

Las mujeres con violencia de género en pareja en México: políticas públicas y su impacto en la prevalencia del problema

Alma Gloria Nájera Ahumada
Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

El trabajo muestra que a pesar de que han pasado 35 años de la primera Convención Internacional en que los países participantes acordaron eliminar todas las formas de discriminación en contra de la mujer, el esfuerzo, a través de políticas, aun no es suficiente para tener resultados. Entre las problemáticas de las mujeres está la violencia de género en pareja, que se aborda en el presente trabajo. El sector salud es uno de los sectores involucrados en la atención de la problemática. El impacto se muestra mediante la prevalencia del fenómeno en varios momentos distintos y a través de varias encuestas nacionales, y se complementa con datos cualitativos que aportan elementos para mostrar las dificultades y obstáculos que el personal de salud de una de las instituciones que más población atiende en el país, el Seguro Social, identifica, para llevar a la práctica la normatividad existente sobre este problema social. Elementos que van desde el no manejo, la falta de normatividad, el poco compromiso de las autoridades y tomadores de decisión, falta de formación y manejo por parte del personal.

Palabras clave: violencia de género, estimaciones, atención en salud, obstáculos, dificultades.

Abstract

The paper shows that although 35 years have passed from the first International Convention in participating countries agreed to eliminate all forms of discrimination against women, the effort, through policies is still not enough to get results. Among the problems of women is gender violence in couples, which is addressed in this paper. The health sector is one of the sectors involved in addressing the problem. The impact is shown by the prevalence of the phenomenon in several different

times and through several national surveys and is supplemented by qualitative data that provide elements to show the difficulties and obstacles that health personnel of one of the institutions that most people attending in the country, Social Security, identifies, to implement the regulations and this social problem. Items ranging from no management, lack of standards, lack of commitment from the authorities and decision makers, lack of training and handling by staff.

Key words: Gender violence, estimates, health care, barriers.

Introducción

La violencia de género es un importante problema de salud pública, reconocido por la Organización Mundial de la Salud en el último cuarto del siglo pasado (OMS, 2002): en México, y específicamente en el sector salud, se empezó a trabajar a finales de los años de 1990 como objeto de políticas públicas y de diversas acciones, estrategias y programas (Castro, Riquer y Medina, 2006; González y Contreras, 2006; Herrera, 2009), lo cual debiera tener su impacto en el comportamiento de este fenómeno, teniendo en cuenta que han pasado casi dos décadas desde que se iniciaron las acciones.

En el presente trabajo se muestra que en el sector salud, y en particular en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que es la institución que atiende una proporción mayoritaria de mexicanos, a pesar de los esfuerzos que se han llevado a cabo aun no se logra consolidar una política integral que incluya todos los elementos para incidir en la problemática.

Se presentan los resultados de dos encuestas que se llevaron a cabo en dicha institución, los cuales muestran la prevalencia declarada por la población derechohabiente en 1998 y en 2010, pero también se muestra el panorama nacional a través de otras encuestas.

Por otra parte, y como complemento de las estimaciones, se presentan las percepciones de los directivos de los programas de salud en las oficinas estatales del IMSS, que muestran varias de las dificultades y obstáculos detectados para la implementación de un servicio que atienda resolutivamente a las mujeres.

La violencia de género en pareja: un problema de salud pública

La violencia de género en pareja es un fenómeno que data de siglos atrás, pero como objeto de estudio y posibles políticas públicas para su atención se reconoce sólo a partir del último cuarto del siglo pasado, y en la década de los años ochenta en México (González y Contreras, 2006; Herrera, 2009). Los acuerdos de los organismos internacionales fueron fundamentales para visibilizar, desnaturalizar y poner la atención en la violencia de género, es decir, para colocar esta problemática en la agenda. Se plasman a partir de 1979 con la Convención sobre la Eliminación

de todas las formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés); el 17 de julio de 1980 México firma esta Convención y la ratificación entra en vigor el 3 de septiembre de 1981; el Protocolo facultativo, instrumento que aterriza y da mayor fuerza a la Convención, fue firmado por nuestro país en diciembre de 1999, y es un instrumento procesal de incalculable valía para presentar quejas ante la CEDAW (Saucedo, 2010; Valdéz, 2004).

Por otra parte, las Conferencias Internacionales de Población, en El Cairo (1994), y la de la Mujer, en Beijing (1995), dieron un nuevo impulso a los temas de la inequidad de género, y entre ellos la violencia de género, lo que no había logrado la CEDAW. Es importante mencionar y reconocer que el movimiento feminista —tanto a nivel mundial como nacional— tuvo un gran papel para visibilizar y agendar la problemática de la violencia contra las mujeres (Valdez, 2004).

También en forma mucho más específica se lleva a cabo la Convención de Belem Do Para sobre violencia contra las mujeres en 1994, que fue central y tal vez la más importante para hacer visible y colocar en la agenda, tanto a nivel internacional como nacional, la problemática de la violencia de género (González y Contreras, 2008; Saucedo, 2010).

Así, la violencia de género en pareja se empezó a identificar como un problema social y de salud pública por la magnitud, los costos, las consecuencias e implicaciones al interior de las familias, y por el impacto en la salud de las mujeres; pero las presiones internacionales, los compromisos adquiridos por el país con esas convenciones, el papel de los grupos feministas, señalado arriba, fueron fundamentales.

La magnitud del fenómeno varía entre los países; sin embargo, va desde una prevalencia de 15 hasta 70; la primera se registra en Japón y la última en algunas regiones de Asia Central, y en el intermedio están Perú (con 42.4) y Zambia (58.7) (Kishor y Johnson, 2006; OMS, 2002).

Consecuencias de la violencia de género: distintos ámbitos de las mujeres y sus familias

Entre las consecuencias que tienen fuertes repercusiones en la salud de las mujeres se encuentran las lesiones, la dificultad o imposibilidad que tienen las mujeres violentadas de prevenir los embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, enfermedad inflamatoria pélvica, complicaciones durante los embarazos, abortos, partos prematuros y bajo peso al nacer, entre otros (González y Contreras, 2006; Heise, 1994), lo que se ha estimado en años de vida saludable que se quitan a las mujeres.

Entre los factores que afectan su vida social y familiar están los gastos indirectos generados por la violencia de género, integran una lista larga si bien destacan la productividad perdida por las ausencias laborales que a veces son prolongadas, muertes prematuras, el sufrimiento, dolor, pérdida de potencialidades —tanto para ellas como en sus propias familias— (Velzeboer, 2003; Saucedo 2010; Castro *et*

al., 2008), y la alteración de la vida cotidiana por el temor y la inseguridad; pero también están los costos intangibles, porque se ha documentado que este fenómeno se perpetua, es decir, se repite en las siguientes generaciones (Nájera, 2003; Castro *et al.*, 2008; Velzeboer, 2003).

Otro ámbito de impacto muy fuerte es en la salud mental de las mujeres; las consecuencias del sufrimiento provocado por la violencia genera malestar general y mala salud percibida como trastorno posestrés, problemas de alimentación, de imagen corporal, depresión y ansiedad. Esto ocasiona un mayor consumo de fármacos y abuso de sustancias (OMS, 2002).

Por otro lado, una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a la carga que impone a las instituciones sanitarias; en varios países de América Latina se ha calculado que el gasto en violencia, como una parte del producto interno bruto, varía entre 1.3 y 5% (OMS, 2002). Los gastos que se generan para el sector salud van desde un mayor número de atenciones, dado que se ha documentado que las mujeres que viven violencia de género presentan más problemas de salud, acuden más a consultas, y lo mencionado arriba sobre las atenciones y los medicamentos, lo que genera mayor gasto a dichas instituciones, así como recursos destinados a los albergues y refugios para ofrecer protección a mujeres con sus hijos (OMS, 2002).

Los datos cuantitativos. La prevalencia del problema en México. Distintas fuentes

La forma en que se hace el acercamiento para medir el impacto de las acciones realizadas —en el lapso que va desde que se iniciaron las acciones y una política federal en la problemática, creada a finales de la década de 1990—, se conforma de las estimaciones de la prevalencia de los diferentes tipos de violencia en varias encuestas realizadas en nuestro país, con representatividad nacional, para medir la magnitud de la problemática.

La primera medición que se hizo del fenómeno con una muestra representativa, aunque no de toda la población, sino de la población derechohabiente del Seguro Social, fue la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente (Ensare 98) (IMSS, 2000; Nájera, 2003). La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh) se realizó en 2003, 2006 y 2011.¹ Por su parte, la Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer (Envim),

¹ Es un trabajo conjunto entre el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), el Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer (Unifem) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), mientras que en 2011 se hizo a través de un ejercicio compartido entre el INEGI e Inmujeres. Su objetivo ha sido obtener información de los diferentes tipos de violencia que sufren las mujeres de 15 años de edad y más en los ámbitos del hogar, escolar, laboral y social, así como las consecuencias físicas y emocionales que padecen las mujeres violentadas por su cónyuge.

realizada en 2003 y en 2006, se desarrolló por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública.²

En la Encuesta Nacional de Salud del Seguro Social 2010 (Encoprevenimss), con población derechohabiente se incorporó una serie de preguntas para captar el fenómeno, y se estimaron las prevalencias para diferentes tipos de las mujeres de 15 años y más (Valladares, Ramírez, Nájera *et al.*, 2012).

Conforme se ha ido avanzando en el análisis y en el conocimiento de las dinámicas al interior de la relación de pareja y sus relaciones con el entorno sociocultural, al menos para el caso de México se han ido incorporando diversas manifestaciones, que en las primeras estimaciones a través de encuestas no se tenían contempladas, como es el caso de la violencia económica o patrimonial.³

También es importante tener en cuenta, para las diferencias en las prevalencias que se trata de universos de mujeres diferentes, aunque todas tengan muestras representativas a nivel nacional; la Ensare, la Enco y la Endireh se levantan en hogares, y la Envim en los centros de salud de las distintas instituciones.

En el lapso comprendido entre la primera y la última encuesta —las dos que se han llevado a cabo en el Seguro Social— y las otras encuestas realizadas, se se empezaron a desplegar las políticas a nivel federal. Éstas fueron impulsadas en gran medida por los organismos y acuerdos internacionales, y en el contexto nacional por el movimiento feminista que venía luchando décadas atrás, de modo que a partir de las convenciones internacionales en México se diseñan y publican varias leyes, todas en la década donde inicia el milenio, y de ahí se concreta aún más la política en la materia a nivel federal, con la creación de varios organismos, programas y acciones en diferentes ámbitos, no sólo en el de salud.⁴

La problemática se empieza a visibilizar y desnaturalizar a través de grandes campañas en los medios de comunicación, de tal forma que las acciones que se desplegaron fueron de gran alcance y difusión, así como de atención en las propias instituciones de salud.

Se esperaría que entre la estimación de la primera encuesta Ensare 98 y la última Enco 2010 hubiera alguna modificación, un descenso, en los distintos

² Las entrevistas se aplicaron en las unidades médicas de primero y segundo nivel de la SSA, el IMSS y el ISSSTE, con representación de los 32 estados del país, se aplicó a mujeres de 15 años de edad y más, usuarias de los servicios de dichos niveles.

³ Lo anterior ha sumado para que las mediciones no sean estrictamente comparables; sin embargo, se ha ganado en precisión al contemplar formas que adopta la violencia de género que no se tenían en cuenta; asimismo, se ha avanzado en tratar de ir hacia las interpretaciones de este fenómeno en los distintos contextos y otros elementos asociados (Castro *et al.*, 2006; González y Contreras, 2008; Herrera, 2009).

⁴ Las principales leyes son: Ley del Instituto Nacional de las Mujeres (12 de enero de 2001), Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (11 de junio de 2003), Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2 de agosto de 2006), Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (1 de febrero de 2007) y Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas (27 de noviembre de 2007).

tipos de violencia. La prevalencia observada se estimó con base en las declaraciones de las mujeres entrevistadas en el año anterior a la encuesta. Sin embargo, las diferencias entre las dos encuestas del Seguro Social —la Ensare 98 y la Enco 2010—, que son de la población derechohabiente, y la forma en que fue captado el fenómeno muestra un aumento en los distintos tipos de violencia de género —aunque se observan algunos matices tanto en la primera, que es cualquier tipo de violencia, como la emocional o psicológica— se registra un incremento de casi 10 puntos porcentuales. Sin embargo, en la física la prevalencia es prácticamente la misma. Los otros dos tipos de violencia no se pueden comparar porque en la primera encuesta no se captaron.

En las otras encuestas, la Endireh 2003 y 2006, hubo un decremento en todos los tipos de violencia, excepto en la física, que prácticamente es igual, mientras que en las encuestas realizadas entre las usuarias del sector salud (Envim) se registra un incremento. Estas comparaciones nos llevan a buscar distintas formas de acercarnos al impacto, porque si bien es un fenómeno asociado a patrones culturales en las relaciones de género y el cambio no es rápido, sí se ha desplegado una variedad de estrategias que pudieran tener algún efecto positivo. Sin embargo, no podemos ser concluyentes con estos resultados, aunque sí se observa un incremento en las del Seguro Social y las del sector salud.

Los datos cualitativos. Grupos focales⁵

La información de los grupos focales con prestadores de servicios de salud aporta a la explicación de la evolución de la problemática, desde la visión de ellos como directivos estatales de los programas de salud en el IMSS, del porqué las acciones que se han llevado a cabo para atender la problemática no han dado los resultados esperados; en este sentido se muestran varias dificultades y obstáculos que han impedido que la problemática esté en camino a resolverse.

Una parte importante de los prestadores de servicios de salud estatales del IMSS reconoce la violencia como una fuerte problemática de salud pública que debe atender el sector salud —y está dispuesto a hacerlo—. También reconocen la repetición del patrón de la violencia, tanto en el ámbito familiar como en otros espacios; perciben que está en todos lados y en el ámbito laboral, y que se genera también entre los prestadores de servicios de salud, como se denota en el siguiente testimonio.

⁵ Se llevaron a cabo cinco grupos focales en dos reuniones de trabajo del personal del IMSS en 2011. El personal que integró dichos grupos son personajes centrales en la puesta en marcha, monitoreo y supervisión de los programas de salud en cada una de las oficinas estatales del IMSS, equipo conformado por médicos y médicas, trabajo social y enfermería.

[...] el personal de salud lo primero que va a hacer es regañarlas, juzgar efectivamente, ¿no?; o sea doble violencia aunque el propio personal de salud sea sujeto de violencia [...] nosotros tenemos que aprender a no juzgar independientemente que pudiera ser equidad o no equidad de género; es una cuestión pues a lo mejor hasta ética pues, ¿no?; el asunto de que podamos nosotros no juzgar a la gente [...] (1M, 2011).⁶

Lo anterior no permite que la atención sea integral y como debiera ser; externaron que una estrategia para que la atención sea de calidad, debiera empezar por un reconocimiento de esto por parte de ellos y ellas. Urgieron también por contenidos para continuar sensibilizando, lo que implica cambios en los patrones socioculturales; sin embargo, en este sentido la lógica de la institución —en relación con abatir la problemática— está asociada al cumplimiento de ciertas metas e indicadores, es decir, en un sentido programático, y no en relación con modificar patrones socioculturales. A la vez, admitieron falta de entrenamiento y oportunidad para tratar de atender los problemas de violencia; se sienten incapaces o sin habilidad para preguntar, o sentimientos adversos —como ansiedad o frustración— por esa poca habilidad, así como temor por las implicaciones legales. Asimismo, la práctica médica está marcada por el distanciamiento afectivo, lo cual dificulta la atención de esta problemática, que requeriría todo lo contrario.

[...] los prestadores de servicios no tenemos el conocimiento, no hay una currícula en ninguna escuela de medicina que te hable de género ni de violencia, y desde ahí empiezan los defectos de formación [...] no tienes el conocimiento; posteriormente sigues ejerciendo sin que nadie te informe de estas situaciones [...] rasgos físicos, emocionales, psicológicos [...] debes ser capaz de detectarlo si tuvieras el conocimiento y la preparación, pero como no la tienes, entonces se suman los dos aspectos, la primera en la cual la mujer o el hombre que sufren violencia no va a llegar a decir que sufrió violencia [...] pero el otro, el prestador de servicios, no tiene el conocimiento ni la preparación para detectarlo, entonces estamos ante un problema que se suma, lo que lo hace más severo [...] (1H, 2011).

En este testimonio también se denota —además de los elementos arriba mencionados— que no existen documentos normativos al interior de la institución, lo cual se suma a la falta de voluntad política en las autoridades y tomadores de decisión, como ellos mismos lo expresaron:

[...] así como existe que todo trabajador de base tiene derecho a tomar dos cursos de capacitación en sus diferentes épocas del año, así esto debe ser obligatorio para todos,

⁶ La notación se refiere a que la que habla estuvo en el grupo focal 1; es una mujer (M) y 2011 es el año en que se hizo el grupo focal.

tomar y repetirlo cada año; o sea, no, no puede ser que nada más cuando ingreses al instituto lo tomes; esto es una cultura, y la cultura se fabrica día a día [...] debe estar en el contrato colectivo [...] y entre las autoridades y a todos los niveles, si no, no funciona [...] (1H, 2011).

Reconocen que ha habido vaivenes en el actuar; el área que atiende la problemática en el Seguro Social nació ligada a la agenda de salud reproductiva, derivado de cómo se insertó a partir de las Reuniones Internacionales de Población en El Cairo y de la Mujer en Beijing, en 1995; esto ha tenido sus impactos en tanto no se ha logrado su especificidad en el sector salud. El personal lo ha vivido y perciben que no ha habido voluntad para que se plasme en los programas y su continuidad.

[...] Cuando existía la coordinación de salud reproductiva hace uy, iniciamos estos talleres; yo me acuerdo que nos dieron una capacitación [...] lo apliqué en algunas unidades, pero falta responsabilidad de los directivos en facilitar que el personal asista a este taller [...] y luego ya no se siguió; entonces fracasan estos programas; definitivamente esta es mi experiencia [...] (2H, 2011).

Estos ires y venires de los programas, identificados por el personal estatal, reflejan claramente lo que ha sucedido a nivel normativo; el área encargada de normar y dirigir es un área que efectivamente estuvo inserta y ligada a salud reproductiva, que en sus orígenes estaba inserta en un área de estudios sociodemográficos; en sus objetivos no se contemplaba la operación y la normalización. Esa área impregnó a través de sus estudios una visión en la que se contemplaba la parte social, lo cual nunca se había logrado; sin embargo, la trayectoria de la instalación en la agenda como parte de otra agenda —la de salud reproductiva— estuvo marcada por una preocupación demográfica y no con enfoque de derechos; más preocupación programática que de cambio sociocultural.

A partir de la encuesta Ensare 1998 se aportó una nueva conceptualización para repensar los determinantes sociales y culturales en que la perspectiva de género tuvo un papel central; sin embargo, se quedó en un área de investigación y no logró reflejarse nunca en la práctica, en la que se continúa actuando en la atención del daño. Posteriormente se creó un área para actuar en los programas y en la operación; sin embargo, ubicada desde donde no puede actuar para transversalizar, que es uno de los tres objetivos en el actual Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Es un área sin presupuesto específico, sin recursos humanos suficientes, instalado en una instancia desde la que, por su ubicación en el organigrama, no tiene autoridad para los trabajos de transversalización, y donde perdura con más fuerza la visión ginecológica, médica. Tampoco hay presupuesto, a pesar de estar etique-

tado; no hay personal suficiente, tanto a nivel normativo como en las mismas áreas operativas, y así lo identificaron algunos de los directivos:

[...] pero el otro grave problema del sector salud que tenemos es que no hay expertos en el problema [...] porque si bien hemos logrado que algunas mujeres o algunas personas se preparen para detectar a mujeres que son violentadas y cómo derivarlas a instituciones donde pueden prestar ayuda dentro de nuestra misma institución, son demasiado pocos los recursos o pocas las inversiones que se han dado sobre este tema [...] (3H, 2011).

Discusión y algunas reflexiones finales

Pese a los avances legislativos y a que México ha firmado y ratificado todos los compromisos internacionales, el reconocimiento como problemática de salud pública no es un asunto generalizado en el sector salud, y aun cuando confluyen varios actores en torno a la problemática, los mismos tienen ideologías y objetivos diferentes; esta situación de cómo se ha ido conformando una política, qué presupuestos se han asignado, cuál ha sido la forma de operarla es un asunto plagado de tensiones y vaivenes que han dificultado la concreción y funcionamiento.

La atención ha resultado poca o nada efectiva, y además no es propia de México, sino que sucede lo mismo con sus peculiaridades en otras partes del mundo.

Aunque sin duda se produjeron avances importantes, y aun con el reconocimiento y la alerta enviadas por la Organización Mundial de la Salud en 1993, la OPS y el Banco Mundial en 1994, en relación con la magnitud y el impacto para reconocerla como problema de salud pública, es evidente que el problema de la violencia hacia la mujer persiste. Ya se tiene, si no una larga historia en la atención de este fenómeno, sí algunos años en los que se ha intentado enfrentarla a través de diferentes estrategias.

Una parte importante de la asignación al sector salud tiene que ver con la alerta que lanzaron la OMS, la OPS y el Banco Mundial en 1994, en relación con ese lugar privilegiado que ocupan los médicos para detectar los casos de violencia familiar. Y en efecto, las instituciones del sector salud y los médicos ocupan un lugar estratégico para recibir a las mujeres que sufren violencia; ahí llegan las mujeres a solicitar ayuda, y aun cuando la responsabilidad mayor ha estado en las trabajadoras sociales, y el personal de salud lo reconoce, el personal médico tiene —dentro del equipo multidisciplinario que debiera atender la problemática— una responsabilidad única, por la exploración física que realiza. También debe mencionarse y tenerse presente, que este es un problema complejo y requiere no sólo de la atención por parte de las instituciones del sector salud, sino también del ámbito de impartición de justicia y del sector educativo, entre otros.

Estos sectores, pero sobre todo el de justicia, también han llevado a cabo una serie de iniciativas que se plasman —entre otras cuestiones— en las leyes creadas, así como instrumentos más específicos. Tomando como indicadores la prevalencia de la violencia de género en pareja, estimada para distintos tipos de ella, y aun con todas las salvedades de la forma en que se ha medido, aún no han dado resultados palpables, y esto tiene que ver, entre otros elementos, con el reconocimiento parcial de la violencia de género como una problemática de salud pública.

La resolución de esta problemática, como ninguna otra, requiere la coordinación de varios sectores gubernamentales y no gubernamentales; sin embargo, es una labor de toda la sociedad y un esfuerzo por revertir la reproducción de ella mediante un fuerte cambio en los patrones culturales.

Derivado de lo anterior, se presentan cuatro retos importantes: 1) incorporar en la currícula de las carreras de medicina; 2) desarrollo de estrategias para erradicar temores entre el personal médico; 3) continuar con el diseño de programas de sensibilización para el cambio de patrones socioculturales, y 4) buscar estrategias para sensibilizar y comprometer a los tomadores de decisión.

En este sentido, una propuesta y aprendizaje es la necesaria instalación de una oficina en un lugar estratégico, que coordine y norme al interior de la institución con el fin de transversalizarla a los distintos programas de salud. La ausencia de esta instancia que coordine ha ocasionado, entre otras cuestiones, la duplicidad de funciones, el desconocimiento —entre una área y otra al interior de la institución— de que se están llevando a cabo acciones de cualquier tipo, falta de esfuerzos conjuntos que en esta clase de problemáticas no están del todo agendadas, por no ser estrictamente biomédicas, lo hacen más necesario. La instalación en la agenda debe buscar su especificidad y separarse de la salud reproductiva.

Finalmente, debiera profundizarse en las condiciones organizacionales para la operación real, en tanto la teoría de género tiende a un proceso de cambio en patrones socioculturales, y por la estructura organizativa de la institución se piensa y se organiza en un sentido programático. Queda pendiente, asimismo, un estudio de costo-beneficio que aportaría una visión del costo de la violencia en los sistemas de salud, y por lo tanto las ventajas del diseño de programas para atenderla, independientemente del costo en las vidas de las mujeres y sus familias.

Un reto complejo en investigación, pero fundamentalmente en operación y en diseño de política pública, es la necesaria coordinación entre diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales para la atención específica de la violencia de género, en tanto se reconoce que no es un asunto que atañe sólo al sector salud.

Referencias bibliográficas

- Abrantes, Raquel y Cristina Herrera (2010), "Las paradojas de la política de salud hacia las víctimas de la violencia de pareja", en Gabriela Mendizabal (coord.), *La equidad de género en los derechos sociales*, México, Fontamara/UAEM, pp. 137-153.
- Aday, L. A. (1993), "Indicators and predictors of health services utilization", en S. J. Williams (ed.), *Introduction to health services*, 4a. ed., pp. 46-70.
- Argüello, Hilda (2010), "Prevención y atención de la violencia familiar y de género", en G. Freyermuth (coord.), *Monitoreo de la atención a las mujeres en Servicios Públicos del Sector Salud*, México, Inmujeres/CIESAS Sureste, pp. 291-351.
- Castro, Roberto, Florinda Riquer y María Eugenia Medina (2006), "En busca de nuevas direcciones hacia las cuales mirar", en Roberto Castro, Florinda Riquer y María Eugenia Medina (coords.), *Violencia de género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*, México, Inmujeres/CRIM-UNAM/INEGI, pp. 17-30.
- , Irene Casique y Olga Serrano (2008), "Análisis de prevalencia y principales variables asociadas a la violencia de pareja contra las mujeres", en Roberto Castro e Irene Casique (coords.), *Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares 2006*, México, Inmujeres.
- Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres (2005), *La violencia de género en las mujeres jóvenes*, Madrid, CIMTM.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1992), Recomendación General núm. 19. La violencia contra la mujer, en línea [http://www.equidad.scjn.gob.mx/biblioteca_virtual/DerechosDeLasMujeres/02.pdf].
- Flaskerud, J. H., y B. J. Winslow (1998), "Conceptualizing vulnerable populations health-related research", en *Nurse Review*, vol. 47, núm. 2, pp. 69-78.
- González, Soledad y Juan Manuel Contreras (2006), "La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS", en Susana Lerner e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. II, México, El Colegio de México, pp. 333-379.
- Heise, Lorie (1994), *Violencia contra la mujer. La carga oculta de salud*, Washington, D.C., Programa Mujer, Salud y Desarrollo-OPS.
- Herrera, Cristina (2009), *Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y políticas de salud en México*, México, UNAM-PUEG/FLACSO/INSP.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2000), *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Informe de Resultados*, México, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil (Serie Investigación y Evaluación, 8).

- (2006), *Documento Metodológico. Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente: Informe de Resultados*, México, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil (Serie Investigación y Evaluación, 7).
- Kishor, S y K. Johnson (2006), *Perfil de la violencia doméstica. Un estudio en varios países*, Calverton, Macro International Inc.
- Marmot, Michel (2002), "The influence of income on health: views of an epidemiologist", en *Health Aff*, vol. 21, núm. 2, pp. 31-46.
- Moreno, J. C. (2008), "El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas", en *Observatory on Structures and Institutions of Inequality in Latin America*, Working Paper series, núm. 9, Center for Latin American Studies, University of Miami.
- Nájera, Alma Gloria (2003), "Violencia de género en la población atendida por el IMSS", en *Género y salud en cifras*, núm. 1, enero-abril, pp. 10-13.
- (2012), "Violencia de género", en Valladares, Ramírez, Nájera et al., *ENCO. PREVENIMSS2010. Encuesta Nacional de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, V, Accidentes y violencias*, México, Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Salud Pública-IMSS, pp. 49-52.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2000), *Programa Mujer, Salud y Desarrollo. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso en 10 países: Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*, Washington, D.C., OPS, Oficina Regional para las Américas.
- Saucedo, Irma (2010), "Tres reflexiones para hablar de violencia, familias y democracia en México", en Susana Lerner y Lucía Melgar (coords.), *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*, México, UNAM/Colmex, pp. 181-206.
- Shi, L., G. Stevens y L. Lebrun (2008), "Enhancing the Measurement of Health Disparities for Vulnerable Populations", en *J. Public Health Management Practice*, noviembre (supl.), S45-S52.
- The National Academy of Science (2002), *Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence*; en línea [http://www.nap.edu.catalog].
- Valdez, Rosario (2004), "Del silencio privado a las agendas públicas, el devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México", en M. Torres (comp.), *La violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, México, El Colegio de México.

- , F. Flores y C. Juárez (2005), "Representaciones sociales de la violencia hacia las mujeres embarazadas entre médicos y parteras durante la atención prenatal", en C. López, F. Uribe y J. Vázquez (coords.), *Globalización, violencia y derechos humanos. Entre lo manifiesto y lo oculto*, México, ITACA/UAM.
- Valladares, M., G. Ramírez, A. G. Nájera *et al.* (2012), *Encoprevenir 2010, V, Accidentes y violencias*, México, IMSS.
- Velzeboer, M. (2003), *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*, Washington, D.C., OPS (Publicación Ocasional, 12).