



Instructions for authors, subscriptions and further details:

<http://generos.hipatiapress.com>

## **Violencia de pareja contra las mujeres en México: una mirada a la atención del sector salud desde una perspectiva interseccional**

Anahely Medrano<sup>1, 2</sup>

Martha Miranda<sup>2</sup>

Victor Manuel Figueras<sup>2</sup>

1) Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México

2) Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México

Date of publication: February 25<sup>th</sup>, 2017

Edition period: February – June 2017

---

**To cite this article:** Medrano, A., Miranda, M. & Figueras, V. M. (2017). Violencia de pareja contra las mujeres en México: una mirada a la atención del sector salud desde una perspectiva interseccional. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 6(1), 1231-1262. doi: 10.4471/generos.2017.2131

**To link this article:** <http://dx.doi.org/10.4471/generos.2017.2131>

---

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE

The terms and conditions of use are related to the Open Journal System and to [Creative Commons Attribution License](#) (CC-BY).

# **Partner violence against women in México: a look at the attention of the health sector from an intersectional perspective**

Anahely Medrano  
*CONACyT-BUAP*

Martha Miranda  
*BUAP*

Victor Manuel Figueras  
*BUAP*

## **Abstract**

---

In Mexico, violence against women is a social pandemic. Most of this violence is generated in the home, usually at the hands of their partners. The range of actions that the government, and society in general, can implement to attend this problem is ample; particularly the health sector performance in this work is crucial. Given the persistence of this problem, the analysis of how the health sector has responded to it is essential for designing more effective public policies. The aim of this paper is to analyze the differences in the public health response to women victims of violence in Mexico, from an intersectional perspective. To do this, this quantitative analysis is based on data ENDIREH 2011. The results show that serious problems of attention to battered women in the health sector persist. These problems are widespread among different groups of women; no substantial differences prevail among indigenous women or those living in poverty. These results warn of implications of the health sector deficiencies on the wellbeing of women affected by domestic violence.

---

**Keywords:** partner violence, intersectionality, poverty, health sector

# **Violencia de pareja contra las mujeres en México: una mirada a la atención del sector salud desde una perspectiva interseccional**

Anahely Medrano  
*CONACyT-BUAP*

Martha Miranda  
*BUAP*

Victor Manuel Figueras  
*BUAP*

## **Resumen**

---

En México, la violencia contra las mujeres es una pandemia social. La mayor parte de esta violencia se genera en el ámbito doméstico, comúnmente a manos de sus parejas. El abanico de acciones que el gobierno, y la sociedad en general, pueden poner en práctica para atender este problema es amplio; particularmente, el desempeño del sector salud en esta labor es fundamental. Ante la persistencia de este problema, el análisis de la forma en que el sector salud ha respondido al mismo resulta indispensable para diseñar políticas públicas más efectivas. El objetivo de este trabajo es analizar las diferencias en el trato que reciben las mujeres víctimas de violencia en diferentes entidades del sector salud en México, desde una perspectiva interseccional. Para ello, se realiza análisis cuantitativo con base en los datos de ENDIREH 2011. Los resultados muestran que persisten serios problemas de atención a mujeres violentadas en el sector salud. Estos problemas son generalizados entre distintos grupos de mujeres; no hay diferencias sustanciales entre las que están en condición de pobreza o son indígenas. Estos resultados advierten sobre las implicaciones de las deficiencias registradas por parte de las instituciones públicas para el bienestar de mujeres que sufren violencia.

---

**Palabras clave:** violencia de pareja íntima, interseccionalidad, pobreza, sector salud



Las distintas violencias que padecen las mujeres se han clasificado a partir de varios criterios, que incluyen desde el tipo de violencia perpetrado (por ejemplo, física, sexual o emocional, entre otras) hasta el ámbito o espacio donde se desarrolla la violencia (por ejemplo, ámbito doméstico o familia). Más allá de las clasificaciones, la violencia contra mujeres, en diferentes manifestaciones, se reconoce como un problema multidimensional y multifactorial, el cual está profundamente enraizado en las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, así como en los estereotipos de género y los valores culturales vinculados a las estructuras patriarcales (ONU, 2015). Debido a que las violencias contra mujeres están íntimamente vinculadas a la desigualdad de género, la "violencia de género" se ha convertido en un término aceptado internacionalmente para hacer referencia a la violencia física, sexual y psicológica contra las mujeres. Asimismo, la violencia de género representa un problema extendido que tiene efectos devastadores en la salud y el bienestar de mujeres (Goicolea et al., 2015; Valdez et al., 2006; Ruiz et al., 2004).

Este estudio se centra en la violencia contra las mujeres por parte de la pareja íntima (VPI) en México. Los hogares constituyen un escenario típico de violencia de género, siendo las mujeres y los menores de edad las víctimas frecuentes, mientras que los hombres son los principales perpetradores. Aunque la violencia doméstica comprende abusos de carácter psicológico, emocional, físico y sexual de un miembro del hogar sobre otro, la VPI sólo considera la violencia contra las mujeres perpetrada por sus respectivas parejas íntimas, quienes generalmente son hombres. En este estudio, se utilizará de manera indistinta violencia de pareja y violencia contra mujeres en ámbito doméstico (VPI), aun cuando el espacio físico en el que se desarrolla la violencia no se circunscribe al hogar en el que habitan los implicados en procesos de violencia familiar. Para efectos de este estudio, la VPI se define como "cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos los actos de agresión física, coacción sexual, abuso psicológico y comportamientos controladores" (Goicolea et al., 2015, p.2).

La violencia contra las mujeres a manos de sus parejas continúa siendo un problema crónico y endémico de salud pública en México. Según datos de la ENDIREH (2011), 56% de mujeres casadas o unidas reportaron haber padecido violencia en algún momento de su vida. Otro dato relevante alarmante es que el porcentaje de mujeres que fueron violentadas en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta y que no denunciaron dichas agresiones es de 88.9% (ENDIREH, 2011). Es decir, sólo 11 de cada 100 mujeres mexicanas denuncia la violencia que ha sufrido. La lista de factores que inhiben la denuncia ante autoridades por parte de mujeres violentadas es amplia. Aunque no es tema de este trabajo discutir estos factores, algunos de éstos se vinculan con el desempeño del sector salud en los procesos de atención y prevención de este grave problema social, como se discute más adelante.

De la misma forma en la que violencia contra las mujeres responde a múltiples factores, la respuesta esperada ante este problema por parte del gobierno –y de la sociedad en su conjunto— incluye una gama amplia de acciones encaminadas a la atención y prevención del mismo. Por varias causas, la respuesta del sector salud resulta particularmente estratégico para atender y prevenir apropiadamente la violencia contra mujeres. No obstante, en países en desarrollo, el involucramiento del sector salud para atender este problema ha sido generalmente lento o insuficiente (Ellsberg, et al. 2015). Por ello, entre otras razones, resulta indispensable conocer la dinámica y características de la respuesta del sector salud ante VPI. Este estudio se enfoca a un área de acción crucial en este tema: la atención que se brinda a mujeres en las distintas instancias que conforma el sector salud en México.

En particular, este análisis se centra en la atención que reciben las mujeres violentadas en el sector salud, y que implica una interacción directa entre ellas y el personal de las organizaciones de salud. Este estudio explora las percepciones de las propias usuarias de servicios de salud que han acudido a consecuencia de la violencia padecida en sus hogares, a cerca del trato que recibieron en dichos servicios. En particular, este estudio se enfoca en observar el cumplimiento de ciertas acciones que se consideran, según la normatividad, como parte de una respuesta apropiada y oportuna del sector salud ante la violencia contra las mujeres. Así, el objetivo de este estudio es observar la diferencia entre las respuestas de atención del sector

salud a la violencia contra las mujeres, por cada grupo incluido en el estudio. Esto, con la intención de observar, desde una perspectiva intersectorial, la calidad de servicios que brinda el sector salud a las mujeres que han padecido violencia por parte de su pareja en México.

Este documento se integra de tres apartados principales. En el primer apartado se discute de manera general la importancia de considerar un enfoque interseccional para estudiar la violencia contra mujeres. En el segundo apartado se ofrecen en breve panorama de las cifras de violencia contra mujeres en México. El tercer apartado incluye una descripción de los datos y metodología del estudio. En el cuarto apartado se incluyen los principales resultados del estudio. En la quinta parte, se discuten brevemente los resultados. Al final, se ofrecen comentarios breves a manera de conclusión.

### **Interseccionalidad y el estudio de la violencia contra las mujeres**

Al igual que otros tipos de violencia contra mujeres, la VPI es un problema multidimensional y multifactorial (ONU, 2015). La interseccionalidad ha ganado terreno como estrategia analítica para entender este problema. En general, la interseccionalidad se refiere a una visión crítica que considera que la clase social, género, etnia, nación, edad, entre otras categorías, “no operan como entidades unitarias que se excluyen mutuamente, sino como construcción recíproca de fenómenos” (Hill, 2015, p.3). Así, la interseccionalidad es una perspectiva para desempaquetar las causas y dimensiones de la opresión de las mujeres, que en la realidad operan de forma múltiple y simultánea (Muñoz, 2010). La incorporación de esta perspectiva de análisis de la VCM significa que el género no se estudia como una categoría aislada sino en conjunto con otras categorías, en particular las categorías de clase social y raza u origen étnico (Bent, 2004; Josephson, 2002; Burman y Chantler, 2005; Conwill, 2009). Por lo tanto, una perspectiva interseccional permite entender cómo los diferentes conjuntos de identidades de las personas impactan en el disfrute efectivo de sus derechos, lo que incluye el acceso a bienes y servicios sociales, tales como salud.

Desde una perspectiva intersectorial, de una manera similar en el que la experiencia de VPI difiere en las mujeres según la raza, etnia y clase social

(Koenig et al, 2003; Conwill, 2009; Sokoloff y Dupont, 2005; Pitt, 2008), las víctimas pueden obtener una respuesta diferente del sector salud sobre la misma base. En particular, los estudios sobre la intersección de las categorías socioeconómicas, raciales o étnicas y la respuesta del sector salud ante la violencia contra mujeres se han centrado en las disparidades en el acceso al cuidado de la salud, la calidad de ciertos servicios, tales como pruebas y procedimientos específicos (Cha y Masho, 2014, p.1420). Sin embargo, un área menos explorada en la literatura, desde un enfoque interseccional, es los servicios que implica interacción personal entre personal médico y mujeres violentadas, los cuales están relacionadas con otros aspectos de la atención que son claves para el tratamiento, prevención de la violencia que sufren las mujeres. Precisamente, este trabajo pretende contribuir al estudio de la respuesta del sector salud a la violencia contra mujeres, desde una visión interseccional.

En particular, este estudio pone atención a las categorías de estatus socioeconómico (situación de pobreza extrema) y etnicidad (pertenencia a un grupo indígena) en México. Dadas las condiciones sociodemográficas de este país, las categorías antes mencionadas son altamente relevantes para el análisis en tema que ocupa este trabajo. En 2014, según cifras oficiales, 46.2% de la población total vivía en condiciones de pobreza (CONEVAL, 2015)<sup>1</sup>. La pobreza tiende a ser aún más acentuada y generalizada en comunidades rurales y predominantemente indígenas. En ese mismo año, 73.2% y 65.1% de la población indígena y rural, respectivamente, vivía en alguna condición de pobreza (CONEVAL, 2015). En el siguiente apartado, se ofrece un panorama de la magnitud de violencia contra mujeres, por distintos grupos, en México.

### **La relevancia del sector salud para atender y prevenir violencia contra mujeres**

Del conjunto de acciones que el gobierno puede poner en práctica para atender y prevenir la violencia contra mujeres en el ámbito doméstico, un importante número corresponde al sector salud. En particular, la red de servicios de atención médica y hospitalaria desempeña una labor fundamental, ya que además de prestar servicios de atención médica a las víctimas de VPI, también tiene asignadas ciertas acciones que implican



interacción directa con tales víctimas, las cuales son cruciales para lograr atender, prevenir y dar seguimiento de manera efectiva este problema social. Por ello, varias instancias internacionales, destacando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han insistido en enfatizar el papel fundamental que tienen los prestadores de salud públicos y privados para atender y prevenir la VPI, ya que los profesionales de la salud—médicos y demás personal que tiene contacto con las mujeres que acuden al sector salud— representan la primera —y frecuentemente la única— instancia de gobierno con las que las víctimas tienen contacto durante los episodios de violencia.

En consecuencia, este personal está en una posición clave para que, más allá de brindar a las mujeres víctimas de violencia la atención médica requerida por alguna lesión o daño, pueden proporcionar otros servicios de asistencia y prevención, tales como apoyo psicológico y, además, la canalización adecuada a otros servicios, especialmente de trabajo social o jurídico, entre otros (ONU, 2015; OMS, 2013). Asimismo, las funciones del sector salud también permite el seguimiento de los eventos de violencia, así como la recopilación de pruebas forenses, particularmente en los casos de violencia sexual, así como otra información que pueda ser útil al momento de iniciar un proceso judicial. De manera similar, la adecuada canalización a servicios psicológicos es importante para prevenir o, incluso, atender de manera integral a las mujeres que acuden a consecuencia de un incidente de violencia doméstica.

De esta forma, la OMS ha dictado recomendaciones básicas para proporcionar una respuesta adecuada por parte del sector salud. Este directrices sugieren, entre otras, que los proveedores de salud deben: 1) identificar adecuadamente el abuso; 2) proporcionar apoyo médico adecuado; 3) proporcionar apoyo emocional; 4) documentar episodios de VPI; proporcionar información y remitir adecuadamente a las víctimas hacia trabajo social, servicios jurídicos y psicológicos (Chang et al, 2005; Colombini et al, 2007; OMS, 2013). Además de las recomendaciones que se refieren directamente a la adecuada atención de las víctimas de violencia (por ejemplo, intervención clínica y de apoyo emocional), la OMS ha resaltado la importancia de que los gobiernos pongan en práctica o fortalezcan programas para la prevención y combate a la violencia contra

las mujeres, especialmente la ejercida por parte de sus parejas, así como mejorar permanentemente la capacitación y especialización de los trabajadores del sector salud (OMS, 2013).

La legislación mexicana incorpora algunas de las principales recomendaciones de la OMS. Para ello, existen varios protocolos o lineamientos generales de atención a mujeres que han padecido violencia, destacadamente la NOM-046-SSA2-2005, el Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual (2009) y el Catálogo Universal de Servicios de Salud (2015). Así, esta normatividad dispone acciones generales y concretas que el sector salud debe poner en práctica para atender a mujeres que han sido víctimas de violencia. De acuerdo con esta normatividad, el sector salud constituye el principal encargado de la identificación, atención y canalización de los casos de violencia contra las mujeres en la pareja, destacando la posición estratégica de los trabajadores de este sector. El cuadro de abajo se pueden observar el amplio abanico de acciones que contempla la NOM-046-SSA2-2005, cubriendo varios ejes de acción que debe poner el sector salud para atender este grave problema social.

Cuadro 1

*Algunas de las principales acciones que establece la NOM-046-SSA2-2005 para atender mujeres que han padecido violencia*

<b>Ejes</b>	<b>Acciones</b>
<b>Detección de probables casos y diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar entrevista dirigida a la o el usuario afectado por violencia familiar o sexual, en un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad.</li> <li>• En caso de que la o el usuario no esté en condiciones de responder durante la entrevista, la o el prestador se dirigirá, a su acompañante, sin perder de vista que pudiera ser el probable agresor. Cuando la imposibilidad de la o el usuario se deba al desconocimiento del español, deberá contar con el apoyo de un traductor.</li> </ul>

1239 *Medrano, Miranda & Figueras – Violencia de pareja contra las mujeres en México*

<b>Ejes</b>	<b>Acciones</b>
<b>Tratamiento y la rehabilitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar atención integral a los daños tanto psicológicos como físicos así como a las secuelas específicas, refiriéndolos, en caso de ser necesario, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos.</li> <li>• En todos los casos se deberá ofrecer atención psicológica a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia familiar o sexual.</li> <li>• Impartir consejería en los servicios médicos, con personal capacitado, que facilite un proceso de comunicación y análisis y brinde elementos para que la o el usuario tome decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre las alternativas para la prevención y atención de la violencia.</li> </ul>
<b>Tratamiento específico de la violación sexual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabilizar, reparar daños y evitar complicaciones a través de evaluación y tratamiento de lesiones físicas.</li> <li>• Proporcionar consejería, seguimiento y orientación a la persona afectada sobre las instituciones públicas, sociales o privadas a las que puede acudir para recibir otros servicios.</li> </ul>
<b>Aviso al ministerio público</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el aviso al Ministerio Público mediante el formato establecido, en los casos donde las lesiones u otros signos sean presumiblemente vinculados a la violencia familiar o sexual.</li> <li>• Ante lesiones que en un momento dado pongan en peligro la vida, de la o el usuario se dará aviso de manera inmediata al Ministerio Público.</li> <li>• En los casos en los cuales las lesiones que presente la persona no constituyan un delito que se siga por oficio, el médico tratante informará a la o el usuario afectado, sobre la posibilidad que tiene de denunciar ante la agencia del Ministerio Público.</li> </ul>
<b>Consejería y el seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corresponde a las y los prestadores informar a la persona afectada sobre su derecho a denunciar los hechos de violencia, la existencia de centros de apoyo disponibles, así como los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa facilitando y respetando sus decisiones.</li> </ul>

Ejes	Acciones
<b>Sensibilización, capacitación y actualización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las y los prestadores de servicios de salud deberán recibir periódicamente sensibilización, capacitación y actualización, sobre procedimientos para el registro de casos y aviso al Ministerio Público, información sobre centros especializados para el tratamiento, consejería y asistencia social, entre otros temas.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia con datos de la NOM-046-SSA2-2005.*

Como se puede observar, varias de las acciones que contempla la normatividad antes mencionada se refiere a la prestación de servicios interpersonales, los cuales incluyen, además de la atención estrictamente médica o curativa, indagar sobre el motivo de la visita médica, referir o canalizar oportunamente hacia otros servicios (por ejemplo, asesoría psicológica, de trabajo social o jurídica), entre otros. Estos servicios son indispensables para un tratamiento integral, así como la prevención y seguimiento de casos de violencia. De ésta manera, un trato adecuado, es decir, que, en principio, se alinea con los protocolos de atención para mujeres víctimas de violencia, implica cumplir con las acciones dirigidas a brindar una oportuna información y canalización para que las mujeres víctimas de violencia tengan acceso a otros servicios o instancias (por ejemplo, acudir a instancias pertinentes para denunciar la comisión de delito). Además, entre otros aspectos, el trato adecuado excluye cualquier comunicación crítica, actitudes discriminatorias o desconsideradas por parte de los proveedores hacia los usuarios de atención de salud.

La oportunidad y la forma del trato personal que implican estos servicios tienen un impacto directo en la calidad del servicio prestado para atender y prevenir la violencia contra mujeres. No obstante, diversos estudios reportan que las mujeres que han padecido violencia por parte de su pareja y recurren al sector salud por ese motivo, reciben servicios deficientes (Plichta, 2007; Tower, 2007; Taket et al., 2003; McGrath, 1997; Waalen et al., 2000). En México, los obstáculos para lograr una atención y prevención adecuada por parte del sector salud al problema de la violencia incluye diversos factores, entre los cuales figuran desde fallos estructurales en las organizaciones de la salud hasta limitaciones por parte del personal que labora en las mismas (ver Herrera, 2013). En general, estas investigaciones se centran en las principales deficiencias u obstáculos por parte de los

agentes encargados de poner en práctica la normatividad de atención para violencia en el sector salud, especialmente por parte del personal médico y enfermeras (Cervantes, 2013; Herrera, et al. 2006; Híjar, Ávila-Burgos, Valdez-Santiago, 2006; Méndez-Hernández, et al., 2003; Tiburcio, Natera, Berenzon, 2010; Venegas, et al., 2007).

Entre algunas de esas deficiencias en el trato que reciben las mujeres en el sector salud están la falta o insuficiente capacitación del personal médico para aplicar la normatividad vigente, así como la falta de interés o poca sensibilidad para atender a las mujeres violentadas, entre otros (Cervantes, 2013; Herrera, et al. 2006; Híjar, Ávila-Burgos, Valdez-Santiago, 2006; Méndez-Hernández, et al., 2003; Tiburcio, Natera, Berenzon, 2010; Venegas, et al., 2007). En consecuencia, se incumplen varias de las acciones que resultan primordiales para garantizar un trato adecuado a las mujeres que acuden al sector salud. La prestación deficiente de atención de la salud tiene varias implicaciones sobre el bienestar y dignidad de las víctimas. Tales deficiencias también pueden generar desconfianza entre las usuarias hacia las organizaciones de salud, inhibiendo no sólo la denuncia de la violencia, sino el uso mismo de los servicios que prestan tales organizaciones. Incluso, la inadecuada respuesta del sector salud puede implicar un segundo proceso de victimización de las mujeres (Herrera, 2013).

Por esta razón, diferentes organizaciones internacionales han señalado la urgencia de mejorar la respuesta del sector salud a la violencia basada en el género, especialmente en los países en desarrollo (OMS, 2013). Para lograr lo anterior, resulta indispensable conocer la magnitud y causas de las fallas en la implementación de los protocolos de atención de víctimas de violencia en el sector salud. El presente trabajo pone énfasis en algunas de las acciones que, según la normatividad vigente, corresponde al sector salud. En particular, este trabajo se enfoca a ciertas acciones que implica interacción directa entre las mujeres víctimas de violencia y el personal de las organizaciones de salud, tales como indagación sobre el motivo de la visita médica o diagnóstico, la referencia o canalización hacia otros servicios (por ejemplo, asesoría psicológica o jurídica), entre otros.

Así, este estudio analiza la manera en que el sector salud está actuando ante este problema, según las percepciones de las mujeres que han padecido

violencia, según la [ENDIREH 2011](#). Para ello, este análisis comprende dos partes. En la primera parte, se identifica la respuesta, en términos de la calidad de atención de ciertos servicios interpersonales, de diferentes prestadores de servicios del sector salud, especialmente públicos, según las percepciones de las mujeres que recibieron atención por parte de tales organismo. La segunda parte se explora las potenciales desigualdades por origen étnico o situación de pobreza en la respuesta de atención del sector salud a la violencia contra las mujeres. Esto, con la intención de observar desde una perspectiva intersectorial, la respuesta en la atención del sector salud a las mujeres que han padece violencia por parte de su pareja en México, según la [ENDIREH 2011](#). La metodología y principales resultados de este análisis se presentan en los siguientes apartados.

### **Descripción de datos y metodología**

El presente trabajo usa los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 ([ENDIREH, 2011](#)). Esta encuesta contó con tres apartados para a captación de datos: 1) mujeres casadas o unidas; 2) mujeres divorciadas, separadas o viudas, y 3) mujeres solteras. La muestra en total de mujeres casadas y unidas es de 87169 casos<sup>2</sup>. Este estudio se concentró en el primer grupo, mujeres casadas o unidas, mayores de 15 años. Con el fin de observar la incidencia de violencia en la población en la que se centra el estudio, así como el tipo de respuesta que dicha población obtuvo en el sector salud, se construyeron las siguientes variables para el estudio:

*Violencia.* Esta variable se refiere al porcentaje de mujeres casadas o unidas, que reportaron haber padecido algún tipo de violencia por parte de su pareja. Este porcentaje se obtuvo de la observación de las preguntas 6\_1\_1 a 6\_1\_30, en total 30 preguntas del Capítulo VI Relación Actual. A partir de estas preguntas se construyó la variable “Violencia”. Si en alguna de estas preguntas la encuestada contestaba “muchas veces”, “pocas veces” o “una vez” fue considerada como Mujer que sufre de violencia por parte de su pareja. El promedio fue de 44.6 (n= 38846). En los casos en las que la respuesta fue “No ocurrió” en las 30 preguntas, se consideró como una mujer que no sufrió de violencia por parte de su pareja; el promedio de estos casos fue 55.4 (n= 48323).

*Indígena.* Esta variable categórica se refiere a la pertenencia a un grupo indígena. Con el fin de identificar la pertenencia de las mujeres encuestadas a un grupo indígena, se tomó la pregunta 1.2 “¿Usted habla alguna lengua indígena?” de la [ENDIREH 2011](#), codificada como AP1\_2. Aun cuando ser hablante de una lengua indígena no significa necesariamente pertenecer a un grupo indígena o ser indígena; es el indicador aproximado que generalmente se usa para identificar a la población indígena. La población de mujeres de 15 años y más hablante de lengua indígena en la muestra es de 6.4% (n= 5568) del total.

*Oportunidades.* Esta variable identifica si las mujeres encuestadas reciben ayuda del programa social Oportunidades<sup>3</sup>. Este programa se destina a hogares que viven pobreza extrema en México. En este sentido, esta variable sirve es útil como indicador aproximado de la situación de pobreza de las mujeres encuestadas. Para este variable, se utilizó la pregunta 1.4 inciso 5 “Actualmente ¿usted recibe dinero o apoyo del programa Oportunidades?”, de la encuesta de la [ENDIREH 2011](#). La población de mujeres de 15 años y más que recibieron apoyo del programa Oportunidades es de 14.6% (12738) del total de la muestra.

*Servicios médicos.* Esta variable se refiere a la institución pública o privada proveedora de servicios médicos a la que acudieron las mujeres que sufrieron violencia y buscaron atención médica. Esta variable se generó a partir de la pregunta 6.19 “¿A dónde acudió la última vez?”, que se refiere a la institución pública o privada proveedora de servicios médicos a la cual reportaron acudir las mujeres encuestadas. Esta variable permite identificar las instituciones de servicios médicos a las cuales han asistido las mujeres mayores de 15 años después de haber padecido un episodio de violencia. Las opciones de esta variable son: médico particular, Cruz Roja, IMSS, ISSSTE, Salubridad, Otro, No especificado.

*Maltrato.* Esta variable permite identificar si las mujeres encuestadas reportaron algún tipo de maltrato por parte del personal de los organismos de saludos a los que acudieron. Esta variable se generó a partir de las siguientes preguntas específicas que incluye la pregunta 6.20, “¿No hicieron nada, no le hicieron caso?” y “¿La humillaron o la trataron mal?”. En los casos en los que se contestó de manera afirmativa a alguna de estas preguntas, se consideró que hubo maltrato.

*Trato deficiente.* Esta variable permite identificar si las mujeres encuestadas reportaron un trato que se considera ineficiente. Esta variable se generó a partir de las siguientes preguntas específicas que incluye la pregunta 6.20: “¿Indagaron sobre cómo sucedieron las lesiones?”, “Le informaron sobre los servicios psicológicos, médicos y de trabajo social?”, “¿Le sugirieron denunciar los hechos ante el ministerio público?”. Estas preguntas se refieren a acciones que, de acuerdo a la normatividad, el personal debería realizar ante los casos de violencia contra mujeres. Así, en los casos en los que se contestó negativamente que afirmativamente o positivamente, según corresponda, a al menos algunas de estas preguntas, se considera que hubo un trato deficiente por parte del sector salud.

Con base en estas dos últimas variables, se identificó el tipo de trato que recibieron las mujeres que acudieron al sector salud, a consecuencia de algún tipo de violencia ejercida en su contra por parte de sus parejas. Así, se realizaron tablas de contingencia con base en estas variables. Estas tablas constituyen una herramienta útil para registrar y analizar la asociación entre dos o más variables, generalmente de tipo cualitativo, como las que se ocupan en este estudio. Los principales resultados se presentan en la siguiente sección.

## **Resultados**

En general, la proporción de mujeres casadas o unidas que sufren algún tipo de violencia por parte de sus parejas, y que recibieron asistencia médica, es muy reducida. De acuerdo con la [ENDIREH 2011](#), únicamente 3.9% y 5.8% de la población mujeres indígena y no indígena, respectivamente, dijo haber asistido al médico a consecuencia de violencia ejercida por parte de sus parejas. Aunque los datos son similares para ambos grupos de mujeres, las que pertenecen a un grupo indígena acuden al médico en menor proporción que las no indígenas. Del total de mujeres consideradas para este estudio, sólo 6.4% de mujeres hablan una lengua indígena ([ENDIREH, 2011](#)). El porcentaje de violencia que se registra entre mujeres indígenas es ligeramente superior (44.8%) al de no indígenas (41.1%) ([ENDIREH, 2011](#)).

En el caso del grupo de mujeres que ocupa este estudio, sólo 2.4% acudió al sector salud como después de haber sido violentadas. Del total de estas mujeres que buscó atención médica, 25% acudió a un médico



1245 *Medrano, Miranda & Figueras – Violencia de pareja contra las mujeres en México*

particular; .9%, a la Cruz Roja; 15.2, al IMSS; 3.9%, al ISSSTE; 15.8%, al alguna clínica de la Secretaría de Salud; 38.5%, indicó que acudió a “otro” servicio, y .6% no especificó a donde se atendió (ver tabla 1). Estos porcentajes varían para los grupos de población indígena y no indígena. La población no indígena acudió en mayor proporción (25.6%) que la indígena (12.8%) a un médico particular (ver tabla 1); además, esta última población asistió principalmente a la SSA y, sobre todo, a otro tipo de servicio (32.6%). Cabe resaltar que, en ambos grupos de población, se reportó “otro” como el servicio más utilizado. No obstante, la **ENDIREH 2011** no especifica a qué se refiere la categoría “otros”, la cual podría incluir algún servicio de salud de tipo tradicional u otorgado por alguna organización de tipo religioso o caritativo.

Tabla 1

*Instituciones de salud en las que se atendieron mujeres indígenas y no indígenas violentadas, 2011.*

%	Médico Particular	Cruz Roja	IMSS	ISSSTE	SSA	Otro	NE	Total
No Indígena	25.6	.9	15.1	3.8	15.3	38.7	.6	100
Indígena	<b>12.8</b>	<b>1.2</b>	<b>17.4</b>	<b>7</b>	<b>27.9</b>	<b>32.6</b>	<b>1.2</b>	<b>100</b>
Total	25	.9	15.2	3.9	15.8	38.5	.6	100

*Fuente: Elaboración propia con datos de ENDIREH 2011*

Estos resultados muestran que hubo deficiencias importantes en la atención a las mujeres que acuden a diferentes organismos de salud, ya que se incumple con algunas de las acciones que contemplan los protocolos de atención, como se mencionó en apartado anterior. Asimismo, se registraron casos de maltrato, 10% de las mujeres que acudieron al sector salud reportó que no hicieron nada o no le hicieron caso; y una de cien dijo que la humillaron o la trataron mal. Otro hallazgo importante es que la frecuencia con la que se reportan casos de trato ineficiente y maltrato por parte del

sector salud es similar en los distintos grupos de mujeres que considera este estudio, según condición de pobreza (observada a partir la condición de ser beneficiaria del programa Oportunidades<sup>4</sup>) o pertenencia a un grupo indígena<sup>5</sup> los resultados son similares. Como se puede observar en las tablas 3 y 4, las diferencias entre mujeres indígenas y no indígenas son mínimas, así como entre las mujeres que reciben Oportunidades y las que no son beneficiarias de este programa.

Tabla 2

*Trato que recibieron mujeres violentadas en el sector salud, desagregado por grupos, 2011*

	<b>Pregunta</b>	<b>Indígena</b>		<b>No Indígena</b>		<b>Pobre</b>	<b>No pobre</b>
		<b>Con Oportunidades</b>	<b>Sin Oportunidades</b>	<b>Con Oportunidades</b>	<b>Sin Oportunidades</b>	<b>Recibe Oportunidades</b>	<b>No Recibe Oportunidades</b>
<b>Trato deficiente</b>	Indagaron sobre cómo sucedieron las lesiones (Respuestas afirmativa).	<b>0.20</b>	0.18	0.17	<b>0.16</b>	0.17	0.16
	Informaron sobre los servicios psicológicos, médicos y de trabajo social (Respuesta afirmativa).	<b>0.41</b>	0.45	0.46	<b>0.48</b>	0.45	0.48

	Le sugirieron denunciar los hechos ante el ministerio público. (Respuesta afirmativa).	<b>0.15</b>	0.11	0.14	<b>0.11</b>	0.14	0.11
Maltrato	No hicieron nada, no le hicieron caso.	<b>0.10</b>	0.11	0.11	<b>0.10</b>	0.11	0.10
	La humillaron o la trataron mal.	<b>0.00</b>	0.00	0.01	<b>0.01</b>	0.01	0.01
	Otro	<b>0.15</b>	0.14	0.11	<b>0.14</b>	0.12	0.14

Fuente: Elaboración propia con datos de ENDIREH 2011

Tabla 3

*Trato que recibieron mujeres indígenas en diferentes instituciones de salud, 2011.*

	Indígena															
	Recibe Oportunidades								No Recibe Oportunidades							
	Médico Particular	Cruz Roja	IMSS	ISSSTE	SSA	Otro		% Total Tipo	Médico Particular	Cruz Roja	IMSS	ISSSTE	SSA	Otro		% Total Tipo
Preguntas	1	2	3	4	5	6	Total	de Trato	1	2	3	4	5	6	Total	de Trato
¿Indagaron sobre cómo sucedieron las lesiones?	2		0		5	1	<b>8</b>	0.20	4	0	1	2	0	1	<b>8</b>	0.18
¿Le informaron sobre los servicios psicológicos, médicos y de trabajo social?	1		5		7	4	<b>17</b>	0.41	4	0	3	3	3	7	<b>20</b>	0.45

¿Le sugirieron denunciar los hechos ante el ministerio público?	0	0	3	3	6	0.15	0	0	1	0	1	3	5	0.11
¿No hicieron nada, no le hicieron caso?	0	1	1	2	4	0.10	0	0	3	1	0	1	5	0.11
¿La humillaron o la trataron mal?	0	0	0	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Otro	0	0	4	2	6	0.15	0	1	1	0	0	4	6	0.14
Total	3	6	20	12	41	1.00	8	1	9	6	4	16	44	1.00
<b>85</b>	<b>41</b>						<b>44</b>							

Fuente: Elaboración propia con datos de ENDIREH 2011

1251 Medrano, Miranda & Figueras – Violencia de pareja contra las mujeres en México

Tabla 4.

Trato que recibieron mujeres no indígenas en diferentes instituciones de salud, 2011

	No Indígena															
	Recibe Oportunidades								No Recibe Oportunidades							
	Médico Particular	Cruz Roja	IMSS	ISSSTE	SSA	Otro	Total	% Total Tipo	Médico Particular	Cruz Roja	IMSS	ISSSTE	SSA	Otro	Total	% Total Tipo
Preguntas	1	2	3	4	5	6	Total	de Trato	1	2	3	4	5	6	Total	de Trato
¿Indagaron sobre cómo sucedieron las lesiones?	8	1	4	1	11	19	<b>44</b>	0.17	101	4	35	14	34	97	<b>285</b>	0.16
¿Le informaron sobre los servicios psicológicos, médicos y de trabajo social?	13	0	17	0	37	53	<b>120</b>	0.46	196	1	123	35	112	370	<b>837</b>	0.48
¿Le sugirieron denunciar los hechos ante el ministerio público?	1	0	4	1	7	23	<b>36</b>	0.14	39	8	19	9	29	91	<b>195</b>	0.11
¿No hicieron nada, no le	10	0	2	0	15	3	<b>30</b>	0.11	51	2	53	9	27	30	<b>172</b>	0.10

hicieron caso?																
¿La humillaron o la trataron mal?	0	1	1	0	0	0	2	0.01	1	0	8	1	5	2	17	0.01
Otro	4	1	6	0	8	10	29	0.11	92	1	35	6	23	83	240	0.14
Total	36	3	34	2	78	108	261	1.00	480	16	273	74	230	673	1746	1.00
<b>85</b>	<b>261</b>								<b>1746</b>							

Fuente: Elaboración propia con datos de ENDIREH 2011



## **Discusión**

El papel que desempeñan las organizaciones de la salud para atender y prevenir violencia contra las mujeres es crucial para solucionar este grave problema social. Por ello, resulta indispensable el escrutinio atento y continuo a la respuesta que, en los hechos, el sector salud brinda a las mujeres que padecen violencia, en toda la cadena de acciones que implica dicha respuesta. En esta línea, este trabajo se centra en el trato que reciben las mujeres casadas o unidas que han padecido violencia en el sector salud, en particular, en lo que refiere a ciertas acciones que se consideran clave para atender y prevenir violencia de manera adecuada, según la normatividad nacional e internacional. Además, este estudio explora las potenciales diferencias en el trato que reciben las mujeres por parte del sector salud, según su estatus socioeconómico y/o pertenencia a un grupo indígena.

Los resultados de esta investigación muestran que hay un problema extendido de atención inadecuada en el sector salud. En general, se observa que no hay diferencias sustantivas en el trato que brindó el sector salud por condición socioeconómica o pertenencia a grupo indígena. En no más de 20% de los casos, en ambos grupos, se indagó el origen de las lesiones de las mujeres violentadas que acudieron al sector salud. En cuanto a la sugerencia para denunciar los hechos ante el Ministerio Público, el personal que atendió las mujeres sugirió denunciar ante el MP únicamente entre 11% y 15% de los casos presentados. Además, el personal del sector salud informó a las mujeres sobre los servicios de apoyo sólo entre 41 y 48% de los casos atendidos. Finalmente, a una de cada diez mujeres que asistieron al sector salud no le hicieron caso alguno.

En particular, los resultados sugieren deficiencias importantes en la aplicación de protocolos de atención a este grupo vulnerable en el sector salud. Aun cuando los porcentajes relativos a trato deficiente o maltrato son similares en todos los grupos de mujeres violentadas, hay que destacar que las mujeres en condición de pobreza y las mujeres indígenas acuden con mayor frecuencia a los organismos de salud pública, especialmente los pertenecientes a la Secretaría de Salud e IMSS que las mujeres no indígenas. Por tanto, los fallos en lo que puedan incurrir las instituciones de salud pública tienen implicaciones más graves en cuanto que, de facto, son

prácticamente la única opción de atención para los grupos de población femenina en condiciones sociales más vulnerables.

Otro aspecto que hay que enfatizar es que la mayor proporción de mujeres casadas o unidas, en todos los grupos, que buscaron atención médica optaron por otro tipo de servicios. El uso de ese otro tipo de servicios, cuyas características no se encuentra especificado en la información usada para este estudio (ENDIREH, 2011), puede tener implicaciones negativas para la aplicación de protocolos de violencia a víctimas de violencia, ya que en dichos servicios puede resultar aún más difícil vigilar el cumplimiento de dichos protocolos. Además, el uso de otros servicios puede reflejar un problema no sólo de falta de acceso a las instituciones de salud por parte de las mujeres que padecen violencia, sino que, en el caso de que dicho acceso sea efectivo, se prefiera no hacer uso de las mismas por deficiencias en la atención que brindan. De esta forma, se crea un círculo vicioso por la incapacidad de las organizaciones de salud para brindar servicios adecuados.

También es importante considerar que, en principio, las mujeres que padecen violencia y acuden al médico, especialmente las que están en condiciones sociales más vulnerables, pueden tener elementos o incentivos reportar deficiencias o, incluso, maltrato por parte del sector salud. Por ejemplo, las mujeres que son beneficiarias del Programa Oportunidades y, que, en consecuencia, tienen como opción acudir a las clínicas del IMSS o de la Secretaría de Salud, ya que, como parte del programa se les requiere cumplir con cierto número de visitas médicas, pueden tener ciertas reticencias para denunciar deficiencias o maltrato por parte del personal de tales instituciones de salud. Además, los datos utilizados para el estudio, la ENDIREH 2011, comparte las limitaciones que este tipo de encuestas enfrentan para recabar información de un tema difícil y sensible, del cual incluso las propias víctimas no necesariamente están en condiciones de identificar de la mejor forma. No obstante, a pesar de estas limitaciones, este estudio pone énfasis en que es indispensable conocer las diferencias en el trato que se presentan no sólo por las diferencias particulares de ciertos grupos de población femenina que padece violencia, sino por el tipo de instituciones de salud que atiende esta población.

Finalmente, como se reconoció nacional e internacionalmente, el sector salud es clave para garantizar una atención y prevención de la violencia

contra mujeres, es urgente profundizar más sobre las causas que originan las deficiencias de atención para cada uno de las diferentes organizaciones del sector salud, en el ámbito público y privado. Además, hay que indagar más sobre el trato que se brinda a mujeres en las otras instancias en las que ellas buscan apoyo ante episodios de violencia. De tal forma que se puedan diseñar soluciones para atender las deficiencias en el corto y largo plazo.

### **Conclusiones**

En este trabajo se analizó, desde una perspectiva interseccional, las diferencias en el trato que las mujeres víctimas de violencia pueden obtener por parte del sector salud, según su estatus socioeconómico (situación de beneficiaria del programa Oportunidades, que se puede considerar un indicador aproximado a condición de pobreza extrema) y pertenencia a un grupo indígena. En línea con otros estudios, este trabajo aporta evidencia de que hay un problema grave de atención inadecuada en el sector salud. En general, los resultados de este estudio sugieren que no hay diferencias sustantivas en el trato que reciben las mujeres violentadas, según su condición socioeconómica o pertenencia a grupo indígena. Los porcentajes relativos a trato deficiente o maltrato son similares en todos los grupos. En este sentido, los datos agregados sugieren que las mujeres más pobres o indígenas no necesariamente padecen maltratos en mayor proporción que las mujeres menos pobres o no indígenas. Es decir, las deficiencias en el trato, así como el maltrato, por parte del sector salud en generalizado.

No obstante, el estudio permitió observar que distintos grupos de población femenina que padece violencia acude a diferentes organizaciones de salud. Las mujeres indígenas y pobres tienen como principal opción, además de otros servicios que no se ubican en el sector salud tradicional, los hospitales de la Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades. En consecuencia, las deficiencias de estas organizaciones de salud afectan más comparativamente a estos sectores de la población que otros que tienen otras opciones de atención. Este estudio también puso en evidencia que una proporción importante de mujeres acude a otros servicios que no están incluidos en el sector público, presumiblemente de medicina tradicional o servicios que pueden prestar organizaciones del sector civil. El hecho de que las mujeres no tengan acceso real a servicios del sector salud, o que,

por alguna razón, prefieran no usarlos significa, en principio, un fallo del dicho sector para brindar servicios de atención y prevención de la violencia.

El personal del sector salud tiene responsabilidad directa en distintas acciones cruciales para las víctimas, tales como la detección del problema, proporcionar tratamiento médico, brindar apoyo emocional y psicológico, canalizar para distintos apoyos de asistencia social, brindar acompañamiento y seguimiento para denunciar los hechos ante las instancias pertinentes. Por ello, las deficiencias en alguna de estas acciones por parte del personal de salud ante casos de violencia contra las mujeres denotan fallas en el sistema en su conjunto. En consecuencia, resulta indispensable conocer la forma en que el sector salud está poniendo en práctica las acciones que, al menos normativamente, le corresponden para atender y prevenir la violencia contra mujeres. Para tener un mejor conocimiento de lo anterior, el enfoque interseccional es una herramienta útil para observar las diferencias en la respuesta del sector salud a distintos grupos de mujeres que padecen violencia en México. Este conocimiento puede arrojar luz para entender por qué la persistencia y magnitud del problema de violencia contra mujeres en ámbito doméstico, a pesar de la existencia de políticas de atención y prevención dirigidas a este problema.

## Notas

<sup>1</sup> Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la población en pobreza se refiere a aquellas personas que tienen al menos una carencia a derechos sociales (educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos, alimentación) y que su ingreso sea menor a la línea de bienestar ( \$2,542.13 zonas urbanas y \$1,614.65 en zonas rurales).

<sup>2</sup> El cuestionario general se conformó de 17 secciones temáticas. Las primeras tres secciones muestran datos sociodemográficos; la cuarta sección verifica el estado conyugal, mientras que las otras 13 secciones se refieren a cómo sucede la violencia en distintos espacios de convivencia públicos y privados. La encuesta se aplicó a mujeres de 15 años y más residentes de las viviendas seleccionadas entre el 3 de octubre y el 11 de noviembre de 2011, con una cobertura nacional y con representación nacional en zonas urbanas y rurales, y estatal. El diseño de la muestra fue probabilístico, estratificado.

<sup>3</sup> El gobierno federal puso en práctica el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) en 1997, el cual se renombró Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Oportunidades, en 2002. (Desde 2014, este programa se denomina Programa de Inclusión Social PROSPERA). Este programa federal es el principal programa de transferencias monetarias condicionadas de México, y se dirige a los hogares en situación de pobreza extrema. Para que los hogares puedan ser elegibles, se utiliza una prueba aproximada de medios (es decir, se le pide comprobar su situación de pobreza extrema) con base en la información recogida a través de la Encuesta de Características Socioeconómicas y Demográficas de los Hogares (ENCASEH), la cual un responsable de cada hogar debe

## 1257 *Medrano, Miranda & Figueras – Violencia de pareja contra las mujeres en México*

responder. Es decir, los integrantes de las familias que reciben este programa se consideran en situación de pobreza extrema.

<sup>4</sup> Para obtener los porcentajes de mujeres casadas, violentadas, mayores de 15 años, que recibieron o no el Programa Oportunidades y reportaron ir a algún Servicio Médico el último año a causa de violencia por Trato de la Institución se cruzaron las variables 1.4 referente a haber recibido el Programa Oportunidades, ap6\_19 referente a la Institución de Servicio Médico a la que acudió y 6\_20 referente al Trato que se le dio en la Institución de Salud. De éste cruce se obtuvo un total de 2092 casos (2.4%), de los cuales 14.4% (n=302) de los casos fueron de mujeres que reciben el Programa Oportunidades y el 85.6 (n=1790) de los casos son de mujeres que no Reciben el Programa Oportunidades.

<sup>5</sup> Para obtener los porcentajes de mujeres casadas, violentadas, mayores de 15 años, que hablan o no alguna lengua indígena y reportaron ir a algún Servicio Médico el último año a causa de violencia por Trato de la Institución se cruzaron las variables 1.2 referente a hablar alguna lengua indígena, ap6\_19 referente a la Institución de Servicio Médico a la que acudió y 6\_20 referente al Trato que se le dio en la Institución de Salud. De este cruce se obtuvo un total de 2536 casos (2.9%), de los cuales 95.6% (n= 2425) de los casos son mujeres que no hablan ninguna lengua indígena y el 4.4% (n=111) de los casos son mujeres que hablan alguna lengua indígena.

### Referencias

- Agoff, C., Rajsbaum, A. & Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Pública De México*, s307. doi:10.1590/s0036-36342006000800011
- Bent-Goodley, T. B. (2004). Perceptions of domestic violence: A dialogue with African American women. *Health & Social Work*, 29(4), 307-316.
- Burman, E., & Chantler, K. (2005). Domestic violence and minoritisation: legal and policy barriers facing minoritized women leaving violent relationships. *International journal of law and psychiatry*, 28(1), 59-74.
- Cha, S., & Masho, S. W. (2014). Discussions about intimate partner violence during prenatal care in the United States: The role of race/ethnicity and insurance status. *Maternal and child health journal*, 18(6), 1413-1422.
- Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., ... & Scholle, S. H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's Health Issues*, 15(1), 21-30.
- Colombini, M., Mayhew, S., & Watts, C. (2008). Health-sector responses to intimate partner violence in low-and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bulletin of the World health Organization*, 86(8), 635-642.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2015). *Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas 2014*. Recuperado de [http://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Pobreza%202014\\_CO NEVAL\\_web.pdf](http://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Pobreza%202014_CO NEVAL_web.pdf) Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual MIPAVF (2009).
- Conwill, W. L. (2010). Domestic violence among the Black poor: Intersectionality and social justice. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 32(1), 31-45.
- Estrada, C. & Rodríguez, F. (2011). Violencia y temor por la vida en mujeres jaliscienses violentadas por su pareja íntima. *Revista Cubana De Salud Pública*, (4), 462.
- Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Watts, C. (2015). Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?. *The Lancet*, 385(9977), 1555-1566.

1259 *Medrano, Miranda & Figueras – Violencia de pareja contra las mujeres en México*

- Goicolea, I., Hurtig, A. K., San Sebastian, M., Vives-Cases, C., & Marchal, B. (2015). Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: a realist case-study. *BMC health services research*, 15(1), 228.
- Gómez-Dantés, H., Vázquez-Martínez, J. L., & Fernández-Cantón, S. B. (2006). La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. *Salud Pública De México*, 48S279-S287
- Herrera, C. & Agoff C. (2006). Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. *Cadernos De Saúde Pública*, (11), 2349.
- Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C. & Franco, A. (2006). Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. *Salud Pública De México*, s259. doi:10.1590/s0036-36342006000800006
- Herrera, C. M. (2013). Marchas y contramarchas en la atención de la violencia contra las mujeres en las instituciones de salud mexicanas. *Estudios Sociológicos*, 21-37.
- Híjar, M., Avila-Burgos, L., & Valdez-Santiago, R. (2006). ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja?. *Salud Mental*, 29(6), 57-64.
- Hill, N. A., Woodson, K. M., Ferguson, A. D., & Parks Jr, C. W. (2012). Intimate partner abuse among African American lesbians: Prevalence, risk factors, theory, and resilience. *Journal of Family Violence*, 27(5), 401-413.
- Houston, P., Muñoz, A., Heberlein, E., & Alvarado, N. (2010). Violencia intrafamiliar (VIF) Quinchao, Chiloé (Chile). *Cuad Méd Soc. (Chile)*, 50(4), 315-321.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2011). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/ficha.aspx?upc=702825051266>
- Josephson, J. (2002). The intersectionality of domestic violence and welfare in the lives of poor women. *Journal of Poverty*, 6(1), 1-20.

- Koenig, M. A., Ahmed, S., Hossain, M. B., & Mozumder, A. K. A. (2003). Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual- and community-level effects. *Demography*, 40(2), 269-288.
- McGrath, M. E., Bettacchi, A., Duffy, S. J., Peipert, J. F., Becker, B. M., & Angelo, L. S. (1997). Violence against women: provider barriers to intervention in emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 4(4), 297-300.
- Méndez-Hernández, P., Valdez-Santiago, R., Viniegra-Velázquez, L., Rivera-Rivera L. & Salmerón-Castro, J. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública De México*, (6), 473. doi:10.1590/s0036-36342003000600007
- Pitt, K. A. (2008). Intersectionality, Gender and Race In Women's Experiences of Domestic Violence: Applications to Postcolonial Trinidad. *Caribbean Journal of Social Work*, Vol. 6/7, pp. 58-82.
- Plichta, S. B. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system policy and practice implications. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 226-239.
- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., & Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria*, 18, 4-12.
- Secretaría de Salud del Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. Recuperado de [http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion\\_Protocolos/SSA/Violencia\\_familiar\\_sexual\\_y\\_contra\\_las\\_mujeres\\_criterios\\_par.pdf](http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/Violencia_familiar_sexual_y_contra_las_mujeres_criterios_par.pdf)
- Sokoloff, N. J., & Dupont, I. (2005). Domestic violence at the intersections of race, class, and gender challenges and contributions to understanding violence against marginalized women in diverse communities. *Violence against women*, 11(1), 38-64.
- Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., ... & Geder, G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ: British medical journal*, 327(7416), 673-676.



1261 *Medrano, Miranda & Figueras – Violencia de pareja contra las mujeres en México*

- Tiburcio, M., Natera, G., & Berenzon, S. (2010). Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Salud Mental*, 33(3), 243-248.
- Tower, M. (2007). Intimate partner violence and the health care response: a postmodern critique. *Health care for women international*, 28(5), 438-452.
- ONU Mujeres (2015) Infografía: Violencia contra las mujeres. Retrived from <http://www.unwomen.org/es/digital-library/multimedia/2015/11/infographic-violence-against-women>
- Valdez-Santiago, R., Juárez-Ramírez, C., Salgado-de Snyder, V. N., Agoff, C., Avila-Burgos, L., & Híjar, M. C. (2006). Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *salud pública de méxico*, 48, s250-s258.
- Venegas, U., Muñoz, E., Navarro, A., Nuño, L., & Navarro, C. (2007). Violencia contra la mujer y medicina familiar. *Ginecología Y Obstetricia De México*, 75(7), 373-378.
- Waalén, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R., & Saltzman, L. E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *American journal of preventive medicine*, 19(4), 230-237.
- World Health Organization. (2013) Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Retrived from <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en>

**Anahely Medrano, Researcher CONACyT-BUAP**

**Martha Miranda, Researcher BUAP**

**Victor Manuel Figueras, Researcher BUAP**

**Contact address:**

Instituto de Ciencias de Gobierno y Desarrollo Estratégico.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Av. Cúmulo de Virgo s/n. Acceso 4, CCU. Puebla, Puebla

C.P. 72810. México.

**E-mail address:** [anahely.medrano@correo.buap.mx](mailto:anahely.medrano@correo.buap.mx);

[martha.miranda@correo.buap.mx](mailto:martha.miranda@correo.buap.mx); [victor.figueras@correo.buap.mx](mailto:victor.figueras@correo.buap.mx)