Méndez, en México, la prevalencia de violencia doméstica en zonas rurales y urbanas es de 30-60%^{10,11}. En 2004 Rivera y cols en un estudio en Morelos encontraron una prevalencia de 35.8% para la violencia de leve-moderada y de 9.5% para la severa¹². Olaiz y cols en la *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM)*, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en el 2003 encontraron que 7.8% de las mujeres usuarias de los servicios de salud estaba conciente de su problema de violencia, sin embargo la prevalencia encontrada de violencia en los 12 meses previos a la encuesta fue de 20% para la psicológica, 10% para la física, 7% para la sexual y 5.1% para la económica, y en total se encontró una prevalencia del 21.5%¹³

Causas de la violencia de pareja

La violencia en la mujer se presenta en todas las etapas de su vida y tiene una amplia gama de lesiones que van desde mutilaciones o daños físicos en el recién nacido femenino, hasta abuso físico, económico y psicológico en la vejez¹⁴, Heise propone un marco ecológico para el estudio de las causas de violencia y propone 4 niveles: individual, familiar o relacional, comunitario y sociocultural, donde hay una serie de factores que interactúan entre sí.



El nivel individual identifica los factores biológicos y de la historia personal del individuo que lo llevan a un comportamiento de violencia, y en éstos se encuentran la impulsividad, la personalidad, el bajo nivel educativo, el uso de sustancias adictivas, alcoholismo y antecedentes personales de haber sufrido violencia.

En el nivel familiar o relacional se encuentran las relaciones cercanas que aumentan el riesgo de convertirse en víctima o victimario como por ejemplo, el haber vivido una situación de violencia en la familia, o la influencia de los amigos o familiares para ejercerla o soportarla.

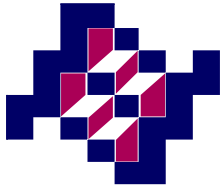
Dentro del nivel comunitario se encuentran la escuela, el lugar de trabajo y el lugar donde se vive y se ha encontrado que los individuos con alta movilidad de residencia, comunidad heterogénea, dispersa, con baja cohesión, o que viven en comunidades con alto grado de peligro como lo son barrios de bajo nivel económico, con alta peligrosidad en cuanto a tráfico de drogas o desempleo elevado son vulnerables a ésta.

Y por último, en el nivel social se encuentran los factores generales como lo son las costumbres o normas culturales que refuerzan el dominio masculino (su hombría) y la desigualdad de la mujer respecto al hombre.¹⁵

Estos niveles causales se pueden presentar en cualquier tipo de violencia. Además, se sabe que existe una estrecha interrelación entre las causas y los diversos tipos de violencia, de ahí la importancia de poderla detectar adecuadamente, ya que a partir de la detección oportuna se puede conocer mejor la prevalencia de ésta.

Impacto en la salud

Cada vez hay más estudios que confirman el efecto negativo que produce en la salud de las mujeres. Las consecuencias de la violencia en la mujer son varias y se extienden desde su vida personal, hasta



su familia y su comunidad. Existen investigaciones que ponen en evidencia la magnitud que tiene la violencia en problemas sucesivos de salud y demuestran que la mujer que la sufre tiene un riesgo mayor de presentar problemas de tabaquismo, alcoholismo y drogadicción, así como de intentos de suicidio, lesiones físicas y problemas en su salud reproductiva.^{6,15,16,17}

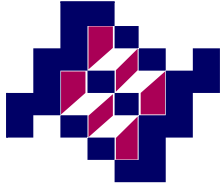
Entre las consecuencias individuales se encuentran:

1. Físicas como las lesiones traumáticas: fracturas, contusiones, heridas por armas, quemaduras, Hipertensión arterial sistémica, cefaleas, gastritis, colitis, fibromialgia, síndrome de colon irritable^{6,18,19}.
2. Las sexuales y/o reproductivas: esterilidad, enfermedad inflamatoria pélvica, disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual (sida), violencia sexual con embarazos no deseados y violación²⁰ como consecuencias primarias y durante el embarazo la mujer maltratada presenta un mayor riesgo de tener productos con bajo peso al nacer, abortos, parto prematuro, muerte y lesiones fetales⁶

Dentro de las consecuencias psicológicas están las agudas como el síndrome de estrés postraumático, trastornos psicossomáticos; y las crónicas como adicciones, problemas de autoestima, depresión y ansiedad crónica, fobias y trastorno del pánico y en algunos casos, el suicidio.^{15,21} En el ámbito social la mujer violentada tiende al aislamiento social. En España se realizó un estudio donde demuestra la elevada asociación de la violencia en la mujer con daños en la salud mental de ellas 6, T Vos et al ¹⁶ encontraron que la ansiedad, la depresión y el suicidio juntos, contribuyen al 73% de la carga total de enfermedades asociadas a violencia de pareja, mientras que perjudica las conductas de salud relacionadas a la violencia como lo son tabaquismo, alcoholismo y adicciones en otro 22% ¹⁶

En México Ramos y cols encontraron una alta asociación entre algunas de las formas de violencia sexual y padecimientos psicológicos como depresión, ideación suicida, y uso de psicofármacos.¹⁷

Repercusión en el ámbito Familiar. Se ha observado que la violencia en la mujer afecta la salud de los hijos. En éstos, se puede presentar riesgo de alteración de su desarrollo tanto físico como mental, sentimientos de amenaza, dificultades en el aprendizaje o mal rendimiento escolar, problemas de



socialización, ansiedad, depresión, comportamientos violentos, enfermedades psicosomáticas, violencia por parte de la madre, violencia transgeneracional, alta tolerancia a situaciones de violencia, lo que lleva nuevamente al círculo vicioso.⁹

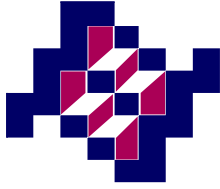
Para el agresor se ha observado que las consecuencias en la salud son pocas pero a nivel psicosocial se presenta incapacidad para vivir una intimidad con su pareja, riesgo de pérdida de esposa e hijos, riesgo de detención y condena, aislamiento y pérdida de reconocimiento social, sentimientos de fracaso, frustración y resentimiento, rechazo familiar y social, dificultad para pedir ayuda psicológica.

Muchas mujeres que han sido víctimas de la violencia en su infancia, comúnmente la presentan en la edad adulta, tal como lo demuestra Rivera y cols¹² en su artículo sobre la revictimización de las mujeres donde se encontró que aquéllas con historia de violencia en la infancia presentan 1.44 veces mayor riesgo de presentarla por su actual pareja cuando ésta ocurrió pocas veces y hasta 3.10 veces de riesgo mayor cuando ésta ocurrió casi siempre. Esto refleja el efecto negativo que tiene en las mujeres que la han vivido desde la infancia, lo que refuerza el concepto de violencia transgeneracional y la importancia de detectarlo para poder así cortar esta cadena que representa un problema muy serio de resolver.

Importancia de la violencia dentro del ámbito de la salud pública

La violencia, vista desde la perspectiva de la salud pública, se considera un problema prioritario y representa un gran reto para las personas que se dedican a esta área.

Una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias, de ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en la prevención y tenga un papel clave que desempeñar; al respecto el Director General de Sanidad de los Estados Unidos fue el primero en exponerlo claramente en un informe del año 1979, titulado Healthy People. El informe planteaba que, en el esfuerzo por mejorar la salud de la nación, no podían pasarse por alto las consecuencias del comportamiento violento, y



convirtió el hecho de enfrentarse a las raíces de la violencia en una prioridad básica para la comunidad sanitaria.

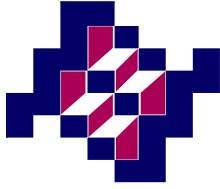
Desde entonces, numerosos médicos e investigadores en salud pública estadounidenses y de todo el mundo se han impuesto la tarea de comprender la violencia y encontrar modos de prevenirla. La cuestión se incorporó a la agenda internacional cuando la Asamblea Mundial de la Salud, en su reunión de 1996 en Ginebra, aprobó una resolución por la que se declaraba a la violencia uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo⁹.

Se percibe como un problema debido a que los actos violentos causan discapacidad, secuelas, un gran número de años de vida potencial perdidos y disminución de la calidad de vida, que según señala Híjar en su artículo en 1994 el indicador de años de vida saludables perdidos (AVISA) fue de 791000 AVISA, debido a homicidios y de éste el 61% fue de muertes prematuras y el 39% de años vividos con discapacidad²²

Recordando la definición de la salud pública escrita por Winslow en 1920 como “la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria, la organización de los servicios médicos y el desarrollo de mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.”²³ Uno de los objetivos ésta es prevenir la violencia para así lograr una adecuada calidad de vida de la población en general.

El enfoque de la violencia desde esta perspectiva se aprecia desde cuatro puntos de vista, como lo señala la OMS en su Informe Mundial de la Salud⁹:

1. Obtención de conocimientos básicos, mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud.
2. Investigación sobre las causas de la violencia. Desde las causas y factores de riesgo, hasta los factores modificables en la aparición de la violencia.



3. Búsqueda de posibles formas de prevenir la violencia.
4. Ejecución de acciones que resulten efectivas, acompañadas de una amplia difusión de información y de evaluación de la eficacia de esos programas.

Los programas y acciones que se han desarrollado y/o se desarrollen en el ámbito de la salud pública en relación a la prevención y atención de la violencia contra las mujeres pueden y deben contribuir a eliminar sus causas, atenuar los factores de riesgo, prevenirlos y mediante un adecuado sistema institucionalizado que cuente con infraestructura suficiente brindar apoyo a esas mujeres tanto médica, legal o psicológica.

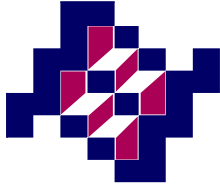
Papel que juegan los servicios de salud

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres maltratadas, ya que la mayoría entra en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida por servicios como planificación familiar, control prenatal, toma de papanicolaus, exploración de mamas, y control del niño sano en sus hijos²⁴.

La importancia que juegan los servicios de salud radica en que es necesario el reconocimiento médico para que se pueda realizar una acción a favor de la víctima.

En el primero y segundo nivel de atención, se han realizado varios estudios con el objetivo de investigar sobre las percepciones y actitudes del médico de primer nivel de atención con respecto a la violencia en la mujer, y ha encontrado lo siguiente: ^{14,10,25,26}

- Se ha encontrado una percepción por los médicos de abordaje meramente biologicista de la atención.
- Hay una sensación de impotencia ante la situación.
- Pérdida de control sobre el tema, se desconoce cómo abordar a una paciente sobre la violencia.

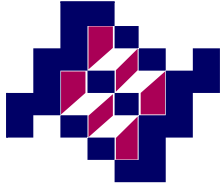


- Hay una sensación de falta de tiempo para atender a la paciente que se presenta con datos de maltrato.
- La falta de formación con respecto a este grave problema, no conocen los procedimientos que se requieren para su atención ni adonde referir a las mujeres.
- El mismo sistema de salud lo obliga a no dar la atención adecuada a este tipo de situaciones.
- Los médicos perciben este problema por debajo de lo que en realidad se presenta. Suggs menciona que sólo 12% de la población médica que encuestó considera que la violencia doméstica es un problema común.
- Subregistro de los casos, ya que pocos sospechan de violencia en las mujeres que acuden a solicitar atención o sólo lo hacen en casos muy obvios llegando a ser hasta de sólo dos casos en tres meses, lo que lleva una identificación de sólo el 1% del total estimado para la prevalencia de mujeres maltratadas.
- Las características propias de la práctica médica limitan su intervención en los casos de violencia hacia las mujeres.

Además la actitud de los profesionales relacionada a la “falta de sensibilidad” hacia el problema, los prejuicios acerca de la mujer, la simplificación diagnóstica (es decir, el no hacerlo para evitarse problemas y “más trabajo”) son algunas de las barreras que dificultan su detección ^{10,15,19,26}.

En un estudio realizado en España por Siendones Castillo donde se pretende dar a conocer el grado de formación sobre la detección de violencia doméstica en un área de urgencias se encontró que un 66% de los encuestados no la considera un diagnóstico, además de que casi la tercer aparte de éstos desconoce el protocolo interno de atención a personas que sufren violencia, el 61% consideró importantes barreras institucionales para su detección y manejo.²⁷

En contraparte, la mujer que sufre violencia, acude pocas veces a solicitar ayuda específicamente de los servicios de salud, ya que como lo comenta Agoff²⁸, entre las razones por las que casi no acuden se encuentran vergüenza o desconfianza, indiferencia por parte del personal médico, lo que dificulta



que la institución sea percibida como una red de apoyo para estas mujeres. Todo lo anterior conlleva grandes obstáculos para la detección y tratamiento adecuados.

Por otro lado, algunos autores, con el afán de mejorar la atención en los servicios de salud, dividen el manejo que se debe tener en atención primaria en:¹⁸

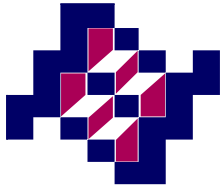
1. Prevención Primaria. Identificar personas en riesgo. Fernández Alonso¹⁵ presenta una *Normas de entrevista y el Algoritmo de actuación ante la violencia doméstica*, para facilitar su realización ante la existencia de factores de riesgo presentes en la mujer que acude a consulta, (ver más adelante).
2. Prevención secundaria. Detectar personas que sufren violencia, preguntar escrutinamente y con preguntas dirigidas acerca de violencia.
3. Prevención terciaria. Valorar el riesgo que tiene la paciente de consecuencias ya mencionadas en las esferas psicológica, física y social. Saber remitir a las pacientes que sufren violencia a las instituciones indicadas.

En otro estudio realizado por Hajar y cols, se encontró que pacientes que acuden al servicio de urgencias de hospitales presentan un elevado porcentaje de lesiones provocadas dentro del seno familiar lo que refuerza la necesidad de contar con médicos y en general personal de salud capacitado para detectar y atender estos problemas.²⁹

Los siguientes puntos explican la prioridad que este tema tiene en la Salud Pública y en el ámbito de la medicina en general:

1. Produce consecuencias negativas para la salud de la mujer.
2. Tiene un impacto negativo en temas de salud de la mujer: planificación familiar, atención prenatal, prevención de enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH.
3. Los trabajadores de salud son el principal o único contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información.⁴

Según lo anteriormente señalado, es imprescindible reconocer que las instituciones de salud son un punto importante en la detección y prevención tanto de la violencia como de sus consecuencias y



daños a la salud y al respecto Fernández Alonso da una serie de recomendaciones básicas para los profesionales de la salud en el momento de atender éstos casos¹⁵:

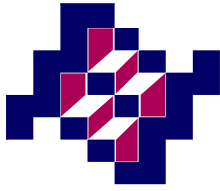
1. Estar alerta ante la posibilidad de maltrato
2. Identificar personas en riesgo
3. Identificar situaciones de riesgo y de mayor vulnerabilidad
4. Estar alerta ante demandas que puedan ser una petición de ayuda no expresa
5. Una vez diagnosticado el maltrato poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, con los hijos y con el agresor.
6. Coordinar la actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el pediatra, si fuera preciso informar sobre la red social disponible.
7. Realizar el informe médico legal si procede
8. Registrar los hechos en la historia clínica y expediente.

Además hace las siguientes recomendaciones para la administración sanitaria:

1. Facilitar a los profesionales actividades de formación para mejorar el abordaje profesional de la violencia doméstica
2. Garantizar las condiciones estructurales y organizativas (tiempo, número de pacientes) que faciliten el abordaje del problema a través de la entrevista
3. Incluir en los currículos de pregrado y en los programas de postgrado de los profesionales sanitarios la enseñanza de la violencia doméstica como problema de salud.

Impacto en la salud en México

En México el maltrato en la mujer, representa un serio problema no sólo de salud sino también social y económico, aún se acepta culturalmente como una forma de vida, incluso para las mujeres que la viven, lo que hace que ésta no se denuncie llevando a un subregistro en los casos de violencia^{30,29}. Agoff²⁸ encontró que las percepciones de las mujeres, son además de un intento de justificar la conducta del hombre como parte de “su frustración sin intento de dañarla”, un castigo merecido por no cumplir con sus tareas que, por su género, le corresponden.



En la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM) ¹³ se encontró que las mujeres usuarias de los servicios de salud que han sufrido maltrato no lo identifican plenamente y cuando se les preguntó directamente sobre si habían sufrido violencia por su pareja sólo 7.8% contestó afirmativamente, en cambio cuando se les interrogó indirectamente la prevalencia aumentó a 21.5%. Estos resultados nos podrían explicar parcialmente porqué a pesar de que en México se han implementado en los últimos años campañas en contra de la violencia de género, aún el impacto en la población ha sido menor al esperado.

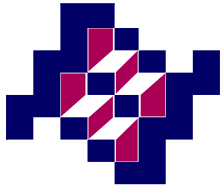
Acciones implementadas con respecto a la violencia

En junio de 1992 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que vigila la ejecución de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979, incluyó formalmente la violencia de género como discriminación por razón de género.³¹

En la declaración final del II Congreso Mundial por los Derechos Humanos, celebrado en Viena en 1993, y gracias a la actuación de las delegadas participantes, se reconoció la violencia contra las mujeres en la esfera privada como una violación de los derechos humanos y se declaró que los derechos de las mujeres son “parte inseparable, integral e inalienable de los derechos humanos universales”.³²

En México el tema es relativamente nuevo, sin embargo se encuentran en la actualidad instituciones diseñadas para atender a la mujer víctima de violencia, como lo es el Instituto de las Mujeres, además se han desarrollado cambios en los códigos penales de México.^{33,34}

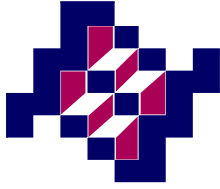
En la década de los 70's, después de movimientos feministas en México se generaron grupos especializados en ayuda a mujeres que viven violencia, en 1974 surge el Movimiento Nacional de Mujeres (MNM) formado en la Ciudad de México y cuyo propósito era la lucha contra la violación a agresión hacia las mujeres.



En 1983 se crea en el estado de Colima el primer Centro de Apoyo a la Mujer, así el apoyo hacia la mujer se empieza a institucionalizar y en 1988 se fundó el primer Centro de Orientación y Apoyo a Personas Violadas (COAPEVI); y en 1989 se inauguró la primera Agencia Especializada en Delitos Sexuales en delegación capitalina Miguel Hidalgo. El COAPEVI sobrevivió solamente dos años y desapareció en septiembre de 1990, lo que provocó una lucha más ardua, y se logró impulsar la creación de nuevo centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (AVISE).

En México existen diversas organizaciones públicas y privadas que tienen como objetivo brindar apoyo a mujeres violentadas y a sus familias, así como ayudar al violentador, por mencionar solo algunos; la institución *Adictos Anónimos a las Relaciones (AAR)* ofrece desde 1988 albergue a mujeres víctimas de violencia. Hasta 1997 la institución contaba con cuatro casas ubicadas en Xola, e Iztapalapa en el Distrito Federal, Cuautitlán en el Estado de México y Veracruz. En 1994 se creó el *Centro de Atención a la Mujer (CAM)* en Tlalnepantla, Estado de México, el que cuenta con un pequeño albergue. A mediados de 1997, se abrió el *primer refugio* en el Distrito Federal coordinado por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo del Departamento del Distrito Federal. Una acción significativa en la lucha por la erradicación de la violencia familiar fue la creación en 1999 del *Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI)* por la Secretaría de Gobernación. Para hacerlo, se tomó en consideración las experiencias y los conocimientos de este tipo de violencia en México de organismos de mujeres, universidades e instituciones de investigación e instancias gubernamentales. Actualmente existen más Asociaciones dedicadas a la lucha contra la violencia intrafamiliar, en las que se le brinda apoyo psicológico, legal y médico a las mujeres.

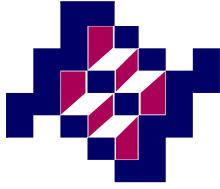
Sin embargo, y a pesar del avance que ha existido en los últimos años en la detección y atención de la violencia contra la mujer y por la equidad de género y el desarrollo del Programa de Salud de la Mujer, aún las instituciones de salud probablemente no estén preparadas para la atención médica de la violencia en la mujer y para atender situaciones relacionadas con ésta debido al desconocimiento por los proveedores de salud.



Desde 1995 se iniciaron investigaciones en México sobre la violencia; y así en ese año la Dra. Florinda Riquer hizo un primer diagnóstico de situación sobre percepciones de prestatarios de servicios en las áreas de Salud, procuración de Justicia y medios. También ese mismo año la Dra. Soledad González realizó una investigación sobre violencia doméstica y sus repercusiones para la salud reproductiva en la zona de Cuetzalán, Puebla y en 1998 realizó un estudio sobre las percepciones de los prestatarios de servicios en el sector educación y policial en 1998, en 1992 se crea el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) y el primer refugio en el Distrito Federal, coordinado por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

En cuanto al sector salud, se ha tratado de crear centros de apoyo médico-legal y se ha solicitado apoyo de instituciones como el Hospital Dr. Gea González o el Hospital de la Mujer o el Instituto Nacional de Perinatología donde se han hecho convenios con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, sin embargo éstos convenios se enfocan principalmente a problemas de violencia física y sexual, quedando aparte los otros tipos de violencia, lo que limita la atención de la violencia a la mujer, además que éstos convenios no se han extendido a todas las instituciones de salud.

Debido al incremento de la violencia en México, en 1999, el entonces Secretario de Salud, Dr. Juan Ramón de la Fuente, originó una iniciativa para trabajar sobre una norma de violencia intrafamiliar. Este documento se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 20 de Octubre de 1999,³⁵ la cual entró en vigor el 07 de Marzo del 2000, *Norma Oficial Mexicana No. 190-SSA1-1999 "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de Violencia Familiar"*, en su creación participaron instituciones gubernamentales y no gubernamentales así como organismos internacionales como la OPS, la UNICEF y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. El 16 de abril del 2009 se publica en el Diario Oficial de la Federación la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, *Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.*



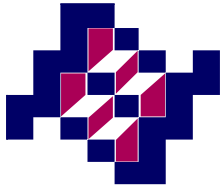
Está dirigida a todas las Instituciones del sector salud en el país y a la comunidad médica haciendo hincapié en que es necesario identificar grupos de riesgo para la violencia en base a los indicadores de maltrato, dar consejería y detectar casos probables de violencia y rige la actuación del médico frente a los casos de violencia intrafamiliar.

Señala como criterios específicos:

1. La promoción de salud y prevención. Involucra educación para la salud, participación social y comunicación educativa
2. La detección y diagnóstico. Menciona la importancia de un adecuado interrogatorio, exploración física y registro en la historia clínica del expediente médico.
3. El tratamiento y la rehabilitación. Sostiene la necesidad de dar un adecuado tratamiento a la paciente y a su familia, considerando un plan terapéutico en conjunto, con seguimiento periódico, referir a la mujer a los servicios especializados como salud mental o psicología, de acuerdo a la decisión acertada del médico.
4. Hace una clara referencia sobre la manera en que se debe dar aviso al Ministerio Público.
5. Sensibilización, capacitación y actualización. Hace conciencia de la necesidad que tiene el personal médico de estar capacitándose constantemente en esta área y la necesidad de sensibilizarlos para realizar tamizajes de rutina.

En su numeral 5.1 Obliga a las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que presten servicios de salud a otorgar a las personas involucradas en situación de violencia familiar o sexual, las cuales pueden ser identificadas desde el punto de vista médico, como la o el usuario afectado; al agresor, y a quienes resulten afectados en este tipo de situaciones

El primero de febrero del 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación *la Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*, la cual tiene como objetivo como se señala en su artículo 1: “establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su

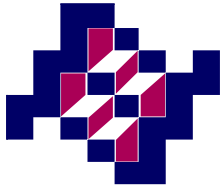


desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Las disposiciones de esta ley son de orden público, interés social y de observancia general en la República Mexicana.”

En su artículo 40 establece como obligatoriedad “Garantizar la investigación y la elaboración de diagnósticos estadísticos sobre las causas, la frecuencia y las consecuencias de la violencia contra las mujeres, con el fin de evaluar la eficacia de las medidas desarrolladas para prevenir, atender, sancionar y erradicar todo tipo de violencia”

También señala en su artículo 46, capítulo III “De La Distribución De Competencias En Materia De Prevención, Atención, Sanción Y Erradicación De La Violencia Contra Las Mujeres” lo siguiente: “Corresponde a la Secretaría de Salud:

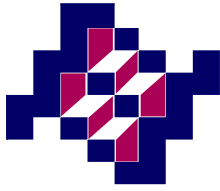
- I.** En el marco de la política de salud integral de las mujeres, diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia en su contra;
- II.** Brindar por medio de las instituciones del sector salud de manera integral e interdisciplinaria atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas;
- III.** Crear programas de capacitación para el personal del sector salud, respecto de la violencia contra las mujeres y se garanticen la atención a las víctimas y la aplicación de la NOM 190-SSA1-1999: Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar;
- VI.** Difundir en las instituciones del sector salud, material referente a la prevención y atención de la violencia contra las mujeres;
- VII.** Canalizar a las víctimas a las instituciones que prestan atención y protección a las mujeres;
- VIII.** Mejorar la calidad de la atención, que se preste a las mujeres víctimas;
- IX.** Participar activamente, en la ejecución del Programa, en el diseño de nuevos modelos de prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres, en colaboración con las demás autoridades encargadas de la aplicación de la presente ley;



- X.** Asegurar que en la prestación de los servicios del sector salud sean respetados los derechos humanos de las mujeres;
- XI.** Capacitar al personal del sector salud, con la finalidad de que detecten la violencia contra las mujeres;
- XII.** Apoyar a las autoridades encargadas de efectuar investigaciones en materia de violencia contra las mujeres, proporcionando la siguiente información:
- a)** La relativa al número de víctimas que se atiendan en los centros y servicios hospitalarios;
 - b)** La referente a las situaciones de violencia que sufren las mujeres;
 - c)** El tipo de violencia por la cual se atendió a la víctima;
 - d)** Los efectos causados por la violencia en las mujeres, y
 - e)** Los recursos erogados en la atención de las víctimas.

También, se diseñó en México el *Modelo Integrado para la prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual* y en el año 2006 se publicó el Manual Operativo³⁶, éste señala que la atención a la mujer víctima de violencia tiene dos objetivos primordiales:

1. Intervención coordinada. Señala la necesidad de trabajar conjuntamente con otras instituciones: *“ninguna institución por sí misma puede resolver el problema de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, es indispensable la participación decidida y coordinada de los diversos sectores, instituciones y de la sociedad civil”*.
2. El sector salud es un espacio de Oportunidad único: *“las familias acudirán cuando menos una vez en su vida a centros de salud, clínicas, hospitales, mientras que difícilmente lo harán al sector justicia. La detección oportuna representa una oportunidad fundamental, ya que posibilita acciones preventivas...”*



Este modelo señala cuatro áreas de intervención:³⁶

Prevención.- Políticas y acciones diseñadas a evitar actos de violencia. Cosiste en la promoción de una cultura de no-violencia con resolución pacífica de los conflictos y cambio de mentalidades, creencias, estereotipos y actitudes.

Detección.- Procedimientos que permiten identificar a las familias que viven en situaciones de violencia, con el fin de brindarles asesoría, atención y/o canalizarlas a las instituciones adecuadas.

Atención.- El sector salud tiene la responsabilidad de brindar atención y asesoría a las mujeres con maltrato. Sus componentes son: identificación de la situación de violencia, consejería especializada, evaluación del riesgo y plan de seguridad e información legal, atención médica esencial y especializada y referencia, contrarreferencia y seguimiento.

Rehabilitación.- Es el conjunto de actividades encaminadas a proporcionar los servicios y apoyos a las mujeres que acuden solicitando apoyo. Para el sector salud la rehabilitación se limita al proceso de referencia y contrarreferencia, así como al seguimiento.

Hace una mención detallada sobre las obligaciones legales que tiene el personal de salud para brindar atención esencial y/o especializada (Fig.1)

Señala como prioridades de la atención:

- * Determinar el estado de salud de la usuaria de los servicios
- * Identificar y documentar el o los tipos de violencia que se han ejercido sobre ella.
- * Integrar el expediente clínico e historia médica y sexual necesaria
- * Obtener consentimiento informado de la usuaria para su atención
- * Efectuar el examen físico y la obtención, en su caso, de evidencias de interés médico legal.
- * Implementar las acciones contempladas en el protocolo de atención esencial o especializada, según sea el caso.
- * Integrar con el apoyo de las áreas de trabajo social y/o salud mental la evaluación del riesgo, el plan de seguridad y el plan de referencia y seguimiento que corresponda.
- * Verificar que la atención y soporte a su salud se inicien a la brevedad posible.

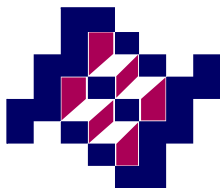
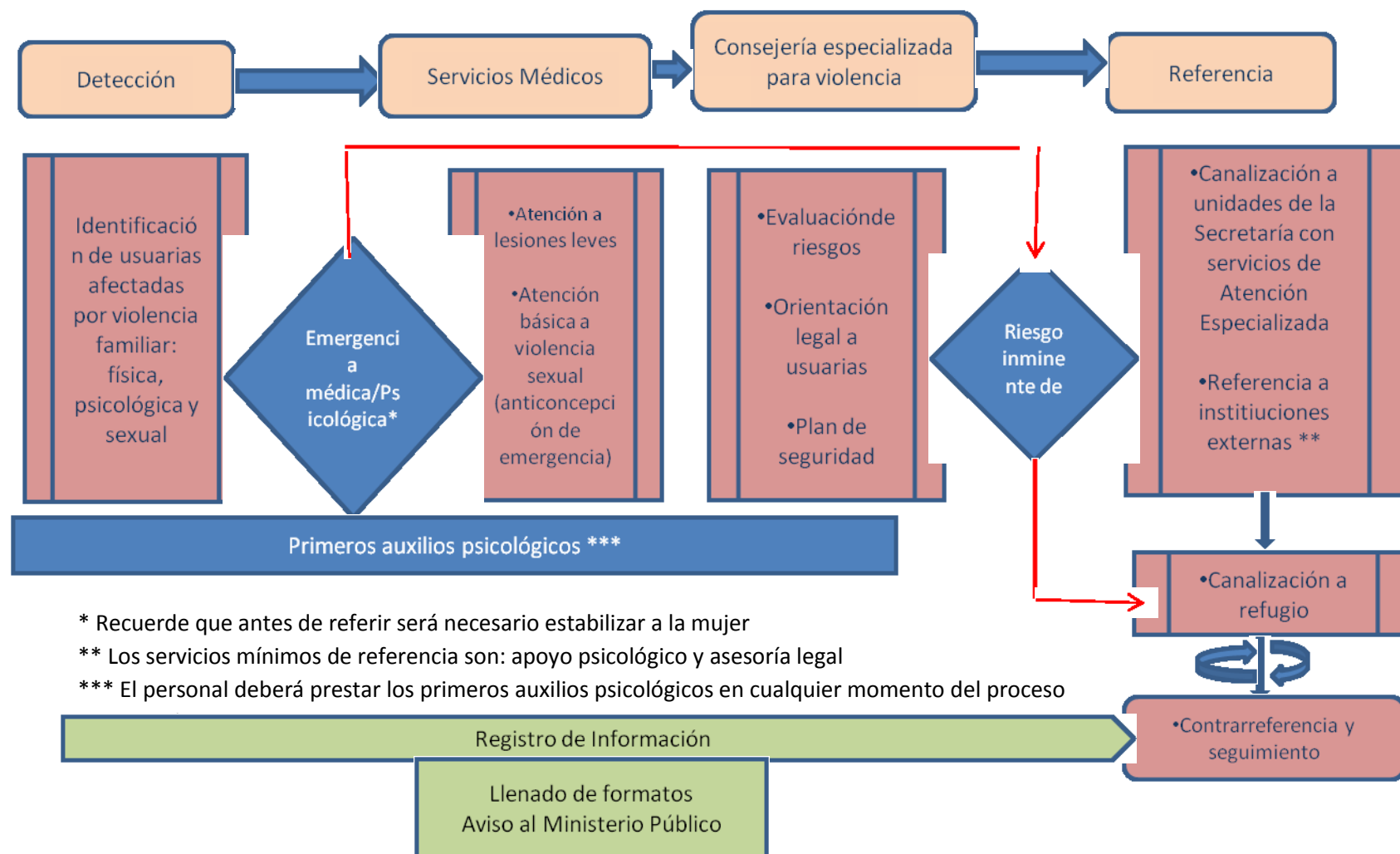
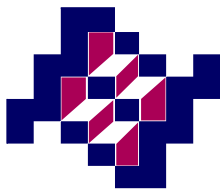
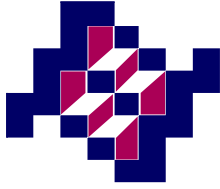


Fig. 1. Diagrama de Atención Esencial.





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
SEDE TLALPAN



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

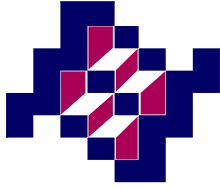
La violencia contra la mujer tiene repercusiones en el ámbito de la Salud Pública y las acciones de promoción a la salud aun cuando son suficientes tienen poco impacto debido, probablemente, a la escasa formación y sensibilización de los proveedores de salud.

Es un problema prevenible lo que hace que sea un programa importante dentro de la Salud Pública y que justifica su estudio debido a las consecuencias ya comentadas en párrafos anteriores, como lo es la morbilidad en la mujer y la pérdida de años productivos perdidos en este grupo.

La OMS la ha declarado una prioridad que exige conocimiento exhaustivo de su magnitud⁹ y de sus causas e implicaciones, para poder así, posteriormente, plantear políticas o estrategias de salud con el fin de sensibilizar a la población general y al personal dedicado a la salud. Entre las recomendaciones de la OMS, está la de crear, aplicar y supervisar un plan de acción nacional para prevenir la violencia con presupuestos para todos los niveles de atención³⁷.

A partir de este enfoque es necesario conocer cuál es el grado de conocimiento que tiene el personal médico sobre violencia, esto es, los conceptos básicos, la situación actual epidemiológica de la violencia, conocimientos sobre el diagnóstico, el tratamiento y las referencias adecuadas en caso de detectar un caso de violencia con algún paciente así como su percepción y actitud este tema.

Por otro lado, como ya se mencionó, la Ley mexicana en su marco regulatorio, obliga a las instituciones, a sus centros de salud y al personal que en ella laboran a brindar una atención preventiva, curativa y de rehabilitación a mujeres víctimas de violencia, así como a realizar investigación referente a sus causas, prevención y frecuencia de la violencia en México.



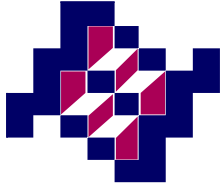
JUSTIFICACION

Hay que promover las investigaciones en nuestro país para avanzar en el conocimiento de las causas de la violencia contra la mujer, su impacto en la salud y cómo prevenirla. Dentro de este marco las elevadas prevalencias ya mencionadas en México y en el mundo y los graves daños que provocan en la salud pública del país hacen necesario su detección de manera rutinaria en los servicios de salud, sean gubernamentales o privados, ya que al no hacerlo puede elevarse no sólo el número de lesiones y enfermedades crónicas que son atendidas en los servicios de salud, sino que también se incrementan los costos de atención.

Como lo demostraron Olaiz et al¹³ y Ramos et al¹⁷ los servicios de salud constituyen un espacio donde convergen tanto personal médico como usuarias que están viviendo violencia familiar, convirtiendo a este en un área de oportunidad para detectar y tratar oportunamente casos de violencia.

Se han encontrado en varios estudios, beneficios objetivos en la detección oportuna de la violencia en contra de las mujeres por el personal de salud como lo son: detección mayor de la violencia doméstica, cambios en la percepción de la violencia en las usuarias, hacer más fácil el acceso temprano de la mujer violentada a los servicios de salud, hay cambios en la percepción y los conocimientos del personal de salud con respecto a la violencia lo que lo sensibiliza a su detección y mejora en la calidad de la atención.²⁴

Todo lo anterior hace indispensable conocer la magnitud del problema en México y así implementar programas eficaces que mejoren la calidad de la atención en las unidades de salud de las mujeres que sufren violencia en México y que acuden a atención a los mismos.



OBJETIVOS

General

Conocer la opinión y conocimiento de los proveedores de salud respecto a la identificación de los casos de violencia contra la mujer y a la atención de los mismos.

Específicos

- Conocer las características profesionales del personal de salud que atiende casos de violencia
- Evaluar los conocimientos que tiene el personal médico con respecto a la Norma que rige la violencia familiar (NOM-190-SSA1-1990)
- Conocer antecedentes de violencia en el personal de salud que pueda limitar su adecuada actitud hacia la violencia.
- Conocer los factores que obstaculizan la utilización de los servicios de atención a violencia contra la mujer.

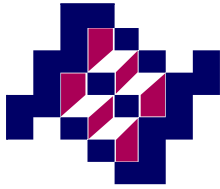
MARCO CONCEPTUAL

DEFINICION DE VARIABLES OPERACIONALES.

1. ACTITUD ³⁸

Es un estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona.

Tiene tres componentes: cognitivo (ideas o información que tiene un individuo respecto al objeto de actitud), afectivo (sentimiento de simpatía o antipatía respecto al objeto de actitud) y conductual



(Comportamiento del individuo respecto al objeto de actitud). En el presente estudio sólo se valorará el componente cognitivo y conductual que tienen los proveedores de salud con respecto a la violencia.

2. VIOLENCIA

Para el presente estudio se tomará la referencia citada por la Organización Mundial de la Salud en su informe Mundial sobre la violencia y la salud que define a la violencia como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” 9.

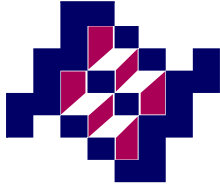
La *Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*, en su reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de enero del 2009, define a la Violencia en su modalidad familiar, en su artículo 7, como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo Agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho. ³⁴

3. CONOCIMIENTOS DE LA Norma Oficial Mexicana No. 190-SSA1-1999 “Prestación de Servicios de Salud Criterios para la atención médica de la violencia familiar”. ³⁵

Se ha definido el término y el marco conceptual de dicha norma, se pretende valorar los conocimientos que el personal médico tiene con respecto a esta norma mediante preguntas de opción múltiple.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio transversal, descriptivo y cualicuantitativo



METODOLOGÍA

Universo del estudio

El Programa de Salud de la Mujer de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública realizaron una encuesta cualitativa con representatividad nacional de la violencia intrafamiliar contra la mujer en México.

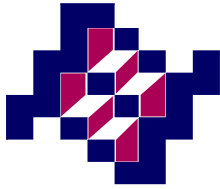
La encuesta la realizó en Instituto de Salud Pública y se llevó a cabo en tres etapas, la primera en relación a las mujeres indígenas con violencia en México, el segundo la violencia en contra la mujer en México y la tercera, de la cual parte el presente estudio, la opinión del personal médico en la violencia contra la mujer.

Se incluyeron 31 estados de la República Mexicana, con excepción del estado de Oaxaca debido a problemas políticos del estado. De éstos participaron unidades médicas de primero y segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud (SSA), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), teniendo como referencia la Primera Encuesta de Violencia contra la mujer del 2003 (ENVIM I).^{39, 40}

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) solicitó el apoyo de la Secretaría de Salud de cada Estado, y a su vez de los representantes de cada Institución (IMSS e ISSSTE) para la realización de la Encuesta, las cuales fueron realizadas por entrevistadoras mujeres que habían sido previamente capacitadas por dos semanas para resolver dudas que llegarán a tener los proveedores de salud con respecto al cuestionario.

Tamaño de Muestra

La ENVIM escogió clínicas de primer y segundo nivel de atención de las instituciones públicas de salud (IMSS, ISSSTE y SSA) que conformarán los estratos de la encuesta. La muestra entre estos estratos se asignó de manera proporcional al número de usuarios de la institución en el estado según los hallazgos de



la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Por razones de tipo operativo y de costos, el número de unidades médicas a visitar por estado se fijó en doce, que incluyeran áreas rurales y urbanas.

Este estudio se basó en una muestra probabilística en dos etapas. En la primera se seleccionaron unidades médicas con probabilidad proporcional al número de consultorios de la unidad de entre un listado de las unidades médicas, para cada una de las instituciones participantes. La segunda etapa consistió en la participación de los proveedores de salud en la encuesta.

La selección de la muestra de los proveedores de salud fue probabilística y representativa, para realizarlo de esta manera el INSP decidió que en las unidades médicas con menos de 5 proveedores de salud fueran censados todos, y en unidades médicas que contaban con más de cinco proveedores en su plantilla se calculó la muestra de manera sistemática con arranque aleatorio sin sustitución, se tomó el 25% del total de los proveedores existente en cada unidad médica, esto con el fin de mantener la representatividad de la muestra y por razones presupuestales.

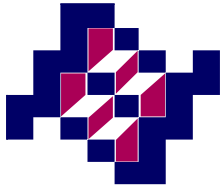
El tamaño de muestra se calculó con base en la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Se calculó con un intervalo de confianza del 95%; Z_{α} de 1.96, una precisión de ± 2 , y una prevalencia de desconocimiento de la norma por el personal médico del 30%; y con base en una tasa de no respuesta del 20%, la muestra por fórmula fue de 2521 participantes, pero el total de participantes fue de 2234.

Instrumentos para la captura de la información

El INSP diseñó la ENVIM II que, con previa autorización de las instituciones y del personal directivo de cada unidad médica, las entrevistadoras realizaron al personal médico que en ese momento se encontraba disponible o con previa cita, informándole que era una entrevista en relación a la violencia contra la mujer y explicándoles el objetivo de ésta y de los aspectos éticos, firmando el consentimiento informado.



La sección de opinión del personal médico de la ENVIM II (anexo 1) consta de dos apartados, el primer apartado es para la identificación del entrevistado, y el segundo apartado interroga sobre los conocimientos de violencia, se realizan preguntas en relación a los cursos previos que ha tenido sobre violencia, acerca de su conocimiento y aplicación de la Norma 190, del protocolo de actuación en caso de recibir a una paciente víctima de violencia y percepciones de la actuación del instituto con respecto a la violencia.

La entrevista tuvo una duración de 30 a 45 minutos, la realización de la encuesta duró en total dos semanas. Se realizó de lunes a viernes y en promedio se entrevistaba diez médicos por entrevistadora por día.

Consideraciones éticas

El trabajo de investigación propuesto tiene como parte de la metodología el desarrollo de una encuesta en la que se interrogó sobre la búsqueda de las diversas formas de maltrato, para ello una de las cuestiones éticas más importantes dentro de un estudio de investigación es la realización del **consentimiento informado** previa información completa, veraz y fidedigna al participante sobre el estudio que se llevará a cabo, tratando de informar con un lenguaje claro y comprensible. Se apeg a lo que dicta la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial⁴¹ (WMA Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects) así como en el Reglamento de Investigación de la ley general de salud de México.⁴²

Criterios de selección

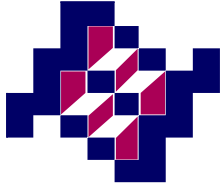
Criterios de inclusión:

- Personal médico que labore en el área de consulta externa y/o de Urgencias de las Unidades Médicas seleccionadas para realizar la encuesta
- Que deseen participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Personal de salud no médico: trabajadoras sociales, enfermeras y psicólogas

Criterios de eliminación



- Que la encuesta esté contestada parcialmente
- Que no acepten firmar el consentimiento informado

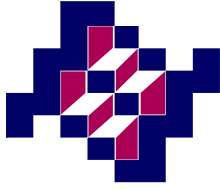
Procedimientos de la captación de los datos

La entrevista se realizó utilizando una computadora personal, donde en el mismo momento en que se contesta, se va almacenando los datos en el programa de la computadora, terminada la encuesta la información recabada se respalda y se envía la base de datos al Instituto Nacional de Salud Pública, donde es procesada y analizada.

Recursos

- * **Humanos.** Se capacitó a personal femenino. La capacitación tuvo una duración de dos semanas, se reclutaron aproximadamente 100 mujeres para el levantamiento de la encuesta. El equipo estuvo conformado por un coordinador, supervisor, encuestadoras y chofer.
- * **Materiales.** Fueron proporcionados por el Instituto Nacional de Salud Pública, dentro de lo que se incluyen computadora personal portátil para la realización de las entrevistas, hojas blancas, hojas de reportes, lápices, hojas de consentimiento informado y camioneta para el traslado del equipo.
- * **Financieros.** Los recursos financieros fueron proveídos por el Instituto Nacional de Salud Pública por el tiempo que duró la encuesta.

El análisis del estudio fue univariado y bivariado se realizó mediante el programa SPSS en su versión 13. Se realizó análisis en primer lugar univariado para variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias relativas y acumuladas y las variables cuantitativas por tendencia central que incluye media, desviación estándar y rango. También se realizó análisis bi y multivariado con asociaciones de dos variables o más.



PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Para el análisis del estudio que se relacionó los conocimientos de los proveedores de salud, se utilizó la tercera parte que corresponde a la opinión del personal médico y de éste se excluyeron las preguntas 46, 47, 48, 49 y 50, ya que se relacionan al tema de aborto, mismo que para este estudio no fue necesario evaluar

Se realizó un análisis por cada variable y la asociación entre determinadas variables con respecto a su actuación y actitud en situaciones de atención a mujeres víctimas de la violencia.

El conocimiento de la NOM 190 se evaluó mediante preguntas dirigidas al personal de salud, con el objeto de valorar sus conocimientos sobre la Violencia familiar y de pareja. Las preguntas fueron en total 8 que son las siguientes:

Preg 15: ¿Cuál es el porcentaje de mujeres mexicanas que sufren violencia por parte de su pareja?

Preg 16 ¿El maltrato a mujeres por parte de su pareja ocurre en familias de nivel socioeconómico?

Preg. 17 Actividades obligatorias para los prestadores de servicio, de acuerdo a la NOM 190 en el caso de una mujer adulta maltratada

Preg 18 La obligación de dar aviso al Ministerio Público de los casos de violencia es responsabilidad de.....

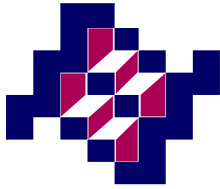
Preg 19 la NOM 190 es de aplicación obligatoria para.....

Preg 20 Según lo previsto en la NOM 190 en cuales de los siguientes casos se aplica.....

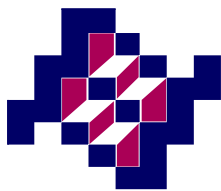
Preg 27 Acciones que tomo para la atención del caso de violencia

Preg 30 A que institución se puede referir a las personas que viven en situación de violencia

A cada pregunta se le asignó un valor, para así poder tabular una calificación final de 100. Así la pregunta 15 valió 4 puntos, la pregunta 16 5 puntos, las preguntas 17, 18 y 19 valieron 20 puntos cada una, la pregunta 20 tenía 5 subpreguntas cada una valió 5 puntos con un total de 25 puntos, la pregunta 27 valió 5 puntos y a la pregunta 30 se le asignó 1 punto.



Al evaluar a los proveedores de salud con base en esta descripción, la calificación tuvo los siguientes valores: igual ó < 59 puntos= reprobado, 60 a 79 puntos= suficiente, de 80 a 89 puntos Bien, > o igual de 90 puntos= Muy Bien.



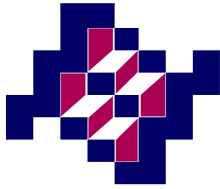
ANALISIS

Identificación geográfica

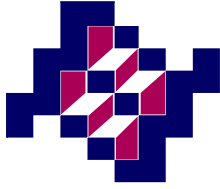
En la Tabla 1 se muestran las entidades que tuvieron mayor participación de los médicos, en relación también al esquema de muestreo fueron, en primer lugar Sonora con 131 médicos encuestados, en segundo lugar Chihuahua con 114 médicos y en tercer lugar Jalisco con 106 médicos que participaron. La encuesta se llevó a cabo principalmente en área urbanas con 88.2%.

Tabla 1.
Participación de los médicos por estado
Encuesta Nacional de Violencia hacia Mujeres II (ENVIM II)
2006

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Aguascalientes	86	3.8
Baja California	80	3.6
BC Sur	101	4.5
Campeche	72	3.2
Coahuila	64	2.9
Colima	54	2.4
Chiapas	63	2.8
Chihuahua	114	5.1
DF	67	3.0
Durango	90	4.0
Guanajuato	55	2.5
Guerrero	29	1.3
Hidalgo	36	1.6



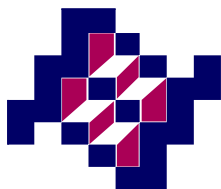
Jalisco	106	4.7
México	64	2.9
Michoacán	59	2.6
Morelos	58	2.6
Nayarit	86	3.8
Nvo León	79	3.5
Puebla	59	2.6
Querétaro	70	3.1
Q. Roo	81	3.6
SLP	67	3.0
Sinaloa	92	4.1
Sonora	131	5.9
Tabasco	37	1.7
Tamaulipas	90	4.0
Tlaxcala	54	2.4
Veracruz	47	2.1
Yucatán	86	3.8
Zacatecas	57	2.6
Total	2234	100.0



Del total de 2234 médicos que participaron en la encuesta, éstos se dividieron según la institución en: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue el que tuvo una mayor proporción de participantes con 1254 (56.1%) médicos encuestados, la Secretaría de Salud (SSA) tuvo una participación de 29.4% (657 médicos) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) tuvo una participación de 14.5% (323 médicos).

Gráfica 1.
Personal médico según tipo de Institución
ENVIM II
2006

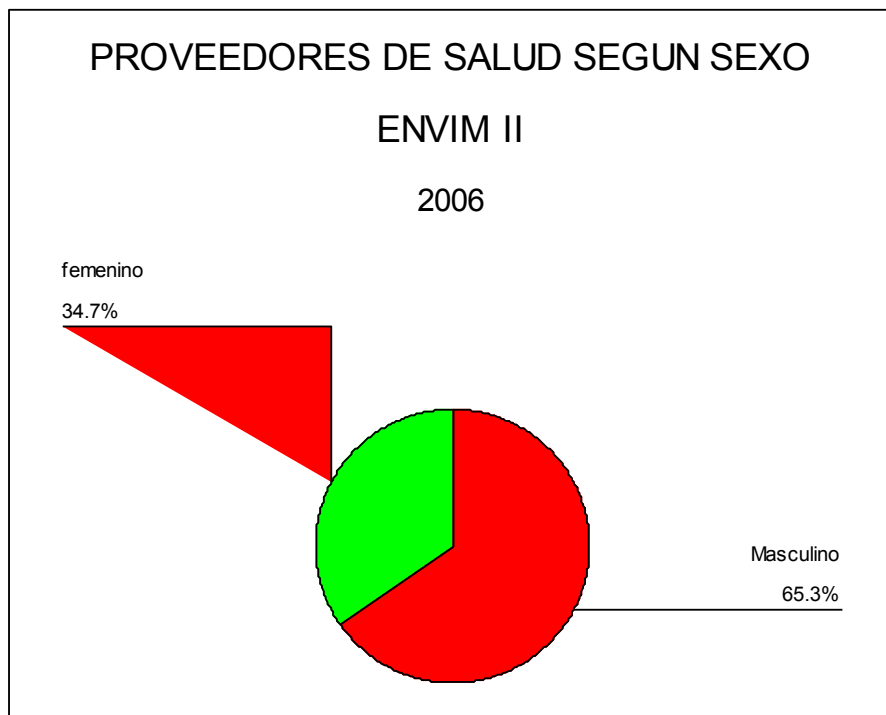


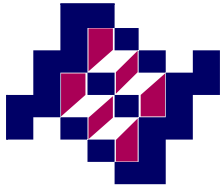


Identificación del personal de salud

Los proveedores de salud encuestados fueron en su mayoría del sexo masculino con 65.3% (1459), en comparación con el sexo femenino 775 (34.7%) (Gráfica 2)

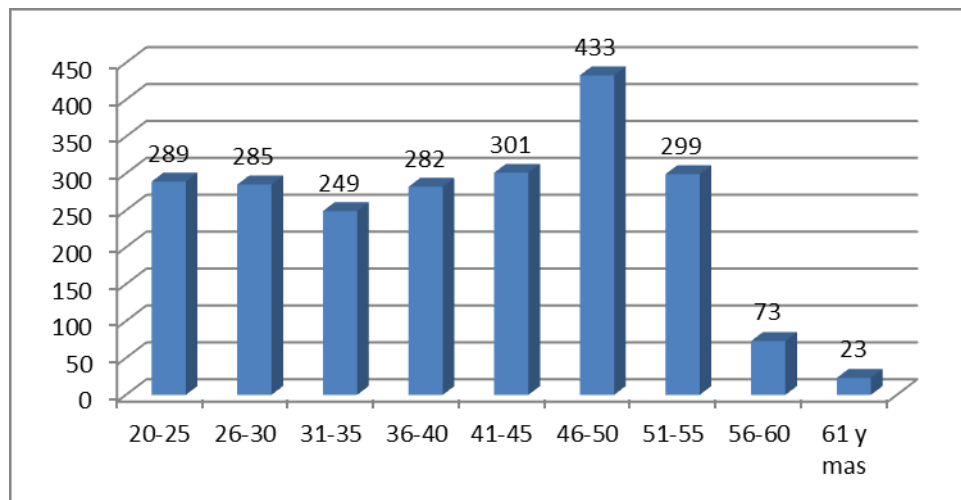
Gráfica 2.
Personal de salud encuestado según sexo
ENVIM II
2006

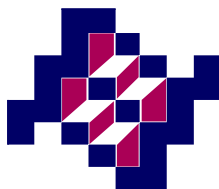




En cuanto a la edad de los médicos el grupo de edad que más participó fue el rango de 46 a 50 años (19.3%), seguido del grupo de edad de 41-45 años con 13.4% de participación y en tercer lugar el grupo de 51 a 55 años con 13.3% de participación. En total se encontró una media de 43 años de edad.

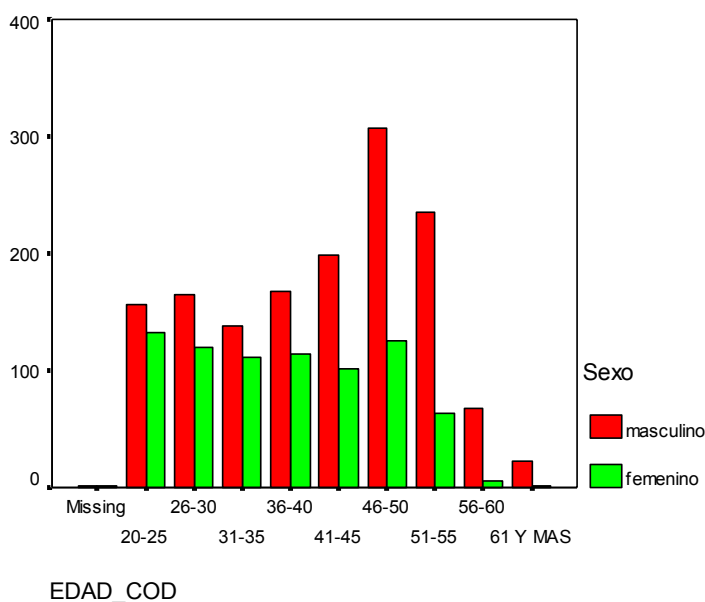
Gráfica 3.
Personal de salud encuestado según edad
ENVIM II
2006





Como se aprecia en la gráfica 4, conforme aumentó la edad de los médicos hubo mayor participación del sexo masculino que del femenino.

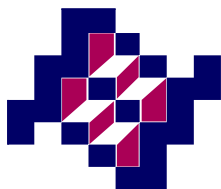
Gráfica 4.
Personal de salud encuestado por edad y sexo
ENVIM II
2006



El 65% de los médicos encuestado fue de estado civil casado, seguido del soltero con 27%.

La mayoría de los médicos encuestados fueron médicos generales (38.2%), seguidos de los médicos familiares (20%) y médicos con otra especialidad (19%), médicos con maestría (4%), médicos con doctorado (.8%) con un nivel máximo de estudios en su mayoría de especialidad con un 39.3%, en segundo lugar son médicos con licenciatura (38.2%) y en un 14.6% son médicos estudiantes o pasantes.

73.9% fueron médicos encargados al área de la consulta externa y un 26.1% al área de urgencias.



Características Institucionales y práctica clínica

a). Capacitación. Se le preguntó al personal si en la institución donde laboran los han convocado a un curso sobre violencia familiar, violencia doméstica y violencia contra las mujeres, dos terceras partes (67%) de los médicos contestó que no y sólo 33% contestó afirmativamente.

Según la encuesta, los médicos que en su mayoría han sido convocados a tomar un curso de violencia fueron los de la SSA con 45%. con una diferencia estadísticamente significativa (χ^2 60.1 p 0.05) respecto al IMSS e ISSSTE.

Tabla 2.
Porcentaje de médicos por institución que fueron convocados
a cursos de violencia
ENVIM II
2006

Convocatoria a curso en la institución donde labora	Tipo de institución			Total N (%)
	IMSS N (%)	ISSSTE N (%)	SSA N (%)	
Sí	347 (28 %)	90 (28%)	293 (45%)	730 (33%)
No	907 (72%)	233 (72%)	364 (55%)	1504 (67%)
Total	1254	323	657	2234 (100%)

χ^2 60.1 p valor 0.05

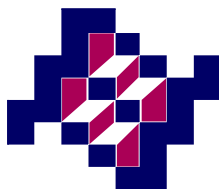
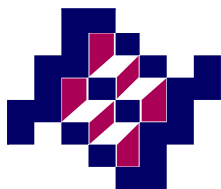


Tabla 3.
Razones por la que no convocaron a los médicos
a cursos de violencia por institución según
sexo del personal de salud
ENVIM II
2006

SEXO	INSTITUCION	RAZONES DE NO CONVOCACION A CURSOS DE VIOLENCIA EN LA INSTITUCION				TOTAL n (%)
		No hay cursos de este tema en la institución n (%)	No parece ser un tema de interés para la institución n (%)	No es de mi interés n (%)	Otra causa n (%)	
Masculino	IMSS	301(55.6%)	143(26.4%)	22 (4%)	75 (13.8%)	541
	ISSSTE	112(67.4%)	38 (22.8%)	6 (3.6%)	10 (6.02%)	166
	SSA	112(47.2%)	41 (17.2%)	10 (4.2%)	74 (31.2%)	237
Femenino	IMSS	172(55.1%)	66 (21.1%)	11(3.5%)	63 (20.1%)	312
	ISSSTE	45 (67%)	10 (15%)	1 (1.4%)	11 (16.4%)	67
	SSA	69 (50.3%)	25 (18.2%)	3(2.2%)	40 (29%)	137
TOTAL		811 (53.9%)	323 (21.4%)	53 (3.5%)	227 (15%)	1460

Del 67% (1504) del total de médicos que contestó que no los han convocado a curso de violencia, como se muestra en la tabla 3, 53.9% comentó que no los han convocado debido a que en la institución donde laboran no hay cursos respecto a este tema, y no se encontró diferencia entre ambos sexos, 21.4% contestó que no parece ser un tema de interés para la institución, sin embargo sí se encuentran diferencias entre hombre y mujeres, ya que está percepción es mayor en hombres que en mujeres, aún cuando por institución no hay diferencias. Sólo 3.5% refirió que no era de su interés, nuevamente aún cuando no se observan diferencias entre las instituciones sí hay diferencias entre el sexo, ya que mayor número de



hombres refirió no ser de su interés en comparación con las mujeres encuestadas. Entre el 15% que contestó otras causas, las más mencionadas fueron: poco tiempo en la institución, no es de la especialidad que tienen, no hay quien lo supla en su servicio y no hay apoyo para capacitación. 44 de los encuestados no contestó la causa de la no convocatoria.

De los 730 que comentaron que sí los convocaron, 620 comentaron que los invitaron en una a cinco ocasiones y de estos, 477 acudió a uno o dos cursos. Los que no acudieron a ningún curso comentaron que no lo hicieron: por falta de tiempo (115), 44 de ellos no lo consideró importante y 26 comentaron que no hay problemas de violencia en su unidad médica, sólo tres comentaron que no quisieron tomar el curso. De los 730 que sí los convocaron 600 contestaron que sí le fueron útiles estos cursos.

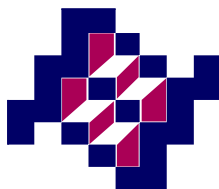
Detección de casos de violencia por los médicos en las instituciones

Como se observa en la tabla 4, 65% (818) de los proveedores encuestados ha detectado casos de violencia familiar en los últimos tres años, de éstos, 30% fue en el último año. Cuando se comparó por tipo de institución se encontró que hay una mayor detección de casos de violencia en la SSA y la que menos detecta es el ISSSTE con una diferencia estadísticamente significativa (χ^2 12.717, p 0.05).

Tabla 4.
Detección de casos de violencia familiar por los médicos según institución
ENVIM II
2006

INSTITUCION	Identificación de caso de VF*		Total n(%)
	Si n(%)	No n(%)	
IMSS	818 (65.2%)	436 (34.8%)	1254 (100.0%)
ISSSTE	184 (57.0%)	139 (43.0%)	323 (100.0%)
SSA	450 (68.5%)	207 (31.5%)	657 (100.0%)
Total	1452 (65.0%)	782 (35.0%)	2234 (100.0%)

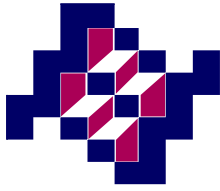
* χ^2 12.7, p valor 0.05



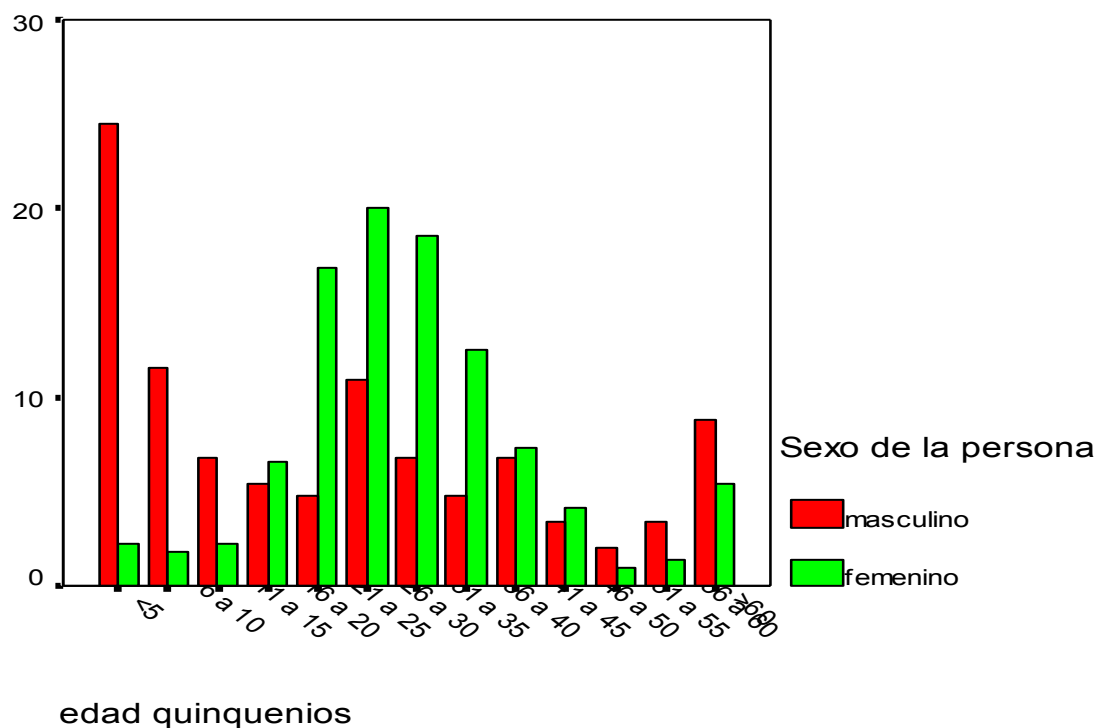
Al comparar la detección de casos de violencia familiar según la institución por sexo de los médicos, se observó que los médicos del sexo femenino detectan en mayor proporción violencia (71%) en comparación con los médicos del sexo masculino (62%) con una diferencia estadísticamente significativa (tabla 6).

Tabla 6.
Detección de casos de violencia familiar
según institución y sexo
ENVIM II
2006

Tipo de institución	Sexo	Identificación de caso de VF		
		Si n(%)	No n(%)	Total n(%)
IMSS	Masculino %	515 (62.6%)	308 (37.4%)	823 (100.0%)
	Femenino %	303 (70.3%)	128 (29.7%)	431 (100.0%)
	Total%	818 (65.2%)	436 (34.8%)	1254 (100.0%)
ISSSTE	masculino%	122 (54.0%)	104 (46.0%)	226 (100.0%)
	femenino%	62 (63.9%)	35 (36.1%)	97 (100.0%)
	Total%	184 (57.0%)	139 (43.0%)	323 (100.0%)
SSA	masculino%	267 (65.1%)	143 (34.9%)	410 (100.0%)
	femenino%	183 (74.1%)	64 (25.9%)	247 (100.0%)
	Total%	450 (68.5%)	207 (31.5%)	657 (100.0%)



Gráfica 5.
Casos detectados de violencia según edad y sexo
ENVIM II
2006



De los casos detectados de violencia por los médicos 89.9% se trataba del sexo femenino, se detectó que los médicos reportaron a 147 hombres que sufren violencia, en la gráfica se observa que las mujeres en las que más se detectó violencia fueron en el grupo de edad entre los 21 y 40 años, en el sexo masculino se detectó más en los niños menores de 5 años y en adultos mayores.

De las 1305 (89.9%) mujeres diagnosticadas con violencia el 87.7% se trató de violencia de pareja y principalmente fue de tipo psicológica y física.

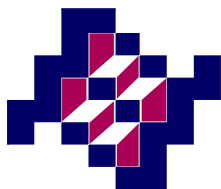
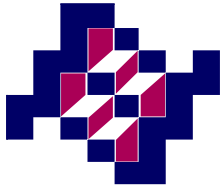


Tabla 7.
Identificación de casos de violencia por los
proveedores de salud según
institución y nivel máximo de estudios
ENVIM 2006

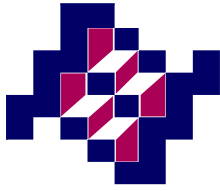
Tipo de institución	Nivel máximo de estudios	Identificación de caso de VF		
		Si	no	Total
IMSS	Estudiante o pasante de Licenciatura	86 (51.2%)	82 (48.8%)	168 (100.0%)
		10.5%	18.8%	13.4%
	Licenciatura	257 (67.3%)	125 (32.7%)	382 (100.0%)
		31.4%	28.7%	30.5%
	Especialización	414 (67.9%)	196 (32.1%)	610 (100.0%)
		50.6%	45.0%	48.6%
	Maestría	33 (70.2%)	14 (29.8%)	47 (100.0%)
		4.0%	3.2%	3.7%
	Doctorado	10 (90.9%)	1 (9.1%)	11 (100.0%)
		1.2%	.2%	.9%
ISSSTE	Estudiante o pasante de Licenciatura	16 (41.0%)	23 (59.0%)	39 (100.0%)
		8.7%	16.5%	12.1%
	Licenciatura	76 (56.3%)	59 (43.7%)	135 (100.0%)
		41.3%	42.4%	41.8%
	Especialización	75 (60.0%)	50 (40.0%)	125 (100.0%)
		40.8%	36.0%	38.7%
	Maestría	14 (77.8%)	4 (22.2%)	18 (100.0%)
	Total	818 (65.2%)	436 (34.8%)	1254 (100.0%)
		100.0%	100.0%	100.0%



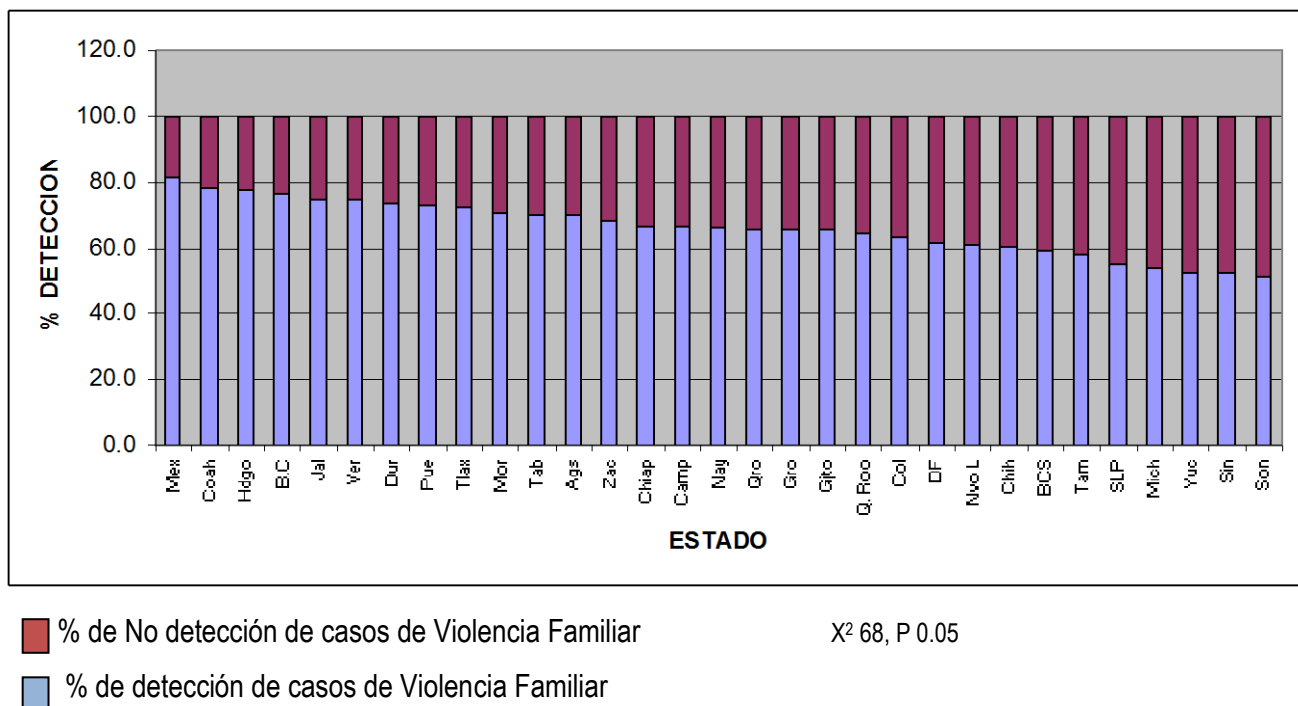
		7.6%	2.9%	5.6%
	Doctorado	0 (.0%) .0%	2 (100.0%) 1.4%	2 (100.0%) .6%
	Estudiante o pasante de Especialidad	3 (75.0%) 1.6%	1 (25.0%) .7%	4 (100.0%) 1.2%
	Total	184 (57.0%) 100.0%	139 (43.0%) 100.0%	323 (100.0%) 100.0%
SSA	Estudiante o pasante de Licenciatura	81 (68.1%) 18.0%	38 (31.9%) 18.4%	119 (100.0%) 18.1%
	Licenciatura	236 (70.0%) 52.4%	101 (30.0%) 48.8%	337 (100.0%) 51.3%
	Especialización	94 (65.7%) 20.9%	49 (34.3%) 23.7%	143 (100.0%) 21.8%
	Maestría	26 (78.8%) 5.8%	7 (21.2%) 3.4%	33 (100.0%) 5.0%
	Doctorado	1 (20.0%) .2%	4 (80.0%) 1.9%	5 (100.0%) .8%
	Estudiante o pasante de Especialidad	12 (60.0%) 2.7%	8 (40.0%) 3.9%	20 (100.0%) 3.0%
	Total	450 (68.5%) 100.0%	207 (31.5%) 100.0%	657 (100.0%) 100.0%

Institución	Valor	gl
IMSS	24,574	5
ISSSTE	10,895	5
SSA	8,621	5

En la tabla 7 se observa que en las tres instituciones los médicos que más identificaron casos de violencia fueron para el IMSS los médicos con algún estudio de posgrado como maestría y doctorado, para el ISSSTE los médicos especialistas y los médicos pasantes de especialidad y para la SSA los médicos con maestría y con licenciatura con una diferencia estadísticamente significativa para el IMSS



Gráfica 6
Casos detectados de violencia
por entidad encuestada
ENVIM II
2006



En la gráfica 6 se muestra los casos detectados de violencia por entidad federativa, siendo el estado de México que según los proveedores de salud, ha detectado más casos de violencia, el estado de México, con una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 68, p.005$) donde 82% de los médicos ha detectado violencia en los tres últimos años seguida de Coahuila con 78% y los estados donde menos se ha detectado violencia por los proveedores de salud, Sonora con 51%, Sinaloa con 52.2%, Yucatán con 54% El Distrito Federal es uno de los estados donde se detecta violencia en menor proporción siendo ésta de 60.5%.

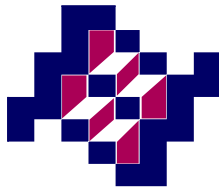
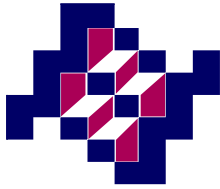


Tabla 8.
Identificación de casos de violencia por total de médicos
Según institución y entidad
ENVIM
2006

IMSS				ISSSTE				SSA			
Entidad	Si	no	Total	Entidad	Si	no	Total	Entidad	Si	no	total
Sonora	(46%) 40	(53.5%) 46	86	Distrito Federal	(69.8%) 30	(30.2%) 13	43	Chihuahua	(64.7%) 33	(35.3%) 18	51
Jalisco	(69%) 58	(31%) 26	84	Baja California Sur	(54.3%) 19	(45.7%) 16	35	Tamaulipas	(60%) 24	(40%) 16	40
Chihuahua	(57.1%) 36	(42.9%) 27	63	Durango	(50%) 13	(50%) 13	26	Tlaxcala	(74.4%) 29	(25.6%) 10	39
Nuevo León	(61.3%) 38	(38.7%) 24	62	Nayarit	(60%) 15	(40%) 10	25	Aguascalientes	(82.4%) 28	(17.6%) 6	34
Yucatán	(52.5%) 31	(47.5%) 28	59	Sonora	(64%) 16	(36%) 9	25	Veracruz	(74.2%) 23	(25.85%) 8	31
Coahuila	(82.1%) 46	(17.9%) 10	56	Sinaloa	(56.5%) 13	(43.5%) 10	23	Tabasco	(70%) 21	(30%) 9	30
México	(80%) 44	(20%) 11	55	Quintana Roo	(57.9%) 11	(42.1%) 8	19	Sinaloa	(58.6%) 17	(41.4%) 12	29
Baja California Sur	(57.4%) 31	(42.6%) 23	54	Colima	(64.7%) 11	(35.3%) 6	17	Campeche	(53.6%) 15	(46.4%) 13	28
Querétaro	(68.6%) 35	(31.4%) 16	51	Tamaulipas	(26.7 %) 4	(73.3%) 11	15	Baja California	(75%) 18	(25%) 6	24
Michoacán	(46%) 23	(54%) 27	50	San Luis Potosí	(38.5%) 5	(61.5%) 8	13	Distrito Federal	(45.8%) 11	(54.2%) 13	24
Baja Calif.	(77.6%) 38	(22.4%) 11	49	Morelos	(75%) 9	(25%) 3	12	Zacatecas	(79%) 19	(20.8%) 5	24
Durango	(81.3%) 39	(18.8%) 9	48	Nuevo león	(58.3%) 7	(41.7%) 5	12	Jalisco	(95.5%) 21	(4.5%) 1	22
Quintana R	(64.6%) 31	(35.4%) 17	48	Aguascalientes	(27.3%) 3	(72.7%) 8	11	Guanajuato	(71.4%) 15	(28.6%) 6	21
San Luis Potosí	(60.9%) 28	(39.1%) 18	46	Puebla	(88.9%) 8	(11.1%) 1	9	Puebla	(61.9%) 13	(38.1%) 8	21
Campeche	(75%) 33	(25%) 11	44	Baja California	(71.4%) 5	(28.6%) 2	7	Colima	(60%) 12	(40%) 8	20
Nayarit	(72.1%) 31	(27.9%) 12	43	Yucatán	(14.3%) 1	(85.7%) 6	7	Morelos	(75%) 15	(25%) 5	20
Chiapas	(73.8%) 31	(26.2%) 11	42	Zacatecas	(50%) 3	(50%) 3	6	Sonora	(55%) 11	(45%) 9	20
Ags.	(70.7%) 29	(29.3%) 12	41	Guerrero	(30%) 3	(40%) 2	5	Yucatán	(65%) 13	(35%) 7	20
Sinaloa	(45%) 18	(55%) 22	40	Chiapas	(50%) 2	(50%) 2	4	Querétaro	(57.9%) 11	(42.1%) 8	19
Tamaulipas	(68.6%) 24	(31.4%) 11	35	Coahuila	(33.3%) 1	(66.7%) 2	3	Nayarit	(61.1%) 11	(38.9%) 7	18
Guanajuato	(61.8%) 34	(38.2%) 11	45	Tlaxcala	(66.7%) 3	(33.3%) 1	4	Chiapas	(52.9%) 11	(47.1%) 7	18



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
SEDE TLALPAN

	21	13			2	1			9	8	
Puebla	(75.9%) 22	(24.1%) 7	29	Tabasco	(100%) 2	0,0	2	Durango	(87.5%) 14	(12.5%) 2	16
Zacatecas	(63%) 17	(37%) 10	27	Veracruz	(100%) 1	0,0	1	Guerrero	(62.5%) 10	(37.5%) 6	16
Morelos	(65.4%) 17	(34.6%) 9	26					Quintana Roo	(71.4%) 10	(28.6%) 4	14
Hidalgo	(72%) 18	(28%) 7	25					Baja California Sur	(83.3%) 10	(16.7%) 2	12
Colima	(64.7%) 11	(35.3%) 6	17					Hidalgo	(90.9%) 10	(9.1%) 1	11
Veracruz	(73.3%) 11	(26.7%) 4	15					México	(89%) 8	(11.1%) 1	9
Tlaxcala	(66.7%) 8	(33.3%) 4	12					Michoacán	(100%) 9	0,0	9
Guerrero	(75%) 6	(25%) 2	8					San Luis Potosí	(50%) 4	(50%) 4	8
Tabasco	(60%) 3	(40%) 2	5					Coahuila	(60%) 3	(40%) 2	5
								Nuevo León	(60%) 3	(40%) 2	5
Total	(65.2%) 818	(34%) 436	1254	Total	(57%) 184	(43%) 139	323	Total	(68.5%) 450	(31.5%) 207	657

Identificación de violencia	Valor	gl
Si	Chi2 476,851722	60
No	chi2 263,065477	60

En relación a la identificación de casos de violencia por instituto donde laboran los médicos y por entidad federativa, se encontró que la detección es diferente con respecto a los son en los estados del Norte como Chihuahua, Coahuila y de occidente como Jalisco, con respecto al ISSSTE, el D.F. Morelos y Baja California son los que más detectan casos de violencia familiar. Sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

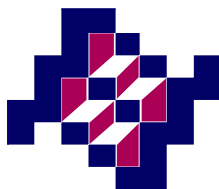
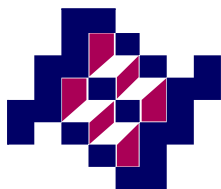


Tabla 9
Tipo de violencia detectado por los médicos según la edad de los casos
ENVIM II
2006

Edad de la víctima	Tipo de caso					Total
	violencia de pareja	maltrato a <de 18 a	maltrato a un adulto mayor	maltrato entre familiares o adultos que no son pareja	maltrato a una persona con alguna discapacidad	
menos de 1 año	1	4	0	1	0	6
1 a 5 años	1	56	0	1	1	59
6 a 12 años	1	46	0	1	0	48
13 a 18 años	35	31	0	9	1	76
19 a 25 años	258	0	6	9	3	276
26 a 30 años	268	0	2	6	1	278
31 a 35 años	249	0	1	1	0	252
36 a 40 años	164	0	2	4	0	170
41 a 45 años	103	0	1	2	0	106
46 a 50 años	55	0	1	3	0	59
51 o mas	51	0	23	6	3	83
No lo sé	25	1	4	3	3	39
Total	1211	138	40	46	12	1452

En relación con los tipos de violencia que los médicos detectaron, se observó que las edades en las que fueron detectados con mayor frecuencia son las edades entre los 26 y 30 años, muy similar estuvo el

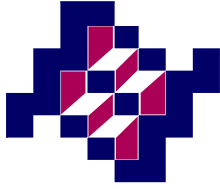


rango de edad entre 19 a 25 años y 31 a 35 años, esto es en las edades reproductivas y productivas de la vida. (Tabla 9)

Cuando se les preguntó a los médicos qué acciones tomaron para la atención de los casos, 52.3% le aconsejó que mejorará sus relaciones familiares, 50.3% le explicó cuáles eran sus derechos, 48.5% registró el evento en el expediente clínico, 46.3% atendió las lesiones, 18.7% de los médicos dio aviso al ministerio público, sólo dos de los médicos (0.1%) no supieron qué hacer y nueve médicos (0.4%) optaron por ignorar el asunto (Tabla 10).

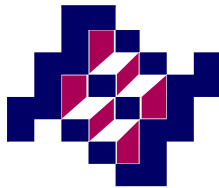
Tabla 10
Acciones que llevó a cabo el médico en
los casos de violencia detectados
ENVIM II
2006

ACCIONES QUE REALIZO	SI n (%)	NO n (%)
a) Atendió las lesiones	1035 (46.3%)	417 (18.7%)
b) Dio aviso al ministerio público	418 (18.7%)	1034 (46.3%)
c) Denuncio el caso ante el ministerio público	312 (14.4%)	1131 (50.6%)
d) Registró del evento en el expediente clínico	1085 (48.6%)	367 (16.4%)
e) Dio intervención psicológica en crisis	1003 (44.9%)	449 (20.1%)
f) Le aconsejó que mejorara sus relaciones familiares	1169 (52.3%)	283 (12.7%)
g) Le explicó cuáles son sus derechos	1123 (50.3%)	329 (14.7%)
h) Le envió a un servicio especializado de su institución	864 (38.7%)	588 (26.3%)
i) Le envió a otra institución para su atención	473 (21.2%)	979 (43.8%)
j) Hizo la evaluación del riesgo	721 (32.3%)	731 (32.7%)
k) Le ayudó a elaborar su plan de seguridad	539 (24.1%)	913 (40.9%)
l) No supo qué hacer.	2 (.1%)	33 (.15%)
m) Optó por ignorar el asunto	9 (.4%)	26 (1.2%)



Los médicos refirieron como las causas más importantes que originan que un hombre violento a una mujer dentro de su relación de pareja las que se enlistan a continuación:

- 1°.- Haber presenciado durante la infancia situaciones de violencia
- 2°.- Nivel socioeconómico bajo, falta de empleo
- 3°.- Falta de educación
- 4°.- La diferencia de poder entre hombres y mujeres en la relación de pareja
- 5°.- Factores biológicos, por la naturaleza violenta de los hombres
- 6°.- Factores psicológicos: personalidad violenta en los hombres y masoquismo en la mujer
- 7°.- La diferencia de oportunidades entre hombres y mujeres
- 8°.- Otras. Entre la que se mencionó más fue dependencia al alcohol y otras drogas, falta de autoestima de la mujer y aceptación por cuestiones de cultura.



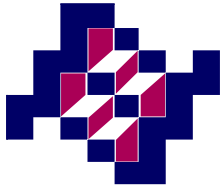
Manejo en las instituciones con respecto a la violencia

24% de los médicos de los tres institutos desconocen si hay protocolos o procedimientos para el manejo de casos de violencia familiar. En cuanto a la diferencia de respuesta por instituto no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el ISSSTE y en IMSS lo cual refleja el desconocimiento de la existencia de protocolos de atención a la violencia, con respecto a la SSA 59% contestó que sí existen protocolos de atención a la violencia. (Tabla 11)

Tabla 11.
Conocimiento de protocolos o procedimientos
de la violencia según institución
ENVIM II
2006

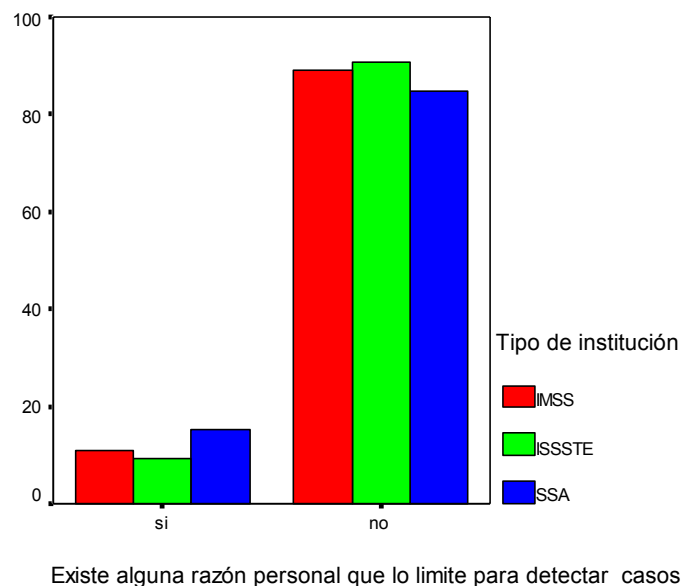
INSTITUCION	EXISTEN PROTOCOLOS DE ATENCION DE VIOLENCIA			
	SI n (%)	NO n (%)	NO LO SE n (%)	TOTAL
IMSS	438 (35%)	476 (38%)	340 (27%)	1254
ISSSTE	104 (32%)	139 (43%)	80 (25%)	323
SSA	386 (59%)	160 (24%)	111 (17%)	657
TOTAL	928 (42%)	775 (37%)	531 (24%)	2234

χ^2 116, p 0.05



Cuando se les interrogó si consideraban que existía un factor institucional que lo limitará para detectar los casos de violencia 70.8% contestó que no, la SSA es la que en mayor porcentaje considera sí tener obstáculos institucionales en 34.2%. (Gráfica 7)

Gráfica 7.
Factores institucionales que limitan al
personal a detectar casos de violencia por
Institución de origen
ENVIM II
2006



Los factores Institucionales que considera el personal de salud encuestado que lo obstaculizan para detectar los casos de mujeres maltratadas por su pareja son en orden decreciente fueron los siguientes:

1er: Falta de privacidad en la consulta, problemas de espacio:

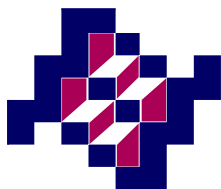
2º : Falta de tiempo en la consulta

3er: No hay protocolos de detección para el manejo de casos

4º: Falta de políticas institucionales que legitimen la participación del personal de salud en estos casos

5º: Falta de apoyo de las autoridades del centro de salud / Hospital

6º: No se considera la violencia un problema de salud importante



7º: Saturación de los servicios de salud

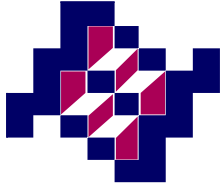
8º: Otra, mencionando principalmente falta de capacitación para manejo y detección de violencia.

(Ver gráfica 7)

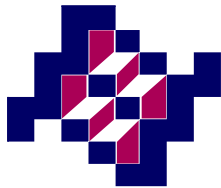
Tabla 12.
Razones personales que lo limitan a
detectar casos de violencia por Institución de origen
ENVIM II
2006

Institución	Razón personal que lo limite para detectar VF		Total
	Si n (%)	No n (%)	
IMSS	139 (11.1%)	1115 (88.9%)	1254 (100.0%)
ISSSTE	30 (9.3%)	293 (90.7%)	323 (100.0%)
SSA	101 (15.4%)	556 (84.6%)	657 (100.0%)
Total	270 (12.1%)	1964 (87.9%)	2234 (100.0%)

En la tabla 12 se aprecia que 12.1% de los encuestados refirió considerar que existe alguna razón personal que lo limita para detectar los casos de mujeres maltratadas, la institución que más refirió esta barrera fue la Secretaría con 15.4% de su personal encuestado. De las razones personales que consideran que los limita para la detección de casos de mujeres maltratadas se mencionan las siguientes:



- 1°. Desinterés del personal de salud por estos casos.
- 2°. Temor a comprometerse en acciones de denuncia judicial.
- 3°. Considerar que la violencia no le compete al sector salud.
- 4°. Es incómodo intentar identificar y tratar este tipo de problemas.
- 5°. Considerar que la violencia en la familia es un problema privado.
- 6°. Temor a ocasionar posibles represalias por parte del agresor.
- 7°. Otra: Miedo de la paciente a denunciar, desconocimiento del proceso de detección de violencia, no sentirse capacitado, la paciente no permite ni acepta el apoyo.



IV. Conocimiento de la Norma Oficial Mexicana-190-SSA1-1990

Cuando se les interrogó si conocían la Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSAA1-1999 “prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de violencia Familiar” se encontró que casi dos terceras partes no la conoce, sólo 37 % la conoce (tabla 13) y cuando se les pregunto qué tanto la conocen, sólo 14.7% la conoce bien, 70.5% la conoce parcialmente y 14.7% solo ha oído hablar de ella.(tabla 14)

Tabla 13.
Conocimiento de la NOM-190-SSA1-1999

ENVIM II

2006

Conocen de la NOM-190-SSA1-1999	Frecuencia	%
Si	839	37.56
No	1395	62.44
Total	2234	100.00

Tabla 14.
Conocimiento de la NOM-190-SSA1-1999 en base a su contenido por
El personal médico de las instituciones

ENVIM II

2006

Que tanto conoce la NOM-190-SSA1-1999	Frecuencia	%
Conoce bien su contenido	124	14.78
Solo ha oído hablar de ella	123	14.66
Conoce parcialmente su contenido	592	70.56
Total	839	100

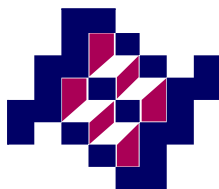


Tabla 15.
Resultado de evaluación del conocimiento de
la NOM-190-SSA1-1999
ENVIM II
2006

Calificación	Frecuencia	%
Insuficiente	1915	85.7
Suficiente	290	13.0
Bien	23	1.0
Muy Bien	6	0.3
Total	2234	100.0

Como se observa en la tabla anterior, el índice de insuficiencia fue muy alto y sólo .3% de los prestadores de servicios de salud, esto es, sólo seis médicos de los 2234 tuvo muy bien de calificación. Por lo que fue necesario dividir al grupo en quintiles para tener grupos más homogéneos. Quintiles corresponden a las categorías de Muy mal, los que sacaron una puntuación de 0 hasta 22; Mal los que obtuvieron una puntuación de 23 a 36; Regular, los que obtuvieron la puntuación de 37 a 44; bien los que obtuvieron de 45 a 51 puntos y muy bien los que obtuvieron de 52 a 91 puntos, los resultados se muestran en la tabla 16:

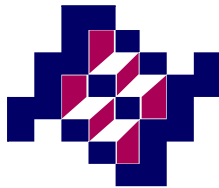
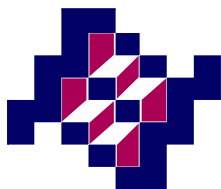


Tabla 16.
Resultado de evaluación del conocimiento de
la NOM-190-SSA1-1999
ENVIM II
2006

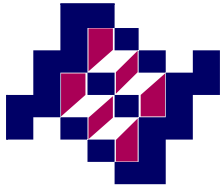
Calificación	Frecuencia	%
Muy mal	452	20.2
Mal	535	23.9
Regular	371	16.6
Bien	430	19.2
Muy bien	446	20.0
Total	2234	100.0



Al comparar la puntuación de conocimientos de la Norma con respecto al sexo del prestador, se consideró inicialmente que habría diferencias estadísticas entre mujeres y hombres para conocer la norma, ya que pudiera haber una inclinación por cuestiones de género para estudiar o conocer más el tema de violencia intrafamiliar y de pareja, sin embargo la diferencia no fue significativa ($\chi^2 = 4.68$ a 4 gl, $\alpha = 0.05$), por lo tanto el sexo del médico no tiene relación con el grado de conocimientos que tenga éste con respecto a la Norma. (Tabla 17.)

Tabla 17.
Resultado de evaluación del conocimiento de
la NOM-190-SSA1-1999 según género
ENVIM II
2006

Sexo	Muy mal n (%)	Mal n (%)	Regular n (%)	Bien n (%)	Muy bien n (%)	Total n (%)
Masculino	314 (21.5%)	343 (23.5%)	238 (16.3%)	278 (19.1%)	286 (19.6%)	1459 (100.0%)
Femenino	138 (17.8%)	192 (24.8%)	133 (17.2%)	152 (19.6%)	160 (20.6%)	775 (100.0%)
Total	452	535	371	430	446	2234

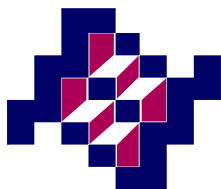


Por otra parte, de acuerdo con el nivel de puntuación que presentaron se observó una relación significativamente estadística ($\chi^2=222.37$, 4gl, $\alpha=0.05$) entre el nivel de conocimientos y la identificación algún caso de violencia en los últimos 3 años, como se observa en la tabla 18:

Tabla 18.
Identificación de caso de violencia familiar según resultado
de evaluación de la NOM 190-SSA1-1999.
ENVIM II
2006

Identificación de caso de VF	Evaluación					Total n (%)
	Muy mal n(%)	Mal n(%)	Regular n(%)	Bien n(%)	Muy bien n(%)	
Sí	260 (17.9%)	334 (23.0%)	245 (16.9%)	301 (20.7%)	312 (21.5%)	1452 (100.0%)
No	192 (24.6%)	201 (25.7%)	126 (16.1%)	129 (16.5%)	134 (17.1%)	782 (100.0%)
Total	452	535	371	430	446	2234

Así, 21.5% de los que tuvieron una puntuación de muy bien sí identificaron casos de violencia en su institución, en relación inversa los que tuvieron calificación muy mal en 24.6% no identificaron casos de violencia y 17.9% si lo hicieron.



Programa de atención a la Violencia intrafamiliar

18 % de los médicos que laboran en SSA desconocen que hay un programa de atención de violencia en su institución, por otro lado en el ISSSTE, 31 % señala que sí existe un programa de atención de violencia, 26% de los trabajadores del ISSSTE lo desconoce. En el IMSS la situación es similar, 35% comenta que si existe un programa. Sin embargo, no hay diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de cada instituto. (Tabla 19)

Tabla 19.
Conocimiento de programa de atención
de la violencia según institución
ENVIM II
2006

Conocimiento programa de atención violencia en su institución	TIPO DE INSTITUCION			TOTAL
	IMSS n (%)	ISSSTE n (%)	SSA n (%)	
SI	438(35%)	100 (31%)	381 (58%)	919
NO	436 (35%)	140 (43%)	159 (24 %)	735
NO Sabe	380 (30%)	83 (26%)	117 (18%)	580 (100%)
TOTAL	1254	323	657	2234

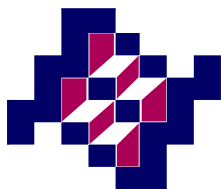
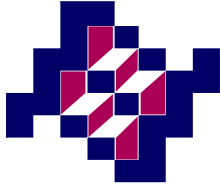


Tabla 20.
Evaluación de conocimientos de la NOM-190-SSA1- 1999
según institución y sexo del personal de salud
ENVIM II
2006

Sexo	Institución	Evaluación de la NOM 190-SSA1-1999.					Total n (%)
		Muy mal n (%)	Mal n (%)	Regular n (%)	Bien n (%)	Muy bien n (%)	
masculino	IMSS	186 (22.6%)	201 (24.4%)	125 (15.2%)	159 (19.3%)	152 (18.5%)	823 (100.0%)
	ISSSTE	50 (22.1%)	52 (23.0%)	47 (20.8%)	37 (16.4%)	40 (17.7%)	226 (100.0%)
	SSA	78 (19.0%)	90 (22.0%)	66 (16.1%)	82 (20.0%)	94 (22.9%)	410 (100.0%)
	Total	314 (21.5%)	343 (23.5%)	238 (16.3%)	278 (19.1%)	286 (19.6%)	1459 (100.0%)
Femenino	IMSS	80 (18.6%)	107 (24.8%)	78 (18.1%)	78 (18.1%)	88 (20.4%)	431 (100.0%)
	ISSSTE	17 (17.5%)	28 (28.9%)	14 (14.4%)	15 (15.5%)	23 (23.7%)	97 (100.0%)
	SSA	41 (16.6%)	57 (23.1%)	41 (16.6%)	59 (23.9%)	49 (19.8%)	247 (100.0%)
	Total	138 (17.8%)	192 (24.8%)	133 (17.2%)	152 (19.6%)	160 (20.6%)	775 (100.0%)

Cuando se relacionó la evaluación de la norma con el sexo según institutos, no se encontró diferencia por género, pero si se observó diferencia entre los institutos ya que los que salieron con un porcentaje de



calificación más alta fueron los médicos de la SSA, de ambos sexos, lo contrario sucede para el IMSS e ISSSTE que la mayor frecuencia se observa en los que tuvieron una calificación mal. (Tabla 20)

Cuando se analizó la asociación entre la categoría o puesto que ocupan en la institución y la calificación que obtuvieron se encontró que a menor preparación académica de los médicos, menor conocimiento acerca de la NOM y viceversa, así mismo se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los médicos que tienen la especialidad en Medicina Familiar y el resto de categorías, sin embargo, los jefes de servicio tiene un nivel de conocimientos superior al resto (X^2 81, p 0.05), cuando se comparó por institución no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre categoría y puesto con la puntuación que obtuvieron en la evaluación de los conocimientos (tabla 21)

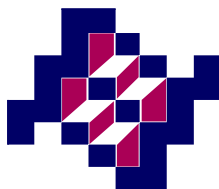
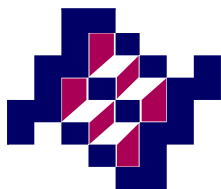


Tabla 21.
Evaluación según categoría o puesto del
Personal de salud
ENVIM II
2006

Categoría o Puesto	Evaluación					Total
	Muy mal N (%)	Mal N (%)	Regular N (%)	Bien N (%)	Muy bien N (%)	N (%)
Médico interno	38 24.7%	52 33.8%	18 11.7%	20 13.0%	26 16.9%	154 100.0%
Médico pasante	92 29.2%	62 19.7%	55 17.5%	49 15.6%	57 18.1%	315 100.0%
Médico residente	23 26.4%	26 29.9%	19 21.8%	12 13.8%	7 8.0%	87 100.0%
Médico general	89 16.0%	143 25.7%	92 16.5%	121 21.7%	112 20.1%	557 100.0%
Médico familiar	96 16.6%	114 19.7%	105 18.1%	132 22.8%	132 22.8%	579 100.0%
Médico especialista	85 22.8%	101 27.2%	52 14.0%	67 18.0%	67 18.0%	372 100.0%
jefe de servicio	15 17.2%	19 21.8%	18 20.7%	10 11.5%	25 28.7%	87 100.0%
Otro	14 16.9%	18 21.7%	12 14.5%	19 22.9%	20 24.1%	83 100.0%
Total	452 20.2%	535 23.9%	371 16.6%	430 19.2%	446 20.0%	2234 100.0%

Con respecto a si los médicos que han sufrido violencia tienen una mejor actitud de sensibilización y percepción hacia las mujeres que son víctimas de maltrato, no se encontró diferencia estadísticamente

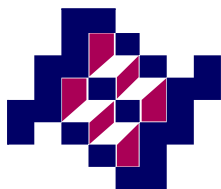


significativa entre los médicos que han sufrido violencia por parte de su pareja y los que no la han sufrido. Igualmente no se encontró diferencia si tenían antecedentes de haber sufrido violencia en su infancia o incluso si ellos son autores de violencia.

Tabla 22.
Conocimiento de la NOM-190-SSA1-1999 según
si han sido convocados a cursos de Violencia Intrafamiliar
ENVIM II
2006

Invitación a curso sobre VF	Calificación de la NOM-190-SSA1-1999					
	muy mal n (%)	Mal n(%)	regular n(%)	bien n(%)	muy bien n(%)	total n(%)
Sí	106 14.5%	161 22.1%	121 16.6%	182 24.9%	160 21.9%	730 100.0%
	23.5%	30.1%	32.6%	42.3%	35.9%	32.7%
No	346 23.0%	374 24.9%	250 16.6%	248 16.5%	286 19.0%	1504 100.0%
	76.5%	69.9%	67.4%	57.7%	64.1%	67.3%
Total	452 20.2%	535 23.9%	371 16.6%	430 19.2%	446 20.0%	2234 100.0%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

χ^2 39.381, p 0.0



Experiencia personal de violencia

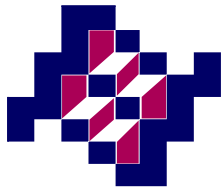
Como se observa en la tabla 23, 10.8% de los médicos encuestados ha sufrido violencia por parte de su pareja en algún momento, habiendo una mayor proporción en el SSA con un 12.3% y menor en el ISSSTE con 9.6%.

8.4% del personal de salud encuestado del sexo masculino refiere haber sufrido violencia por parte de su pareja, mientras que el 15.2% de las mujeres refiere haber sufrido violencia por parte de su pareja.

Tabla 23.
Personal de salud que ha sufrido violencia por
parte de su pareja según sexo
ENVIM II
2006

Sexo	Ha sido víctima de violencia de su pareja			Total
	Si	No	Nunca ha tenido pareja	
Masculino	123	1301	35	1459
% Sexo	8.4%	89.2%	2.4%	100.0%
% Ha sido víctima de violencia	51.0%	67.2%	61.4%	65.3%
Femenino	118	635	22	775
% Sexo	15.2%	81.9%	2.8%	100.0%
% Ha sido víctima de violencia	49.0%	32.8%	38.6%	34.7%
Total	241	1936	57	2234

En total, de los médicos que refirieron haber sufrido violencia 51% fue del sexo masculino y 49% fue del sexo femenino, sin embargo, al analizar la edad del personal médico tanto masculino como femenino que refieren haber sufrido violencia por parte de su pareja, se encontró que del total de hombres, sólo 123



hombres (8.4%) y en el caso de médicos del sexo femenino se encontró que 15.2% reportan haber sido víctimas de violencia por parte de su pareja. (Tabla 23).

La mayor frecuencia se encuentra a partir de la quinta década de la vida, así 34.5% de los hombres tiene una edad por arriba de los 46 años, en el caso de las mujeres del personal de salud que reportó haber sido víctimas de violencia, el rango se encontró entre 26 y 46 años de edad.(Tabla 24).

Tabla 24.
Personal de salud que ha sufrido violencia por
Parte de su pareja según edad y género
ENVIM II
2006

víctima de violencia de su pareja	Edad									
	20-25 n (%)	26-30 n (%)	31-35 n (%)	36-40 n (%)	41-45 n (%)	46-50 n (%)	51-55 n (%)	56-60 n (%)	61 y mas n (%)	Total n (%)
masculino	10 (8%)	19 (15%)	14 (11%)	16 (13%)	17 (14%)	21 (17%)	21 (17%)	4 (3%)	1 (.8%)	123 (100.0%)
femenino	9 (8%)	21 (18%)	14 (12%)	20 (17%)	18 (15%)	25 (21%)	10 (9%)	1 (.8%)	0 (.0%)	118 (100.0%)
Total	19	40	28	36	35	46	31	5	1	241

χ^2 p 0.05

El tipo de violencia del que ha sido víctima el personal de salud encuestado según el sexo fue el que se muestra en la siguiente tabla, así tanto para el sexo femenino como masculino el tipo de violencia que más se reportó entre el personal de salud fue la violencia psicológica, para el caso del sexo femenino en segundo lugar se encontró la violencia económica, en comparación con el sexo masculino, que reportó en segundo lugar la violencia física y en tercer lugar el abandono, mientras que para el sexo femenino fue la violencia física, en quinto lugar estuvo para ambos géneros la violencia sexual.

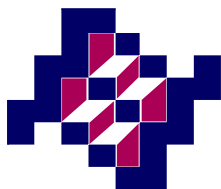


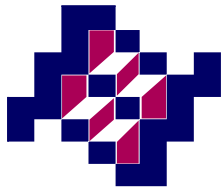
Tabla 25.
Tipo de violencia a la que fue víctima personal
de salud según género
ENVIM II
2006

<i>Género</i>	<i>Física</i>		<i>Psicológica</i>		<i>Sexual</i>		<i>Económica</i>		<i>Abandono</i>	
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
<i>Femenino</i>	49	69	109	9	30	88	56	91	44	74
<i>Masculino</i>	42	81	114	9	20	103	32	62	38	85

12.4% del personal de salud encuestado refirió que ha sido autor de violencia, siendo la que ejercen con una frecuencia de 88% la psicológica, seguida de la física en 3.5%, la económica en 2.2%, el abandono en 1.6% y la sexual en .5%

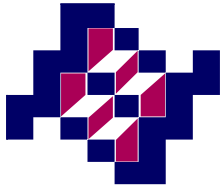
Tabla 26.
Identificación de caso de violencia familiar
Según sexo y antecedente de violencia por su pareja
ENVIM II
2006

Ha sido víctima de violencia de su pareja	Sexo	Identificación de caso de VF		Total
		Si	no	
Si	Masculino	82	41	123
	% Sexo	66.7%	33.3%	100.0%
	Femenino	95	23	118
	% Sexo	80.5%	19.5%	100.0%



No	Total	177	64	241
	% Sexo	73.4%	26.6%	100.0%
	Masculino	800	501	1301
	% Sexo	61.5%	38.5%	100.0%
	Femenino	437	198	635
	% Sexo	68.8%	31.2%	100.0%
	Total	1237	699	1936
	% Sexo	63.9%	36.1%	100.0%

Del personal de salud que ha sido víctima de violencia por parte de su pareja se encontró que del sexo masculino que han sufrido violencia 66.7% ha identificado casos de violencia en comparación con el sexo femenino donde se observó que 80.5% de las mujeres que han sido víctimas de violencia han detectado casos de violencia familiar en sus pacientes Así mismo de los 177 médicos que detectaron violencia y que han sido víctimas de violencia por parte de su pareja 53.7% fue del sexo femenino. Para el lado contrario, en lo que respecta a los hombre no se encontró diferencia, pero en las mujeres se encontró lo inversamente proporcional, 68.7 % de las mujeres que no ha sufrido violencia detectó casos de violencia, con comparación con 80.5% de quienes sí han padecido violencia por parte de su pareja (tabla 26%).



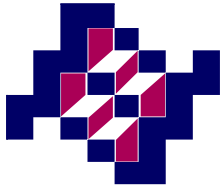
DISCUSION

Como ya se ha mencionado la violencia, desde la perspectiva de la salud pública, se considera un problema prioritario y representa un reto de mejora de atención continua para las personas dedicadas a la atención de salud. Ya se ha demostrado en los antecedentes que es en los servicios de salud donde se puede desempeñar un papel importante en la detección, atención y prevención de mujeres que sufren violencia.

Sin embargo, como se muestra en el análisis de los datos, las Instituciones públicas en México realizan una capacitación insuficiente a su personal de salud en lo que respecta a manejo y atención de la violencia, como se señaló en el análisis; de los 2234 encuestados dos terceras partes no ha asistido a cursos sobre violencia familiar y 53.9% de los 1504 encuestados que no ha recibido ningún curso referente a este tema, señalaron que no hay cursos de este tema en la institución, aún más, la percepción de 21.4% de los encuestados es que no parece ser un tema de interés de la institución. Esto tiene un impacto negativo en la detección de casos, ya que la institución no capacita a su propio personal, aún cuando es un problema de salud pública.

Más aún, como se detectó en el análisis que la mayoría de los médicos encuestados fueron médicos con especialidad en Medicina familiar, cuya función principal es la atención primaria de un individuo a lo largo de toda su vida y la de su familia, y estar capacitado para atención preventiva, curativa y rehabilitatoria de padecimientos, entre ellos la violencia familiar. Como lo señala Fernández Alonso el médico de familia¹⁵ debe saber manejar la violencia en los tres ámbitos de salud, prevención primaria, secundaria y terciaria, ya que: “el médico puede ser la única persona a la una mujer pide ayuda, por lo que éstos tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir”.

Por otra parte también entre las entidades federativas en la que los médicos más detectan casos de violencia por institución se encontró lo siguiente: para el IMSS se encontró a Coahuila (86%), Edo de

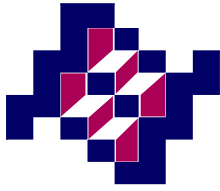


México (80%), Baja California Norte (79%) y Jalisco 69%, para el ISSSTE se encuentran Morelos (75%), Distrito Federal (69.8%), Sonora (68%); en el caso de SSA se encontró como entidades principales Jalisco (95.5%), Aguascalientes (82.4%), Tlaxcala (74.4%) y Chihuahua (64.7%) aún cuando en las entidades en las que más se identificó violencia por los médicos fue Chihuahua y Jalisco en general no hay diferencias significativas por regiones geográficas, esto podría deberse más bien a la capacidad individual de cada médico de detectar y manejar casos de violencia que a cuestiones regionales, climáticas o geográficas (tabla 8).

Haciendo hincapié en lo que señala Sugg¹⁴, referente a que la identificación y manejo de las personas que están sufriendo violencia, en la práctica clínica son bajo, se estima que sólo de 7% a 25% de los casos son identificados y que de éstos 60% de los pacientes son inadecuadamente tratados, los resultados de la ENVIM II señalan que el 60% del personal de salud detectó casos de violencia familiar en los tres últimos años.

A pesar de que los médicos señalaron la detección de casos de violencia en un 60%, la falta de atención a la mujer que sufre violencia por su pareja en México es un problema de concientización desde los macro hasta los microsistemas en los que se involucra la atención en salud, tan es así, que en la encuesta 67% de los encuestados, esto es, 1504 de 2234 médicos no han recibido ninguna capacitación sobre este tema, y esto debido a que en el 53.9 de las instituciones no hay cursos en relación a violencia familiar y el 21% de los encuestados tiene la percepción que no interesa este tema a la Institución, por lo tanto es necesario que en las instituciones se diseñen programas estructurados y desarrollados para la atención y manejo de las mujeres que sufren violencia desde el primero y segundo nivel de atención que incluya la capacitación continua de los médicos, o si ya está realizándose es necesario darle un seguimiento y reforzarlo constantemente, evaluando periódicamente a los médicos para conocer qué tanto más se siguen capacitando y como ha mejorado su atención posterior a éstos.

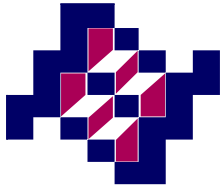
Además de la falta de capacitación, es importante analizar los factores institucionales y personales que perciben los médicos que existen y que limitan la detección de casos de violencia y así como se ha señalado en diversos estudios, por ejemplo Sugg, Méndez y Herrera^{14,15,25,26} los factores institucionales que limitan su detección tiene que ver con el mismo sistema de salud, en concordancia con lo que ellos



señalan en esta encuesta los médicos señalaron como principales factores los institucionales (30%) muy por arriba de los personales (12%). Entre los institucionales se encontraron en primer lugar la falta de privacidad en la consulta, problemas de espacio: en segundo lugar: falta de tiempo en la consulta y en tercer lugar: no hay protocolos de detección para el manejo de casos. Esto va ligado con la planeación que tienen los institutos para la consulta externa de primero y segundo nivel de atención, ya que para el primer nivel de atención y seguramente por cuestiones de demanda poblacional, las consultas deben ser de un tiempo limitado: 10 minutos para el caso del Seguro Social y Secretaría, y de 15 minutos, para el ISSSTE y, lo que equivale a 32 ó 24 consultas diariamente, en el que el médico sabe que el tiempo que tiene asignado es únicamente para la atención del motivo de consulta y no puede extenderse más, esto hace que cuando detecte un caso de violencia se limite a la atención del evento agudo y no a su evaluación integral de la violencia y a su seguimiento.

Por otra parte, en cuanto a la pregunta de que si existe alguna razón personal que lo limita para detectar los casos de mujeres maltratadas, se observa que estas razones no son únicas en México ya que también en el estudio realizado por Ramsay ⁴³ se demuestran: falta de capacitación, temor a ofender o poner en riesgo a la paciente, tiempos de atención limitados, en comparación con lo señalado en la encuesta en la que los tres principales obstáculos fueron: desinterés del personal de salud por estos casos, temor a comprometerse en acciones de denuncia judicial y considerar que la violencia no le compete al sector salud. Lo que podemos concluir es que la falta de detección de casos de violencia intrafamiliar en la mujer se debe principalmente a una falta de adecuación del diseño de los sistemas de salud ya que antes no se tomo en cuenta a la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública que requería de atención médica especializada. Asimismo, como efectivamente lo señalan los médicos entrevistados, es necesario que protocolos de detección que existen y que se encuentran en la NOM-190-SSA1-1999, se apliquen en las clínicas de primer nivel de atención así como en las área de Urgencias de 2º y 3er nivel de atención, garantizando a los médicos la confianza del seguimiento a estas pacientes sin perjuicio de su integridad.

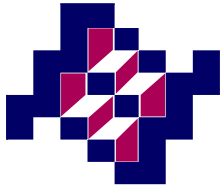
En la ENVIM I del año 2003, se encontró que, 32,8% de los entrevistados consideró que el desinterés del personal de salud por los casos de violencia contra la mujer era el principal obstáculo para su atención, y 22% opinó que la violencia en la familia era un problema privado y que al personal de salud no le



correspondía intervenir en esos casos⁴⁴, en la ENVIM II se encontró que los médicos entrevistados señalan como primer obstáculo personal el desinterés del personal de salud por estos casos y en segundo lugar, temor a comprometerse en acciones de denuncia judicial. Esto refleja que la concepción en cuanto a obstáculos de la atención en violencia no ha variado en los últimos tres años, ya que siguen teniendo la misma percepción, lo que habrá que analizar es porque el mismo personal de salud tiene como obstáculo principal el desinterés por los casos de violencia y habría que preguntarse qué está haciendo que este tema no sea de su interés, probablemente la cotidianeidad con la que vivimos la violencia o probablemente la falta de conocimiento de que es un problema serio de salud pública y que repercute en la salud de los pacientes a corto y largo plazo. Habrá que buscar alternativas para que el personal médico se interese realmente por este tema y busque darle solución a las paciente que acuden a su consulta en busca de atención médica y apoyo.

Los médicos encuestados han identificado casos de violencia intrafamiliar en un 65% lo que refleja que la mayoría de los médicos ha estado en contacto con pacientes víctimas de la violencia. Referente al sexo de los médicos encuestados, se encontró que la menor frecuencia de casos detectados es por los médicos del sexo masculino, lo que podría interpretarse como identificación ante las situaciones de vulnerabilidad por cuestiones de género. Se confirmó que las mujeres en edades reproductivas son las principales víctimas de violencia, lo que afecta no solo su calidad de vida en lo referente a cuestiones de salud, sino también en su vida productiva, ya que muchas dejan de atender sus trabajo por las consecuencias de la violencia; sin embargo es importante mencionar que se encontró como otro grupo de vulnerabilidad a los niños menores de 5 años y a los adultos mayores, lo que refuerza la necesidad de seguir realizando investigación en los grupos de más alta vulnerabilidad y diseñar estrategias de atención por grupos de edad.

El sexo del personal médico y el antecedente de haber sufrido algún tipo de violencia no tiene relación con la atención a mujeres víctimas de violencia, este hecho destaca la importancia de capacitación. En este sentido es necesario definir y concretar la función del médico y del sector salud, tanto para la prevención como para dar una atención a las mujeres víctimas de violencia, en este sentido no estigmatizando la violencia como una enfermedad o medicalizandola, sino realizando acciones y metas

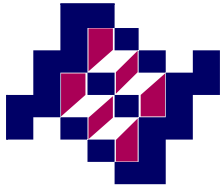


claras en las área de medicina de primero y segundo nivel de atención⁴⁰ en las áreas de medicina de primero y segundo nivel

Cuando se observó el grupo de médicos que diagnostica con mayor frecuencia la violencia en la mujer, se encontró que fueron médicos familiares y generales comparados con los especialistas en donde este porcentaje fue menor, esto se debe a que los médicos familiares y generales son los médicos de primer contacto que se encuentran en las unidades de primer nivel, es en esto médicos donde se debe promover el tema de violencia contra la mujer y capacitarlos para su detección y atención. Debido a que el médico familiar tiene como objetivo la atención del paciente y su familia, en un estudio realizado en Málaga por Muñoz Cobos⁴⁵, se observó que familias a las que se les da una atención priorizada tienden a ser más cooperadores y se puede manejar acciones preventivas y así, evitar consecuencias de la violencia. Lo que hace indispensable que el médico o el personal de salud, tenga el conocimiento para manejar los casos de violencia con el paciente y su entorno familiar, ya que así se podrá disminuir la aparición de complicaciones y en el ámbito económico costos de atención y hospitalización.

Con respecto a los conocimientos de la NOM 190, los médicos tienen escasos conocimientos de ésta, ya que cuando se les interrogó si la conocen sólo 37.5% refirió conocerla y de éste total sólo 14.7% (uno de cada veinte del total) conoce bien su contenido, según la ENVIM I del 2003 de los 2638 trabajadores sólo 18.5% refirió conocer la NOM-190 y de éstos 42.2% conocía bien su contenido (7.8% del total). En relación a la anterior ENVIM se observa un mayor conocimiento de la NOM sin embargo, la proporción de quien conoce bien la norma es menor en esta encuesta, lo que presenta un reto para las instituciones con el objetivo de dar a conocer al personal de salud esta Norma, no sólo que oigan de ella, sino que conozcan bien su contenido.

En este contexto los médicos encuestados en las preguntas de conocimiento de la Norma salieron con una evaluación muy baja en su mayoría calificados como muy mal (20.2%) y mal (23.9%) esto es, más de la mitad salió con una calificación deficiente, sin embargo esto está relacionado con su falta de conocimiento de la norma, mencionado en el párrafo anterior, no teniendo diferencias el género o la institución en que laboran, con respecto al grado de estudios únicamente hubo relación con respecto a la medicina familiar y general, además tampoco hubo relación si el personal había sufrido o no de violencia.

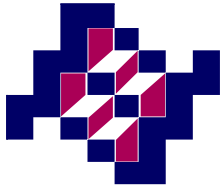


Los médicos a los cuales se les ha convocado a cursos de violencia tuvieron una calificación ligeramente mejor que los que no han sido convocados. Todo esto deja ver, que la falta de detección parece ser más un problema de conocimiento médico y de interés personal por el sector salud que la influencia de otros factores como son entidad, institución, género, etc. Lo que refuerza la necesidad de capacitar más y mejor al personal médico en relación a este tema.

Desde la perspectiva del médico como un individuo se encontró que éste también puede ser víctima de violencia intrafamiliar, ya que según la encuesta 10.8% de los médicos han sufrido violencia por parte de su pareja en algún momento, no hubo diferencias significativas en cuanto al sexo ya que ambos hombres y mujeres reportaron igualmente ser víctimas de violencia, en su mayoría de la psicológica, esto probablemente tenga relación con el conocimiento médico. En cuanto a su antecedente de violencia y la identificación de casos de violencia en su centro de salud, no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

Al analizar la situación individual del personal médico se pudiera entender que también un subregistro en la detección de la violencia familiar es debido a que ellos mismos están involucrados en situaciones de violencia doméstica, y la mayoría comparte los valores sociales que contribuyen a “tolerar” el problema o a concebirlo como algo privado, en lo que no se debe intervenir.

Con todo esto se hace evidente la importancia que tienen los servicios de salud en la detección y atención de la violencia contra la mujer. La violencia familiar no puede ni debe ser tratada por el médico desde el punto de vista meramente de la atención a la lesión física, se demostró que la capacidad del médico debe ir más allá de la mera detección o identificación, sino depende también de la actitud y de la sensibilidad del médico para manejar este problema. El sector Salud tiene una gran responsabilidad y un compromiso con la población que atienden, la atención a la mujer que sufre violencia es complicada, ya que en ella convergen conflictos personales, familiares, culturales, religiosos, políticos, etc., lo que genera un rezago en la atención desde el punto de vista social, educacional, pero sobre todo de calidad en la atención médica hacia estas pacientes.

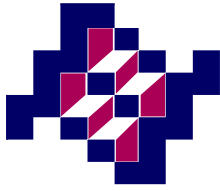


CONCLUSIONES

Con respecto a la violencia contra la mujer actualmente hay muchas asociaciones civiles, comisiones de gobierno, etc., que trabajan arduamente para la prevención y atención de la violencia contra la mujer. Desde el punto de vista de Salud, en México se cuenta con un marco regulatorio bien estructurado que tiene su cimiento desde la Ley General de Salud, la Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y la NOM 190-SSA1-1999 con su última modificación en el 2009, que señalan de una manera clara las facultades y obligaciones que tiene cada estrato dentro de todos los niveles de atención en el Sistema Nacional de Salud para la prevención, diagnóstico, manejo y rehabilitación de la violencia intrafamiliar tanto del violentado y violentador como de su familia, sin embargo en la práctica diaria a nivel de institutos de salud poco se hace, esto debido probablemente a que el sistema de salud no da seguimiento a sus proyectos de manejo y atención a la violencia, sobre todo en unidades médicas de primero y segundo nivel.

El médico aún cuando es sensible ante este problema, no realiza acciones por las causas que ya se comentaron, lo que dificulta el manejo y la atención a estas mujeres. Por otra parte, las instalaciones médicas y los tiempos de atención no favorecen el brindar una calidad de atención a estas mujeres. Es raro encontrar en clínicas de primer nivel módulos que se dediquen a la atención, orientación y difusión a mujeres que sufren violencia intrafamiliar. Será necesario crear módulos multidisciplinarios donde se pueda dar una atención a estas mujeres, garantizando su integridad y confidencialidad, que este abierto durante toda la jornada laboral de la unidad médica, estando en vinculación con asociaciones civiles y en caso de que se requiriera con el Ministerio Público.

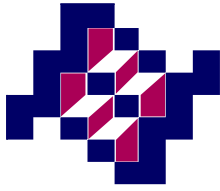
Es necesario promover entre los médicos de primer y segundo nivel de atención el tema de violencia familiar desde la perspectiva regulatoria hasta la meramente médica, el médico debe conocer sus obligaciones ante la ley ya que eso no lo exime de responsabilidades legales, por otra parte debe conocer la normatividad y los programas o procedimientos que existan en su institución para manejar la violencia familiar en la mujer.



El médico de primer nivel de atención, específicamente el médico familiar debe contar con una preparación especializada para detectar cuestiones de violencia, ya que él tiene la capacidad de tratar al individuo durante toda su vida, debe darle el seguimiento y el apoyo u orientación y en su caso terapia a la familia cuando lo considere necesario, por lo que dentro del programa de especialización en Medicina Familiar debe integrarse la violencia Intrafamiliar como objetivo del programa, además de que se promueva la investigación desde este ámbito en las unidades de primero y segundo nivel, que como ya se menciono es una obligatoriedad legal.

El médico debe no sólo estar bien capacitado para la atención médica institucional de la paciente víctima de violencia sino también debe ser sensibilizado ante la importancia de la detección de la violencia para así prevenir complicaciones. Es un compromiso a todos los niveles de salud, en diversas áreas ya se está trabajando arduamente y se han logrado valiosos objetivos, sin embargo la atención médica que debería ser un pilar en la atención integral de la mujer víctima de violencia, está siendo rezagada y se está minimizando la importancia que tiene el médico en la atención preventiva, curativa y rehabilitatoria de la violencia.

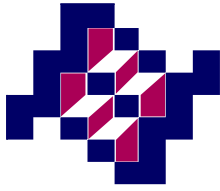
La violencia intrafamiliar es un problema de salud de magnitud similar a una enfermedad crónica degenerativa como podría ser la Diabetes Mellitus o la obesidad, ya que presenta consecuencias a largo plazo que afectan la calidad de vida e integridad física del paciente. Es necesario que las autoridades institucionales diseñen programas similares a los correspondientes a enfermedades crónico degenerativas, desde el primer nivel de atención; que el personal que ahí labora tenga una capacitación constante y una evaluación periódica de los conocimientos, que el área de epidemiología entregue reportes mensuales de detección y seguimiento de las personas que sufren violencia y que haya una adecuada vinculación con los diversos organismos gubernamentales y privados que están involucrados en la atención a la mujer víctima de la violencia intrafamiliar.



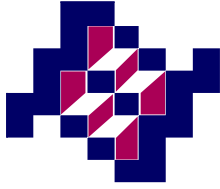
RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que surgieron al realizar este estudio son.

1. Capacitar más a los médicos en el manejo de la violencia contra la mujer, de igual manera que se les capacita para temas netamente clínicos
2. Hacer grupos interdisciplinarios (médico, trabajo social, enfermería, psicólogo y/o terapeuta familiar) dentro de las unidades médicas que brinden apoyo a los médicos que detectan a mujeres con violencia y que a éstas las apoyen, y orienten hacia las acciones que deben llevar a cabo para detener la violencia
3. Formar dentro de unidades médicas de primero y segundo nivel Módulos de Atención a víctimas de Violencia.
4. Dar seguimiento a la capacitación del manejo de la NOM-190-SSA1-1999 (actualmente NOM-046-SSA2-2005) y al Modelo Integrado para la prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual
5. Hay difusión de la denuncia ante la violencia intrafamiliar en mucho medios de comunicación, sin embargo cuando la paciente acude atención médica por consecuencias de la violencia, no se sabe manejar, por lo que es necesario que también en estos medios se resalte la importancia que juega el sistema de salud para ayudar a prevenir, diagnosticar y atender la violencia intrafamiliar.
6. Integrar dentro del programa especialización para medicina familiar el tema de violencia Intrafamiliar ya que son los médicos del primer nivel de atención los facultados para la prevención, atención y manejo de la violencia intrafamiliar, y son quienes pueden y deben atender, manejar y referir a la paciente y su familia que está sufriendo algún tipo de violencia.
7. Realizar dentro de las unidades médicas de primero y segundo nivel algoritmos de atención que estén en lugares visibles para la atención de casos de violencia para que el médico se familiarice con la detección y manejo de violencia.
8. Las Instituciones de salud deben garantizar también las condiciones estructurales y de organización que le faciliten al médico y su equipo abordar a la paciente con problemas de violencia.

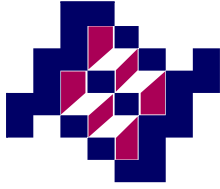


9. En la Norma oficial Mexicana, existen ya las disposiciones y la manera en como el personal de salud debe abordar a un paciente que sufre violencia, sin embargo se recomienda que se garantice, se vigile y se de seguimiento a esta Norma, ya que aún cuando está vigente, no hay seguimiento ni se verifica que se lleve a cabo y se conozca en las unidades de primero, segundo nivel o en lugares donde se atiende la violencia intrafamiliar
10. La Secretaría de Salud junto con cada institución pública debe seguir las recomendaciones de la OMS4 para crear, aplicar y supervisar un plan de acción nacional para prevenir la violencia, con presupuestos para todos los niveles de atención.
11. Además del equipo interdisciplinario dentro de los niveles de atención se deben crear apoyos o equipos interdisciplinarios con las diversas Secretarías que en apego a la Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia tienen facultades y obligaciones en el manejo de la violencia para que el manejo de las mujeres con violencia sea más eficaz.
12. Fomentar la investigación clínica de la violencia en la mujer tanto desde la prevención hasta su rehabilitación, mediante concursos o Congresos respecto al tema de violencia con el fin de conocer más sobre el manejo, prevalencia, factores de riesgo y atención en los institutos de salud.
13. Promover en las instituciones de educación superior en las licenciaturas del área de la salud, enseñanza de este importante tema.



Anexo

1



SECRETARIA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR PARTE DE SU PAREJA: OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD (*PERSONAL MÉDICO*)

IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA

FOLIO:

[][][][][][][]

ENTIDAD: _____ [][]

MUNICIPIO: _____ [][]

NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: _____

CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: [][][][][][][][][][][][]

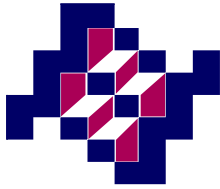
COMUNIDAD:

URBANA.....(1)

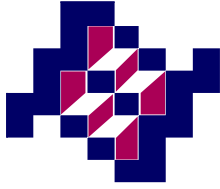
RURAL.....(2)

ZONA INDÍGENA.....(3)

INSTITUCIÓN: SSA.....(1) IMSS.....(2) ISSSTE.....(3)

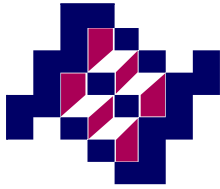


NOMBRE Y CLAVE DEL ENTREVISTADOR _____ [][]	
HORA DE INICIO [][]:[][]	HORA DE TÉRMINO: [][]:[][]
FECHA (dd /mm/ aa) [][]/[][]/[][]	
RESULTADO DE LA ENTREVISTA	1. ENTREVISTA COMPLETA 2. ENTREVISTA INCOMPLETA 3. SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN [] 4. OTRO _____ (especifique)

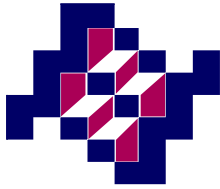


- ✓ El objetivo de la presente encuesta es conocer la opinión del personal de salud respecto a la identificación y atención que se proporciona a las mujeres maltratadas por sus parejas en los servicios de salud.
- ✓ Las respuestas que usted nos proporcione no serán catalogadas como correctas o incorrectas; ya que sólo nos interesa saber cuál es su punto de vista respecto a este problema.
- ✓ Es de suma importancia que usted conteste con sinceridad, ya que su opinión será útil para mejorar la atención que se brinda a las mujeres víctimas de violencia.
- ✓ La información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial y empleada con fines estadísticos exclusivamente.
- ✓ En ningún caso las autoridades de su Institución tendrán acceso a sus respuestas individuales, esto quiere decir que no pueden ser identificados personalmente.

Este cuestionario no está dirigido para evaluar el desempeño de la persona que lo conteste, si no para conocer el avance y esfuerzo institucional en la atención de problemas en violencia familiar y sexual.

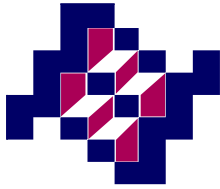


SECCIÓN I. IDENTIFICACIÓN		
1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? Años	[][]	[][]
2. Sexo	Masculino..... 1 2 Femenino.....	[]
3. ¿Cuál es su estado civil?	Soltero/a..... 1 2 Casado/a..... 3 4 Unión libre..... 5 6 Divorciado/a..... Viudo/a..... Separado/a.....	[]
4. ¿Qué categoría o puesto ocupa en esta Institución?	Médico 1 Interno..... 2 3 Médico 4 Pasante..... 5 6 Médico 7 Residente..... 8 Médico General..... Médico Familiar..... Médico Especialista..... Jefe de servicio..... Otra	[]

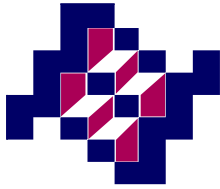


	Especifique	
5. ¿En qué año terminó estos estudios?	[][] [][][][] Año Todavía estoy estudiando.....88 88	[][] [][]]
6. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	Estudiante o pasante de 1 licenciatura..... 2 .. Licenciatura..... 3 4 Especialización _____ 5 _____ 6 Especifique Maestría _____ _____ Especifique Doctorado _____ _____ Especifique Estudiante o pasante de especialidad.....	[]
7. ¿En qué servicio trabaja usted en esta Institución?	Consulta 1 externa..... 2 Urgencias.....	[]
8. ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en los servicios de salud?	Uno o más años. Por favor, especifique: [][] Número de años Menos de un año anote99	[][]]

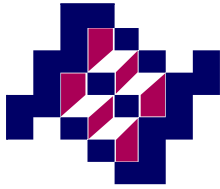
SECCIÓN II. CONOCIMIENTO SOBRE VIOLENCIA



9. ¿En la Institución donde ha trabajado en los últimos tres años lo(a) han convocado a algún curso sobre violencia familiar, violencia doméstica o violencia contra las mujeres?	Sí..... ☐ 1 No..... ☐ 2	→ p.p.11 ☐
10. ¿Cuál(es) considera que es(son) las razón(es) por las que la Institución donde labora no lo(a) ha convocado? Puede marcar más de una opción	No hay cursos de este tema en la Institución..... ☐ 1 No parece ser un tema de interés para la Institución..... ☐ 2 No es de mi interés..... ☐ 3 Otra causa..... ☐ 4 Especifique	→ p.p.15 ☐ ☐ ☐
11. ¿En cuántas ocasiones?	Número de ocasiones No recuerdo..... ☐ 98	☐
12. ¿Cuántos de estos cursos tomó?	Número de cursos No recuerdo..... ☐ 98	☐
13. En las ocasiones que no tomó el curso, ¿Cuál fue el principal motivo por el que no tomó el curso?	No lo considera importante..... ☐ 1 No hay problemas de violencia hacia los usuarios de la unidad médica..... ☐ 2 .. ☐ 3 No tuvo tiempo..... ☐ 4 ☐ 5 No quiso tomar el curso..... ☐ 6 Otra causa..... Especifique Ha tomado todos los cursos en los que ha sido invitado.....	☐
14. ¿Cree Usted que le fue(ron) útil(es) este (estos) curso(s)?	Sí..... ☐ 1 No..... ☐ 2	☐

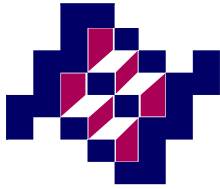


15. Con lo que Usted sabe ¿Cuál es el porcentaje aproximado de mujeres mexicanas que sufren violencia por parte de su pareja?	Menor del 10%..... 10- 30%..... 1 40%..... 2 3 50%..... 4 5 Mayor del 50%..... 9 No lo sé.....	[]		
16. En su opinión ¿el maltrato a mujeres por parte de su pareja ocurre en familias de nivel socioeconómico...	bajo?..... (1) Sí No No lo (1) (2) sé alto?..... (1) (2) (9) (9) medio?..... (9)	[] [] [] [] []		
17. De las siguientes actividades, ¿Cuáles son obligatorias para los prestadores de servicio, de acuerdo con la NOM 190 en el caso de una mujer adulta maltratada? Puede marcar más de una opción	a) Identificar casos de violencia familiar..... b) Denunciar ante las autoridades..... 1 c) Registrar el evento en el expediente clínico..... 2 d) a y 3 b..... 4 e) 5 Todos..... 9 No lo sé.....	[] [] []		
18. ¿La obligación de dar aviso al Ministerio Público de los casos de violencia es responsabilidad de ...	a) el médico tratante?..... b) el área de asuntos jurídicos?..... .. 1 c) la trabajadora social?..... 2 3 4 d) la institución de salud?..... 5 e) ninguno de los anteriores?.....	[]		

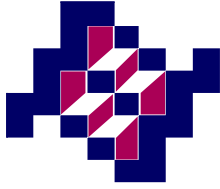


19. ¿La NOM 190 es de aplicación obligatoria para...	a) la Secretaría de Salud?.....	
		
	b) las instituciones públicas de atención a la salud?.....	1
	c) todas la personas?.....	2
		3
	d) los prestadores de servicios de salud ya sean públicos, privados o de carácter social?.....	4
e) para los médicos?.....	5	
		[]

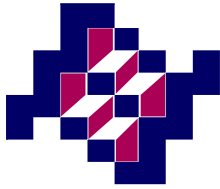
20. Según lo previsto en la NOM 90, ¿en cuál de los siguientes casos aplica?		Sí	No	No lo sé	
	a) Abuso sexual de un menor por un vecino	(1)	(2)	(9)	[]
	b) Riña entre cuñados en un salón de fiestas	(1)	(2)	(9)	[]
	c) Insultos o humillaciones a la esposa.....	(1)	(2)	(9)	[]
	d) Golpes a un menor por su progenitor(a) en la calle.....	(1)	(2)	(9)	[]
	e) Robo con violencia en el domicilio de la víctima.....	(1)	(2)	(9)	[]
21. En los últimos tres años, ¿ha identificado algún caso de violencia familiar?	Sí			1*	[] p.p.28
No.....			2		
22. ¿Hace cuánto tiempo identificó el último caso?	[] [] Meses Años				[] [] Meses Años
23. ¿Se trataba de una persona de sexo ...	Masculino?.....			1	[]
	Femenino?.....			2	
24. ¿Qué edad tenía esta persona?	[] [] Años				[] []
	98 años o más			98	
	No lo sé.....			99	



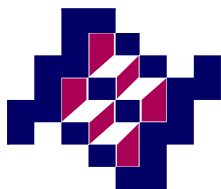
25. ¿Se trataba de un caso de ...	a) violencia de pareja?..... 1 2 b) maltrato a menores de 18 años?..... 3 4 c) maltrato a un adulto mayor?..... 5 6 d) maltrato entre familiares o adultos que no son pareja?..... e) maltrato a una persona con alguna discapacidad?..... f) No recuerdo.....	[]																																										
26. ¿Cuál de los siguientes tipos de violencia presentaba?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th>No recuerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Psicológica.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>b) Física.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>c) Sexual.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>d) Abandono.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>f) Económica.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>(9)</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No recuerdo	a) Psicológica.....	(1)	(2)	(9)	b) Física.....	(1)	(2)	(9)	c) Sexual.....	(1)	(2)	(9)	d) Abandono.....	(1)	(2)	(9)	f) Económica.....	(1)	(2)	(9)	[] [] [] []																		
	Sí	No	No recuerdo																																									
a) Psicológica.....	(1)	(2)	(9)																																									
b) Física.....	(1)	(2)	(9)																																									
c) Sexual.....	(1)	(2)	(9)																																									
d) Abandono.....	(1)	(2)	(9)																																									
f) Económica.....	(1)	(2)	(9)																																									
27. ¿Qué acciones tomó para la atención de este caso? Si la respuesta de las opciones de la A ha la K contestó NO entonces debe aplicar el inciso L y M, pero si al menos una de las respuestas de la A ha la K dice que SI entonces no efectuar el inciso L y M	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Atendió las lesiones</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>b) Dio aviso al ministerio público.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>c) Denuncio el caso ante el ministerio público.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>d) Registró del evento en el expediente clínico</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>e) Dio intervención psicológica en crisis.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>f) Le aconsejó que mejorara sus relaciones familiares.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>g) Le explicó cuáles son sus derechos</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>h) Le envió a un servicio especializado de su misma institución.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>i) Le envió a otra institución para su atención</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>j) Hizo la evaluación del riesgo.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>k) Le ayudó a elaborar su plan de seguridad.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>l) No supo qué hacer.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>m) Optó por ignorar el asunto</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a) Atendió las lesiones	(1)	(2)	b) Dio aviso al ministerio público.....	(1)	(2)	c) Denuncio el caso ante el ministerio público.....	(1)	(2)	d) Registró del evento en el expediente clínico	(1)	(2)	e) Dio intervención psicológica en crisis.....	(1)	(2)	f) Le aconsejó que mejorara sus relaciones familiares.....	(1)	(2)	g) Le explicó cuáles son sus derechos	(1)	(2)	h) Le envió a un servicio especializado de su misma institución.....	(1)	(2)	i) Le envió a otra institución para su atención	(1)	(2)	j) Hizo la evaluación del riesgo.....	(1)	(2)	k) Le ayudó a elaborar su plan de seguridad.....	(1)	(2)	l) No supo qué hacer.....	(1)	(2)	m) Optó por ignorar el asunto	(1)	(2)	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
	Sí	No																																										
a) Atendió las lesiones	(1)	(2)																																										
b) Dio aviso al ministerio público.....	(1)	(2)																																										
c) Denuncio el caso ante el ministerio público.....	(1)	(2)																																										
d) Registró del evento en el expediente clínico	(1)	(2)																																										
e) Dio intervención psicológica en crisis.....	(1)	(2)																																										
f) Le aconsejó que mejorara sus relaciones familiares.....	(1)	(2)																																										
g) Le explicó cuáles son sus derechos	(1)	(2)																																										
h) Le envió a un servicio especializado de su misma institución.....	(1)	(2)																																										
i) Le envió a otra institución para su atención	(1)	(2)																																										
j) Hizo la evaluación del riesgo.....	(1)	(2)																																										
k) Le ayudó a elaborar su plan de seguridad.....	(1)	(2)																																										
l) No supo qué hacer.....	(1)	(2)																																										
m) Optó por ignorar el asunto	(1)	(2)																																										



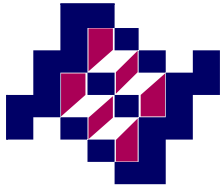
28. De las siguientes explicaciones ¿Cuáles considera Usted que son las causas más importantes que originan que un hombre violento a una mujer dentro de su relación de pareja? Anotar por número de importancia colocando el número 1 al factor más importante hasta el 8 considerando el menos importante	La diferencia de oportunidades entre hombres y mujeres.... ☐ Nivel socioeconómico bajo, falta de empleo..... ☐ Factores biológicos, por la naturaleza violenta de los hombres..... ☐ Haber presenciado durante la infancia situaciones de violencia..... ☐ Falta de educación..... ☐ La diferencia de poder entre hombres y mujeres en la relación de pareja..... ☐ Factores psicológicos: personalidad violenta en el hombre y masoquismo en la mujer..... ☐ Otra _____ Especifique	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
29. En la Institución donde labora, ¿existen protocolos o procedimientos explícitos para el manejo de casos de violencia familiar?	Sí ☐ No..... ☐ No lo sé..... ☐	p.p.31
30. ¿A qué institución puede usted referir a las personas que identifica que viven en situación de violencia familiar? Puede marcar más de una opción	a) A ninguna..... 1 b) No hay en la localidad..... 2 c) Servicios especializados de la misma institución..... 3 d) Servicios especializados de otra institución pública especializada..... 4 e) DIF..... 5 f) Instituto de la Mujer..... 6 g) ONG..... 7 h) Centro especializados del sector de procuración de justicia (CAVis o CEPAVIs)..... 8 i) No lo sé..... 9	☐
31. ¿En su entidad federativa, la violencia familiar es un delito?	Sí ☐ No..... ☐ No lo sé..... ☐	☐
32a. ¿Considera usted, que existe algún factor institucional que lo limite para detectar los casos de mujeres maltratadas?	Sí ☐ No..... ☐	p.p.33a



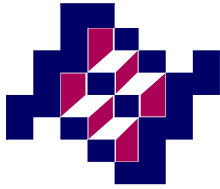
32. ¿Qué factores Institucionales considera que lo obstaculizan a Usted para detectar los casos de mujeres maltratadas por su pareja? Escriba, colocando el número 1 al factor que usted considere más importante hasta el 8 considerando el de menos importancia	Falta de privacidad en la consulta, problemas de espacio..... ☐ No hay protocolos de detección o para el manejo de casos..... ☐ Falta de políticas institucionales que legitimen la participación del personal de salud en estos casos..... ☐ Falta de apoyo de las autoridades del centro de salud / Hospital..... ☐ No se considera la violencia un problema de salud importante..... ☐ Falta de tiempo en la consulta..... ☐ Saturación de los servicios de salud..... ☐ Otra..... ☐ Especifique	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
33a. ¿Considera que existe alguna razón personal que lo límite para detectar los casos de mujeres maltratadas?	Sí 1 No..... 2	☐ p.p.34



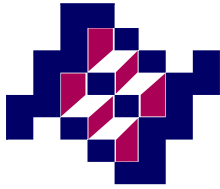
33. ¿Y cuáles serían los factores personales que lo obstaculizan a Usted para detectar los casos de mujeres maltratadas por su pareja? Escriba, colocando el número 1 al factor que usted considere más importante hasta el número 7 considerando el de menos importancia	Desinterés del personal de salud por estos casos..... ☐ Considerar que la violencia en la familia es un problema privado..... ☐ Considerar que la violencia no le compete al sector salud ☐ Es incómodo intentar identificar y tratar este tipo de problemas..... ☐ Temor a comprometerse en acciones de denuncia judicial..... ☐ Temor a ocasionar posibles represalias por parte del agresor ☐ Otro ☐ Especifique	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																					
34. ¿Usted realiza preguntas específicas para identificar casos de violencia ...	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) si hay marcas o indicios de golpes?.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) a toda o todo usuario(a)?</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>c) si el o la usuaria muestra signos de ansiedad o depresión?.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>..</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>d) ante la demanda reiterada de atención con síntomas vagos?.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>e) ante la amenaza de aborto o parto prematuro?.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a) si hay marcas o indicios de golpes?.....			b) a toda o todo usuario(a)?	(1)	(2)	c) si el o la usuaria muestra signos de ansiedad o depresión?.....	(1)	(2)	..	(1)	(2)	d) ante la demanda reiterada de atención con síntomas vagos?.....	(1)	(2)	e) ante la amenaza de aborto o parto prematuro?.....	(1)	(2)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Sí	No																					
a) si hay marcas o indicios de golpes?.....																							
b) a toda o todo usuario(a)?	(1)	(2)																					
c) si el o la usuaria muestra signos de ansiedad o depresión?.....	(1)	(2)																					
..	(1)	(2)																					
d) ante la demanda reiterada de atención con síntomas vagos?.....	(1)	(2)																					
e) ante la amenaza de aborto o parto prematuro?.....	(1)	(2)																					
35. En su opinión, ¿Qué probabilidad hay de que una mujer se embarace producto de una violación?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>a) 25 %.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>b) 10 %.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) 5 %.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>d) 1 %.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>e) 0.5 %.....</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>f) No sé.....</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td>g) Más del 25 %.....</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> </tbody> </table>	a) 25 %.....	1	b) 10 %.....	2	c) 5 %.....	3	d) 1 %.....	4	e) 0.5 %.....	5	f) No sé.....	6	g) Más del 25 %.....	7	☐							
a) 25 %.....	1																						
b) 10 %.....	2																						
c) 5 %.....	3																						
d) 1 %.....	4																						
e) 0.5 %.....	5																						
f) No sé.....	6																						
g) Más del 25 %.....	7																						
36. ¿Qué tan de acuerdo está Usted?, En que una mujer embarazada producto de una violación tenga derecho a practicarse un aborto.	<table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>Totalmente de acuerdo.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>De acuerdo.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Indeciso.....</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>En desacuerdo.....</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Totalmente en desacuerdo</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	Totalmente de acuerdo.....	1	De acuerdo.....	2	Indeciso.....	3	En desacuerdo.....	4	Totalmente en desacuerdo	5	☐											
Totalmente de acuerdo.....	1																						
De acuerdo.....	2																						
Indeciso.....	3																						
En desacuerdo.....	4																						
Totalmente en desacuerdo	5																						
37. ¿Según la ley, el sexo forzado dentro de la relación de pareja/matrimonio ...	forma parte de las obligaciones o del rol como pareja?..... 1 constituye una violación?..... 2 Otra 3 Especifique	☐																					
38. ¿En su entidad la ley permite que una mujer embarazada producto de una violación se practique un aborto?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>Sí.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>No lo sé.....</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>	Sí.....	1	No.....	2	No lo sé.....	9	☐															
Sí.....	1																						
No.....	2																						
No lo sé.....	9																						



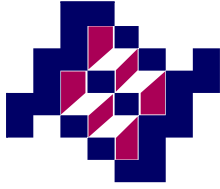
39. Con lo que Usted sabe, ¿qué condiciones / trámites se requieren para que una mujer pueda realizarse un aborto legal en su entidad? Puede marcar más de una opción	Que la mujer sea mayor de edad..... 1 Que el comité de ética lo autorice..... 2 Que exista la autorización del ministerio público..... 3 Que la mujer tenga menos de 3 meses de embarazo..... 4 Todas las anteriores..... 5 No lo sé 6	☐ ☐ ☐ ☐																																				
40. En los últimos tres años, ¿Ha atendido a alguna persona violada en esta unidad de salud?	Sí..... 1 No..... 2 No desea contestar..... 9	p.p.45 ☐																																				
41. ¿Hace cuánto tiempo la atendió?	Meses Años Menos de un mes.....98 No lo sé.....55	Meses Años																																				
42. ¿Se trataba de una persona de sexo ...	Masculino?..... 1 Femenino?..... 2	☐																																				
Filtro: Si la respuesta en la pregunta 42 es Masculino debe realizar la pregunta 43 pero en la 44 no pase por el inciso f, continúe con los incisos “g, h, i, j, y k” o si la respuesta fue 1 en AL MENOS UNO de los incisos de la “a” ha la “j” (en cualquiera de ellos), entonces no pase por k																																						
43. Aproximadamente, ¿Qué edad tenía esta persona?	Años 98 años o más98 No lo sé.....99																																					
44. ¿Qué acciones tomó para la atención de este caso?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Dio aviso al ministerio público.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>b) Interrogó a la víctima para cerciorarse de la veracidad de lo que afirmaba.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>c) Realizó un examen médico.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>d) Registró el diagnóstico y los hallazgos en el expediente clínico.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>e) Le recetó medicamentos para evitar infecciones de transmisión sexual.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>f) Prescribió hormonales para evitar el embarazo (anticoncepción de emergencia).....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>g) Le explicó cuales son sus derechos.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>h) denunció el caso ante el ministerio público.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>i) Lo(a) envió a otra institución para su atención ...</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>j) Lo(a) envió a servicios especializados de su misma institución</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>k) No supo que hacer.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a) Dio aviso al ministerio público.....	(1)	(2)	b) Interrogó a la víctima para cerciorarse de la veracidad de lo que afirmaba.....	(1)	(2)	c) Realizó un examen médico.....	(1)	(2)	d) Registró el diagnóstico y los hallazgos en el expediente clínico.....	(1)	(2)	e) Le recetó medicamentos para evitar infecciones de transmisión sexual.....	(1)	(2)	f) Prescribió hormonales para evitar el embarazo (anticoncepción de emergencia).....	(1)	(2)	g) Le explicó cuales son sus derechos.....	(1)	(2)	h) denunció el caso ante el ministerio público.....	(1)	(2)	i) Lo(a) envió a otra institución para su atención ...	(1)	(2)	j) Lo(a) envió a servicios especializados de su misma institución	(1)	(2)	k) No supo que hacer.....	(1)	(2)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Sí	No																																				
a) Dio aviso al ministerio público.....	(1)	(2)																																				
b) Interrogó a la víctima para cerciorarse de la veracidad de lo que afirmaba.....	(1)	(2)																																				
c) Realizó un examen médico.....	(1)	(2)																																				
d) Registró el diagnóstico y los hallazgos en el expediente clínico.....	(1)	(2)																																				
e) Le recetó medicamentos para evitar infecciones de transmisión sexual.....	(1)	(2)																																				
f) Prescribió hormonales para evitar el embarazo (anticoncepción de emergencia).....	(1)	(2)																																				
g) Le explicó cuales son sus derechos.....	(1)	(2)																																				
h) denunció el caso ante el ministerio público.....	(1)	(2)																																				
i) Lo(a) envió a otra institución para su atención ...	(1)	(2)																																				
j) Lo(a) envió a servicios especializados de su misma institución	(1)	(2)																																				
k) No supo que hacer.....	(1)	(2)																																				
45. ¿Hasta cuántos días máximo es efectiva la anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo después de un contacto sexual no protegido (violación)?	a) 2 días..... 1 b) De 3 a 5 días..... 2 c) Al día siguiente..... 3 d) 1 semana..... 4 e) No sabe..... 5	☐																																				



46. ¿Usted ha recibido formación, actualización en técnicas para realizar interrupción de embarazo? Puede marcar más de una opción	a) Sí en la escuela, facultad..... 1 b) Sí en la especialidad..... 2 c) Sí en mi trabajo..... 3 d) Sí por mi cuenta (cursos, talleres)..... 4 e) No, nunca..... 5	☐ ☐ ☐ ☐																								
47. ¿En cuál de las siguientes técnicas se ha capacitado?	a) Farmacológica..... 1 b) Legrado uterino instrumental..... 2 c) Aspiración manual..... 3 d) Todas las anteriores..... 4 e) b y c 5 h) a y b 7 f) Ninguna..... 6	☐																								
48. ¿Si una mujer embarazada producto de una violación se presenta a una institución de salud con la autorización del ministerio público para interrumpir el embarazo ...	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">No Sé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) se somete el caso al jurídico para su evaluación?.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>b) se realiza la interrupción sólo con la autorización del director y el comité de ética?.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>c) se evalúa el caso de acuerdo con las políticas institucionales?.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>d) la institución tiene la obligación de realizar el procedimiento a la brevedad posible?.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> <tr> <td>e) el director puede excusarse por objeción de conciencia?.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	No Sé	a) se somete el caso al jurídico para su evaluación?.....	(1)	(2)	(9)	b) se realiza la interrupción sólo con la autorización del director y el comité de ética?.....	(1)	(2)	(9)	c) se evalúa el caso de acuerdo con las políticas institucionales?.....	(1)	(2)	(9)	d) la institución tiene la obligación de realizar el procedimiento a la brevedad posible?.....	(1)	(2)	(9)	e) el director puede excusarse por objeción de conciencia?.....	(1)	(2)	(9)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	Sí	No	No Sé																							
a) se somete el caso al jurídico para su evaluación?.....	(1)	(2)	(9)																							
b) se realiza la interrupción sólo con la autorización del director y el comité de ética?.....	(1)	(2)	(9)																							
c) se evalúa el caso de acuerdo con las políticas institucionales?.....	(1)	(2)	(9)																							
d) la institución tiene la obligación de realizar el procedimiento a la brevedad posible?.....	(1)	(2)	(9)																							
e) el director puede excusarse por objeción de conciencia?.....	(1)	(2)	(9)																							
49. ¿En la institución donde trabaja se han realizado interrupciones legales de embarazo por violación?	Sí..... 1 No..... 2 No sé..... 9	☐																								
50. ¿Estaría Usted dispuesto (a) (después de una capacitación o actualización y suponiendo que la institución lo apoye y le proporcione el material y equipo necesarios) realizar un aborto a una mujer embarazada producto de una violación?	Total mente de acuerdo..... 1 De acuerdo..... 2 Indeciso..... 3 En desacuerdo..... 4 Totalmente en desacuerdo 5	☐																								
51. ¿Usted ha sido víctima de violencia por parte de su pareja?	Sí..... 1 No..... 2 Nunca ha tenido pareja 3	☐ p.p.53 ☐ p.p.55																								
52. ¿De qué tipo?	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sí</th> <th style="text-align: center;">No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Física.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>Psicológica.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>Sexual.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>Económica.....</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>Abandono</td> <td style="text-align: center;">(1)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	Física.....	(1)	(2)	Psicológica.....	(1)	(2)	Sexual.....	(1)	(2)	Económica.....	(1)	(2)	Abandono	(1)	(2)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐						
	Sí	No																								
Física.....	(1)	(2)																								
Psicológica.....	(1)	(2)																								
Sexual.....	(1)	(2)																								
Económica.....	(1)	(2)																								
Abandono	(1)	(2)																								
53. ¿Usted ha sido autor(a) de violencia hacia su pareja?	Sí..... 1 No..... 2	☐ p.p.55																								

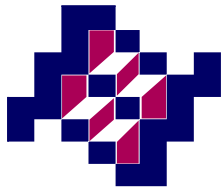


54. ¿De qué tipo?	<table border="0"> <tr> <td>Física.....</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psicológica.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Sexual.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Económica.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Abandono.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Física.....	Sí	No		Psicológica.....	(1)	(2)	☐	Sexual.....	(1)	(2)	☐	Económica.....	(1)	(2)	☐	Abandono.....	(1)	(2)	☐													
Física.....	Sí	No																																
Psicológica.....	(1)	(2)	☐																															
Sexual.....	(1)	(2)	☐																															
Económica.....	(1)	(2)	☐																															
Abandono.....	(1)	(2)	☐																															
55. ¿Usted ha padecido algún tipo de violencia en su infancia?	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> <td>→</td> <td>p.p.57</td> </tr> </table>	Sí.....	1			No.....	2	→	p.p.57	☐																								
Sí.....	1																																	
No.....	2	→	p.p.57																															
56. ¿De qué tipo?	<table border="0"> <tr> <td>Física.....</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Psicológica.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Sexual.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Económica.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Abandono.....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> </table>	Física.....	Sí	No		Psicológica.....	(1)	(2)	☐	Sexual.....	(1)	(2)	☐	Económica.....	(1)	(2)	☐	Abandono.....	(1)	(2)	☐													
Física.....	Sí	No																																
Psicológica.....	(1)	(2)	☐																															
Sexual.....	(1)	(2)	☐																															
Económica.....	(1)	(2)	☐																															
Abandono.....	(1)	(2)	☐																															
57. ¿Tiene familiares o amigos cercanos que hayan vivido o vivan actualmente en una relación de violencia?	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> <td>→</td> <td>p.p.59</td> </tr> </table>	Sí.....	1			No.....	2	→	p.p.59	☐																								
Sí.....	1																																	
No.....	2	→	p.p.59																															
58. ¿Quién(es)?	<table border="0"> <tr> <td>Padres.....</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td></td> </tr> <tr> <td>.</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Hermanos(as)</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Tíos(as).....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Primos(as).....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Amigos(as).....</td> <td>(1)</td> <td>(2)</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Especifique</td> </tr> </table>	Padres.....	Sí	No		.	(1)	(2)	☐	Hermanos(as)	(1)	(2)	☐	Tíos(as).....	(1)	(2)	☐	Primos(as).....	(1)	(2)	☐	Amigos(as).....	(1)	(2)	☐	Otro _____				Especifique				
Padres.....	Sí	No																																
.	(1)	(2)	☐																															
Hermanos(as)	(1)	(2)	☐																															
Tíos(as).....	(1)	(2)	☐																															
Primos(as).....	(1)	(2)	☐																															
Amigos(as).....	(1)	(2)	☐																															
Otro _____																																		
Especifique																																		
59. ¿Conoce Usted la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, “Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención Médica de la Violencia Familiar”?	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> <td>→</td> <td>P.P. 61</td> </tr> </table>	Sí.....	1			No.....	2	→	P.P. 61	☐																								
Sí.....	1																																	
No.....	2	→	P.P. 61																															



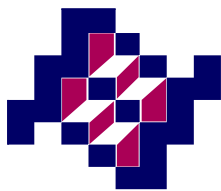
60. ¿Conoce bien el contenido de esta norma o sólo ha oído hablar de ella?	Conoce bien su contenido..... 1 Conoce parcialmente su contenido 3 Sólo ha oído hablar de ella..... 2	
61. ¿En la institución donde trabaja hay un programa de atención a la violencia familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sé..... 9	
62. ¿Existe en su unidad de salud el Manual Operativo para la prevención y atención de violencia familiar y sexual?	Sí..... 1 No..... 2 No sé..... 9	FIN DE LA ENTREVISTA
63. ¿Tiene acceso a este manual para consulta?	a) Sí 1 b) No, está en la oficina del director 2 c) No hay suficientes ejemplares..... 3 d) Está bajo llave 4 e) No se quién lo tiene..... 5 f) Lo perdió, lo prestó 6 g) Otro 7 Especifique	

Gracias por su participación. La información que usted nos ha proporcionado será utilizada para mejorar la atención en los servicios de salud que se ofrecen a las mujeres maltratadas por su pareja.

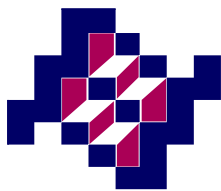


REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

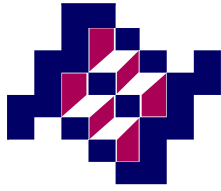
- ¹ Castro R, Riquer F. La investigación sobre la violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. En: Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 19(1):135-146, 2003.
- ² Falcon, MT. La violencia en casa. Editorial Paidós. 1ª edición, México, D.F. 2001
- ³ De keijzer, B. “El género y el proceso salud-enfermedad-atención.” Género y Salud 2003, Vol. 1, no.3:3-7.
- ⁴ OMS. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer .Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, consultado en:
[http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp?opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp?opendocument).
- ⁵ García-Moreno C. La Violencia contra la mujer; un problema de equidad de género. Buenos Aires 2001.
- ⁶ Ruiz I, Blanco P, Vives C. Violencia contra la mujer en la pareja: Determinantes y respuestas Socio sanitarias. Gac. Sanit. 2004; 18 (Supl 2):4-12.
- ⁷ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, DF: Diario oficial de la Federación, 8 de Marzo 2000.
- ⁸ Hiese L, Ellsberg M, Gottemoeller M.” Ending violence against women.” Population Reports, series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University Scholl of Public Health; 1999 (consultado el 12 de Agosto del 2006). Disponible en <http://www.genderhealth.org/search/>
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia. 2002.Ginebra
- ¹⁰ P Méndez, R Váldez, L Viniegra, L Rivera, J Salmerón. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del seguro Social, Morelos, México.
- ¹¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los Hogares, 2003.



- ¹² Rivera L, Allen B, Chávez R, Ávila L.” Abuso sexual y físico durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta.” Salud Pública de México 2006; Vol. 48 (supl 2):S268-S278.
- ¹³ Olaiz G, Franco A, Palma O, R Rojas, Valdez R, Herrera C. “Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México.” Salud Pública de México 2006; Vol. 48 (supl 2):S232-S238
- ¹⁴ N, Sugg, T INRI. Primary care physicians’ response to domestic violence. Openin Pandora’s box. JAMA, 1992. Vol. 267 (23).
- ¹⁵ M Fernández, S Herrero, F Buitrago, R Ciurana, L Chocron, J García et al. “Violencia de pareja: papel del médico de familia.” Atención Primaria 2003; 32 (7). 425-33.
- ¹⁶ T Vos, J Astbury, LS Piers, et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. Bulletin of the World Health Organization 2006; 84: 739-744.
- ¹⁷ Ramos-Lira L, Saltijeral MT, Romero- Mendoza M, Caballero-Gutierrez MA, Martínez-Vélez NA. Sexual Violence and related problems in women attending a health care center. Salud Pública de México, 2001 43(3):1-8.
- ¹⁸ S Sánchez, S Herrero, MD Rivas. “El médico de familia ante las agresiones sexuales.” Aten Prim, 2004; 34(8):437-441.
- ¹⁹ Raya-Ortega L, Plazota J, Brun S y cols. “La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica.” Aten Primaria 2004; 34(3):117-27.
- ²⁰ OPS/OMS. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario; 2002 (consultado el 15 de julio del 2008) Disponible en http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf
- ²¹ World Health Association. Gender and Mental Health. June 2002. (consultado 01/0906). Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>
- ²² Híjar, M; López MV y Blanco, J. “La violencia y sus repercusiones en la salud: reflexiones teóricas y magnitud del problema en México.” Salud Pública Méx., nov. /dic. 1997, Vol.39, no.6, p.565-572.
- ²³ Piédrola Gil, La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública en: Piédrola, Gil. Medicina preventiva y Salud Pública 10ª edición. Editorial Masson, Madrid España, 2001.pp: 9-11.



- ²⁴Taket A, Nurse J, et al. Routinely asking women about domestic violence in Health settings. *BMJ* 2003; 327, 673-676.
- ²⁵ Sugg N, Thompson R, Thompson D, Maiuro R, Rivera F. Domestic Violence and Primary care. Attitudes, Practices and Beliefs. *Arch Fam Med* 1999; vol 8; 301-306.
- ²⁶ Herrera C, Rajsbaum A, Agoff C, Franco A.” Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México.” *Salud Pública de México* 2006; 48 (supl 2): S259-267.
- ²⁷ Siendones CR, Perea ME, Arjona HL, Agüera UC, Rubio GA, Molina MM. “Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección.” En: *Emergencias, España*, 2002; 14:224-232.
- ²⁸ Agoff C, Rajsbaum A, Herrera C. “Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México.” *Salud Pública de México* 2006; Vol. 48 (supl 2):S307-14.
- ²⁹ Híjar-Medina M, Flores L, Valdez R, Blanco I, Atención Médica de lesiones intencionales provocadas por violencia Familiar. *Salud Pública de México* 2003; vol. 45(4): 2525-8.
- ³⁰ Jewkes. Preventing domestic violence. *BMJ* 2002; 324; 253-254.
- ³¹ Consultado en <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/index.htm>
- ³² Consultado en http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_37.htm#R19
- ³³ Ley de asistencia y prevención de la violencia intrafamiliar. México DF, Diario Oficial de la federación 1995.
- ³⁴ Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de febrero del 2007, última reforma publicada el 20 de enero del 2009
- ³⁵ NOM 190-SSA1-1999 “Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de Violencia Familiar”, última modificación 04 de abril del 2009: Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- ³⁶ Centro Nacional de equidad de género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar. Manual Operativo, 2ª edición, 2006, México D.F.



37 Rohifs I, Valls-Lobet C. Actuar contra la violencia de género: Un reto para la Salud Pública. *Gac Sanit* 2003; 17(4): 263-4

³⁸Dawis-Robin M. Fundamentos y técnicas de medición de las actitudes. México, DF. Editorial Limusa, 1983:29

³⁹Olaiz G, Franco A, Palma O, Echarri C, Valdez R, Herrera C. “Diseño Metodológico de la Encuesta Nacional contra las Mujeres en México.” *Salud Pública Méx* 2006; vol 48 (supl 2):S328-S335.

40 Valdez R, Hajar MC, Salgado NV, Rivera L, Ávila L, Rojas R. “Escala de Prevalencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas.” *Salud Pública Méx* 2006; vol 48 (supl 2):S221-S231.

⁴¹ Consultado en <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

⁴² Consultado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

⁴³ Jean Ramsay, Jo Richardson, Yvonne H Carter, Leslie L Davidson and Gene Feder. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ* 2002; 325; 314.

⁴⁴ C Herrera, C Agoff. “Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México.” *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2349-2357, nov, 2006

⁴⁵ F. Muñoz Cobos, M.L. Martín Carretero, D. Vivanco Escobar, F. Blanca Barba, T. Rodríguez Carrión y M. Ruíz Ramos. “Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada.” *Atención Primaria* Vol 28, Num 4 Septiembre 2001, pp. 241-248