



2008
ensademi
Encuesta de Salud y Derechos
de las Mujeres Indígenas

RESUMEN EJECUTIVO



Instituto Nacional
de Salud Pública



COMISIÓN NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas 2008

R E S U M E N ● E J E C U T I V O



Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas 2008
Resumen ejecutivo

Primera edición, 2008

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655
Sta. Ma. Ahuacatitlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-607-7530-20-6

Este estudio se realizó con recursos del fondo sectorial Conacyt-Salud y de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) Equipo de investigación

Investigadora responsable: Rosario Valdez Santiago

Investigadoras: Leticia Avila Burgos, Soledad González Montes, Elisa Hidalgo Solórzano, Mariana González Focke, Mariana Mojarro Iñiguez

Contenido

Principales hallazgos y recomendaciones	5
<hr/>	
1. Antecedentes	7
Objetivo	8
<hr/>	
2. Metodología	9
Características de las mujeres entrevistadas	9
Diseño de muestra	13
Construcción de índices	14
<hr/>	
3. Resultados de la investigación	15
Violencia en la infancia	15
Violencia de pareja	16
Violencia en el embarazo	17
Consecuencias de la violencia de pareja en la salud y la economía	18
Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres	18
Impacto de la violencia en el gasto de los hogares debido a la atención de las lesiones	19
Violencia y consumo de alcohol y drogas	21
Respuesta del personal de salud	22

Principales hallazgos y recomendaciones

- 34% de las mujeres reportó golpes y/o humillaciones en la infancia. En los Altos de Chiapas, alrededor de 2 de cada 5 mujeres reportaron maltrato infantil.
- 25.5% de las mujeres entrevistadas reportó algún tipo de violencia de pareja en los últimos 12 meses. La región de los Altos de Chiapas presentó la mayor prevalencia de las ocho regiones estudiadas con 41.4%.
- La severidad de la violencia de pareja se distribuyó de la siguiente manera: 15.5% fue no severa y 11% violencia severa. Los Altos de Chiapas concentró la proporción más alta de violencia severa.
- De 25.5% de la prevalencia global, se distribuyó por tipo de la siguiente manera: 21.1% psicológica, 10% física, 10% económica, 6.1% negligencia y 7% sexual.
- Entre las mujeres monolingües tanto la prevalencia (28.5%) como la severidad (14.5%) es mayor, en comparación con las mujeres que también hablan español.
- 17% de las mujeres entrevistadas reportó maltrato en alguno de sus embarazos.
- De las mujeres que reportaron estar embarazadas en el momento de ser entrevistadas, 5% reportó que fue golpeada o pateada durante su actual embarazo; de estos casi la mitad había sido golpeada en más de una ocasión en el último mes. La mayoría de las mujeres (76%) que sufrieron este tipo de violencia guardó silencio.
- Tres de cada 10 mujeres que refirieron ser maltratadas por su pareja masculina, sufrieron alguna lesión o daño físico por consecuencia de la violencia.
- El 59.2% de las mujeres maltratadas por su pareja reportaron dolores en el cuerpo por consecuencia de la violencia; 53.5% reportaron algún moretón y 9.3% desmayos o pérdida de la conciencia.
- Respecto de las lesiones clasificadas como severas, 7.9% de las mujeres maltratadas reportó haber sufrido sangrado vaginal o anal como consecuencia de la violencia sexual; 4.6% mencionó alguna cortada que requirió sutura; 3.9% tuvo alguna fractura; y 2.2% reportó quemaduras.
- El 26% de las mujeres que reportaron alguna lesión acudieron a consulta con un médico, 11.6% acudió con partera/curandero y 32.1% prefirió automedicarse.
- El promedio de gasto por pago de honorarios para la atención de las lesiones fue mayor cuando las mujeres acudieron a atenderse con partera/curandero (310 pesos) que con un médico (112 pesos).
- Los costos promedio por región se distribuyeron de la siguiente manera: los Altos de Chiapas fue la que en promedio tuvo mayores gastos para la atención de las lesiones producto de la violencia de pareja (594 pesos); le siguieron el Istmo (427 pesos), la Huasteca (412 pesos), la región Mazahua-otomí (306 pesos); la región Maya (237 pesos), la Zongolica (205 pesos), la Costa y Sierra Sur (136 pesos) y la Chinanteca (100 pesos).

- En cuanto al ausentismo laboral, 15% de las mujeres que reportaron sufrir violencia de pareja y trabajar fuera del hogar, refirieron haber faltado a su trabajo, con 6.9 días como promedio.
- En comparación con la ENVIM 2006, se observa que hubo una mayor proporción (87% más) de mujeres que perdieron su trabajo. Lo mismo ocurrió con el ausentismo laboral: la proporción de mujeres que refirieron haber faltado a su trabajo fue 117% más alto que lo reportado en la ENVIM 2006, mientras que el promedio de ausencias laborales fue mayor en 2.1 días.
- De manera general, 42.7% de las agresiones reportadas ocurrieron cuando la pareja (novio, esposo, compañero) estaba bajo los efectos del alcohol y 1.7% cuando estaba bajo los efectos de alguna droga.
- En el caso de la ENSADEMI 2008 de las mujeres maltratadas detectadas por el personal de salud, 36% reportó que las escucharon con atención; 32% le dieron información sobre dónde acudir a pedir ayuda; 12% refirió que recibió otro tipo de atención; 11% dijo que el personal de salud no hizo nada; y un dato importante, únicamente 9% respondió que fue canalizada a un servicio especializado en atención a la violencia.
- El personal de salud no identifica a las mujeres que son maltratadas, tal como lo señala la normatividad existente desde 2000.* Asimismo, las mujeres de las regiones indígenas estudiadas no sienten confianza para revelar su condición de maltratadas.
- La ENSADEMI 2008 muestra que la respuesta del personal de salud en las regiones indígenas exploradas es bastante similar a la respuesta de las zonas urbanas de la ENVIM (2003 y 2008). Esto demuestra que los esfuerzos realizados por capacitar y sensibilizar al personal de salud en materia de violencia familiar todavía son insuficientes, sobre todo en estas regiones.
- Las mujeres maltratadas siguen siendo doblemente victimizadas, tanto por la violencia de pareja, como por el personal de salud que las atiende.
- A pesar de la difusión que realiza el Programa de Atención a la Violencia Familiar de los módulos especializados que operan en algunas de las unidades médicas, las mujeres no tienen la confianza para exponer con el personal de salud su problemática de maltrato y guardan silencio. Esta situación se agrava por su condición étnica, por lo que habría que replantear la fórmula de promoción de dichos servicios.
- Esta situación muestra que los esfuerzos institucionales deben redoblar y propiciar una mejor comunicación entre el personal de salud y las mujeres maltratadas que llegan a sus servicios. Por ello, resulta vital seguir sensibilizando al personal de salud respecto de la importancia de su rol como primer contacto de identificación de situaciones de violencia contra las mujeres, lo que podrá generar un ambiente de mayor confianza en las mujeres indígenas que son maltratadas.
- Para finalizar, es necesario reforzar la política pública en materia de violencia familiar en la estructura de la Secretaría de Salud, en todos sus niveles (federal, estatal y jurisdiccional) e impulsarla en el IMO, ya que como se mencionó anteriormente existen barreras dentro de las instituciones de salud que no permiten prestar los servicios sensibles y adecuados que las mujeres maltratadas requieren, sobre todo las indígenas.

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

Antecedentes

En la actualidad, la violencia contra la mujer es uno de los problemas de salud pública y de derechos humanos más señalados alrededor del mundo. Es una de las manifestaciones más severas de la desigualdad entre hombres y mujeres dentro de las sociedades patriarcales como la nuestra. Las consecuencias de la violencia frecuentemente son devastadoras para la salud física y el bienestar mental y social de las mujeres, y se prolongan a través de los años. Además, sus consecuencias se extienden a los ámbitos social y comunitario, poniendo en peligro el desarrollo de las personas, las familias, las comunidades y de los países. Por ello, en la lucha por el mejoramiento de la salud de las mujeres, se deben tomar en cuenta las situaciones de violencia a las que se enfrentan, como una prioridad de salud pública.

En el ámbito académico, fue durante la década de los noventa que aumentaron las investigaciones dedicadas al problema de la violencia hacia las mujeres, en diversos estados de la República mexicana. Los resultados mostraron la diversidad tanto en términos de prevalencia como de caracterización de la violencia. Esto se debió entre otras razones a que cada equipo de investigación definía qué y cómo medir la violencia contra las mujeres, lo cual generó que los resultados no fueran comparables entre sí; pese a ello, demostraron que la frecuencia y el impacto de la violencia eran problemas que atravesaban cualquier grupo social.

A finales de dicha década se llevaron a cabo dos encuestas con representatividad nacional que permitieron tener un diagnóstico de los principales indicadores y caracterización de la violencia de pareja contra las mujeres. Una de ellas en población de usuarias de los servicios de salud: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003); y la otra a nivel poblacional: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2003). Ambas representaron un avance importante en el conocimiento del tema de violencia en el país, y debido a la utilidad de sus resultados fueron replicadas en el año 2006 (ENDIREH 2007; ENVIM 2008). Desafortunadamente, la deuda común de ambas encuestas ha sido la exclusión de la exploración de la violencia hacia las mujeres en zonas indígenas del país.

Por lo anterior, el propósito fundamental de la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas 2008 (ENSADEMI 2008) es ofrecer un panorama del fenómeno de la violencia contra las mujeres en regiones indígenas del país. Su contribución primordial radica en ser la primera encuesta que profundiza en el tema, realizada con un diseño muestral especial para las poblaciones indígenas. Otra de sus contribuciones es la comparabilidad de sus secciones con la ENVIM 2003 y 2008, por ejemplo, con la escala de violencia, cuyo objetivo fue medir los distintos tipos en sus diferentes dimensiones. La escala original se modificó para tratar de captar de una manera más sensible las dimensiones de negligencia y de violencia económica en esta población particular.

Objetivos

El objetivo de la ENSADEMI 2008 fue determinar las características y la tipología de la violencia de pareja actual hacia las mujeres en ocho regiones indígenas de México. Los objetivos específicos que la guiaron fueron: a) caracterizar sociodemográficamente a las mujeres incluidas en el estudio; b) determinar la prevalencia y la severidad de las diversas formas de violencia de pareja actual entre las mujeres estudiadas; c) analizar comparativamente las características y expresiones de la violencia en las ocho regiones indígenas de estudio; d) identificar las consecuencias físicas de la violencia de pareja actual sufrida en los últimos 12 meses; y e) conocer el impacto de la violencia en la salud de las mujeres y en la economía de los hogares.

2.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio transversal por medio de la aplicación de una encuesta, teniendo como universo de estudio a mujeres usuarias de los servicios de salud públicos de la Secretaría de Salud (SSA) y del programa IMSS-*Oportunidades* (IMO) en las ocho regiones indígenas seleccionadas (ver mapa).

La unidad de observación fueron las mujeres usuarias del primer y segundo nivel de atención de los servicios de salud públicos de la SSA y de IMO, en las ocho regiones de estudio.

La ENSADEMI 2008 se levantó en dos etapas. La primera se llevó a cabo de septiembre a noviembre de 2006 y la segunda de febrero a marzo de 2007.

Los criterios de inclusión para las mujeres se circunscribieron a aquellas que demandaron atención preventiva o primaria en las unidades seleccionadas durante el periodo de estudio: a) alguna vez unidas; b) de entre 15 y 59 años de edad; y c) que aceptaran participar en el estudio. Mientras que los criterios de exclusión consideraron: a) mujeres que tuvieran alguna discapacidad para responder el cuestionario; y b) que acudieran con acompañantes o familiares, tales como pareja u otras personas que impidieran garantizar las condiciones de privacidad y confidencialidad de la entrevista. Finalmente, se incluyó como criterio de eliminación a aquellas mujeres que cumpliendo los criterios para ser entrevistadas, no aceptaran participar en el estudio. Esto se registró como rechazo.

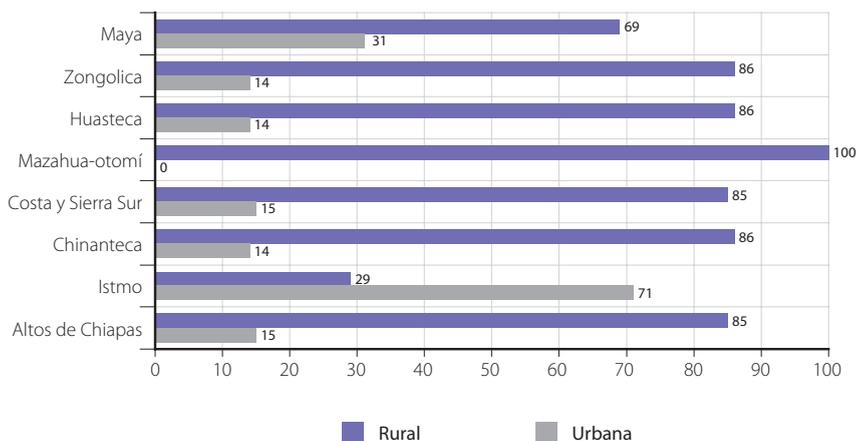
Características de las mujeres entrevistadas

De los 25 municipios visitados, 21 están catalogados como municipios indígenas y únicamente cuatro con presencia de población indígena. Del conjunto regional, 84% fueron comunidades rurales y el resto urbanas (16%). Del total, 18 municipios se ubican en las categorías de alta y muy alta marginación, casi todos indígenas.

Las 295 194 mujeres representadas en el estudio provienen de las siguientes regiones: Altos de Chiapas (4.53%), Istmo (3.97%), Chinanteca (2.33%), Costa y Sierra Sur (4.92%), región Mazahua-otomí (29.09%), Huasteca (16.61%), Zongolica (9.00%) y región Maya (29.55%). El 83% de las mujeres vive en zonas rurales; sin embargo, en la región Huasteca todas las mujeres viven en zona rural. En la región del Istmo la mayoría de las mujeres (71.0%) pertenece a la zona urbana (figura 1). Casi 3 de cada 4 mujeres nacieron en la región donde fueron entrevistadas, lo cual señala la limitada movilidad migratoria de las mujeres estudiadas.

La mayoría de las mujeres fueron entrevistadas en las clínicas de la SSA y en menor proporción en las de IMO. La edad de las mujeres estudiadas oscila entre 15 y 59 años de edad; 67.0% de ellas se encuentran en el rango de edad entre 15 y 39 años,

Figura 1
Distribución porcentual de mujeres por región y área de residencia



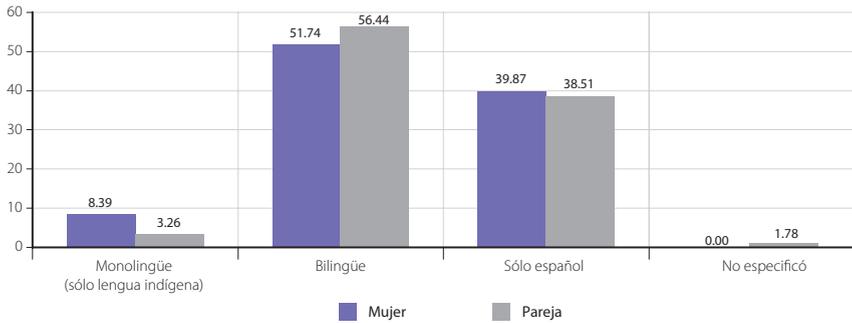
característica general de la población mexicana. La región Altos de Chiapas es la que reporta una mayor concentración de población joven, 72.73% tiene menos de 40 años. En el caso de la región Costa y Sierra Sur encontramos que aproximadamente 60% de mujeres están en este mismo rango de edad, siendo esta la región con la proporción más baja de población joven (cuadro 1).

En cuanto a la condición lingüística, se encontró que un poco más de la mitad de las mujeres son bilingües (56.44%), 40% sólo habla español y una minoría habla únicamente su lengua (8.4%). En las regiones Istmo y mazahua-otomí sólo 1.0% de la población estudiada habla la lengua materna indígena. En la región Altos de Chiapas la situación difiere, pues casi 65.0% de las mujeres entrevistadas son monolingües. Las tres lenguas que hablan las mujeres entrevistadas (monolingües o bilingües), en orden de importancia son: maya (37.41%), náhuatl (28.45%) y otomí (13.20%). Respecto de la condición de habla de sus parejas, se encontró que 56.43% de los hombres son bilingües, 38.51% sólo habla español y una minoría son monolingües (figura 2). Aquí se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres, ya que son las segundas quienes tienden a hablar menos el español, siendo monolingües en mayor porcentaje que sus parejas.

Cuadro 1
Regiones, por estado y municipios, estudiadas en la ENSADEMI 2008

Región	Estado	Municipios
Los Altos de Chiapas	Chiapas	Zinacantán Chamula San Cristóbal de las Casas Venustiano Carranza
Istmo	Oaxaca	Juchitán de Zaragoza Ciudad Ixtepec Unión Hidalgo San Blas Atempa
Huasteca	San Luis Potosí	Matlapa (SLP) Aquismón Tamazunchale
Mazahua-otomí	Querétaro	Amealco de Bonfil
Chinanteca	Oaxaca	San Juan Bautista Tuxtepec San José Chiltepec
Cuicatlán, Mazateca, Tehucán y Zongolica	Veracruz	Zongolica
Costa y Sierra Sur de Oaxaca	Oaxaca	San Agustín Loxicha Santa Catarina Juquila San Lorenzo Texmelucan
Maya	Yucatán	Mérida Chemax Oxkutzcab Valladolid

■ Figura 2
Distribución porcentual según habla de las mujeres y sus parejas



Diseño de muestra

El diseño muestral fue realizado con el fin de proporcionar estimaciones para cada región indígena seleccionada. El esquema de muestreo fue probabilístico, estratificado y de conglomerados.

Los conglomerados de primera etapa lo conformaron las 25 regiones indígenas propuestas por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), las cuales fueron construidas a partir del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Sobre esta base, se hizo una selección aleatoria de ocho regiones indígenas, con probabilidad proporcional al tamaño de la población indígena. Como en algunos casos las regiones están conformadas con más de un estado, se procedió a seleccionar un estado para cada región, se aplicó el mismo criterio de aleatoriedad, con probabilidad proporcional al tamaño de la población indígena de la región, de manera que el estado seleccionado fuese representativo de la región.

De los criterios anteriormente descritos, las regiones, estados y municipios seleccionados se muestran en el cuadro 1.

En la tercera etapa los conglomerados estuvieron conformados por las unidades médicas de primer y segundo nivel. Éstas se seleccionaron de manera aleatoria, proporcionales al volumen de consultas. Las instituciones de salud seleccionadas fueron SSA e IMO, ya que por su ubicación son las principales instituciones que proporcionan atención médica a la población indígena del país. Por cada región indígena seleccionada se decidió trabajar en siete unidades de salud.

Para la selección de las usuarias se realizó un muestreo sistemático con arranque aleatorio, donde la fracción de muestreo se fijó tomando en cuenta el volumen (número) de consultas atendidas a mujeres de 15 a 59 años la semana anterior al levantamiento de la encuesta.

Construcción de índices

La construcción de los índices de violencia y de nivel socioeconómico para la ENSADEMI 2008 tuvo la misma metodología que los desarrollados para la ENVIM 2003 y 2006, con el propósito de mantener comparabilidad entre las tres encuestas:

Índice de violencia. Para la medición de la violencia de pareja en los últimos 12 meses se utilizó una escala de violencia que explora cinco tipos de violencia:*

1. Violencia física: empujones, golpes, heridas con arma de fuego o punzo cortante.
2. Violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física.
3. Negligencia: el marido le impidió atenderse cuando lo necesitó; no la llevó a curarse, en caso de estar enferma; la obligó a realizar quehaceres a pesar de estar enferma.
4. Violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual.
5. Violencia económica: ejercicio del control a través del dinero.

Se construyó un índice de severidad que clasifica la violencia en: violencia severa y no-severa.

Índice de nivel socioeconómico. El posicionamiento socioeconómico de la ENSADEMI 2008 se clasificó en muy baja, baja, media y alta.‡

* Se utilizó la “Escala de medición de violencia de pareja para mujeres indígenas”. Registro de derechos de autor 03-2008-021314025700-01 (Valdez e Híjar, 2008).

‡ Cabe aclarar que esta metodología es una adaptación de la que fue diseñada para el proyecto “Diagnóstico de la salud reproductiva en el México de los noventa”, llevado a cabo por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México y, como se mencionó inicialmente, es la metodología que ha sido aplicada en la construcción de este mismo índice en la ENVIM I y la ENVIM II.

3.

Resultados

En la ENSADEMI 2008 se exploraron las diferentes formas de expresión de la violencia en dos etapas fundamentales en la vida de las mujeres: la infancia y la vida adulta. Ambas son determinantes en la vida de cualquier ser humano, la primera por su carácter formativo, por las implicaciones para el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de las y los sujetos, y la segunda porque concentra los años de desarrollo potencial de capacidades humanas que tienen un efecto en la vida personal y social. Es en esta etapa donde la mayoría de las mujeres ejercen roles sociales como estudiantes, trabajadoras, líderes sociales o comunitarias, parejas y madres. En este último rol su función como transmisoras de patrones culturales y familiares es de vital importancia en cualquier comunidad o grupo social.

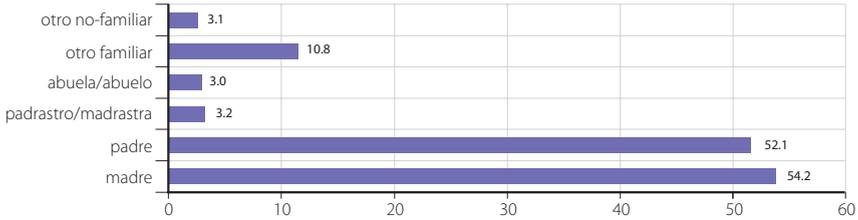
Violencia en la infancia

En total, 34% de las entrevistadas reportó golpes y/o humillaciones en la infancia. En los Altos de Chiapas, alrededor de 2 de cada 5 mujeres reportan maltrato infantil y en la Costa y Sierra Sur 1 de cada 5. Respecto de la condición de habla, el maltrato presenta una prevalencia similar entre monolingües y bilingües (31 y 32%, respectivamente), con una proporción más elevada entre las mujeres que sólo hablan español (37%).

El padre aparece como el agresor principal de humillaciones reportadas por las mujeres entrevistadas en 48.5% de los casos, seguido de la madre con 45.2 por ciento. En menor proporción se menciona a otro familiar, otro no familiar, abuelos y padrastro/madrastra. El tipo de agresores que reportan las mujeres golpeadas en la infancia son similares: el padre y la madre en una mayor proporción; y luego siguen: otro familiar, otro no familiar, padrastro/madrastra y abuelos (figura 3).

Las consecuencias físicas producto del maltrato en la infancia fueron diversas, desde cortaduras que necesitaron curación (9%), desmayos o pérdida de la conciencia (7%), fracturas (6%), hasta quemaduras (4%).

■ Figura 3

Distribución porcentual de tipo de agresor, por golpes en la infancia

Violencia de pareja

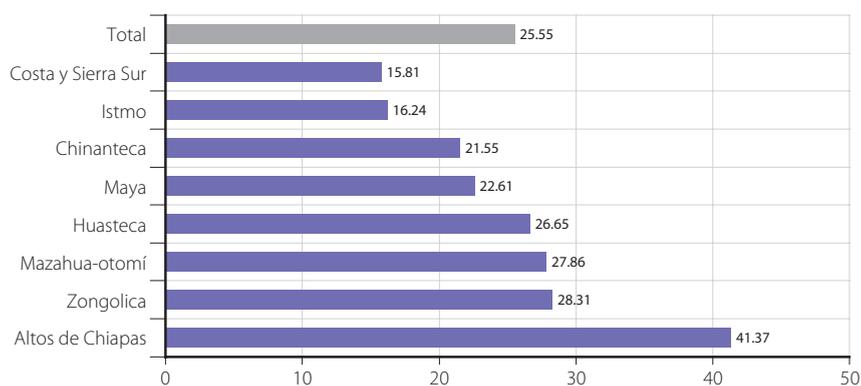
La violencia de pareja actual toma en cuenta a las mujeres que sufrieron violencia psicológica, negligencia, física, económica o sexual de parte de su pareja en los últimos 12 meses. A partir de la Escala para la medición de la violencia de pareja en mujeres indígenas y de la construcción del Índice de severidad de violencia de pareja en mujeres indígenas, se pudo identificar una prevalencia de 25.55% de violencia de pareja actual.

Entre las regiones la prevalencia varía entre 16% en la Costa y Sierra Sur, y 41.37% en los Altos de Chiapas (figura 4). Respecto de la severidad de la violencia de pareja actual, en total 15.5% de las encuestadas reportaron violencia no severa, mientras que 10.06% la reportó severa. Se observan diferencias considerables entre regiones. Por ejemplo, en los Altos de Chiapas es mayor el número de mujeres que reporta una mayor severidad en la violencia de pareja, a diferencia del Istmo, en donde las mujeres en su mayoría reportan una violencia de pareja no severa.

La prevalencia para cada uno de los tipos de violencia de pareja actual fueron las siguientes: psicológica 21.1%, física 10%, económica 10.16%, negligencia 6.11% y sexual 7 por ciento. La prevalencia para cada tipo de violencia varía de una región a otra. Las tres regiones con mayor índice de violencia psicológica son: los Altos de Chiapas, con 12 puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total, la Zongolica y la Mazahua-otomí. Las tres regiones con mayor índice de violencia física son Altos de Chiapas, con 12 puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total; la región Mazahua-otomí y la Huasteca. Las tres regiones con mayor índice de violencia económica son Altos de Chiapas, con 9 puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total; le siguen las regiones Maya y Mazahua-otomí. Las tres regiones con mayor índice de negligencia son Altos de Chiapas, Zongolica y Mazahua-otomí. Las tres regiones con mayor índice de violencia sexual son Altos de Chiapas, 3 puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total; le siguen la Zongolica y la Chinanteca.

Cabe destacar que los Altos de Chiapas es la región que reporta la mayor prevalencia de los diferentes tipos de violencia y la región Costa y Sierra Sur e Istmo reportan la menor prevalencia.

■ Figura 4
Distribución porcentual de violencia de pareja actual, por región



Violencia en el embarazo

En la ENSADEMI 2008, 17% de las mujeres reportaron haber sido maltratadas en alguno de sus embarazos. Esta clase de violencia se caracterizó principalmente por humillaciones (13%), amenazas (9%), golpes (9%) y por las relaciones sexuales obligadas (8%). El agresor varía por cada tipo de violencia que reportan; sin embargo, en todas se menciona como el principal agresor al padre del bebé. Entre las mujeres que reportaron ser obligadas a tener relaciones sexuales, 4% reportó a su propio padre como el agresor. En las mujeres que reportan humillaciones y amenazas se señala a la suegra como agresora en 5 y 4%, respectivamente.

Del total de mujeres que reportaron estar embarazadas en el momento de la aplicación de la encuesta (n=25 753 mujeres, 9%), 5% reportó que fue golpeada o pateada durante su actual embarazo; 44% reportó que había sido golpeada en más de una ocasión en el último mes; y de las mujeres que reportaron haber sido pateadas en el último mes, el total reportó que había sido pateada en más de una ocasión. Es frecuente que las mujeres no reporten esta situación de maltrato a nadie (76%), y una minoría se lo mencione a un familiar o a otros. Las consecuencias que tuvieron los golpes y/o patadas en el abdomen fueron principalmente dolores (39%); 30% no declaró alguna consecuencia, y 31% no respondió.

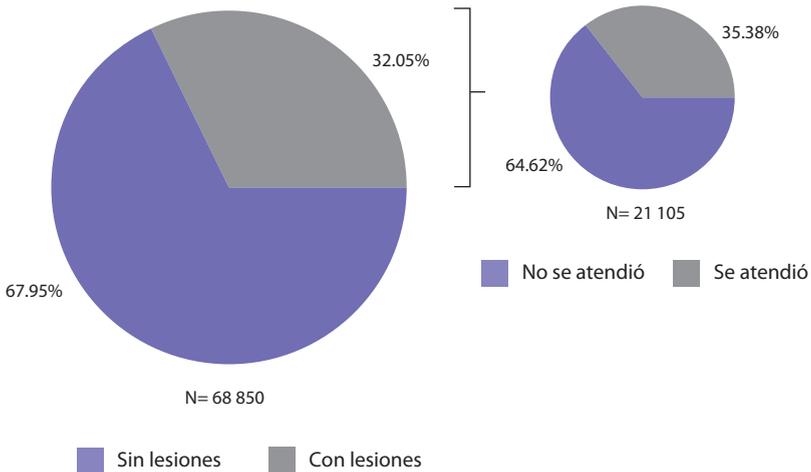
Consecuencias de la violencia de pareja en la salud y la economía

La violencia de pareja tiene diversas repercusiones sociales, desde efectos en la salud de las mujeres (lesiones físicas, problemas de salud mental, incluso la muerte) hasta consecuencias económicas para la sociedad en general, ocasionadas por el gasto en la atención de las lesiones y la pérdida de productividad en la actividad laboral o la pérdida de la fuente de trabajo. En México se han documentado tanto las consecuencias de la violencia de pareja en la salud emocional como en la salud física, pero se sabe poco de otras repercusiones de la violencia en la economía de los hogares, y menos en el caso de las mujeres indígenas. Con el propósito de avanzar en el conocimiento de otros impactos económicos de la violencia, la ENSADEMI 2008 incluyó un apartado dirigido a identificar estas dimensiones.

Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres

Aproximadamente 3 de cada 10 mujeres (32%) que refirieron haber vivido violencia de pareja sufrieron alguna lesión o daño como consecuencia de ésta. En la figura 5 se observa que 35.8% de las mujeres con lesiones o daños ocasionadas por la violencia de pareja usó servicios de salud (formales o no)* para la atención de éstas.

■ Figura 5
Mujeres con lesiones o daños por violencia de pareja y uso de servicios de salud



* Se entienden como formales aquellos servicios de salud donde la atención la realizan profesionales de la salud.

Impacto de la violencia en el gasto de los hogares debido a la atención de las lesiones

En general, las usuarias de servicios de salud y sus hogares gastaron un total de 3 130 930 pesos, siendo el gasto promedio por lesionada de 322 pesos (cuadros 2 y 3).

■ Cuadro 2
Regiones, por estado y municipios, estudiadas en la ENSADEMI 2008

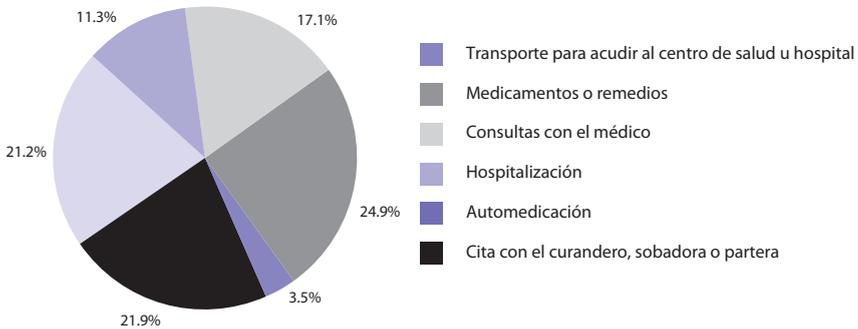
Tipo de gasto	Violencia no severa (pesos)	N	Violencia severa (pesos)	N	Total (pesos)	N
Consultas con médico	32	923	132	3 857	112	4 780
Medicamentos recetados por médico	20	767	164	3 354	137	4 121
Transporte	45	128	55	1 855	55	1 983
Consulta con médico tradicional	50	173	332	2 040	310	2 213
Receta de médico tradicional	20	173	202	1 042	176	1 215
Automedicación	128	1 318	108	4 594	112	5 912
Hospitalización	---	---	452	785	452	785
Operación	---	---	---	---	---	---
Total	139	1 650	359	8 076	322	9 726

■ Cuadro 3
Gasto total asociado con las consecuencias en la salud de las mujeres que sufrieron lesiones como consecuencia del maltrato en los últimos 12 meses

Tipo de gasto	Violencia no severa (pesos)	N	Violencia severa (pesos)	N	Total (Pesos)	N
Consultas con médico	29 070	923	507 500	3 857	536 570	4 780
Medicamentos recetados por médico	15 320	767	550 396	3 354	565 716	4 121
Transporte	5 784	128	102 392	1 855	108 176	1 983
Consulta con médico tradicional	8 650	173	677 830	2 040	686 480	2 213
Receta de médico tradicional	3 460	173	210 915	1 042	214 375	1 215
Automedicación	168 145	1 318	496 639	4 594	664 784	5 912
Hospitalización	---	---	354 775	785	354 775	785
Operación	---	---	---	---	---	---
Total	230 429	1 650	2 900 447	8 076	3 130 876	9 726

Como se muestra en la figura 6, el rubro de mayor gasto fue el de medicamentos y remedios, el cual representó casi una cuarta parte del gasto total, seguido del pago de honorarios de partera/curandero u otro y el pago en automedicación, en los que cada uno de estos rubros representó poco más de 21 por ciento. El pago de consultas médicas representó 17.1%; la hospitalización, 11%; y el porcentaje restante se debe al pago de transporte.

Figura 6
Composición del gasto total en atención de lesiones por violencia de pareja, ENSADEMI 2008



Si se analiza el gasto total por regiones, se observa un comportamiento diferencial en los distintos componentes de gasto analizados (cuadro 4). En cuanto a gastos totales, la región que gastó más en la atención de las lesiones ocasionadas por la violencia de pareja fue la maya (835 302 pesos). Le siguieron la región mazahuatomí (739 935 pesos), la Huasteca (658 400 pesos), los Altos de Chiapas (657 720 pesos), la Zongolica (142 365 pesos), el Istmo (71 784 pesos), la Costa y Sierra Sur (20 410 pesos) y la Chinanteca (7 410 pesos).

Al hacer un análisis por severidad de la violencia, destaca el hecho de que cuando la violencia no es severa, las mujeres deciden no acudir con el médico o partera/curandero y tratan de resolver por sí mismas la lesión ocasionada por su pareja, mediante la automedicación. En el caso de la violencia severa, el comportamiento de la proporción de los diferentes componentes en el gasto total es similar al caso general.

■ Cuadro 4

Gasto total por región asociado con las consecuencias en la salud de las mujeres que sufrieron lesiones como consecuencia del maltrato en los últimos 12 meses (cifras en pesos)

Tipo de gasto	Altos de Chiapas	Istmo	Huasteca	Mazahuatotomí	Chinanteca	Costa y Sierra Sur	Maya	Zongolica
Consultas con médico	38 610	44 640	47 100	153 000	2 800	1 670	235 700	13 050
Medicamentos recetados por médico	72 846	22 320	13 600	149 600	0	4 920	137 830	42 200
Transporte	18 900	1 152	9 500	13 600	364	3 100	5 800	55 760
Consulta con médico tradicional	294 300	480	24 900	83 400	0	5 800	45 020	8 480
Receta de médico tradicional	152 415	0	24 500	34 000	0	0	3 460	0
Automedicación	58 995	3 192	42 300	304 160	3 850	4 920	224 492	22 875
Hospitalización	21 600	0	150 000	0	0	0	183 000	0
Operación	---	---	---	---	---	---	---	---
Total	657 720	71 784	658 400	737 935	7 014	20 410	835 302	142 365

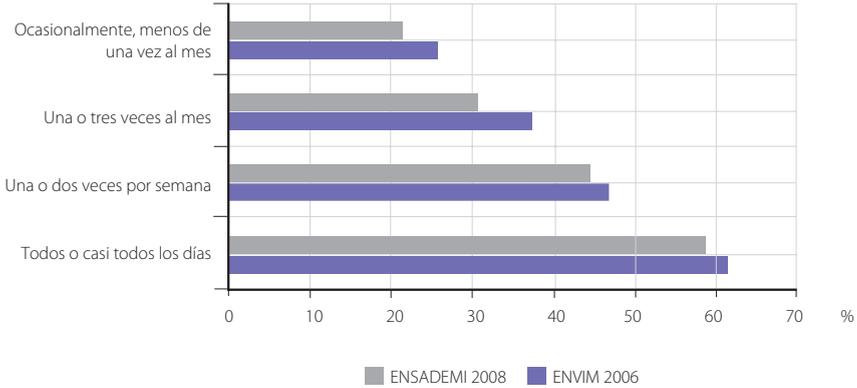
Violencia y consumo de alcohol y drogas

Como se ha establecido en otros estudios, existe una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y drogas con la violencia de pareja. En la figura 7 puede observarse un claro gradiente en el que a medida que aumenta la frecuencia en el consumo del alcohol por parte de la pareja, lo hace también la proporción de mujeres agredidas. Cuando las mujeres dijeron que su pareja consumía alcohol ocasionalmente el reporte de violencia fue de 21.2 por ciento. En las que señalaron que él tomaba todos o casi todos los días, la frecuencia de violencia fue de 58.7 por ciento.

Los resultados de este estudio documentan que la violencia tiene diversos efectos en la salud física de las mujeres. Se encontró que aproximadamente 1 de cada 3 mujeres que viven en una relación de pareja violenta tuvieron alguna lesión o daño, la mayoría de éstas reportó dolores en el cuerpo y moretones, pero 2% presentó lesiones graves (fracturas, pérdida de la consciencia) y tuvo que ser hospitalizada. Sin embargo, a pesar de tener lesiones, incluso tan severas como fracturas o sangrados, no siempre las mujeres acudieron a los servicios de salud; sólo 1 de cada 3 mujeres lesionadas usó los servicios de salud, y esta utilización de servicios estuvo relacionada con la severidad de las mismas.

■ Figura 7

Frecuencia de consumo de alcohol y violencia de la pareja en el último año, ENSADEMI 2008

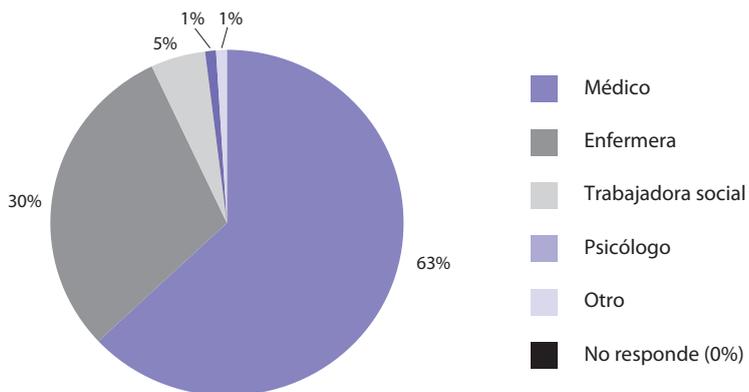


Respuesta del personal de salud

Desde la perspectiva de la salud pública se considera el papel del equipo de salud como sustancial para poder identificar a las mujeres maltratadas, tanto las que llegan lesionadas a las salas de urgencia, como las que asisten de manera regular a la consulta. En la ENSADEMI 2008, 1 de cada 4 mujeres entrevistadas mencionó que alguna vez en la clínica u hospital le habían preguntado si sufría violencia por parte de su pareja, 63% mencionó que el médico era quien se lo había preguntado, 30% dijo que fue la enfermera y 5% a la trabajadora social (figura 8). Sólo a 3% de las mujeres el personal de salud les informó que se encontraban en una situación de violencia de pareja. El médico fue quien en la mayoría de los casos les dijo se encontraban en esta situación. Como ya mencionamos, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, el personal de salud debe proporcionar la información y atención médica a las personas que se encuentran en situación de violencia familiar, debiendo referirlas, cuando se requiera, a otros servicios, unidades médicas, instituciones y organismos con mayor capacidad resolutive, a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad en el tratamiento, rehabilitación, así como apoyos legal y psicológico para los cuales estén facultados.

En el caso de la ENSADEMI 2008 de las mujeres detectadas por el personal de salud en situación de violencia, 36% reportó que las escucharon con atención, a 32% le dieron información sobre dónde acudir a pedir ayuda, 12% refirió que recibió otro tipo de atención, 11% dijo que el personal de salud no hizo nada y un dato importante es que únicamente 9% respondió que fue canalizada a un servicio especializado en atención a la violencia.

■ Figura 8
Personal de salud que pregunta a la mujer si sufre o no de violencia de pareja



**Encuesta de Salud y Derechos de
las Mujeres Indígenas 2008**

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Se terminó de imprimir en febrero de 2009.

La edición consta de 2 000 ejemplares

