2008

ensademi

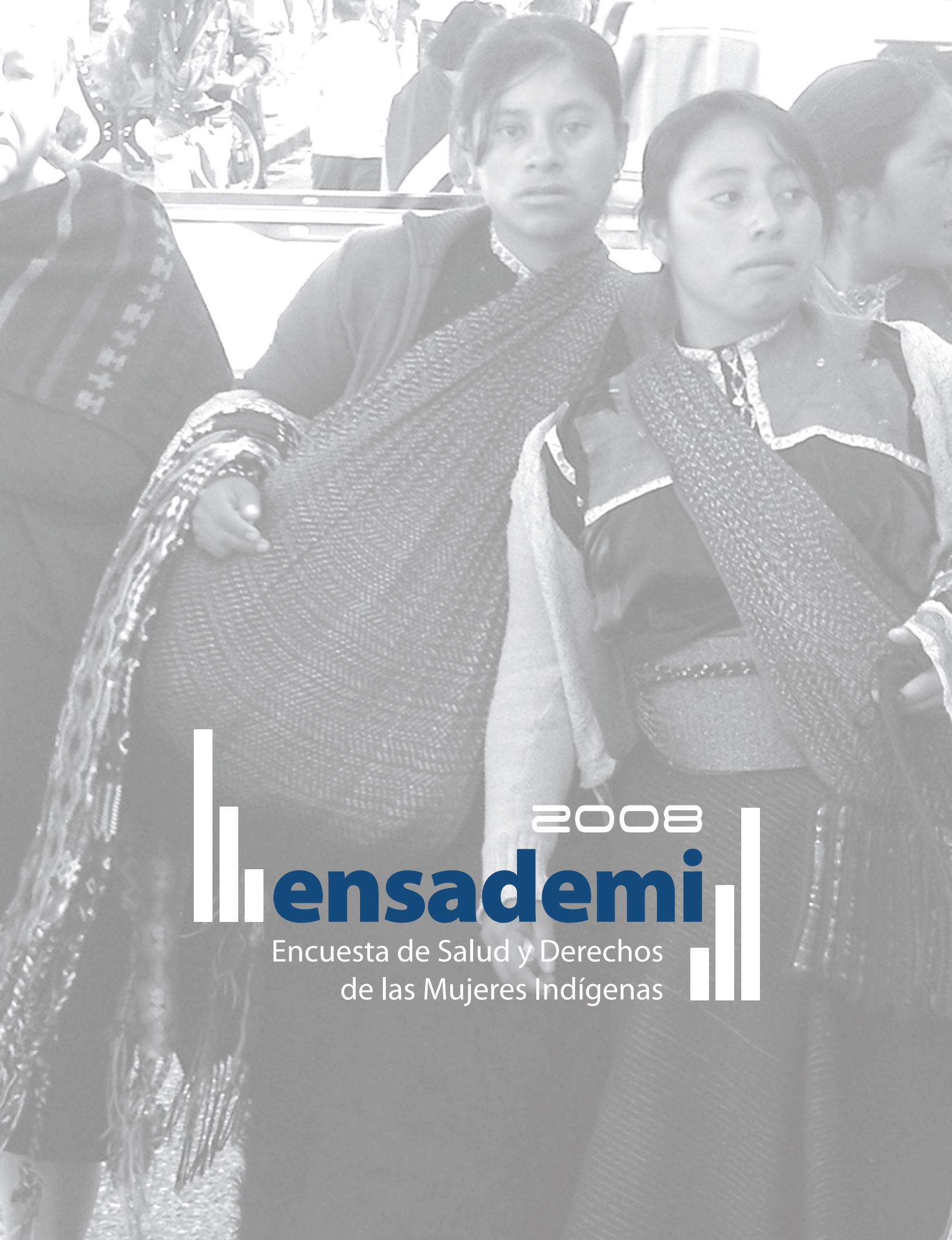
Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas

Instituto Nacional de Salud Pública

CDI COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas

ENSADEMI 2008



2008

ensademi

Encuesta de Salud y Derechos
de las Mujeres Indígenas

Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas
Ensademi 2008

Primera edición, 2008

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-607-7530-11-4

Foto de portada: Adriana Rojas Robles

Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas

ENSADEMI 2008

Coordinación General

Rosario Valdez Santiago

Grupo de diseño conceptual

Rosario Valdez Santiago
Leticia Ávila Burgos
Soledad González Montes

Participantes en el taller de consulta a expertos en el diseño de encuestas a población indígena, demografía indígena y violencia contra las mujeres

Rosario Valdez Santiago / INSP
Soledad González Montes / COLMEX
Leticia Ávila Burgos / INSP
Edgar Arnulfo Hidalgo Hernández / Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala
Aurora del Rio Zolezzi / CNEG y SR-SS
Graciela Freyermuth Enciso / CIESAS Sureste
Patricia Fernández Ham / Consultora independiente
Enrique Serrano Carreto / CDI
Juan Carlos Ramírez / PIEGE-INESER-CUCEA
Elisa Hidalgo Solórzano / INSP
Mariana González Focke / INSP
Paola Sesia / CIESAS ISTMO
Constanza Rodríguez Hernández / CDI
Dubravka Mindek / CNEG y SR-SS
Rosalba Rojas / INSP
Zuanilda Mendoza / CIESAS/ IMSS

Taller de capacitación para coordinadoras, supervisoras y encuestadoras en el trabajo de campo en regiones indígenas

Rosario Valdez Santiago
Elisa Hidalgo Solórzano
Claudia Gómez Lule

Grupo de diseño muestral

Oswaldo Palma Coca
Patricia Fernández Ham
Leticia Ávila Burgos
Rosario Valdez Santiago

Grupo de diseño operativo y trabajo de campo

Rosario Valdez Santiago
Mariana González Focke
Claudia Suárez Blanch

Coordinadoras

Fátima Ramírez Hernández
Laura Herrera Dávila

Supervisoras

Encuestadoras

María Isabel Flores Ocampo
María Enriqueta Hernández Avendaño
Alma Fátima González León
María Isabel Rojas Piña
Paula García Pérez
Diana Vélez Salgado
Lizeth Vargas
Carolina Miranda Rivera
Reyna Aurora Garza Zepeda
Alejandra García Ávila
Ruth Zamora
Olivia Estrada Jaimes
Ihtma Yared Bahena Solano

Colaboración estatal de la SSA

Chiapas

Alfredo Arellano Cruz

San Luis Potosí

Francisco Javier Posadas Robledo
Francisco Fernández Torazón
Genoveva Moreno Torres
Mónica Rangel Martínez
Bertha Marcilli Salas
Francisco Otero Cruz

Oaxaca

Martha Angélica García Avilés
José Ramón Pintor Sill
Candelaria Cruz Aguilar
Érika Ruiz Santiago
Fernando Benítez Quecha
Adriana Reyes Martínez
Salomón Ramírez Bravo
Margarita González Fuentes
Laura Xóchitl Mateos López
Isabel Saucedo
Jorge Armenta

Querétaro

Roberto Bravo Ramos
María Luisa Magaña Aquino
Javier Vega Terrazas
Marco Antonio Gutiérrez

Veracruz
Alicia Hernández
María de la Paz Velázquez

Yucatán
Julio Vázquez
Ligia Cetina Canto
Celia Rodríguez Ceballos

Colaboración estatal del IMSS-Oportunidades

Chiapas
Rafael Toledo Martínez

San Luis Potosí
Elías Lemus Contreras
Carlos Agustín Rodríguez Paz
Araceli Millán Cruz

Oaxaca
Luciano Galicia Hernández

Veracruz
Héctor Gress Hernández
Rosa Guadalupe Yepes
Carlos Yeo Canales
Eva Campos

Yucatán
Gabriel Ruvalcaba
Silvia González Cetz

Colaboración del Centro Coordinador de Desarrollo Indígena Sierra Náhuatl de Zongolica
Yesenia Salas Pazos

Grupo de integración, procesamiento y análisis
Rosario Valdez Santiago Coordinadora

Integración de los datos
Oswaldo Palma
Alain López
Rafael Álvarez

Procesamiento y análisis de los datos
Rosario Valdez Santiago
Leticia Ávila Burgos
Soledad González Montes
Elisa Hidalgo Solórzano
Mariana Mojarro Íñiguez
Mariana González Focke
Gustavo Rivera Peña
Belkis Aracena Genao
Lucero Cahuana Hurtado

Revisores del documento final
Juan Carlos Ramírez / PIEGE-INESER-CUCEA
Edgar Arnulfo Hidalgo Hernández / Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala

Contenido

Presentación 11

Introducción 13

Capítulo 1. La población indígena y sus condiciones de vida y salud 21

Capítulo 2. Metodología de la ENSADEMI 29

Capítulo 3. Características sociodemográficas de la población estudiada 43

Capítulo 4. Salud y derechos reproductivos de las mujeres entrevistadas 61

Capítulo 5. Violencia contra la mujer en la infancia y en la vida de pareja 71

Capítulo 6. Consecuencia de la violencia de pareja en la salud de las mujeres y la economía de los hogares 87

Capítulo 7. Respuesta del personal de salud ante la demanda de las mujeres maltratadas 101

Capítulo 8. Violencia conyugal y búsqueda de apoyo por las autoridades 107

Capítulo 9. Conclusiones y reflexiones finales 117

Presentación

En México, desde el año 2003, periódicamente se realizan encuestas nacionales que dan cuenta de las formas, frecuencia y consecuencias de la violencia contra las mujeres. El primer esfuerzo de este tipo fue la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) que se realizó en una muestra de usuarias de servicios de salud de las tres instituciones públicas de salud más importantes del país y que se volvió a levantar en 2006. De entonces a la fecha se han realizado encuestas en hogares (ENDIREH, 2003 y 2007); encuestas a jóvenes, la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007 (ENVINOV), entre otras. Todos estos esfuerzos han aportado evidencia científica significativa que nos permite afirmar que un gran número de mujeres de todas las edades, condiciones socioeconómicas y niveles de educación están expuestas a algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida, la cual afecta todas las dimensiones de su desarrollo humano y pone en evidencia la inequidad entre hombres y mujeres, así como la persistencia de estereotipos y patrones culturales de subordinación de las mujeres en sociedades patriarcales como la nuestra.

Otro de los aportes de dichas encuestas es que han sido un insumo valioso para diseñar la respuesta social, especialmente de las instituciones públicas, a las necesidades de atención de las mujeres maltratadas, ya que a partir de los resultados obtenidos ha sido posible diseñar e instrumentar la política pública desde diferentes instancias del gobierno federal, y los gobiernos estatales y municipales. Asimismo se constituyen en un punto de partida o línea de base para la medición de los avances de los programas implementados en la materia.

Cabe señalar sin embargo que las encuestas antes mencionadas tienen baja cobertura de las mujeres de comunidades indígenas, quienes pueden haber formado parte de la muestra pero no en número suficiente para ser identificadas como grupo de análisis y mucho menos si se toman en cuenta las características específicas en distintos grupos étnicos. En este contexto, la información que hoy ve la luz a través de este informe general de la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI 2008) constituye un aporte significativo en más de un sentido. Por un lado, es innegable su contribución al conocimiento más profundo del problema de la violencia contra las mujeres, ya que por

primera vez se realiza un estudio que desde su diseño conceptual y metodológico toma en cuenta la diversidad cultural de los pueblos indígenas de nuestro país, que sin duda son un patrimonio de nuestra identidad nacional, pero que, desafortunadamente, han sido marginados de las grandes encuestas e indicadores nacionales, lo que pone en evidencia el nivel de exclusión histórica de la que han sido objeto.

Por otro lado, los resultados de la ENSADEMI permitirán diseñar e instrumentar programas de atención a la violencia familiar con base en la especificidad de necesidades de las mujeres indígenas, dependiendo del grupo étnico del que se trate. Es tal vez éste uno de los principales resultados del presente estudio, pues las mujeres indígenas, al igual que las mujeres en su conjunto, no son un grupo homogéneo: viven realidades socioculturales distintas entre sí, matizadas todas ellas por la exclusión y la pobreza. No significa lo mismo ser mujer en los Altos de Chiapas que en el Istmo de Tehuantepec. Esta diversidad, que se expresa también en la prevalencia diferencial de violencia reportada en el estudio, tendrá que ser tomada en cuenta por las y los tomadores de decisiones en materia de violencia contra las mujeres en el nivel federal, estatal y municipal.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), comprometido con el estudio de la violencia contra las mujeres, no sólo como problema de salud pública y lo que ello representa para el sistema de salud, sino con el desarrollo de la política social del país y la vigencia de los derechos humanos de las mujeres, diseñó e implementó la ENSADEMI, con la intención de que aporte información para el diseño de programas y políticas públicas que respondan a la sentida demanda de las mujeres indígenas, quienes, tal como lo muestran los resultados, quedan mayoritariamente excluidas de las estrategias que hasta el momento se han desarrollado para atender a las mujeres maltratadas de nuestro país.

Por último, la realización y publicación de la ENSADEMI se suma a las estrategias nacionales para dar respuesta a los compromisos adquiridos por México en el ámbito internacional, específicamente a la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Eliminar y Sancionar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará); así como a lo establecido por la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en su artículo 38 fracción IX relativa a la realización de investigaciones y diagnósticos sobre violencia contra las mujeres y al Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2008-2012). Sin duda esfuerzos como éste nos permitirán no sólo conocer mejor las múltiples facetas de este complejísimo problema social, sino responder más apropiadamente a los enormes retos que nos presenta, con el fin de lograr derechos humanos para las mujeres, todas las mujeres, y sólo entonces poder alcanzar derechos humanos para todos.

Dra. Aurora del Río Zolezzi
Directora General Adjunta del
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Introducción

Hasta hace dos décadas el problema de la violencia contra las mujeres no era considerado como un objeto de estudio. Las expresiones de la violencia masculina eran abordadas como algo privado y se mantenían resguardadas dentro de las familias. Este problema social empezó a cobrar visibilidad gracias a los movimientos sociales a favor de los derechos humanos de las víctimas. En especial, el movimiento feminista jugó un papel determinante en su reconocimiento social. Esta lucha impactó en diferentes ámbitos, entre los que destacan la inclusión de la violencia contra las mujeres en las principales agendas internacionales (OPS, OMS, ONU), el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como objeto de estudio en el sector académico, así como en el derecho nacional e internacional.

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 la sociedad. Las consecuencias de la violencia frecuentemente son devastadoras para la salud física y el bienestar mental y social de las mujeres, y se prologan a través de los años. Además, sus consecuencias se extienden a los ámbitos social y comunitario, poniendo en peligro el desarrollo de las personas y de los países. En los esfuerzos por mejorar la salud de las mujeres se deben incluir las situaciones de violencia a las que se enfrentan, como prioridad de salud pública.

En México, el estudio de la violencia contra las mujeres, en particular en lo que se refiere a la violencia de pareja, se ha realizado desde principios de los años noventa a través de investigaciones de caso cuyo objetivo fue documentar la magnitud del problema. Sin embargo, dado su carácter exploratorio, tales esfuerzos se focalizaron en calcular la prevalencia de la violencia y su tipología en el ámbito municipal, o cuando más, estatal. Los dos primeros estudios realizados en esa época tuvieron alcances limitados en términos de la generalización de resultados nacionales, sin embargo, permitieron abrir el camino de la inclusión de la violencia de pareja como objeto de estudio en el ámbito académico del país, por ello, tienen el distintivo de ser pioneros en el ámbito nacional, y en algunos casos, en la región de las Américas.[1,2]

Durante la década de los noventa aumentaron las investigaciones en diversos estados de la República mexicana. Éstas mostraron la diversidad tanto en términos de prevalencia

como de caracterización de la violencia. Sin embargo, como cada equipo de investigación definía qué es violencia contra las mujeres y cómo medirla, esto generó que los resultados no fueran comparables entre sí; pese a ello, los estudios demostraron que la frecuencia y el impacto de la violencia eran problemas que atravesaban cualquier grupo social. Como consecuencia de lo anterior, a finales de los noventa diversas investigadoras, organizaciones civiles y personas involucradas en la atención, señalaban la necesidad de llevar a cabo una encuesta con representatividad nacional que permitiera tener un diagnóstico de los principales indicadores y caracterización de la violencia de pareja, dirigida a las mujeres.

En este escenario fue que se llevaron a cabo dos encuestas nacionales, una en población de usuarias de los servicios de salud: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2003);[3] y la otra a nivel poblacional: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2003).[4] Ambas representaron un parteaguas en el conocimiento del tema de violencia en el país, ya que por primera vez se realizaron dos diagnósticos nacionales. Y pese a que cada una aplicó su propia definición de violencia, instrumento y metodología de análisis (lo que hace que no puedan ser comparables), ambas dan cuenta de una alta prevalencia de violencia de pareja, tanto en el ámbito poblacional como entre las usuarias del sector salud. La ENVIM 2003 reportó una prevalencia de violencia de pareja en usuarias de 21.5%, mientras que la ENDIREH 2003 reportó una prevalencia de violencia de pareja de 47.1 por ciento.

Debido a la utilidad e importancia de los resultados obtenidos, ambas encuestas se volvieron a aplicar en 2006 (ENDIREH 2007; ENVIM 2008*). Cada una incluyó algunas modificaciones para enriquecer o profundizar algunos aspectos. La ENDIREH 2007 incorporó mediciones sobre la violencia hacia las mujeres en más ámbitos además del doméstico; la ENVIM 2008 incluyó una sección de gasto, amplió la sección de violencia y embarazo, y añadió una sección de impartición de justicia.

La ENDIREH 2007 contempló una submuestra de mujeres hablantes de lengua indígena (n=2 304 243), en donde se exploró no sólo la violencia en el escenario familiar, sino que además incluyó otros tipos de violencia en ámbitos tales como el educativo, el social y el laboral. En lo que respecta a la violencia de pareja, la ENDIREH 2007 reportó que 41 de cada 100 mujeres hablantes de lengua indígena declararon haber sufrido este tipo de violencia.

Sin embargo, tanto las formas de violencia exploradas en dicha encuesta como la manera en que se presentan los datos exhiben serias limitaciones, entre las que podemos señalar: a) la forma en que se seleccionó la submuestra y b) no se especifica en el informe a qué grupos etnolingüísticos pertenecen las mujeres entrevistadas.

---

* Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2008 (en prensa).

Dado este escenario nacional, se planteó la realización de la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI), aplicada a usuarias de la Secretaría de Salud y del programa IMSS-*Oportunidades**.

La ENSADEMI se elaboró apoyada en la experiencia de un equipo multidisciplinario del Instituto Nacional de Salud Publica, que diseñó la ENVIM 2003 y 2008‡ y tomó la decisión de hacer comparable la información de la ENSADEMI con la ENVIM 2003 y 2008. Es así como las tres encuestas contienen secciones del cuestionario comparables entre sí. Una de las secciones más importante en las tres encuestas es la escala de violencia, cuyo objetivo es medir distintos tipos de violencia 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.[5,6]

Una encuesta sobre el tema de la violencia hacia las mujeres dirigida a población indígena enfrenta varios retos importantes. Señalaremos dos que son de especial interés: uno es incorporar la especificidad sociocultural de esta población al tomar decisiones respecto del universo de estudio en el diseño muestral, y el otro se refiere a las dificultades prácticas de lograr una comprensión de las preguntas a la hora de aplicar el cuestionario.

Inicialmente, se pensó que la encuesta fuese poblacional, pues se tenía especial interés en incluir a las mujeres más marginadas, que son las que menos acuden a los servicios de salud. Sin embargo, se debió descartar esta opción luego de analizar la experiencia de la aplicación de la encuesta piloto en el municipio de Zitlala, Guerrero, donde se constató que buscar a las mujeres en sus hogares pone en riesgo tanto a las entrevistadas como a las encuestadoras, pues no existen las condiciones de privacidad indispensables para garantizar la seguridad de las partes involucradas.

Hay que tomar en cuenta que la mayoría de las localidades en donde se aplicó la ENSADEMI tienen menos de 2 500 habitantes, lo que hace muy visible a una brigada de 15 encuestadoras trasportadas en vehículos oficiales e inmediatamente genera sospechas, sobre todo entre los maridos de las mujeres encuestadas. Por esta razón se decidió

---

* IMSS-Oportunidades es un programa del Gobierno Federal, administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y desconcentrado de la Secretaría de Salud. Fue creado para atender a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación.

‡ El suplemento especial de la revista *Salud Pública de México*, vol. 48, de 2006, "Violencia contra las mujeres mexicanas", contiene diversos análisis de los resultados de la ENVIM 2003. Este número especial contiene tanto información sobre el diseño metodológico general de la ENVIM como de la escala propuesta para la medición de la violencia.[5]

§ La escala modificada se registró con el siguiente título ante el Indautor: "Escala de Medición de Violencia de Pareja para Mujeres Indígenas" 3303-2008-021314025700-01.[6] Al igual que la anterior parte de la conceptualización de la violencia, como conductas coercitivas que pueden incluir: a) violencia física: empujones, golpes, heridas de arma de fuego o de objeto punzocortante; b) violencia emocional: intimidación, humillaciones verbales, amenaza de violencia física; c) violencia sexual: forzar física o emocionalmente a la mujer a la relación sexual; d) violencia económica: ejercicio de control a través del dinero. En la ENSADEMI se agregó una categoría adicional, la negligencia como un tipo de violencia, y se añadieron dos preguntas en la sección de violencia económica con el objeto de mejorar la sensibilidad del conjunto de ítems de la sección. La escala se compone de cuatro subescalas que miden la frecuencia de las acciones violentas en los últimos 12 meses: "nunca", "alguna vez", "varias veces" y "muchas veces".

replantear el universo de estudio, restringiéndolo a las mujeres usuarias de los servicios de salud seleccionados. Estas mujeres acuden a pedir consulta, a recibir atención curativa o preventiva, como aplicación de vacunas, campañas como la Semana Nacional de Salud, pláticas de detección oportuna de cáncer, etcétera. Los centros de salud y los hospitales cuentan con espacios donde es posible asegurar la privacidad de la entrevista (consultorios, bodegas, salones de usos múltiples o patios) y allí fue donde se aplicó el cuestionario.

De esta manera se garantizó la seguridad de entrevistadas y entrevistadoras, pero probablemente quedaron fuera del universo de estudio las mujeres que están en las peores condiciones de marginación, ya que suelen ser las que tienen mayores dificultades de acceso a los servicios de salud. Esta característica es una limitación del estudio que debe tomarse en cuenta tanto para la lectura de los datos analizados en el presente informe, como para el diseño de estudios posteriores.

Respecto de las dificultades prácticas para lograr una comprensión de las preguntas a la hora de aplicar el cuestionario de violencia, esto nos remite necesariamente a la diversidad etnolingüística de las regiones incluidas en la ENSADEMI, las cuales son un reflejo de la riqueza lingüística de nuestro país. Esta diversidad obligó a pensar desde el diseño logístico en la necesidad del empleo de traductoras en las diferentes regiones incluidas en el muestreo.

Del total de mujeres encuestadas (n=3 972), sólo 15.12% requirió de traducción al aplicar el cuestionario (n=597), ya sea porque fueran monolingües o porque su dominio del español no les permitiera la comprensión de las preguntas. La mayoría de las mujeres que necesitaron del uso de traductora se concentró en los Altos de Chiapas (55.11%), específicamente en los municipios de Chamula y Zinacantán. La Costa y Sierra Sur de Oaxaca es la segunda región en número de monolingües en lengua indígena (n=144, 24.12%) y la región Maya es la tercera (n=78, 13.07%). La región Mazahua-otomí es donde menos monolingües en lengua indígena hubo, con una sola encuestada.

La decisión inicial fue buscar traductoras de comunidades vecinas, a fin de salvaguardar la privacidad de las entrevistadas, pero en algunas ocasiones no fue posible cumplir con este principio debido a que no se encontraron personas de otras localidades que reunieran las condiciones necesarias para desempeñar el trabajo. Probablemente la declaración de casos de violencia hubiera sido más elevada si todas las traductoras hubiesen pertenecido a otras comunidades. Sin embargo, el criterio de que las traductoras fuesen externas a la comunidad no siempre fue aceptado por las mujeres a entrevistar. Un ejemplo de ello fue lo que sucedió en la localidad de Santa María Yolotepec (comunidad chatina de Oaxaca), donde las mujeres rechazaron la posibilidad de una traductora externa y prefirieron a la enfermera responsable de la unidad de salud (IMSS-*Oportunidades*), con quien tienen vínculos de confianza. De modo que en la búsqueda de traductoras fue indispensable proceder con una cierta flexibilidad, tomando en cuenta las circunstancias y el parecer de la población local.

En términos generales, la utilización de traductoras a la hora de levantar la encuesta crea una situación particular, que da lugar a un conjunto de preguntas y preocupaciones:

a) si se presentaron problemas en la comprensión del cuestionario; b) hasta qué punto la traducción resultó ser fiel; c) qué papel tuvieron las personas que hicieron la traducción más allá del estrictamente técnico. Para responder estas interrogantes, se recurrió a tres fuentes de información:

1) En los Altos de Chiapas y en la Chinanteca (Oaxaca) se hicieron grabaciones al aplicar el cuestionario. Estas grabaciones fueron transcritas y traducidas por terceras personas. El siguiente paso será analizar los posibles problemas en la traducción.
2) Se realizaron entrevistas a traductoras para conocer sus puntos de vista acerca de las dificultades que percibieron en su labor.
3) Se llevó a cabo un taller de grupo focal con las encuestadoras con el propósito de que ellas hablaran sobre su experiencia al levantar la encuesta y en particular su percepción de la posible brecha entre lo que las mujeres declaran respecto de la violencia y sus vivencias efectivas.

Los materiales derivados de estas tres fuentes de información están en proceso de análisis y los resultados permitirán evaluar las dificultades enfrentadas en el levantamiento de la encuesta. Por el momento, sólo se hablará brevemente acerca de la tercera fuente de información.

La ENSADEMI se aplicó en dos etapas: la primera del 1 de septiembre al 30 de octubre de 2006 y la segunda en febrero de 2007. Un mes después de concluido el trabajo de campo se realizó un grupo focal que duró más de cuatro horas, en el cual el equipo de encuestadoras describió sus impresiones del trabajo realizado. Las cuestiones que más interesaban fueron: 1) si las encuestadoras percibieron que hubo subdeclaración de la violencia,* 2) si hubo dificultades en la comprensión de las preguntas y en la traducción, cuando ésta fue necesaria; 3) si las mujeres conocían los centros de atención a la violencia que existen en su región; y 4) cómo respondieron a la entrega de los trípticos con información sobre violencia y sobre los centros a los que pueden acudir.

Las experiencias vertidas en el taller fueron muy ricas y pusieron en evidencia que existen notables diferencias entre regiones, aun entre localidades de una misma región. Por razones de espacio, aquí sólo se mencionan algunos aspectos que se considera vale la pena destacar.

Las encuestadoras refirieron que las preguntas del cuestionario por lo general se comprendieron sin mayores problemas, si bien en algunos casos la traducción de conceptos como "violación", "abuso sexual" o "insulto" requirió de un tiempo y esfuerzo considerables, sobre todo en las localidades con más monolingües de los Altos de Chiapas. Sin embargo, a juicio de las encuestadoras, la comprensión de las preguntas y la traducción no resulta-

* La subdeclaración es un problema general inherente a las encuestas sobre violencia, pues el miedo y la vergüenza constituyen fuertes barreras que frecuentemente impiden a las personas maltratadas revelar su situación. Sin embargo, cuantificar el impacto de la misma es muy difícil. Por otro lado, se observa una tendencia cada vez mayor a declarar las experiencias de violencia y ésta es una de las explicaciones propuestas a la elevación de la prevalencia nacional de violencia de pareja entre la ENVIM 2003 (21.5%) y la reportada en la ENVIM 2008 (33.3%).[7]

ron obstáculos tan fuertes para que las mujeres revelaran que estaban sufriendo violencia, como el hecho de que algunas se resisten a hacerlo por temor, vergüenza o porque "están acostumbradas desde niñas a la violencia como parte de las relaciones cotidianas" y, por lo tanto, tienden a "naturalizarla" y a "no reconocerla".

De acuerdo con la percepción de las encuestadoras, ellas por lo general pudieron darse cuenta de los casos en los que las entrevistadas no se atrevían a declarar que sufrían violencia. La manera en que creen haber captado la brecha entre vivencia y "reporte" del maltrato es a través de ciertos indicios del lenguaje corporal, consistentes en que las entrevistadas bajaban la mirada, tartamudeaban o se mostraban inquietas. En algunos casos las traductoras conocían la situación de las mujeres maltratadas porque vivían en la misma comunidad y les señalaban a las encuestadoras quiénes sufrían de violencia pero no estaban dispuestas a declararla. Las encuestadoras entonces hacían un esfuerzo por darles confianza a las mujeres y en algunos casos lograron que ellas se sobrepusieran a sus temores y reportaran que sufrían violencia, mientras que en otros casos no lo lograron.

Cabe destacar que en algunas localidades las encuestadoras observaron que a las entrevistadas les costaba menos esfuerzo hablar sobre el maltrato sufrido en el pasado que en el presente, y en algunos casos les dio la impresión de que sólo declararon el maltrato conyugal cuando los maridos estaban ausentes por haber emigrado o cuando ya se habían separado. Algunas encuestadoras percibieron que a las mujeres les era más fácil reconocer que sufrían violencia emocional que violencia física y sexual, lo que seguramente tuvo como consecuencia la subdeclaración de estas últimas.

Con respecto a la pregunta de si las mujeres entrevistadas conocían los centros de atención a la violencia que existen en su región, las encuestadoras señalaron que los hospitales y centros de salud de algunas ciudades y localidades como Mérida y Valladolid, en Yucatán, cuentan con módulos especializados, pero es frecuente que las mujeres no conozcan su existencia o no se atrevan a acercarse a ellos. En el caso de los Altos de Chiapas, los centros que atienden casos de violencia se encuentran en San Cristóbal, adonde las mujeres tienen dificultades para desplazarse porque no saben cómo ir, porque no tienen dinero para los pasajes o porque no tienen autorización para trasladarse solas.

Hasta aquí se ha presentado una introducción del escenario nacional previo a la experiencia de la ENSADEMI, los avances y vacíos en el conocimiento que dieron lugar a un estudio como éste, que ahora se materializa en el reporte de la primera encuesta de violencia aplicada en ocho regiones indígenas del país.

El informe está dividido en nueve capítulos, que pretenden dar cuenta del contexto en que se levantó la información, de la metodología del estudio, además de las principales secciones del cuestionario que se aplicó.

El capítulo 1 presenta un panorama general de los principales indicadores de salud de la población indígena. El capítulo 2 presenta la metodología del estudio. El capítulo 3 contiene las características sociodemográficas de la población de estudio. El capítulo 4 presenta los resultados de las condiciones de salud y derechos reproductivos. El capítulo 5 muestra los principales indicadores de violencia medidos en la ENSADEMI: la violencia de pareja

y en la infancia. El capítulo 6 expone las principales consecuencias de la violencia, que van desde las lesiones físicas hasta la economía de los hogares. En el capítulo 7 se da cuenta de la respuesta del personal de los servicios de salud ante la demanda de las mujeres maltratadas. En el capítulo 8 se presenta la respuesta del sector de impartición de justicia ante las denuncias de las mujeres maltratadas en las ocho regiones de estudio. En el capítulo 9 se presentan algunas consideraciones a manera de reflexiones finales y propuestas derivadas del la ENSADEMI.

Referencias

1. Valdez-Santiago R, Shrader E. Características y análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una microrregión de ciudad Nezahualcóyotl. En: Aun la luna a veces tiene miedo. México: Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica/Cecovid Ediciones, 1992:33-49.
2. Ramírez Rodríguez JC, Uribe Vázquez G. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Publica Mex 1993;35(2):148-160.
3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Mor: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, 2003.
4. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003. Aguascalientes: INEGI, 2003.
5. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina M, Salgado de Snyder N, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex 2006;48 supl 2:S221-S231.
6. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina M, Escala de medición de violencia de pareja para mujeres indígenas (patente de registro público 03-2008-021314025700-01).

Capítulo 1

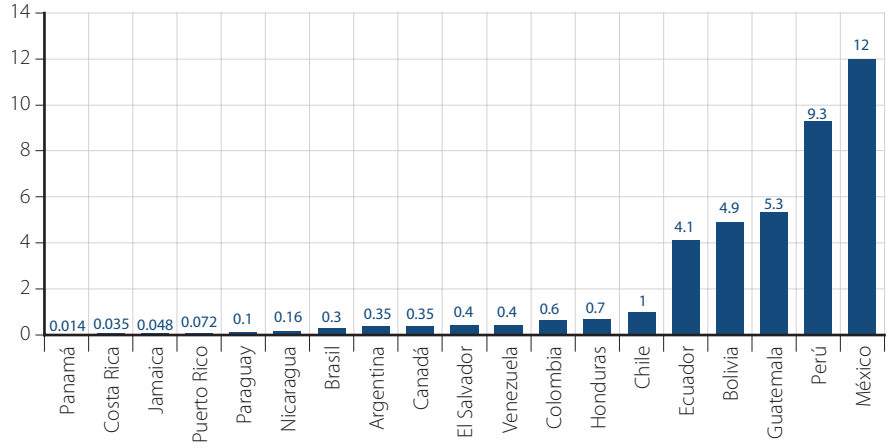
La población indígena y sus condiciones de vida y salud

Mariana González-Focke
Elisa Hidalgo-Solórzano

De los países que conforman la región de América Latina, México es el que concentra el mayor porcentaje de población indígena en términos absolutos (figura 1.1). Según el II Conteo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la población indígena mexicana en 2005 fue de 9 533 126 personas, lo que representa casi 10% de la población nacional, de los cuales 51% son mujeres y 49% hombres. En conjunto, 63% de la población de cinco años o más habla alguna lengua indígena, y son el náhuatl, el maya, el mixteco y el zapoteco las que más hablantes poseen; cerca de 12% no habla español.

La mayor parte de esta población vive en la zona sur y sureste del territorio mexicano, en los estados de Yucatán, Oaxaca, Chiapas y Quintana Roo, donde se concentran los más altos niveles de pobreza y más municipios marginados del país. Otros estados de la República mexicana como Chihuahua, Nayarit, Durango, Puebla e Hidalgo también

Figura 1.1 Porcentaje de población indígena en América Latina



Fuente: Cletus Gregor Barie. Pueblos indígenas y derechos constitucionales en América Latina: un panorama. Bolivia: III/CDI/Abya Yala, 2003.

tienen presencia indígena, por lo que puede decirse que esta población se extiende a lo largo y ancho del territorio mexicano (mapa 1).

El II Conteo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reveló que la población mexicana en 2005 ascendía a 103 millones de personas, de las cuales 23.5% se encuentra situada en zonas rurales. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), poco más de la mitad de los indígenas reside en el medio rural (50.7%), donde tanto indígenas como no indígenas comparten situaciones de rezago, pero casi siempre los primeros son los menos favorecidos. El 19.5% de los indígenas viven en localidades mixtas y 29.8% en localidades urbanas, a diferencia del resto de la población, para la cual la distribución es de 13.7 y 61%, respectivamente.[1]

El promedio de escolaridad de la población de 15 años o más en el país se estimó en 8.1 años, 8.4 para hombres y 7.9 para mujeres, según cifras del II Conteo de Población y Vivienda de 2005. No obstante, la asistencia escolar por grupos de edad, región y pertenencia étnica es diferenciada. En términos generales, la tasa de asistencia es menor para la población indígena que para la no indígena.[2] En los municipios indígenas, la tasa de analfabetismo es de 43%, casi tres veces más alta que el promedio nacional, pero en las mujeres indígenas es más de 60 por ciento.[3] Lo anterior cobra mayor sentido si se toma en cuenta que la inequidad en materia de educación contribuye a favorecer la transmisión intergeneracional de la pobreza y la marginación.[4]

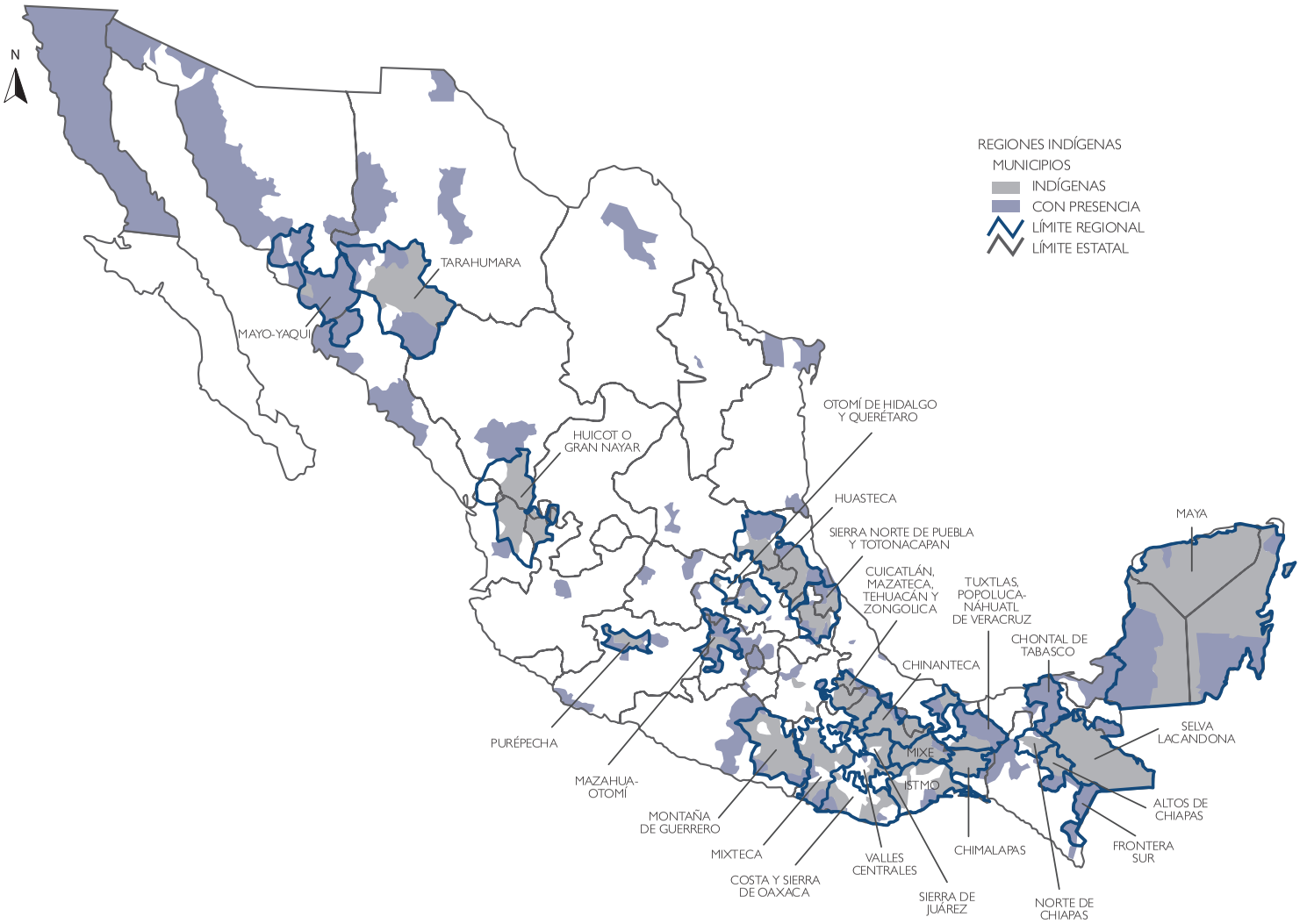
La brecha de escolaridad entre población indígena y no indígena ha caído casi dos tercios durante los últimos 30 años,[5] en la medida que ha crecido el número de los indígenas que concluyen estudios básicos e incluso de educación superior. Sin embargo, lo que se esperaría de estos resultados es que al disminuir la brecha educativa, aumentaran los ingresos por cada año estudiado, pero esto no sucede. "La ganancia en materia de ingresos promedio que se obtiene de cada año de educación es menor para la población indígena".[5] Esto se hace sentir en los niveles de vida óptimos y saludables.

Lo anterior tiene relación con la situación laboral de la población. En México, la actividad laboral presenta contrastes marcados, pues la población que habita zonas rurales y específicamente indígenas tiene una organización y retribución del trabajo distinta respecto de la que se vive en zonas urbanas. Las horas de trabajo, las formas de contrato o el traslape de actividades, hace que sea complejo captar su distribución e ingresos generados.

Éste es el caso de la participación de las mujeres en el ámbito económico y su aportación al núcleo doméstico. El trabajo femenino por ingresos se traslapa con el cuidado y alimentación de los hijos, parejas, padres y/o hermanos, con las tareas domésticas y comunitarias, además de su aporte a la producción del hogar. Este traslape genera un subregistro del trabajo femenino. En 2000, "una cuarta parte de la mujeres indígenas declaró ocuparse en los servicios domésticos o personales, los cuales, junto con la agricultura o manufactura constituyen las principales actividades de la población indígena femenina; casi 13 de cada cien se dedican al comercio y 3 a la venta y servicios en la vía pública".[2]

En cambio, los hombres indígenas encuentran en la agricultura su actividad principal, 46 de cada cien se dedican a las labores del campo, mientras que "diez trabajan en

Mapa 1. Las 25 regiones indígenas de México



Fuente: CDI-PNUD, Sistema de Indicadores sobre la Población Indígena de México, con base en INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.
Elaboró: Dirección de Información e Indicadores Sistema de Información Geográfica

COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

la construcción, siete son artesanos y seis se dedican al comercio; cuatro se ocupan en proporcionar servicios domésticos o personales y dos realizan ventas y servicios en la vía pública".[2]

Las diferencias son notorias entre hombres y mujeres indígenas en cuanto a tipos de empleo y su diversificación. La inserción de la mujer indígena en la esfera laboral depende mucho del tipo de comunidad en la que viva, su ubicación geográfica y su participación social. Finalmente, lo que comparten muchos de los hombres y mujeres indígenas es su inserción en actividades informales, que no les permiten el disfrute de una protección social en términos de salud.

Es importante señalar que las condiciones de desarrollo socioeconómico de cada localidad y municipio son diversas, según densidad demográfica y grado de marginación en el que se encuentran. Por lo tanto, es de esperarse que las condiciones de vida impacten de manera diferenciada en la salud de las personas. A esto se agrega que en muchas localidades hay dificultades de acceso a los servicios básicos de salud. En este contexto, consideramos relevante situar la atención de la salud como un derecho fundamental de las personas y de las familias, definida como el "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".[6]

Condiciones de salud

En México, la atención de la salud se presta a partir de la afiliación a instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a través del lugar de trabajo; mediante los servicios que proporciona la Secretaría de Salud y el programa IMSS-*Oportunidades* a la población abierta; y por medio de los servicios de atención médica privados. Con esto se busca garantizar que todas las personas accedan a la atención médica. Sin embargo, aunque se pueden reconocer los esfuerzos de las instituciones encargadas de atender a la población menos favorecida, siguen existiendo grandes brechas entre los distintos grupos de población respecto de la cantidad y calidad de los servicios que reciben.

En el ámbito nacional, 49.8% de la población no es derechohabiente* y el porcentaje aumenta notablemente en el caso de la población indígena.[7] Por ejemplo, en Oaxaca y Chiapas, dos de los estados del país con mayor concentración de población indígena, el porcentaje de derechohabientes a servicios de salud es de 22.5 y 20.1%, respectivamente.[7] Tabasco es el único estado del sureste del país con más de 60% de población derechohabiente; el más alto porcentaje lo tiene Aguascalientes (71.2%), que es además el estado con menos población indígena del país. En el otro extremo, Chiapas encabeza la lista con el menor porcentaje de derechohabientes.

---

* Población derechohabiente se considera a todas aquellas personas que tienen derecho a recibir servicios en alguna institución de salud pública o privada.

Tales discrepancias se hacen notar en la calidad de vida de la población. En un estudio realizado en México para el periodo 1990 a 1996 se encontró que en los municipios con 5% de población indígena la esperanza de vida para los hombres era de 65 años y para mujeres de 70, mientras que en aquellos municipios con 75% de población indígena, era de 62 y 67, respectivamente; en esos mismos años la esperanza de vida en el ámbito nacional se estimaba en 70 años.[8] En 2006, el CONAPO estimó la esperanza nacional de vida en 74.8 años, 72.4 para hombres y 77.2 años para mujeres.[9] Pero para la población indígena, la proyección para ambos sexos fue de 71 y 76.6 años, respectivamente.[10] Aunque se pueda inferir que la esperanza de vida de los pueblos indígenas va en aumento, una mayor longevidad no necesariamente ha representado mejor calidad de vida para la población.

Según datos del estudio citado, las diferencias en la tasa de mortalidad infantil en los municipios con menos de 5% de población indígena y aquellos con más de 75%, son significativas: 24 y 41 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos, para cada tipo de municipio, respectivamente.[8] Para 2006, el INEGI reportó que la tasa de mortalidad infantil era de 16.2 por 1 000 nacidos vivos, ubicando a Nuevo León con 11.3 como la entidad más baja y a Guerrero en 23.0 como la más alta.[7] Según estimaciones del CONAPO, la mortalidad infantil en población indígena fue de 34.4 por cada 1 000 nacidos vivos en 2000, disminuyendo significativamente en 2006, a 26.8.[10]

En 2006, las tres entidades del país con las más altas tasas de mortalidad infantil fueron Chiapas, Oaxaca y Guerrero. Según el informe de Rendición de cuentas de la Secretaría de Salud, el riesgo de que un menor muera en dichas entidades es 60% más alto que el de un niño que nació en el Distrito Federal o Nuevo León; comparativamente, el riesgo de morir de un niño que nace en uno de los municipios más pobres del país es tres veces mayor que aquel que nace en uno de los más ricos. [11]

De las 20 principales causas de mortalidad infantil registradas en 2005, en los tres primeros lugares se concentran ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y el cuarto lugar lo ocupan las enfermedades infecciosas intestinales. Dado nuestro interés en el tema, resaltamos que las agresiones como causa de muerte ocupan el lugar 16, pero en niños de 1 a 4 años estas muertes ocupan el octavo lugar en la lista.[12]

La tasa de mortalidad general ha sido de 4.8 por cada 1 000 habitantes y no ha cambiado de 2001 a 2006. Mientras que la tasa bruta de mortalidad por 1 000 habitantes indígenas en 2000 se estimó en 4.8, en 2006 se proyecta en 4.5, observándose una mejora mínima de 0.3 en la mortalidad de dicha población.[10]

Por otro lado, un indicador demográfico importante es el de fecundidad. En 2005, el INEGI calculó que el promedio nacional de hijos nacidos vivos por mujer fue de 2.47, ubicando a Guerrero y a Zacatecas como los estados con la fecundidad más alta (2.95) y al Distrito Federal en la posición más baja (1.96). La tasa global de fecundidad (TGF) para las mujeres indígenas de 20 grupos etnolingüísticos se encontraba entre 2.5 y 6.8 en el año 2000, en ese entonces la tasa nacional era de 2.9.[4] Según la proyección del CONAPO, para 2005 la TGF indígena sería de 2.54.[10]

Datos del Instituto Nacional de las Mujeres demuestran que en áreas rurales sólo la mitad de las mujeres en edad fértil usan algún tipo de anticonceptivo, mientras que 12% ha expresado su deseo de limitar o espaciar el nacimiento de hijos, sin que su demanda de anticoncepción fuese atendida. Dicho de otra manera, "en la población indígena una de cada cuatro mujeres no tuvo acceso al uso de anticonceptivos a pesar de desearlo".[14]

Por otra parte, las mujeres que viven en áreas marginadas presentan una mayor probabilidad de morir por problemas relacionados con la maternidad. En 2006, "la razón por mortalidad materna en los 100 municipios más pobres del país fue de 188 por 100 000 nacidos vivos, cinco veces más alta que en los 50 municipios con mejor índice de desarrollo humano".[11] Poco más de 13% de las muertes maternas ocurridas en 2006 fueron de jóvenes menores de 20 años.[12] Las principales causas de mortalidad materna son las hemorragias, la hipertensión asociada con el embarazo y otras complicaciones del parto. La muerte materna es más alta en regiones indígenas del país, y tiene una estrecha relación con los altos índices de desnutrición que existen allí.[13]

Además, 60% de las mujeres indígenas embarazadas padecen deficiencia de hierro y entre ellas el riesgo de morir por causas del embarazo, parto y puerperio es tres veces más alto que el de una mujer no indígena.[13] Las investigaciones realizadas han mostrado que las muertes maternas se deben en gran medida al rezago y a la inequidad en el acceso a los servicios de salud. No es extraño que se concentren en las mujeres pobres y especialmente en las que carecen de seguridad social, viven en zonas rurales de alta marginación o en zonas suburbanas marginales.[15]

Las cifras presentadas ponen en evidencia las enormes desigualdades sociales existentes. Si bien se puede reconocer que se han puesto en práctica programas para mejorar el acceso a la educación y a los servicios de salud, las mujeres y los hombres indígenas siguen registrando las mayores y más persistentes tasas de pobreza de la población, por lo que su situación socioeconómica sigue siendo muy inferior a la del promedio nacional. [16]

Como se ha podido mostrar a lo largo del capítulo, las condiciones de vida y salud de la población indígena revelan profundas inequidades de atención que se ven acrecentadas en el caso de las mujeres indígenas. Respecto de la cuestión de la violencia, su atención e impacto en la salud, la situación es compleja, ya que todavía las investigaciones cuantitativas dedicadas a estos grupos son poquísimas, pese a que se ha señalado en distintos estudios que las consecuencias del maltrato son profundas, y van más allá de la salud de los individuos para afectar el bienestar de toda la comunidad.[17,18] Por lo tanto, nuestros esfuerzos en este informe están dirigidos a presentar un panorama sobre la dinámica de la violencia en las relaciones de parejas de la población rural e indígena.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población. Clasificación de Localidades de México según grado de presencia indígena. México: CONAPO, 2000:13-14. Disponible en: www.conapo.gob.mx
2. Consejo Nacional de Población. Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud. México: CONAPO, 2006:38.
3. Organización Panamericana de la Salud. "Condiciones de Salud y sus tendencias" capítulo 2, en Salud en las Américas 2007. Vol. I regional. OPS, 2007:164.
4. Consejo Nacional de Población. Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico socio-demográfico. México: CONAPO, 2000:17, 64.
5. Hall G, Patrinos HA. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Resumen ejecutivo. Banco Mundial, 2005:7.
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de cooperación. Hoja resumen. Disponible en: www.who.int/countries/mex/es (consultado 5 noviembre 2007).
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografia e Informática. II Conteo de Población y vivienda 2005. México, INEGI, 2005. Disponible en: www.inegi.gob.mx
8. Torres JL, et. al. "La salud de la población indígena en México" en Caleidoscopio de la salud. México, 2003:45-46.
9. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2006. México, CONAPO, 2006. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm2006/SDM2006.pdf (consultado 13 noviembre 2007).
10. Consejo Nacional de Población. República Mexicana: Indicadores demográficos de la población indígena, 2000-2010. México, CONAPO. Disponible en http://www.conapo.gob.mx (consultado 8 diciembre 2007).
11. Secretaría de Salud. Informe para la rendición de cuentas. México, SSA, 2006. Disponible en: www.salud.gob.mx (consultado enero 2008).
12. Secretaría de Salud. Dirección de Información en Salud. México, SSA, 2008. Disponible en: www.salud.gob.mx (consultado febrero 2008).
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007, México. Vol. II países, 2007:527, 529, 531.
14. Instituto Nacional de las Mujeres. México, Grupos Vulnerables/ mujeres indígenas. México, INMUJERES. Disponible en: www.inmujeres.gob.mx (consultado diciembre 2007).
15. Díaz Echeverría D. El problema de la mortalidad materna, el acceso a la información y la rendición de cuentas puestos a prueba. México: Fundar: Centro de Análisis e Investigación, 2006. Disponible en: www.fundar.org.mx (consultado 14 diciembre 2007).
16. Hall G, Patrinos HA. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Resumen ejecutivo. Banco Mundial, 2005b:23 (monografía en internet).
17. Valdez Santiago R, Juárez Ramírez C, Salgado de Snyder N, Agoff C, Ávila Burgos L, Híjar Medina MC. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud Publica Mex 2006;48(2).
18. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington DC, 2003:109-110.

Capítulo 2

Metodología de la ENSADEMI

Rosario Valdez-Santiago
Leticia Ávila-Burgos
Elisa Hidalgo-Solórzano
Oswaldo Palma

El presente estudio se propone aportar conocimientos que permitan saldar el vacío en la información estadística que existe en relación con las expresiones de la violencia hacia las mujeres y sus consecuencias para la salud en población indígena. A partir de lo antes señalado se propusieron los siguientes objetivos de estudio.

Objetivo general

Determinar las características y la tipología de la violencia de pareja actual contra las mujeres en ocho regiones indígenas de la República mexicana.

Objetivos específicos

1) Caracterizar sociodemográficamente a las mujeres incluidas en el estudio.
2) Determinar la prevalencia y severidad de las diversas formas de violencia de pareja actual (en los últimos 12 meses) entre las mujeres estudiadas.
3) Realizar un análisis comparativo de las características y expresiones de la violencia en las ocho regiones indígenas de estudio.
4) Identificar las consecuencias físicas de la violencia de pareja actual sufrida en los últimos 12 meses.
5) Conocer el impacto de la violencia en la salud de las mujeres y en la economía de los hogares.

Metodología

Para alcanzar los objetivos planteados 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) de ocho regiones indígenas del país (mapa 2).

Unidad de observación

Mujeres usuarias de los servicios de salud públicos de la SSA y de IMO, en las unidades seleccionadas de las ocho regiones de estudio (mapa 2).

Criterios de inclusión

Mujeres que demandaron atención preventiva o primaria en las unidades seleccionadas durante el periodo de estudio.

a) Alguna vez unidas
b) Entre 15 y 59 años de edad
c) Que, después de haber resultado seleccionadas, aceptaran participar en el estudio

Criterios de exclusión

a) Mujeres que tuvieran alguna discapacidad para responder el cuestionario
b) Mujeres que acudieran con acompañantes o familiares, tales como pareja u otras personas que impidieran garantizar las condiciones de privacidad y confidencialidad de la entrevista.

Criterios de eliminación

Mujeres que cumpliendo los criterios para ser incluidas no aceptaran participar en el estudio. Esto se registró como rechazo.

Límites de espacio y tiempo

- Espacio: unidades seleccionadas, primer o segundo nivel pertenecientes a instituciones del sector público SSA o IMO.
- Tiempo: la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI) 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.

El cuestionario

Para la elaboración del cuestionario de la ENSADEMI se tomó como base la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres de 2003 y de 2008 (ENVIM 2003, ENVIM 2008).[1,2] El propósito fue lograr un alto grado de comparabilidad entre los resultados de las tres encuestas. Además se consultaron otros cuestionarios afines, como el de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares de 2003 (ENDIREH 2003),[3] la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003) y la Encuesta Nacional de

Mapa 2. Las ocho regiones indígenas de México

Fuente: Modificado de CDI-PNUD, Sistema de Indicadores sobre la Población Indígena de México, con base en INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. (Elaboración del original: Dirección de Información e Indicadores, Sistema de Información Geográfica.)

COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Evaluación del Desempeño (ENED 2002). De la ENVIM se incorporaron las preguntas correspondientes a las secciones acerca de las características y severidad de la violencia. También fue de utilidad la consulta de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (ENSMI 2002),[4] aplicada en todo el país con una alta proporción de población indígena.

El cuestionario de la ENSADEMI cuenta con 125 preguntas organizadas en los siguientes apartados:

I. Datos sociodemográficos

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

II. Consumo del alcohol por la encuestada y su pareja

III. Relaciones familiares y de pareja (violencia)

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

IV. Relación con la impartición de justicia

V. Respuesta del personal de salud ante el maltrato familiar

Prueba piloto

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

Además, el cuestionario se sometió a consideración y análisis de un grupo de expertos y expertas en los temas de violencia contra las mujeres y en la aplicación de encuestas en contextos indígenas.*

Diseño muestral

El diseño muestral de la ENSADEMI fue realizado con el fin de proporcionar estimaciones para cada región indígena seleccionada. El esquema de muestreo que se realizó fue 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 XI Censo de INEGI 2000.[5] 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 son los siguientes:

Región	Estado	Municipios
Altos de Chiapas	Chiapas	Zinacantán
		Chamula
		San Cristóbal de las Casas
		Venustiano Carranza

* El grupo de expertos estuvo conformado por: Dra. Patricia Fernández Ham, Dra. Graciela Freyermuth, Dra. Paola Sesia, Dr. Edgar Hidalgo, Dr. Juan Carlos Ramírez, Dra. Zuanilda Mendoza, Dra. Rosalba Rojas, y representantes de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México.

‡ En 1992, la SSA y el INI establecieron que un municipio era indígena si más de 40% de su población hablaba una lengua indígena (SSA-INI, 1992).

Istmo	Oaxaca	Juchitán de Zaragoza Ciudad Ixtepec Unión Hidalgo San Blas Atempa
Huasteca	San Luis Potosí	Matlapa Aquismón Tamazunchale
Mazahua-otomí	Querétaro de Arteaga	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

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 definir el tamaño de muestra, y dado que el principal objetivo del estudio se relacionaba con el cálculo de indicadores en forma de proporciones, se utilizó la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para proporción de una población con precisión relativa:

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

Se utilizaron los siguientes parámetros:

P= prevalencia de violencia de pareja actual 20%, obtenido con base a los datos arrojados por la ENVIM

TR=tasa de no respuesta, se aceptó como máxima por región 15%

r= error relativo máximo, *0.2*

$Z^2_{1\text{-}}\alpha_{/2}$= *1.96*, nivel de confianza de 95%

deff= efecto de diseño 1.75

Se determinó que se requería entrevistar a por lo menos 490 mujeres por región para un total de 3 920 cuestionarios a aplicar. Para generar datos representativos de la población de las ocho regiones indígenas, se hizo uso de ponderadores. En total quedaron representadas 295 194 mujeres.

La última etapa de muestreo consistió en la selección de mujeres alguna vez unidas, entre 15 a 59 años de edad, que acudieran a la unidad a recibir atención curativa o preventiva. 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 a la visita de la siguiente forma:

$$f = N/n$$

Donde:

f = fracción de muestreo

N: Número de consultas atendidas a mujeres de 15 a 59 años la semana anterior

n: Tamaño de muestra necesaria por semana de trabajo de campo en la unidad (en este caso el número de usuarias de 15 a 59 años que se deseó seleccionar por unidad de salud en una semana)

Para definir el arranque se obtuvo el producto de la fracción de muestreo y de un número aleatorio en el intervalo (0,1), tomado de una tabla de números aleatorios para lograr un distribución uniforme de selección de las usuarias al interior de la unidad de salud (orden).

Ejemplo: caso hipotético:
Localidad: Sábalos
Volumen de consulta semana anterior: 165 mujeres de 15 a 59 años.
Muestra necesaria: 70 usuarias
Núm. aleatorio: 0.8
f =165/70= 2.36 * 0.8= 1.88

Esto significa que vamos a seleccionar a la usuaria número "2" y a partir de ella la siguiente usuaria seleccionada será la número 4, 6, 8, 10, etc.

Cuando el volumen de consulta fue igual o menor a 15 por día laboral, se incluyó al total de mujeres que acudieron a la unidad hasta completar la muestra necesaria. Esto ocurrió en muchas de las unidades visitadas, ya que por razones presupuestales no se podía permanecer muchas semanas en la unidad.

Diseño operativo

Para el levantamiento de la encuesta se desarrollaron las siguientes actividades:

1. Sensibilización de las autoridades estatales e institucionales
2. Reclutamiento del personal

3. Selección del personal
4. Definición de las funciones y obligaciones del personal de campo
5. Estrategia de levantamiento
6. Retroalimentación

1. Sensibilización de las autoridades estatales e institucionales

Antes de iniciar el levantamiento en cada una de las ocho regiones seleccionadas, se organizó una reunión con las autoridades de la SSA y del IMO; en ésta se presentaron los objetivos y alcances del estudio, así como el desarrollo del mismo con la finalidad de difundir la encuesta y lograr el apoyo requerido para su ejecución.

2. Reclutamiento del personal

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) cuenta con un equipo de entrevistadoras, supervisoras y coordinadoras de campo con amplia experiencia en la aplicación de encuestas, a las cuales se les hizo una invitación a participar. Se llevó a cabo un riguroso proceso de selección en dos etapas: la primera a partir de documentos probatorios de la experiencia previa como encuestadoras, y la segunda, a través de dos entrevistas con dos integrantes del equipo de investigación. La primera entrevista se enfocó en la evaluación de su experiencia en campo para enfrentar problemas de logística y aplicación de cuestionarios. La segunda, puso énfasis en su sensibilidad para abordar el problema de la violencia hacia las mujeres. Cabe señalar que se logró incorporar a varias encuestadoras que participaron en el levantamiento de la ENVIM 2003, lo cual fue muy útil.

3. Selección del personal

Se definieron los siguientes cargos que se desempeñarían en el trabajo de campo: una coordinadora de campo, una asistente de la coordinadora, una supervisora, 15 encuestadoras, un chofer. En total se conformó un equipo de 15 encuestadoras, todas mujeres con experiencia previa en la aplicación de cuestionarios y en trabajo de campo en las zonas donde llevaríamos a cabo el levantamiento.

Se llevó a cabo una semana de capacitación. Para esta actividad se diseñaron dos manuales, uno para la encuestadora y otro para la supervisora. La capacitación incluyó los siguientes temas: a) presentación de los objetivos del estudio; b) prácticas del cuestionario a aplicar; c) definición del papel de la encuestadora y supervisora en el trabajo de campo; y d) sensibilización para el manejo de casos de mujeres maltratadas y para el manejo de sus propias emociones producto de la escucha constante de testimonios de violencia.*

---

* Para cubrir con esta sección se solicitó el apoyo de una psicoterapeuta especializada en el manejo de casos de violencia. El contenido de la capacitación incluyó técnicas de contención emocional que las encuestadoras pudieran implementar en campo para contener a las mujeres encuestadas y entre sí.

4. Definición de las funciones y obligaciones del personal de campo

a) Las encuestadoras: el equipo de encuestadoras estuvo integrado personas que tuvieron la responsabilidad de identificar y entrevistar a las mujeres indicadas, es decir, aquellas que cumplieran los criterios de inclusión, para obtener la información de acuerdo con las normas, procedimientos e instrucciones planteadas para la ENSADEMI. De su desempeño, responsabilidad y cooperación dependió en gran medida que la información obtenida fuera de la calidad y precisión requerida.

Materiales que se les proporcionaron a las encuestadoras:

- Credencial autorizada por la institución (INSP), que identificaba a cada encuestadora.
- Carta de presentación.
- Dos playeras con el logo del INSP.
- Listado y ubicación de las unidades de salud donde se levantaría la encuesta.
- Carta de consentimiento informado, solicitando la participación de la mujer seleccionada.
- Cuestionarios de la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas.
- Formato E-1 (Reporte diario de actividades).
- Manual de instrucciones.
- Una mochila para transportar los formularios, manuales y demás útiles.
- Materiales o útiles de oficina para el llenado de los cuestionarios (plumas, lápices, sacapuntas, gomas o borradores, tabla clip de apoyo, libreta de anotaciones, calculadora).
- Folletos o trípticos informativos sobre albergues o grupos de ayuda a mujeres maltratadas.

b) *Las supervisoras:* fueron las responsables de dirigir el trabajo del equipo de encuestadoras que estuvo bajo su cargo durante el trabajo de campo. Cada equipo estuvo conformado por aproximadamente seis encuestadoras. La supervisora estaba encargada de hacer el contacto con las autoridades de la unidad de salud, y de solicitar la información necesaria para establecer los mecanismos de selección de las usuarias en cada unidad, lo cual incluía solicitar el volumen (número) de consultas atendidas a mujeres de 15 a 59 años la semana anterior a la visita y el cálculo de la fracción de muestreo para establecer el orden de selección de las usuarias.

5. Estrategia de levantamiento

Se encuestaron a las mujeres mientras esperaban ser atendidas o cuando acudían a algún servicio preventivo o curativo. Para fines del presente estudio se definió a las mujeres utilizadoras de servicios como: toda aquella mujer que demandara servicios preventivos (vacunación, Papanicolaou, pláticas de uso de métodos anticonceptivo, etc.) o curativos (atención médica general). La aplicación del cuestionario se llevó a cabo en espacios que garantizaran la privacidad de la entrevista, como un consultorio, bodega, salón de usos múltiples o patio del centro de salud, bajo la sombra.

La ENSADEMI se levantó en dos etapas. La primera de septiembre a noviembre de 2006 en la región Maya del estado de Yucatán, en los Altos de Chiapas, en Zongolica, Veracruz, en la región Mazahua-otomí, así como en la Huasteca Alta de San Luís Potosí.

En una segunda etapa, que tuvo lugar de febrero a marzo de 2007, se cubrió el estado de Oaxaca, con las tres últimas regiones seleccionadas: la Costa y Sierra Sur, el Istmo, y la Chinanteca.

En cada estado se cubrieron siete unidades de salud (hospitales y centros de salud), en cada una de las cuales se aplicaron 70 cuestionarios a mujeres que cumplían con los criterios de inclusión. En total se aplicaron 3 952 cuestionarios en las ocho regiones seleccionadas. El tiempo de la entrevista fue variable, ya que el rango fue de 1 hora a 1 hora y 30 minutos.

Traducción

Dada la diversidad de lenguas indígenas habladas en las regiones visitadas fue necesario solicitar el servicio de traductoras en algunas comunidades. En estos casos, la coordinadora de campo se encargó de buscar a mujeres bilingües (que hablaran español) dentro de la comunidad, garantizando que la traductora no tuviera vínculo familiar alguno con las entrevistadas, para evitar conflictos. Esto se puso a consideración de las propias mujeres encuestadas, quienes en varias localidades propusieron a la enfermera o personal de salud ampliamente reconocido en la comunidad, a quien le tenían confianza y con quien se sentían seguras para hablar.

Manejo de estrés

Se consideró necesario dotar al equipo de encuestadoras de herramientas que les permitieran enfrentar el estrés que implica escuchar las narraciones de violencia. Por un lado, si al momento de realizar la entrevista la mujer presentaba algún tipo de reacción emocional (crisis de llanto, angustia) las entrevistadoras fueron instruidas para permanecer con la mujer hasta que ésta lograra tranquilizarse y escucharla con atención en caso de que quisiera desahogarse. Además, si la mujer lo consideraba pertinente y si los servicios especializados eran accesibles geográficamente a las localidades en donde se aplicaban las entrevistas, se proporcionaba a las mujeres la información de las instituciones estatales de apoyo a mujeres maltratadas. La existencia de instituciones especializadas varió considerablemente de una región a otra.

6. Retroalimentación

Con la finalidad de que las mujeres participantes en el estudio recibieran algún tipo de respuesta a sus necesidades de información, atención y consejería, se diseñó un tríptico con cinco secciones: 1) círculo de la violencia; 2) indicadores de peligro y como identificarlos; 3) opciones para enfrentar el maltrato; 4) plan de seguridad y cuándo utilizarlo;

y 5) directorio de recursos disponibles en las localidades en donde se aplicó la encuesta, con nombre, dirección e información para localizar a la persona responsable del programa de atención a la violencia familiar de los servicios de salud del estado y de organizaciones civiles que ofrecieran algún tipo de apoyo en la zona.

El tríptico estuvo disponible para todas las mujeres entrevistadas, independientemente de si eran maltratadas o no. Sólo se dio la instrucción de no proporcionarlo cuando en la sección de violencia de la encuestada la mujer reportara estar viviendo una relación de violencia severa, cuando las parejas masculinas de las mujeres fueran policías o autoridades locales o cuando a juicio de la entrevistadora la mujer corriera riesgo al llevar consigo esa información.

Otro aspecto importante es que la utilidad de los folletos fue variable, pues mientras que en algunos casos los centros de atención eran fácilmente accesibles, en otros los recursos más cercanos implicaban un desplazamiento de la mujer de hasta cuatro horas o más. Esta diversidad en la disponibilidad de los recursos de atención a la violencia familiar varió significativamente de una región a otra.

Construcción de índices

Para la mejor medición de las variables de interés se construyeron una escala y dos índices:

Escala de violencia: para la medición de la violencia de pareja en los últimos 12 meses, se utilizó la "Escala de Medición de Violencia de Pareja para Mujeres Indígenas" 03-2008-021314025700-01, la cual consta de 33 reactivos. Se parte de la conceptualización de la violencia como:

> Acción única o patrón repetitivo de maltrato por parte de la pareja masculina hacia la mujer, caracterizado por una serie de conductas coercitivas que pueden incluir:

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

El objetivo de la escala fue medir diferentes niveles de severidad para cada tipo de violencia explorada en el estudio.

La escala de violencia es evaluada en cuatro subescalas, las cuales miden la frecuencia de las acciones violentas en los últimos 12 meses (0=nunca, 1=alguna vez, 2=varias veces y 3=muchas veces). Se llevó a cabo un proceso de validación de la escala de violencia y la construcción del índice de severidad de la violencia a través del propuesto por Valdez y colaboradores.[6]

A partir de las respuestas de las mujeres a la serie de reactivos que integran la escala de violencia, se realizó un análisis factorial para identificar la agrupación de los reactivos por componente, es decir, las variables que mejor explican una dimensión. Asimismo, se evaluó la confiabilidad y validez interna de la escala.

Índice de severidad de violencia por la pareja (ISVP): la generación de la variable o ISVP permite incorporar dos dimensiones de la severidad; por un lado, con la frecuencia con la que los actos violentos contra la mujer se repiten en un año y, por otro, la de eventos que aunque sean pocos frecuentes representan un peligro real de muerte para la mujer; por ejemplo: "le ha disparado con una pistola o rifle", "le ha agredido con navaja, cuchillo o machete", "le ha quemado con cigarro u otra sustancia", "le ha amenazado con pistola o rifle", le ha amenazado con alguna navaja, cuchillo o machete", "le ha tratado de ahorcar o asfixiar". La presencia de cualquiera de estos actos es considerado como caso de violencia.

Los puntos de corte para el ISVP son:

- 0 = no hay violencia.
- Valores por arriba de la media hasta una desviación estándar = caso de violencia.
- Por arriba de una desviación estándar = casos de violencia severa.

Índice de nivel socioeconómico. Con el propósito de mantener comparabilidad entre los índices de nivel socioeconómico utilizados en la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM I)[1] y la realizada en 2006 (ENVIM II)[2], la construcción del índice para la Ensademi tuvo la misma metodología.[7] El posicionamiento socioeconómico de la Ensademi se basó en tres características de los hogares: a)la escolaridad de los integrantes del hogar; b) la ocupación del jefe de la familia y/o esposa; c) las condiciones de la vivienda, que incluyen el número de activos o equipos electrodomésticos existentes, así como las características de los mismos.

Para la escolaridad se calculó el promedio de escolaridad de todos los miembros del hogar. Este indicador señala tanto la posesión de habilidades brindadas por el sistema educativo formal, para el caso de aquéllos que ya han terminado sus estudios, como las inversiones que hacen los hogares en sus integrantes que aún se encuentran estudiando. Para poder tomar en cuenta las experiencias de todos los miembros del hogar en el contexto de la expansión de la oferta educativa que ha existido en el país, se consideró de manera individual el número de años aprobados en la escuela con relación a un estándar. Para la construcción de este estándar se recurrió a la información del Conteo de Población de 1995, a las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1992 y 1997, y a los Censos de 1990 y 2000, todos levantados por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Con ello se calculó el promedio de años de escolaridad que se esperaba por sexo y generación. La escolaridad relativa se obtuvo restando el número de años estudiados por cada persona a la escolaridad estándar o esperada y dividiendo el resultado entre ese mismo estándar. Posteriormente, se calculó el promedio para todos los miembros del hogar y se dividió en cuatro categorías:

1. *Muy baja*: cuando el valor obtenido en el promedio fue de hasta -0.25.
2. *Baja*: para los valores de entre -0.26 y 0.1.
3. *Media*: incluye los valores comprendidos entre 0.11 y 0.5.
4. *Alta*: para valores por arriba de 0.5.

La segunda dimensión que integra el índice es la ocupación. Para medirla se ordenaron las diferentes ocupaciones según su remuneración, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en Hogares (ENIGH) de 1996, y para cada hogar se eligió la ocupación de la mujer o de su cónyuge asociada con un mayor ingreso. Este indicador da un acercamiento a las capacidades de generación de ingresos de los hogares mediante su inserción en el mercado laboral.

La tercera dimensión se refiere al entorno inmediato que caracteriza las condiciones de vida. El indicador obtenido para esta dimensión es un índice relativo de posesión de bienes; es decir, para cada hogar se dividió el número de bienes con los que contaba (teléfono celular, DVD, refrigerador, lavadora, estufa de gas, calentador de agua y automóvil o camioneta), así como la ausencia de hacinamiento.* La cantidad obtenida se dividió entre el número de variables utilizadas. El índice se dividió en cuartiles.

Finalmente, con la combinación lineal de estas tres dimensiones, las 192 categorías resultantes se ordenaron de acuerdo con el ingreso per cápita del hogar obtenido en la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) de 1997 y se dividieron en cuatro categorías, las cuales conforman los estratos. 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 ENIVIM I y la ENVIM II.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Mor: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, 2003.
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca, Mor: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud, 2008.
3. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003. Aguascalientes: INEGI, 2003.
4. Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2002. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2002.

* Se considera hacinamiento cuando existen 2.5 habitantes o más por dormitorio

5. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México, Regiones indígenas de México, 2006.
6. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina M, Salgado de Snyder N, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex 2006;48 supl2:S221-S231.
7. Olaiz G, Franco A, Palma O, Echarri C, Valdez R, Herrera C. Diseño metodológico de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México. Salud Pub Mex 2006;48 supl 2:S328-S335.

Capítulo 3

Características sociodemográficas de la población estudiada

Elisa Hidalgo-Solórzano
Mariana Mojarro-Íñiguez
Mariana González-Focke

La multiculturalidad es una característica de la población mexicana, de modo que la población indígena se encuentra inserta en un contexto interétnico, con mayor o menor integración en relación con la población no indígena. Esta diversidad sociocultural y de condiciones de vida se ve reflejada en las características de la población entrevistada para la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI), distribuida tanto en zonas rurales como urbanas, pertenecientes en su mayoría a regiones indígenas situadas en el sur-sureste del país.

De los 25 municipios visitados, 21 están catalogados como municipios indígenas (MI) y únicamente cuatro con presencia de población indígena (PI).[1] Del conjunto regional que se conformó por 56 localidades, 84% eran rurales y el resto urbanas (16%). Del total, 18 municipios se ubican en las categorías de alta y muy alta marginación, casi todos indígenas (cuadro 3.1) Estas particularidades demográficas, sociales y económicas, que caracterizan a los pueblos indígenas, sumadas a la organización social y a la dispersión de su población, contribuyen a los altos índices de marginación en los que se ubican.

El conocimiento de los comportamientos sociodemográficos y económicos de la población que ahora estudiamos aporta elementos necesarios para entender el contexto en el que se genera o no la violencia de pareja.

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%), Mazahua-otomí (29.09%), Huasteca (16.61%), Zongolica (9.00) y Maya (29.55%). El 83% de las mujeres viven 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%) pertenece a la zona urbana (figura 3.1). 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 Secretaría de Salud (SSA) y en menor proporción en las del programa IMSS-*Oportunidades* (IMO) (figura 3.2).

El 83% de las mujeres estudiadas refirió ser la beneficiaria o tener algún familiar beneficiario de alguno de los siguientes programas de gobierno: Procampo, Seguro Popular

Cuadro 3.1
Regiones indígenas: clasificación por tipo de municipio y nivel de marginación

Región	Estado	Municipio	Tipo de municipio	Nivel de marginación
Altos de Chiapas	Chiapas	Zinacantán	MI	MA
		Chamula	MI	MA
		San Cristóbal de las Casas	MI	B
		Venustiano Carranza	PI	A
Istmo	Oaxaca	Juchitán de Zaragoza	MI	M
		Ciudad Ixtepec	MI	B
		Unión Hidalgo	MI	B
		San Blas Atempa	MI	A
Huasteca	San Luis Potosí	Matlapa	MI	A
		Aquismón	MI	MA
		Tamazunchale	MI	A
Mazahua-otomí	Querétaro de Arteaga	Amealco de Bonfil	PI	A
Chinanteca	Oaxaca	San Juan Bautista Tuxtepec	PI	M
		San José Chiltepec	MI	A
		Valle Nacional	MI	A
		San Lucas Ojitlán	MI	MA
Cuicatlán, Mazateca, Tehucán y Zongolica	Veracruz	Zongolica	MI	MA
Costa y Sierra Sur de Oaxaca	Oaxaca	San Agustín Loxicha	MI	MA
		Santa Catarina Juquila	MI	A
		San Lorenzo Texmelucan	MI	MA
		San Vicente Coatlán	MI	MA
Maya	Yucatán	Mérida	PI	MB
		Chemax	MI	MA
		Oxkutzcab	MI	A
		Valladolid	MI	M

Tipo de municipio: MI: Municipio indígena; PI: Municipio con presencia indígena
Nivel de marginación: MA: Muy Alto; A: Alto; M: Medio; B: Bajo.
La elaboración del cuadro es propia (Mariana González-Focke y Elisa Hidalgo-Solórzano) con base en la fuente: "Cédulas de Información básica de los Pueblos indígenas de México 2005" de la Unidad de Planeación y Consulta de la Dirección de Información e Indicadores de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México.

y *Oportunidades*. De manera que 4 de cada 5 familias cuentan con algún programa: 76% tiene *Oportunidades*, 48% Seguro Popular, 23% Procampo y 2% otro tipo de apoyo (figura 3.3). En todos los programas de apoyo, la región del Istmo es la que reporta una menor cobertura. En el caso del Seguro Popular, en los Altos de Chiapas se observa una cobertura muy baja, con 80% de no aseguradas.

Al analizar la presencia de dichos programas en las ocho regiones de estudio podemos observar una distribución diferencial por región. En las regiones Zongolica (89.19%),

Figura 3.1 Distribución porcentual de mujeres, por región y área de residencia

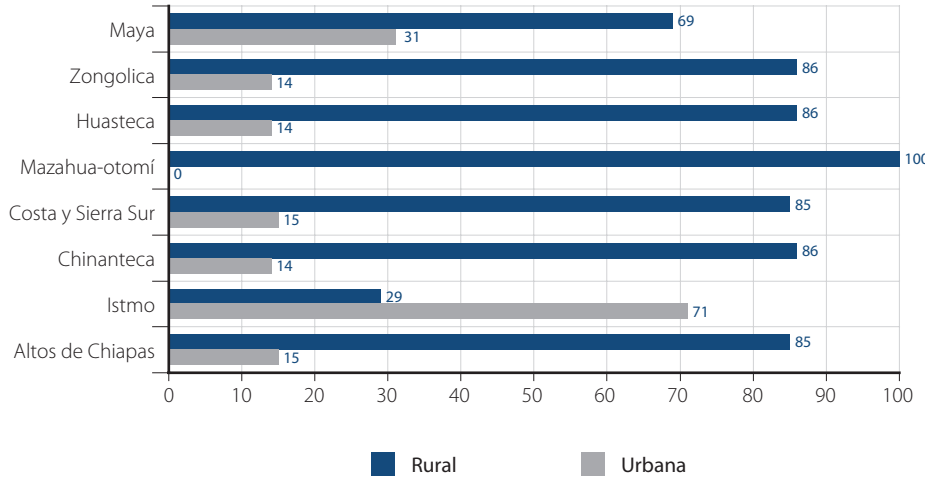


Figura 3.2 Distribución porcentual de mujeres, por institución prestadora de servicios de salud

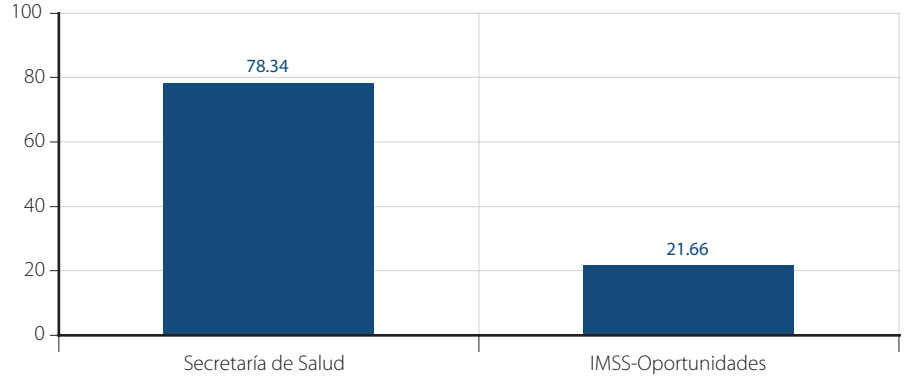
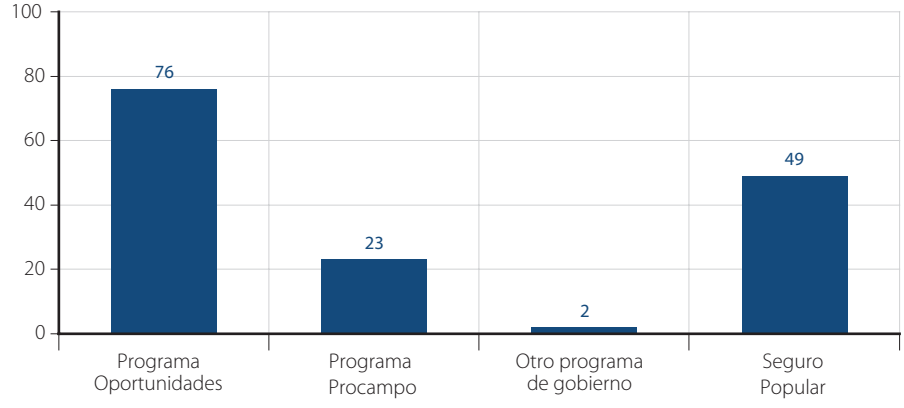


Figura 3.3 Distribución porcentual de mujeres, según programa de beneficio social



Huasteca (88.98%) y Costa y Sierra Sur (88.53%) se reportaron altas coberturas de los programas gubernamentales, mientras en regiones como el Istmo se evidencia una menor cobertura.

La edad de las mujeres estudiadas oscila entre 15 y 59 años de edad, 67% de ellas se encuentran en el rango de edad entre 15 y 39 años, 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 3.2).

Respecto del nivel de escolaridad de la población de estudio, la mayoría de las mujeres reportó nivel de primaria o sin estudios. El 19% reportó no tener instrucción, 34% primaria incompleta y 24% primaria terminada. En la región Altos de Chiapas se observó que la proporción de mujeres que reportaron no tener instrucción fue la más alta, con 44.65 por ciento. En la región Huasteca, 31.63% de las mujeres reportó tener un nivel escolar de secundaria o más; siendo esta la región con mayor proporción de mujeres que han alcanzado niveles más altos de escolaridad.

En cuanto a la condición de habla, encontramos que un poco más de la mitad de las mujeres son bilingües y una minoría (8.4%) habla sólo alguna lengua indígena. Dentro de las regiones se destaca el Istmo y Mazahua-otomí como regiones en donde el monolingüismo prácticamente es nulo, ya que menos de 1% de la población estudiada habla únicamente lengua indígena. En la región Altos de Chiapas la situación difiere, pues casi 65% de las mujeres entrevistadas es monolingüe. Al explorar acerca del tipo de lengua que hablan las mujeres (monolingües o bilingües), las tres lenguas que se reportan en orden de importancia son: maya (37.41%), náhuatl (28.45%) y otomí (13.20%). En el cuadro 3.2 se pueden observar lenguas exclusivas de ciertas regiones, por ejemplo: todas las mujeres que reportaron hablar chatino pertenecen a la región Costa y Sierra Sur, al igual que las mujeres que reportaron hablar maya son de la región Maya. En el caso de las mujeres que hablan náhuatl, la mayor parte de ellas pertenece a la región Huasteca y la Zongolica.

Del total de las mujeres estudiadas, 84% reportaron ser católicas. En las regiones Mazahua-otomí y Costa y Sierra Sur se concentra una mayor proporción de mujeres católicas (93%.) En los Altos de Chiapas y el Istmo aproximadamente 1 de cada 3 mujeres practica otra religión* o reportó no profesar ninguna.

Respecto al estado civil, 89% de las mujeres reportaron estar casadas o viviendo en unión libre, seguidas por las que no tienen parejas (separadas, divorciadas, viudas, solteras). El mismo patrón se refleja al interior de las ocho regiones de estudio.

En este estudio no sólo fue importante saber las características de las mujeres entrevistadas sino también la de sus parejas masculinas. La información fue reportada por las mujeres casadas o en unión libre al momento de aplicar el cuestionario.

---

* De las religiones reportadas por las mujeres en Chiapas se encuentran: evangélica, cristiana y pentecostal.

Cuadro 3.2 Características de las mujeres por región indígena

Características	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Datos generales																		
Edad																		
15 a 19	864	6.46	624	5.32	140	2.03	502	3.45	2 406	2.80	2 300	4.69	1 078	4.06	5 990	6.87	13 904	4.71
20 a 29	4 509	33.73	3 024	25.81	1 330	19.34	3 556	24.50	2 1485	25.04	12 500	25.51	8 457	31.85	26 619	30.54	81 480	27.62
30 a 39	4 347	32.52	3 744	31.96	2 898	42.15	4 756	32.77	32 384	37.74	16 900	34.48	7 721	29.08	28 307	32.47	101 057	34.26
40 a 49	2 349	17.57	2 640	22.54	1 554	22.60	3 456	23.81	18 465	21.52	10 600	21.63	5 758	21.68	18 332	21.03	63 154	21.41
50 a 59	1 296	9.69	1 656	14.13	938	13.64	2 240	15.43	11 063	12.89	6 700	13.67	3 533	13.30	7 905	9.07	35 331	11.97
No sabe	0	0.00	0	0	14	0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0.00
No especificó	0	0	24	0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0.01
Escolaridad																		
Sin instrucción	5 967	44.64	2 112	18.03	546	7.94	4 205	28.98	18 772	21.87	5 100	10.40	5 574	20.99	13 805	15.84	56 081	19.01
Primaria incompleta	2 619	19.59	3 960	33.81	2 282	33.19	5 038	34.72	26 435	30.80	12 900	26.32	10 534	39.68	37 288	42.78	101 056	34.26
Primaria completa	3 294	24.64	2 328	19.87	2 254	32.79	3 922	27.02	23 342	27.20	15 500	31.63	4 708	17.73	16 036	18.39	71 384	24.20
Secundaria	1 053	7.87	2 136	18.23	1 456	21.18	932	6.42	14 861	17.32	11 800	24.08	3 845	14.48	13 361	15.33	49 444	16.76
Carrera técnica o comercio	108	0.80	168	1.43	42	0.61	58	0.39	680	0.79	600	1.22	214	0.80	2 505	2.87	4 375	1.48
Prepa o normal	270	2.02	816	6.96	252	3.66	179	1.23	1 538	1.79	2 400	4.89	1 564	5.89	3 276	3.75	10 295	3.49
Licenciatura o más	27	0.20	192	1.63	42	0.61	176	1.21	175	0.20	700	1.42	108	0.40	716	0.82	2 136	0.72
No sabe	27	0.20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	166	0.19	193	0.06
Religión																		
Católica	9 234	69.09	7 944	67.82	5 950	86.55	13 488	92.95	79 648	92.82	41 900	85.51	23 595	88.88	67 189	77.09	248 948	84.39
Otra	2 484	18.58	2 616	22.33	700	10.18	844	5.81	3 745	4.36	5 800	11.83	2 463	9.27	16 115	18.49	34 767	11.78
Ninguna	1 647	12.32	1 152	9.83	224	3.25	178	1.22	2 410	2.80	1 300	2.65	489	1.84	3 849	4.41	11 249	3.81
Habla																		
Monolingüe (sólo lengua indígena)	8 640	64.64	24	0.20	168	2.44	3 560	24.53	175	0.20	600	1.22	323	1.21	11 258	12.91	24 748	8.39
Bilingüe	2 349	17.57	7 464	63.72	3 234	47.04	6 622	45.63	23 919	27.87	31 100	63.46	22 481	84.68	55 451	63.62	152 620	51.74
Sólo español	2 376	17.77	4 224	36.06	3 472	50.50	4 328	29.82	61 709	71.91	17 300	35.30	3 743	14.09	20 444	23.45	117 596	39.86

Continúa.../

/... continuación

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
Características	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Lenguas indígenas																		
Náhuatl	27	0.24	24	0.32	0	0	0	0	343	1.42	26 900	84.85	22 804	100.00	356	0.53	50 454	28.44
Mazahua	0	0	0	0	0	0	0	0	173	0.71	0	0	0	0	0	0	173	0.09
Otomí	0	0	0	0	0	0	0	0	23 408	97.15	0	0	0	0	0	0	23 408	13.19
Zapoteco	0	0	6 912	92.30	56	1.64	7 782	76.42	170	0.70	0	0	0	0	0	0	14 920	8.41
Huasteco	0	0	0	0	14	0.41	0	0	0	0	4 800	15.14	0	0	0	0	4 814	2.71
Chatino	0	0	0	0	0	0	2 400	23.57	0	0	0	0	0	0	0	0	2 400	1.35
Maya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66 353	99.46	66 353	37.40
Tzotzil	10 557	96.06	24	0.32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 581	5.96
Tzeltale	378	3.43	0	0	14	0.41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	392	0.22
Otros	27	0.24	528	7.05	3 318	97.53	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 873	2.18
Estado conyugal																		
Separada, viuda o divorciada	2 079	15.55	1 536	13.11	868	12.62	2 978	20.52	8 125	9.46	6 000	12.24	3 734	14.06	6 113	7.01	31 433	10.65
Unión libre	8 046	60.20	1 416	12.09	1 638	23.82	3 340	23.01	9 614	11.20	10 500	21.42	11 169	42.07	9 529	10.93	55 252	18.73
Casada	3 240	24.24	8 760	74.79	4 368	63.54	8 102	55.83	67 381	78.52	32 400	66.12	11 591	43.66	71 345	81.86	207 187	70.24
Soltera	0	0	0	0	0	0	90	0.62	683	0.79	100	0.20	0	0	166	0.19	1 039	0.35
No especificó	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	0.19	0	0	53	0.01
Institución a la cual acudió a recibir servicios de salud																		
SSA	5 751	43.03	11 712	100.00	4 900	71.28	8 052	55.49	85 803	100.00	28 000	57.14	11 217	42.25	75 652	86.80	231 087	78.34
IMSS-*Oportunidades*	7 614	56.96	0	0	1 974	28.71	6 458	44.50	0	0	21 000	42.85	15 330	57.74	11 501	13.19	63 877	21.65

En el cuadro 3.3 se puede observar que, al igual que las mujeres, una parte importante de los hombres se encuentra en el rango de edad de 15 a 39 años (55.59%). En cuanto a la escolaridad de las parejas la proporción de hombres que no alcanzan estudios de nivel secundaria es de 72.49%, es decir, sólo 5% menos de lo que reportan las mujeres. De éstos, 13.73% no tiene instrucción, 33.69% cuenta con primaria incompleta y 25% con primaria terminada. Dentro de las regiones, en los Altos de Chiapas se reporta una mayor proporción de hombres sin instrucción (26.56%), mientras en la región del Istmo se reporta 43.40% de hombres con nivel de escolaridad igual o mayor a la secundaria. En la figura 3.4 se presenta la distribución de la escolaridad de mujeres y hombres.

En relación con la religión que profesan los hombres, 83% de los hombres son católicos. Las regiones Altos de Chiapas e Istmo son las que reportan una mayor proporción de hombres con otra religión (18.66 y 19.81%) o no pertenecen a ninguna (cuadro 3.3).

Respecto de la condición de habla de los hombres, 56.43% son bilingües, 38.51% sólo hablan español y una minoría son monolingües (figura 3.5). Aquí se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres, ya que son las segundas quienes tienden a hablar únicamente su lengua materna; es decir, las mujeres tienden a mantenerse monolingües en mayor porcentaje que sus parejas. Al interior de las regiones esta condición varía, por ejemplo, en la región Mazahua-otomí no se encontraron monolingües, y 71% de las parejas exclusivamente hablan español (cuadro 3.3). La situación es similar en las regiones Chinanteca, Huasteca y Zongolica, donde menos de 1% de las parejas masculinas son monolingües. Cuando se exploró cuáles son las lenguas indígenas habladas por los hombres monolingües y bilingües, la lengua maya (exclusiva de la región Maya) fue reportada por 23.54% de los hombres, seguida del náhuatl, con 16.71 por ciento.

Al explorar la actividad laboral en la mujer, se observó que 62% de ellas se dedicaban exclusivamente a las labores del hogar, 34.24% reportó que la semana previa al levantamiento de la información trabajó. Una menor proporción de mujeres reportaron no haber trabajado por otras razones (estar estudiando, jubiladas o incapacitadas). Al interior de las regiones se observa que en los Altos de Chiapas 46.26% de las mujeres trabajan fuera del hogar y una proporción casi igual se dedican a las labores del hogar. En las regiones Huasteca y Zongolica la proporción de mujeres que trabajan es menor a 30% (cuadro 3.4). De las mujeres que reportaron trabajar, aproximadamente 60% lo hace por su cuenta, 9.84% son trabajadoras domésticas, 9.26% son empleadas u obreras, 6.42% realizan trabajos no remunerados debido a que son negocios familiares, 4.26% son jornaleras y una minoría mencionó otro tipo de actividad (figura 3.6). En cada una de las regiones el comportamiento de la actividad laboral fue muy similar (cuadro 3.4).

En relación con el acceso a servicios de salud, 26.59% de las mujeres entrevistadas no cuenta con derechohabiencia en alguna institución. Esta situación es más notoria en las mujeres de la Costa y Sierra Sur e Istmo, regiones en las cuales 58 y 53%, respectivamente, no cuentan con algún tipo de derechohabiencia. De las mujeres que cuentan con algún servicio de salud (derechohabientes), las instituciones prestadoras en orden de importancia: Seguro Popular (Sistema de Protección Social en Salud), IMO, IMSS, otras instituciones

Cuadro 3.3 Características de las parejas de las mujeres por región indígena

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
Características	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Datos generales																		
Edad																		
15 a 19	405	3.58	120	1.17	56	0.93	62	0.54	690	0.89	500	1.16	329	1.44	1 912	2.36	4 074	1.55
20 a 29	3 024	26.79	1 968	19.33	602	10.02	2 536	22.16	14081	18.28	7 600	17.71	4331	19.02	20 404	25.22	54 546	20.78
30 a 39	3 564	31.57	3 408	33.49	2254	37.52	3 503	30.61	27630	35.88	13 100	30.53	7612	33.44	26 206	32.40	87 277	33.25
40 a 49	2 214	19.61	2 784	27.35	1750	29.13	2 697	23.57	19743	25.64	11 000	25.64	4848	21.30	18 801	23.24	63 837	24.32
50 a 59	999	8.85	1 296	12.73	896	14.91	1 822	15.92	10503	13.64	7 300	17.01	3197	14.04	9 534	11.78	35 547	13.54
60 y más	648	5.74	408	4.01	266	4.42	496	4.33	2795	3.63	2 000	4.66	1847	8.11	2 652	3.27	11 112	4.23
No sabe	243	2.15	0	0	14	0.23	239	2.08	513	0.66	200	0.46	0	0	164	0.20	1 373	0.52
No especificó	189	1.67	192	1.88	168	2.79	87	0.76	1 040	1.35	1 200	2.79	596	2.61	1 201	1.48	4 673	1.78
Escolaridad																		
Sin instrucción	2 997	26.55	816	8.01	406	6.76	1 745	15.25	10 886	14.13	4 500	10.48	3 563	15.65	11 100	13.72	36 013	13.72
Primaria incompleta	3 294	29.18	2 328	22.87	1 358	22.61	3 967	34.67	25 055	32.54	13 100	30.53	9 221	40.51	30 097	37.21	88 420	33.69
Primaria completa	3 321	29.42	2 280	22.40	2 170	36.13	3 851	33.65	22 937	29.79	10 400	24.24	4 250	18.67	16 592	20.51	65 801	25.07
Secundaria	810	7.17	2 760	27.12	1 470	24.47	1 377	12.03	13 808	17.93	10 300	24.01	3 395	14.91	13 746	16.99	47 666	18.16
Carrera técnica o comercio	108	0.95	192	1.88	42	0.69	29	0.25	513	0.66	100	0.23	215	0.94	1 423	1.75	2 622	0.99
Prepa o normal	405	3.58	1 056	10.37	280	4.66	178	1.55	1 553	2.01	2 600	6.06	1 086	4.77	4 038	4.99	11 196	4.26
Licenciatura o más	81	0.71	408	4.01	56	0.93	148	1.29	510	0.66	700	1.63	216	0.94	1 783	2.20	3 902	1.48
No sabe	81	0.71	144	1.41	56	0.93	60	0.52	693	0.90	0	0	218	0.95	873	1.07	2 125	0.80
No especificó	189	1.67	192	1.88	168	2.79	87	0.76	1 040	1.35	1 200	2.79	596	2.61	1 222	1.51	4 694	1.78
Religión																		
Católica	7 641	67.70	6 768	66.50	5 012	83.44	10 448	91.31	70 488	91.54	35 800	83.44	19 698	86.54	62 481	77.25	218 366	83.19
Otra	2 106	18.66	2 016	19.81	574	9.55	729	6.37	3 230	4.19	4 900	11.42	2 084	9.15	12 672	15.66	28 311	10.78
Ninguna	1 350	11.96	1 200	11.79	252	4.19	178	1.55	2 237	2.90	1 000	2.33	382	1.67	4 684	5.79	11 283	4.29
No especificó	189	1.67	192	1.88	168	2.79	87	0.76	1 040	1.35	1 200	2.79	596	2.61	1 037	1.28	4 509	1.71

Continúa.../

/... continuación

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
Características	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Habla																		
Monolingüe (sólo lengua indígena)	2 943	26.07	120	1.17	42	0.69	1 021	8.92	0	0	200	0.46	212	0.93	4 028	4.98	8 566	3.26
Bilingüe	6 183	54.78	6 600	64.85	2. 856	47.55	6 774	59.20	21 176	27.50	27 400	63.86	19 024	83.58	58 096	71.83	148 109	56.43
Sólo español	1 971	17.46	3 264	32.07	2 940	48.95	3 560	31.11	54 779	71.14	14 100	32.86	2 928	12.86	17 528	21.67	101 070	38.51
No especificó	189	1.67	192	1.88	168	2.79	87	0.76	1 040	1.35	1 200	2.79	596	2.61	1 222	1.51	4 694	1.78
Lenguas indígenas																		
Náhuatl	0	0	24	0.23	0	0	0	0	343	0.44	23 900	55.71	19 236	84.51	349	0.43	43 852	16.70
Otomí	0	0	0	0	0	0	0	0	20 663	26.83	0	0	0	0	0	0	20 663	7.87
Zapoteco	0	0	6 144	60.37	42	0.69	5 935	51.87	170	0.22	0	0	0	0	0	0	12 291	4.68
Huasteco	0	0	0	0	14	0.23	0	0	0	0	3 700	8.62	0	0	0	0	3 714	1.41
Chatino	0	0	0	0	0	0	1 800	15.73	0	0	0	0	0	0	0	0	1 800	0.68
Maya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61 775	76.38	61 775	23.53
Tzotzil	8 748	77.51	0	0	0	0	30	0.26	0	0	0	0	0	0	0	0	8 778	3.34
Tzeltal	351	3.11	0	0	14	0.23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	365	0.13
Otros	27	0.23	552	5.42	2 828	47.08	30	0.26	0	0	0	0	0	0	0	0	3 437	1.30
No especificó	2 160	19.13	3 456	33.96	3 108	51.74	3 647	31.87	55 819	72.49	15 300	35.66	3 524	15.48	18 750	23.18	105 764	40.30

Figura 3.4 Distribución porcentual según escolaridad de las mujeres y sus parejas

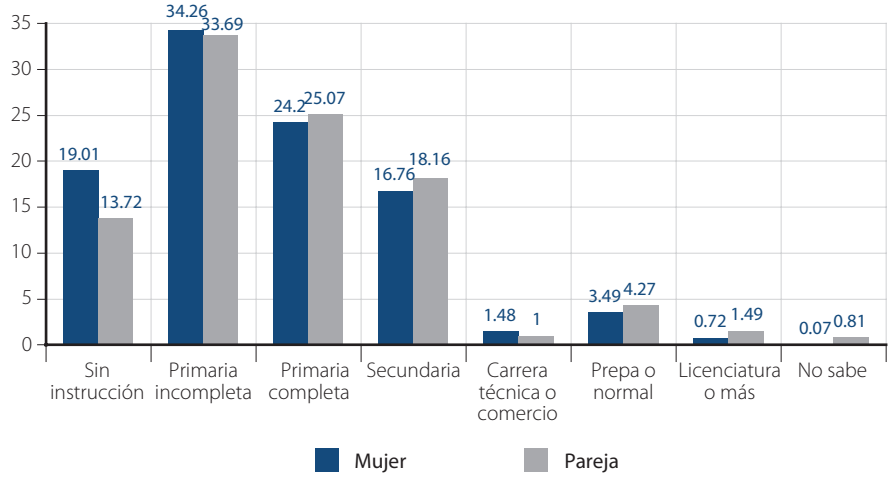
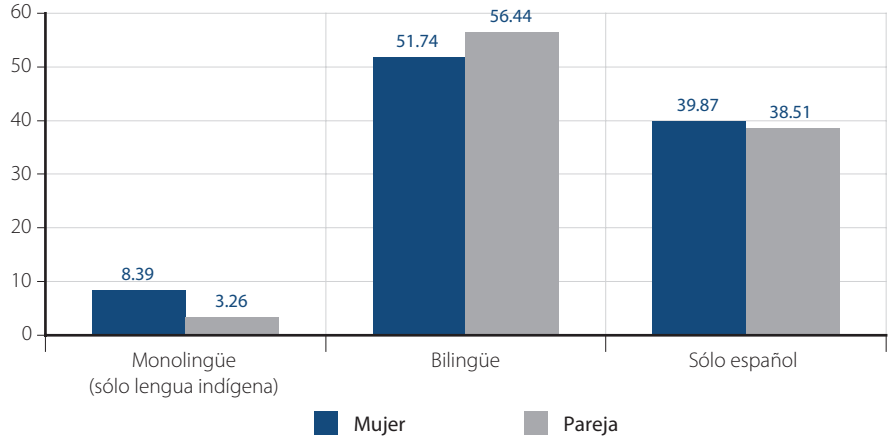


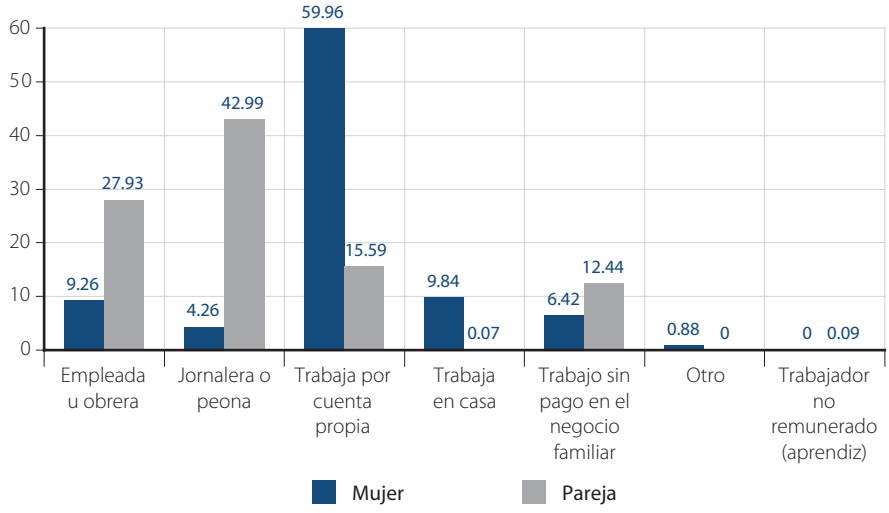
Figura 3.5 Distribución porcentual según habla de las mujeres y sus parejas



(SEDENA o Secretaría de Marina) e ISSSTE. Las regiones Mazahua-otomí y Huasteca son las que reportan una mayor proporción de mujeres adscritas al Seguro Popular con 43.35 y 43.67%, respectivamente (cuadro 3.4).

Cuando se exploró la actividad laboral de la pareja, se observó que a diferencia de las mujeres casi 81% de los hombres cuentan con trabajo remunerado, 11.43% tenía trabajo pero por alguna razón no trabajó la semana anterior al levantamiento de la encuesta, 2.19% se encontraba buscando trabajo, 1.13% está incapacitado, 3.30% no tiene trabajo y una minoría se encontraba estudiando o se dedica a quehaceres del hogar. De los hombres que se dedican al hogar todos pertenecen a la región Mazahua-otomí (cuadro 3.3). Las principales actividades de los hombres que trabajan son jornaleros o peones (42.99%), empleados u obreros (27.93%), trabaja por cuenta propia (15.59%), trabaja sin pago

Figura 3.6 Distribución porcentual según actividad laboral de las mujeres y sus parejas



(12.44%); una minoría reportó ser aprendiz o trabajar en casa. Es importante señalar que la principal actividad laboral de las mujeres es trabajar por su cuenta, actividad que en las parejas se presenta en tercer orden (figura 3.6).

Con respecto al acceso a servicios de salud en las parejas, 35% no tiene derechohabiencia. De quienes reportaron que sus parejas son derechohabientes en alguna institución, aproximadamente la mitad tiene Seguro Popular, seguido de IMO, IMSS, otra institución (SEDENA, PEMEX, etc.) e ISSSTE. Dos terceras partes de las parejas en la región Costa y Sierra Sur no cuentan con derechohabiencia. En la región Chinanteca y Maya reportan una mayor proporción de derechohabientes al IMSS o ISSSTE. El Seguro Popular se reporta en una mayor proporción en las regiones Huasteca y Mazahua-otomí (cuadro 3.4).

Es importante hacer notar que entre las mujeres estudiadas se encontró una proporción que no se consideraba o asumía como trabajadora. Lo anterior, debido probablemente al hecho de que son trabajadoras por cuenta propia (figura 3.7).

De las 102 861 mujeres representadas que declararon ser trabajadoras, 59% se reconocía únicamente como ama de casa. Tres de cada cuatro mujeres trabajan por cuenta propia, esto tal vez explique parcialmente el motivo por el cual no se consideran trabajadoras. Posiblemente entiendan la actividad laboral como aquella que es pagada o remunerada por otros y/o que genera otro tipo de beneficios como seguridad social. Puede tratarse de una percepción de lo que ellas y su grupo social consideren como trabajo.

Se construyó un índice socioeconómico que ubica a 73% de las mujeres en un nivel bajo o muy bajo (22.73 y 50.18%, respectivamente). En las regiones indígenas la prevalencia varía, por ejemplo, los Altos de Chiapas reporta el porcentaje más alto de mujeres que pertenecen a hogares con un índice socioeconómico bajo a muy bajo (86.26%), mientras que en la región Istmo se reporta 62.70 por ciento. Cabe destacar que estas variaciones

Cuadro 3.4 Características de la actividad laboral de las mujeres y su pareja por región indígena

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
Características	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Actividad laboral de la mujer																		
Actividad laboral de la mujer (semana previa al levantamiento)																		
Se dedica a quehaceres del hogar	6 615	49.49	6 288	53.68	4 088	59.47	8 192	56.45	54 627	63.66	35 200	71.83	18 745	70.61	49 570	56.87	183 325	62,15
Trabajó	6 183	46.26	4 536	38.72	2 072	30.14	5 125	35.32	29 783	34.71	13 000	26.53	7 640	28.77	32 657	37.47	100 996	34,24
No trabajó por otras razones	378	2.82	600	5.12	588	8.55	870	5.99	0	0	300	0.61	0	0	3 891	4.46	6 627	2,24
Tenía trabajo pero no trabajó	135	1.01	240	2.04	126	1.83	323	2.22	513	0.59	200	0.40	0	0	328	0.37	1 865	0,63
Estudiante	27	0.20	24	0.20	0	0	0	0	355	0.41	0	0.00	0	0	358	0.41	764	0,25
Jubilada o pensionada	27	0.20	0	0	0	0	0	0	170	0.19	100	0.20	0	0	183	0.21	480	0,16
Está incapacitada	0	0	24	0.20	0	0	0	0	175	0.20	100	0.20	107	0.40	166	0.19	572	0,19
Buscó trabajo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0.20	55	0.20	0	0	155	0,05
No especificó	0	0	0	0	0	0	0	0	180	0.20	0	0	0	0	0	0	180	0,06
Posición en la actividad o trabajo que desempeñó																		
Empleada u obrera	513	8.11	576	12.06	182	8.28	323	5.92	2 414	7.96	1 800	13.63	981	12.84	2 732	8.28	9 521	9,25
Jornalera o peona	540	8.54	0	0.00	420	19.10	673	12.35	1 385	4.57	400	3.03	963	12.60	0	0.00	4 381	4,25
Trabajó por cuenta propia	3 510	55.55	3 480	72.86	1 106	50.31	3 657	67.12	16 818	55.51	7 500	56.81	3 525	46.13	22 076	66.92	61 672	59,95
Trabaja en casa	918	14.53	432	9.04	112	5.09	88	1.61	1 883	6.21	1 500	11.36	701	9.17	4 485	13.59	10 119	9,83
Trabajo sin pago en el negocio familiar	648	10.25	24	0.50	294	13.37	558	10.24	1 758	5.80	800	6.06	927	12.13	1 599	4.84	6 608	6,42
Otro	54	0.85	24	0.50	14	0.63	32	0.58	0	0	100	0.75	161	2.10	522	1.58	907	0,88
No sabe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	109	1.42	0	0	109	0,10
No especificó	135	2.13	240	5.02	70	3.18	117	2.14	6 038	19.93	1 100	8.33	273	3.57	1 571	4.76	9 544	9,27

Continúa.../

/... continuación

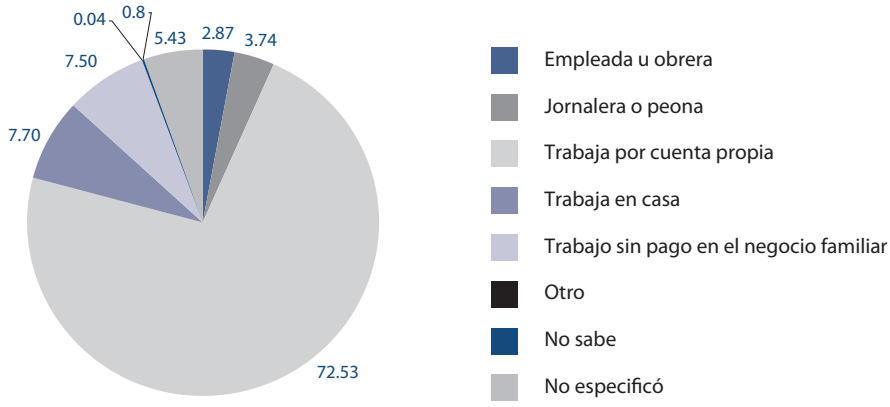
	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
Características	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Institución dederechoha-biencia de la mujer																		
IMSS	135	1.01	576	4.91	462	6.72	89	0.61	1 025	1.18	800	1.63	595	2.24	6 172	6.88	9 854	3.28
IMSS-*Oportunidades*	6 939	51.91	264	2.25	1 806	26.27	3 694	25.45	14 655	17.01	17 600	35.91	10 404	39.19	14 976	17.18	70 368	23.84
ISSSTE	54	0.40	432	3.68	112	1.62	205	1.41	523	0.60	400	0.81	0	0.00	543	0.62	2 269	0.76
Seguro Popular	1 107	8.28	3 960	33.81	2 548	37.06	2 075	14.30	37 345	43.35	21 400	43.67	9 890	37.25	36 612	42.01	114 937	38.96
Sin derechohabiencia	4 644	34.74	6 216	53.07	1 932	28.10	8 415	57.99	27 425	31.83	7 000	14.28	5 499	20.71	17 301	19.85	7 8459	26.59
Otro tipo de institución	486	3.63	264	2.25	14	0.20	32	0.22	4 820	5.59	1 800	3.67	159	0.59	10 380	11.91	17 955	6.08
No especificó	0	0	0	0	0	0	0	0	350	0.40	0	0	0	0	2 025	2.32	2 375	0.80
Actividad laboral de la pareja																		
Actividad de la semana pasada de la pareja																		
Trabajó	7 749	68.66	8 832	86.79	4 536	75.52	7 854	68.64	60 857	79.04	35 500	82.75	18 798	82.59	68 190	84.31	212 316	80.90
Tenía trabajo, pero no trabajó	1 755	15.55	792	7.78	1 092	18,18	3 300	28.84	8 363	10.86	4 000	9.32	1 668	7.32	9 024	11.15	29 994	11.42
Buscó trabajo	162	1.43	216	2.12	112	1.86	83	0.72	2 095	2.72	1 700	3.96	551	2.42	837	1.03	5 756	2.19
Es estudiante	0	0	24	0.23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0.01
Se dedica a quehaceres del hogar	0	0	0	0	28	0.46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	0.01
Está incapacitado perma-nentemente para trabajar	135	1.19	0	0.00	140	2.33	29	0.25	858	1.11	500	1.16	604	2.65	700	0.86	2 966	1.13
No trabaja	1 215	10.76	288	2.83	84	1.39	147	1.28	3 781	4.91	1 000	2.33	919	4.03	1 221	1.50	8 655	3.29
No sabe	270	2.39	24	0.23	14	0.23	29	0.25	691	0.89	100	0.23	220	0.96	183	0.22	1 531	0.58
No especificó	0	0	0	0	0	0	0	0	350	0.45	100	0.23	0	0	719	0.88	1 169	0.44

Continúa.../

/... continuación

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
Características	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Posición en la actividad o trabajo que desempeñó la pareja																		
Empleada u obrera	2 160	22.72	4 152	43.14	1 162	20.64	1 341	12.02	20 637	29.81	10 500	26.58	3 409	16.65	24 312	31.48	67 673	27.92
Jornalera o peona	3 618	38.06	3 624	37.65	3 010	53.48	4 873	43.68	29 881	43.16	19 200	48.60	12 768	62.38	27 187	35.21	104 161	42.98
Trabaja por cuenta propia	1 620	17.04	1 224	12.71	406	7.21	1 196	10.72	9 481	13.69	6 100	15.44	1 904	9.30	15 838	20.51	37 769	15.58
Trabaja sin pago	1 998	21.02	480	4.98	966	17.16	3 568	31.98	8 183	11.82	3 600	9.11	2 164	10.57	9 177	11.88	30 136	12.43
Trabajador no remunerado (aprendiz)	0	0	0	0	14	0.24	29	0.26	0	0	0	0	0	0	166	0.21	209	0.08
Se dedica a quehaceres del hogar	0	0	0	0	0	0	0	0	170	0.24	0	0	0	0	0	0	170	0.07
No sabe	108	1.13	48	0.49	28	0.49	147	1.31	698	1.01	0	0	168	0.82	183	0.23	1 380	0.56
No responde	0	0	0	0	14	0.24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0.32
No especificó	0	0	96	0.99	28	0.49	0	0	170	0.24	100	0.25	53	0.25	351	0.45	798	0.01
Institución de derechohabiencia de la pareja																		
IMSS	216	1.91	768	7.54	658	10.95	62	0.54	1 035	1.34	1 200	2.79	595	2.61	8 655	10.70	13 189	5.02
IMSS-*Oportunidades*	4 023	35.64	192	1.88	1 288	21.44	1 996	17.44	9 665	12.55	12 500	29.13	7 812	34.32	9 148	11.31	46 624	17.76
ISSSTE	54	0.47	384	3.77	98	1.63	145	1.26	350	0.45	500	1.16	108	0.47	714	0.88	2 353	0.89
Seguro Popular	837	7.41	2 520	24.76	1 540	25.64	1 351	11.80	28 382	36.86	16 000	37.29	7 418	32.59	27 777	34.34	85 825	32.70
Sin derechohabiencia	5 292	46.89	5 856	57.54	2 352	39.16	7 778	67.97	32 908	42.74	10 800	25.17	6 238	27.40	20 280	25.07	91 504	34.86
Otro tipo de institución	810	7.17	288	2.83	28	0.46	0	0	3 945	5.12	1 400	3.26	478	2.10	12 210	15.09	19 159	7.30
No especificó	54	0.47	168	1.65	42	0.69	110	0.96	710	0.92	500	1.16	111	0.48	2. 090	2.58	3 785	1.44
Índice socioeconómico																		
Muy bajo	9 666	72.32	4 440	37.90	2 394	34.82	9 657	66.55	43 094	50.22	17 700	36.12	15 059	56.72	45 997	52.77	148 007	50.17
Bajo	1 863	13.93	2 904	24.79	2 086	30.34	2 741	18.89	19 067	22.22	16 600	33.87	6 014	22.65	15 784	18.11	67 059	22.73
Medio	918	6.86	2 .760	23.56	1 484	21.58	1 338	9.22	15 723	18.32	9 300	18.97	3 582	13.49	14 214	16.30	49 319	16.72
Alto	891	6.66	1 440	12.29	840	12.22	680	4.68	6 871	8.01	4 800	9.79	1 462	5.50	8 913	10.22	25 897	8.77
No especificó	27	0.20	168	1.43	70	1.01	94	0.64	1 048	1.22	600	1.22	430	1.61	2 245	2.57	4 682	1.58

Figura 3.7 Distribución porcentual de mujeres que no se asumen como trabajadoras según tipo de actividad laboral



son las más evidentes, no obstante, más de la mitad de las mujeres estudiadas se encuentra en hogares dentro de esta categoría (cuadro 3.4). Cuando se exploró el índice socioeconómico de las mujeres por municipios (cuadro 3.5), se observó que en aquellos de alto y muy alto nivel de marginación se concentra la mayor proporción de mujeres con nivel socioeconómico bajo y muy bajo.

Reflexiones finales

Como se ha podido observar a lo largo del capítulo, las características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas y sus parejas, expresan diferencias entre las regiones, aunque al mismo tiempo, la generalidad sea de pobreza y rezago social. Asimismo, las diferencias se pueden encontrar entre las mujeres y sus parejas, lo que da lugar a desigualdades. Por ejemplo, el uso del español para la población indígena representa una herramienta de comunicación que le facilita el acceso a diversas instituciones. Hablar dicho idioma depende de la necesidad de su uso, mismo que se encuentra diferenciado –como se ha mencionado– entre hombres y mujeres, siendo las últimas las que mayores rezagos presentan en el uso del español; en el año 2000, 6 de cada 10 monolingües eran mujeres.[2] Y aunque la condición de monolingüismo varía entre los municipios dependiendo de su categoría como municipio indígena, con presencia o con población indígena dispersa del grado de marginación y del grupo etnolingüístico que se trate, las niñas a diferencia de los niños mantienen con mayor frecuencia la condición de monolingüismo debido a sus ámbitos domésticos y locales.[1] Lo anterior tiene que ver con los niveles de educación, que se encuentran en estrecha relación con niveles de vida óptimos y saludables. Saber leer y escribir constituye una herramienta base de la interacción entre individuo y sociedad,

Cuadro 3.5
Índice socioeconómico de las mujeres estudiadas por municipio

Municipios	Muy bajo		Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Amealco	43 094	50.85	19 067	22.50	15 723	18.55	6 871	8.11
Aquismon	3 900	55.71	1 700	24.29	1 100	15.71	300	4.29
Chamula	6 318	82.69	810	10.60	189	2.47	324	4.24
Chemax	8 798	76.81	1 826	15.94	664	5.80	166	1.45
Ixtepec	624	37.68	360	21.74	552	33.33	120	7.25
Juchitán	2 688	41.03	1 704	26.01	1 392	21.25	768	11.72
Matlapa	2 000	28.57	2 200	31.43	1 100	15.71	1 700	24.29
Mérida	6 617	25.45	4 171	16.04	8 037	30.92	7 172	27.59
Oxkutzalo	8 235	60.81	2 013	14.86	2 379	17.57	915	6.76
San Agustin Loxicha	2 872	72.71	713	18.05	282	7.14	83	2.10
San Blas Atempa	792	47.14	456	27.14	240	14.29	192	11.43
San Cristóbal de las Casas	756	38.89	270	13.89	432	22.22	486	25.00
San José Chitepec	294	30.43	434	44.93	154	15.94	84	8.70
San Juan Bautista Tuxtepec	1 162	29.96	910	23.47	1 064	27.44	742	19.13
San Lorenzo Texmeluc	1 711	84.29	261	12.86	58	2.86	0	0
San Lucas Ojitlan	588	60.00	350	35.71	42	4.29	0	0
Santa Catarina	3 798	59.29	1 390	21.70	824	12.86	394	6.15
San Vicente	1 276	62.86	377	18.57	174	8.57	203	10.00
Tamazunchale	11 800	34.30	12 700	36.92	7 100	20.64	2 800	8.14
Unión Hidalgo	336	20.29	384	23.19	576	34.78	360	21.74
Valladolid	22 347	65.89	7 774	22.92	3 134	9.24	660	1.95
Valle Nacional	350	35.71	392	40.00	224	22.86	14	1.43
Venustiano Carranza	999	53.62	513	27.54	270	14.49	81	4.35
Zinacantan	1 593	84.29	270	14.29	27	1.43	0	0
Zongolica	15 059	57.66	6 014	23.03	3 582	13.72	1 462	5.60
Totales	148 007	50.99	67 059	23.10	49 319	16.99	25 897	8.92

de la cual carece en este caso una gran proporción de la población estudiada. A través de los conocimientos adquiridos, se amplían las capacidades individuales y, por tanto, la incorporación al entorno social, económico y cultural de cada persona se da con mejores posibilidades.[3]

El sistema de educación indígena presenta severas deficiencias en la calidad de los servicios. Las dificultades más evidentes tienen que ver, entre otras causas, con la escasez de maestros bilingües, el aislamiento y la marginación de las comunidades donde habitan.

Los efectos de estas dificultades se traducen en bajos niveles de eficiencia terminal y resultados claramente inferiores en relación con los indicadores nacionales.[4] Cabe agregar que en muchas regiones interviene además una discriminación basada en género, esto es, la preferencia de que estudien los hombres y no las mujeres. Diversos estudios enfatizan que la inequidad en materia de educación contribuye a favorecer la transmisión intergeneracional de la pobreza y la marginación, dado el papel que desempeña la madre en la educación, la asistencia a la escuela y el aprovechamiento escolar, así como la salud y bienestar de los hijos(as).[5] La menor escolaridad representa en mayor medida a las mujeres monolingües.

Las diferencias entre las mujeres y sus parejas también se expresan en su situación laboral. Encontramos que el aporte de las mujeres a la producción se traslapa con el cuidado y alimentación de los hijos, parejas, padres y/o hermanos, con las tareas domésticas y/o comunitarias. Consideramos que este traslape puede generar un subregistro del trabajo femenino y de la valoración de la contribución económica femenina. Lo cierto es que prevalece una severa desigualdad entre la población indígena y la no indígena que se replica entre hombres y mujeres. Lo anterior se debe tomar en cuenta si pensamos que "la desigualdad en el ingreso origina inequidad en el acceso a servicios educativos y de salud, así como a oportunidades laborales, creando un ciclo de desigualdad".[6]

Referencias

1. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Cédulas de Información Básica de los Pueblos Indígenas de México 2005. Vol I. Disco compacto. México, Unidad de Planeación y Consulta, Dirección de Información e Indicadores, 2006.
2. Instituto Nacional de las Mujeres. Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud. México: INMUJERES, 2006.
3. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002. México, CDI. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/ (consultado 12 febrero 2008).
4. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. México: Presidencia de la República, 2007. Disponible en: http://pnd.presidencia.gob.mx/ (consultado 13 febrero 2008).
5. Consejo Nacional de Población. Situación actual de la mujer en México. Diagnóstico sociodemográfico. México: CONAPO, 2000. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx (consultada 13 febrero 2008).
6. Secretaría de Desarrollo Social. Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012. México: SEDESOL, 2007. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx (consultado 5 febrero 2008).

Capítulo 4

Salud y derechos reproductivos de las mujeres entrevistadas

Mariana Mojarro-Íñiguez
Soledad González-Montes
Rosario Valdez-Santiago

La salud reproductiva como área de investigación e intervención se desarrolló en México desde principios de la década de 1990, integrando los campos de la planificación familiar y la salud materno-infantil. La IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, convocada por la Organización de las Naciones Unidas, y llevada a cabo en El Cairo en 1994, dio un gran impulso a la nueva manera de abordar estas dos dimensiones de la salud y las vinculó con un conjunto de derechos, en particular a vivir la vida reproductiva libre de coerción y violencia.[1] A partir de este enfoque, la salud reproductiva es concebida como un elemento indispensable del bienestar y la calidad de vida de mujeres y hombres, así como una condición imprescindible para el desarrollo de su potencial humano.[2]

Con respecto a la situación de la salud reproductiva de la población indígena de México, es muy escasa la información estadística disponible, a pesar de que en las conferencias internacionales de las últimas dos décadas se ha puesto énfasis en la importancia de conocer las necesidades y demandas de las comunidades indígenas, a fin de satisfacerlas e ir cerrando las brechas de inequidad que las separan del resto de la población.[3] Por lo pronto, los pocos estudios existentes han documentado que las tasas de mortalidad materna e infantil duplican el promedio nacional, lo que alerta sobre la necesidad de mejorar los servicios de atención prenatal y del parto.[4-8] Asimismo, han señalado que la población indígena en condiciones de marginación extrema tiene un menor acceso a los servicios de salud (entre ellos los de planificación familiar), y que los servicios disponibles suelen tener deficiencias de recursos.

Con el fin de contribuir a un mejor conocimiento acerca de la situación de la salud y los derechos reproductivos de esta población, la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI) incluyó una sección que permite caracterizarla de manera general. Esta sección está conformada por preguntas que abarcan: edad a la primera unión; edad al primer embarazo; resultado del embarazo; tipo de atención del último parto; tipo de control prenatal en el embarazo actual; utilización de métodos anticonceptivos; proporción de mujeres con oclusión tubaria bilateral (OTB); participación de la entrevistada en la toma de decisiones respecto del uso de métodos anticonceptivos y la realización de la OTB. El cuadro 4.1 presenta la información derivada de esta sección.

Cuadro 4.1

Algunos indicadores de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, por región indígena

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atención a la que acudió la informante																		
Consulta prenatal	216	1.61	120	1.02	168	2.44	59	0.40	2 232	2.60	1 400	2.85	542	2.04	5 081	5.83	9 818	3.32
Planificación familiar	162	1.21	48	0.40	0	0	30	0.20	695	0.81	400	0.81	0	0	2 471	2.83	3 806	1.29
Consulta general	2 349	17.57	4 248	36.27	1 582	23.01	1 946	13.41	34 138	39.78	19 900	40.61	5 664	21.33	38 384	44.04	108 211	36.68
Otro	10 611	79.39	7 248	61.88	5 124	74.54	12 443	85.75	48 568	56.60	27 200	55.51	20 233	76.21	40 866	46.89	172 293	58.41
No especificó	27	0.20	48	0.40	0	0	32	0.22	170	0.19	100	0.20	108	0.40	351	0.40	836	0.28
Edad al primer matrimonio																		
9 a 19 años	11 070	82.82	7 320	62.50	4 634	67.41	10 602	73.52	51 854	60.91	37 .300	76.27	20 210	76.28	58 354	67.08	201 401	68.51
20 a 25 años	1 728	12.92	3 576	30.53	1 820	26.47	3 144	21.80	26 842	31.53	10 600	21.67	4 884	18.43	22 176	25.49	74 943	25.44
26 a 30 años	324	2.42	696	5.94	322	4.68	440	3.05	4 184	4.91	800	1.63	1 185	4.47	4 570	5.25	12 521	4.26
Más de 30 años	81	0.60	120	1.02	98	1.42	176	1.22	1 720	2.02	200	0.40	215	0.81	1 172	1.34	3 782	1.28
No especificó	162	1.21	0	0	0	0	58	0.40	520	0.61	0	0	0	0	715	0.82	1 455	0.49
Ha estado embarazada																		
Sí	12 960	96.96	11 448	97.74	6 804	98.98	14 126	97.35	84 603	98.60	48 500	98.97	26 120	98.39	85 418	98.01	289 979	98.31
No	405	3.03	264	2.25	70	1.01	384	2.64	1 200	1.39	500	1.02	427	1.60	1 735	1.99	4 985	1.69

Continúa.../

/... continuación

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Edad del primer embarazo																		
11 a 19 años	950 400	73.33	6 360	55.55	4 074	59.87	9 453	66.91	48 593	57.43	34 000	70.10	19 353	74.09	50 603	59.24	181 940	62.74
20 a 25 años	2 592	20.00	3 960	34.59	2 184	32.09	3 988	28.23	29 220	34.53	13 100	27.01	5307	20.31	26 092	30.54	86 443	29.81
26 a 30 años	378	2.91	840	7.33	462	6.79	478	3.38	5 392	6.37	1 000	2.06	1 081	4.13	5 212	6.10	14 843	5.11
Más de 30 años	108	0.83	192	1.67	84	1.23	146	1.03	878	1.03	300	0.61	379	1.45	1 872	2.19	3 959	1.36
No especificó	378	2.91	96	0.83	0	0	61	0.43	520	0.61	100	0.20	0	0	1 639	1.91	2 794	0.96
Término del embarazo																		
Nacidos vivos	12 636	99.78	11 184	99.36	6 706	99.58	13 919	98.93	83 223	99.58	46 800	99.57	25 740	100.00	82 249	99.37	282 457	99.52
Nacido vivos fallecidos <5 años	3 024	23.88	1 176	10.44	784	11.64	2 624	18.65	10 749	12.86	7 100	15.10	3 357	13.04	10 380	12.54	39 194	13.81
Nacidos muertos	756	5.97	288	2.55	238	3.53	793	5.63	3 623	4.33	2 500	5.31	1 049	4.07	5 666	6.84	14 913	5.25
Aborto	1 404	11.08	2 688	23.88	1 358	20.16	1 309	9.30	18 172	21.74	8 300	17.65	3 685	14.31	23 315	28.17	60 231	21.22
Atención del parto de su último hijo																		
Médico	2 943	23.24	7 944	70.72	4 998	74.37	6 173	43.97	65 471	78.50	32 000	68.37	15 354	59.65	63 543	76.94	198 426	70.07
Partera	9 207	72.70	2 808	25.00	1 400	20.83	5 146	36.66	6 414	7.69	13 100	27.99	8 925	34.67	17 990	21.78	64 990	22.95
Nadie	81	0.63	24	0.21	28	0.41	0	0	1 218	1.46	300	0.64	166	0.64	0	0	1 817	0.64
Otro	432	3.41	408	3.63	266	3.95	2 656	18.92	10 290	12.33	1 200	2.56	1 240	4.81	700	0.84	17 192	6.07
No especificó	0	0	48	0.42	28	0.41	62	0.44	0	0.00	200	0.42	55	0.21	346	0.41	739	0.26
Lugar donde nació su último hijo																		
Centro de Salud	216	1.70	1 968	17.52	518	7.70	1 899	13.52	7 930	9.50	4 800	10.25	1 752	6.80	5 037	6.09	24 120	8.51
Hospital	2 673	21.10	5 472	48.71	3 570	53.12	3 523	25.09	50 995	61.15	26 000	55.55	13 611	52.87	56 074	67.90	161 918	57.18
En su casa	9 423	74.41	3 000	26.70	1 582	23.54	7 596	54.11	17 232	20.66	14 400	30.76	9 953	38.66	17 848	21.61	81 034	28.61
Otro	351	2.77	744	6.62	1 022	15.20	928	6.61	7 236	8.67	1 400	2.99	265	1.02	3 274	3.96	15 220	5.37
No especificó	0	0	48	0.42	28	0.41	91	0.64	0	0	200	0.42	159	0.61	346	0.41	872	0.30
¿Embarazada actualmente?																		
Sí	1 242	9.58	672	5.87	322	4.73	789	5.58	7 226	8.54	3 100	6.39	1 246	4.77	11 156	13.06	25 753	8.88
No	11 718	90.41	10 776	94.13	6 482	95.26	13 337	94.41	77 377	91.45	45 400	93.60	24 874	95.22	74 262	86.93	264 226	91. 11

Continúa.../

/... continuación

Características	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Durante el embarazo la han revisado?																		
Sí	999	80.43	600	89.28	308	95.65	701	88.84	6 881	95.22	3 000	96.77	1 192	95.66	10 330	92.59	24 011	93.23
No	243	19.56	72	10.71	14	4.34	88	11.15	345	4.77	100	3.22	54	4.33	826	7.40	1 742	6.76
¿Quién la revisó?																		
Médico	891	89.18	576	96.00	308	100.00	671	95.72	6 708	97.48	3 000	100.00	1 192	100.00	9 428	91.26	22 774	94.84
Enfermera	27	2.70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	366	3.54	393	1.63
Partera	81	8.10	0	0	0	0	0	0	173	2.51	0	0	0	0	351	3.39	605	2.51
Otro	0	0	0	0	0	0	30	4.27	0	0	0	0	0	0	185	1.79	215	0.89
No especificó	0	0	24	4.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0.10
Utilización de método de planificación familiar (M PF)																		
Sí	5 211	51.74	5 424	56.78	4 214	73.95	4 065	38.15	40 885	58.31	31 000	77.30	14 532	67.37	45 462	65.04	150 793	63.45
No	4 806	47.72	4 032	42.21	1 484	26.04	6 588	61.84	28 874	41.18	9 000	22.44	6 982	32.37	23 912	34.21	85 708	36.05
No especificó	54	0.53	96	1.01	0	0.00	0	0.00	350	0.49	100	0.24	54	0.25	517	0.73	1 171	0.49
¿Tiene que pedirle permiso a su pareja para utilizar algún MPF?																		
Sí	4 752	47.18	4 224	44.22	2 870	50.36	5 463	51.28	30 277	43.18	17 900	44.63	9 648	44.73	26 680	38.17	101 814	42.84
No	5 184	51.47	5 232	54.77	2 814	49.38	5 190	48.71	39 482	56.31	22 100	55.11	11 809	54.75	42 364	60.61	134 175	56.46
No responde	54	0.80	0	1.01	14	0.00	0	0.00	0	0.49	0	0.24	0	0.51	330	0.73	398	0.16
No especificó	81	0.53	96	0.00	0	0.24	0	0.00	350	0.00	100	0.00	111	0.00	517	0.47	1 255	0.52
Mujer indígena con oclusión tubaria bilateral (OTB)																		
Sí	2 646	26.27	3 432	35.92	2 786	48.89	1 656	15.54	16 029	22.86	14 300	35.66	7 816	36.23	20 863	29.85	69 528	29.25
No	7 371	73.19	6 024	63.06	2 912	51.10	8 968	84.18	53 730	76.63	25 700	64.08	13 587	62.99	48 511	69.40	166 803	70.19
No responde	0	0	0	0	0	0	29	0.27	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0.01
No especificó	54	0.53	96	1.01	0	0	0	0	350	0.49	100	0.24	165	0.76	517	0.73	1 282	0.53
¿Quién decidió la OTB?																		
Ella decidió	216	8.16	672	19.58	364	13.06	59	3.56	2 929	18.27	2 000	13.98	1 840	23.54	2 994	14.35	11 074	15.92
Su marido	486	18.36	816	23.77	280	10.05	437	26.38	3 279	20.45	3 100	21.67	1 190	15.22	4 008	19.21	13 596	19.55
Su marido y ella	1 836	69.38	1 752	51.04	2 002	71.85	1 160	70.04	8 441	52.66	8 000	55.94	4 029	51.54	12 322	59.06	39 542	56.87
El doctor	54	2.04	96	2.79	56	2.01	0	0	1 210	7.54	800	5.59	379	4.84	1 539	7.37	4 134	5.94
Otro	54	2.04	0	0	28	1.01	0	0	170	1.06	100	0.69	0	0	0	0	352	0.50
No especificó	0	0	96	2.79	56	2.01	0	0	0	0	300	2.09	378	4.83	0	0	830	1.19

Situación de la salud y los derechos reproductivos en las ocho regiones cubiertas por la ENSADEMI

La mayor parte de las mujeres entrevistadas (58.41%) acudió al centro de salud donde fue encuestada a escuchar una plática o a realizar alguna actividad del Programa Oportunidades, 36.69% acudió a consulta general, 3.33% a consulta prenatal y 1.29% a planificación familiar.

Al igual que sucede en gran parte de la población nacional, el inicio de la vida reproductiva de las mujeres indígenas está estrechamente asociado con el inicio de la vida conyugal. La mayoría de las mujeres entrevistadas (68.51%) tuvo su primera unión a edades muy tempranas (9-19 años), otra parte (29.70%) se casó entre 20 y 30 años, y sólo una proporción muy pequeña casó después de los 30 años. De las mujeres que tuvieron su primera unión a edades tempranas, 26% casó a los 15 años de edad o menos (figura 4.1). Este fenómeno es común a todas las regiones estudiadas, pero con variaciones: la región Mazahua-otomí tiene el porcentaje más bajo de mujeres que se casan antes de cumplir 20 años (61%) y los Altos de Chiapas el más alto (83%).

Alrededor de tres quintas partes de las mujeres (excluyendo a las primigestas con embarazo actual) tuvo su primer embarazo entre los 11 y los 19 años, porcentaje que disminuye conforme aumenta la edad. De las mujeres que reportan su primer embarazo a edades tempranas, 19% tuvo su primer embarazo entre los 11 y los 15 años de edad (figura 4.2). Los Altos de Chiapas y la Zongolica son las regiones donde se registró el mayor número de mujeres que se embarazaron a edades tempranas (73 y 74%, respectivamente), mientras que la región Maya es donde se presenta la mayor proporción de embarazos a edades más avanzadas (2% tuvieron embarazos a los 30 años o más).

Del conjunto de entrevistadas que alguna vez estuvo embarazada (excluyendo a primigestas con embarazo actual), un alto porcentaje dio a luz una criatura que nació

Figura 4.1 Distribución porcentual de las mujeres que se casaron a edades tempranas

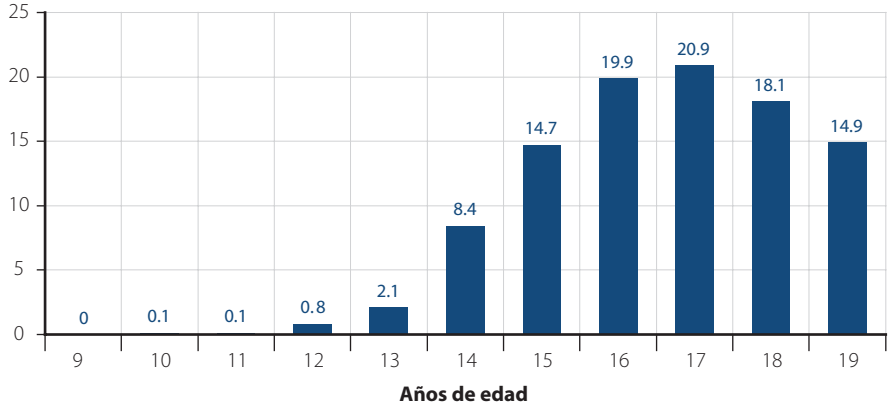
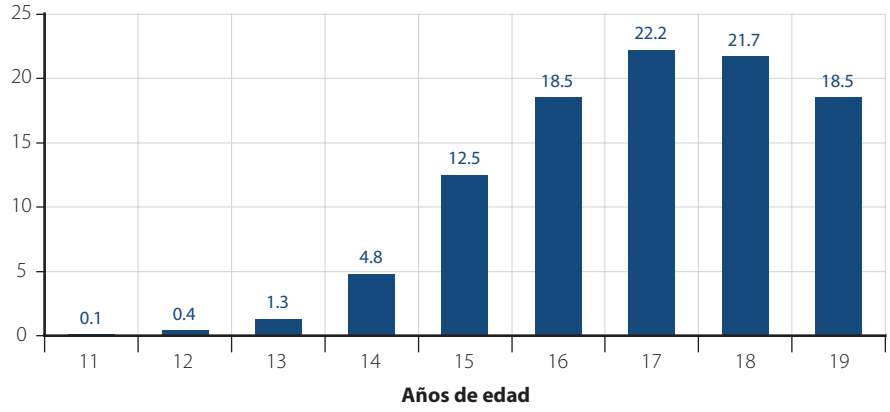


Figura 4.2 Distribución porcentual de las mujeres que reportan embarazos a edades tempranas



viva. De éstas, 13.81% falleció antes de cumplir cinco años de edad. Alrededor de 21% de las mujeres reportó que al menos un embarazo terminó en aborto y 5.25% tuvo algún hijo nacido muerto. En los Altos de Chiapas es en donde se reporta el mayor porcentaje de mujeres con niños nacidos vivos pero muertos antes de los cinco años de edad, ya que 1 de cada 4 mujeres así lo mencionó. Por otro lado, la región Maya es donde un mayor número de mujeres reportó hijos nacidos muertos y abortos (7 y 28%, respectivamente).

Respecto a la atención del último embarazo, 70.07% de las entrevistadas fue revisada por un médico, 22.95% por una partera, 6.07% por otra persona y un pequeño número no se hizo revisar. Sin embargo, existen variaciones importantes entre regiones. Así, 73% de las mujeres de los Altos de Chiapas atendieron su último embarazo con la partera, mientras en las regiones Mazahua-otomí y Maya 78 y 77% de las mujeres se atendieron con un médico. Estos datos son consistentes con el hecho de que en los Altos de Chiapas un importante número de mujeres dio a luz en su casa, mientras que en las regiones Mazahua-otomí y Maya la mayoría de las mujeres lo hicieron en el hospital.

Un poco más de la mitad del conjunto de las entrevistadas reportó que acudió a un hospital para ser atendida en su último parto, 28.62% dio a luz en su casa, 8.52% en un centro de salud y 5.37% en otro lugar. Estos resultados ponen en evidencia dos aspectos de gran importancia: las parteras continúan teniendo un papel clave en la atención de los nacimientos en gran parte de las regiones indígenas del país y una alta proporción de mujeres da a luz en su domicilio.

Al momento de levantar la encuesta, 9% de las entrevistadas estaban embarazadas. De estas mujeres, 93% mencionó que había sido revisada en algún momento del embarazo actual, pero la ENSADEMI no captó el número y espaciamiento de las revisiones. De las

mujeres embarazadas que manifestaron haber sido revisadas durante el embarazo, la mayoría reportó que fue el médico quien la revisó (94.85%), mientras que una minoría mencionó que fue la partera, la enfermera u otro profesional de la salud. Este patrón es común a todas las regiones; en el caso de la Chinanteca, la Huasteca y la Zongolica la totalidad de las embarazadas habían acudido a revisión con el médico.

A las mujeres que no estaban embarazadas al momento de la encuesta y que refirieron tener pareja (casadas o en unión libre), se les preguntó "si se estaban cuidando para no embarazarse", es decir, si estaban utilizando algún método anticonceptivo. El 63.45% contestó que sí, con importantes diferencias entre regiones. La Huasteca es la región con el mayor porcentaje de uso de anticonceptivos, pues allí 77% de las mujeres estaba utilizando algún método de planificación familiar, mientras la Costa y Sierra Sur de Oaxaca tiene el porcentaje más bajo, con 38 por ciento.

Un aspecto muy importante es si la mujer tiene que pedirle permiso a su pareja para utilizar algún método de planificación familiar. En el caso de las que estaban utilizando anticonceptivos al momento de realizarse la encuesta, dos quintas partes contestaron que sí piden permiso. En la Chinanteca y Costa y Sierra Sur la mitad de estas mujeres mencionaron que tenían que pedirle permiso a sus parejas, mientras que en la región Maya 3 de cada 5 mujeres reportaron que no necesitan pedir permiso.

La ENSADEMI exploró además la utilización del método de la oclusión tubaria bilateral (OTB), debido a los antecedentes de denuncias respecto de que en algunas localidades se realizaron OTB sin el consentimiento informado de las mujeres o bajo presiones para que se llevara a cabo la operación. Casi un tercio de las mujeres que no estaban embarazadas al momento de la encuesta reportaron que se les practicó la OTB, siendo en su mayoría de las regiones Chinanteca y Zongolica. A las mujeres con OTB se les preguntó quién había tomado la decisión sobre la realización de la operación. Más de la mitad de las mujeres mencionó que la decisión fue tomada por ella y su pareja; 20% reportó que sólo su pareja intervino en la decisión, 16% dijo que ella sola decidió, y 6% declaró que fue decisión del médico. Las regiones Mazahua-otomí y Maya son las que registraron el número más elevado de mujeres que refirieron que fue el médico quien tomó la decisión (7.55 y 7.38%, respectivamente). La región de la Costa y Sierra Sur de Oaxaca es donde más mujeres (26%) respondieron que el marido es quien tomó la decisión.

Reflexiones finales

A pesar de que en la última década las políticas sociales dirigidas hacia la población indígena han contribuido a mejorar sus condiciones de salud reproductiva, aún se presentan importantes rezagos que deben ser abatidos a fin de cerrar las fuertes brechas de inequidad que existen con el resto de la población.

La mayoría de las mujeres de este estudio se casan a edades tempranas y como consecuencia presentan embarazos también tempranos. Dadas las condiciones de alta y muy alta marginación en las que viven y las deficiencias en la atención institucional que aún subsisten, están expuestas a embarazos y partos de alto riesgo, lo que incide de manera directa en las altas tasas de mortalidad materna.[10] En los resultados que hemos presentado se observa que si bien hay una fuerte intervención institucional respecto a la planificación familiar y al control de los embarazos, en la atención de los partos una alta proporción de las mujeres da a luz en sus hogares, atendidas por parteras; incluso un número significativo refiere haber dado a luz sin la asistencia de otras personas.

Hemos visto que hay notables diferencias en la situación de la salud y derechos reproductivos de las ocho regiones estudiadas. La región de los Altos de Chiapas, caracterizada por condiciones de alta y muy alta marginación, presenta niveles de mortalidad infantil y materna que se disparan del conjunto, si bien en otras regiones la información también resulta preocupante. Respecto a la posibilidad que tienen las mujeres de decidir sobre el uso de métodos anticonceptivos y sobre la realización de la OTB, hemos visto que, en términos generales, un gran número participó en las decisiones; sin embargo, hay que subrayar que 2 de cada 5 tienen que pedir permiso para usar anticonceptivos y 1 de cada 4 reportó que no intervino en la decisión de la realización de la OTB, que es un método definitivo. Esto apunta a que sus derechos reproductivos no están siendo respetados.

Finalmente, vale la pena recordar la definición de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, para contrastarla con los hallazgos de esta sección:

> La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícita el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.[11]

Evidentemente, la población de las ocho regiones estudiadas está muy lejos de cumplir con la normatividad establecida en esta definición, pues sigue adoleciendo de problemas importantes en su salud reproductiva, así como necesidades no satisfechas y grandes retos en materia del respeto a los derechos de las mujeres.

Referencias

1. González-Montes S. "Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México". En: González-Montes S, comp. Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva. México: El Colegio de México, 1999:15-51.
2. Langer A. "Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. salud reproductiva". En Bronfman M, Castro R, eds. Salud, cambio social y política. México: EDAMEX, 1999.
3. García LM, Jácome T, García JE, Hernández LG, Acevedo E, González G, et al. Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud. México: INMUJERES, 2006.
4. Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud. México: INMUJERES-CONAPO, 2006.
5. Torres JL, Villoro R, Ramírez T, Zurita B, Hernández P, Lozano R, et al. "La salud de la población indígena en México". En: Knaul F, Nigenda G, eds. Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2003:41-55.
6. Cabral J, Flores A, Baltasar-Rivas MC, Orozco-Meineke MC, Brambila-Paz C. Salud sexual y reproductiva en los jóvenes indígenas de las principales etnias de México. Hñahñu, maya, mixteca, nahua, tzeltzal, zapoteca. Enfoque sociodemográfico, antropológico y psicosocial. México, IMSS Programa IMSS-Solidaridad, 2001.
7. Freyermuth G. Mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México: CIESAS-Porrúa, 2004.
8. Castañeda M, Díaz D, Espinosa G, Freyermuth G, Sánchez-Hidalgo D, De la Torre C. La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas. México: Fundar, K'inal Antzetik AC-Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población-Universidad Autónoma Metropolitana-Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, 2004.
9. Híjar, Martha; Ávila-Burgos, Leticia, Valdez-Santiago, Rosario. ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? Salud Mental 2006; 2009 (6).
10. Mojarro O. "Indicadores de marginación en el ámbito estatal y municipal y su relación con la mortalidad materna". En: Elu MC, Santos E, eds. A lo largo del camino. México, CPMSR-IMES AC, 2005:10-22.
11. Organización de las Naciones Unidas. Departamento de Información Pública, Plataforma de Acción y Declaración de Bejing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Bejing, China, septiembre 4-15 de 1995. Nueva York: ONU, 1995.

Capítulo 5

Violencia contra la mujer en la infancia y en la vida de pareja

Rosario Valdez-Santiago
Mariana Mojarro-Íñiguez
Elisa Hidalgo-Solórzano
Leticia Ávila-Burgos

La violencia contra la mujer puede ocurrir en diferentes momentos de su vida y toma distintas expresiones, lo que tiene como consecuencia que la mayoría experimente más de un tipo de violencia a lo largo de su ciclo de vida. La violencia especialmente dirigida hacia las mujeres tiene diferentes formas de expresión, que van desde el aborto selectivo por sexo, a favor de los varones, en varios países de Asia (China, India, República de Corea); el embarazo forzado (por ejemplo, como en el caso de la violación en masa como estrategia de guerra); el infanticidio femenino; el acceso diferencial a la alimentación y a la educación para las niñas; el abuso sexual infantil por parte de miembros de la familia o extraños; la mutilación genital en África; la violación; el maltrato por parte de la pareja y el acoso sexual en el trabajo, entre otros.[1]

La violencia contra la mujer provoca efectos inmediatos, como las lesiones físicas que van desde aquellas que no ponen en peligro la vida de la mujer (hematomas, fracturas, luxaciones) hasta aquellas que tienen efectos a largo plazo (pérdida de la función de algún miembro o pérdida parcial o total auditiva, ocular, etc.). Es necesario señalar las consecuencias emocionales que implica cualquier tipo de maltrato, independientemente del daño físico que ocasione. En este sentido, se ha demostrado que las mujeres sobrevivientes al abuso sexual infantil y al incesto tienen más probabilidades de sufrir de alcoholismo o adicción a alguna droga.[2] En el caso de las mujeres maltratadas por la pareja, tienen mayor propensión a utilizar los servicios psiquiátricos o de salud mental en comparación con las no maltratadas.[3]

Sin embargo, independientemente del tipo de consecuencia física del maltrato, existen efectos acumulativos que impactan en la calidad de vida, la salud física y mental y el desarrollo de su potencial productivo.[4,5]

Aunado a lo anterior, la violencia contra las mujeres tiene un impacto en toda la familia así como a nivel social que es importante dimensionar. Por ejemplo, estudios del Banco Interamericano de Desarrollo señalan que la violencia de la pareja masculina contra la mujer tiene un impacto directo en el desempeño escolar de los menores.[6]

Por otro lado, está ampliamente documentado que la violencia que sufren las mujeres a lo largo de su vida son motivo de demanda y utilización de atención médica[7] aunque

muchas veces éstas pasen desapercibidas a la mirada del personal de salud. Aun así, los servicios de salud representan un espacio de oportunidad único para la detección, atención y prevención de los daños a la salud de las mujeres maltratadas, debido a que éstas acudirán cuando menos una vez en su vida a algún centro de salud, clínica u hospital, ya sea a consulta externa o a algún servicio de urgencias.

En esta sección de la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI), al igual que en la ENVIM 2003 y 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, mental y emocional del sujeto, y la segunda, porque concentra los años de desarrollo potencial de capacidades humanas que tienen un efecto no sólo en la vida personal, sino también en la vida social, pues de los 20 a los 59 años, la mayoría de las mujeres ejercen roles sociales como estudiantes, esposas, parejas, trabajadoras, líderes sociales o comunitarias 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.

Con fines de comparabilidad con la ENVIM 2003 y 2008, la sección de violencia de la ENSADEMI prácticamente quedó igual. Esta sección estuvo conformada por 59 preguntas que permiten calcular la prevalencia de las distintas formas de violencia: violencia conyugal en los últimos 12 meses; violencia de pareja de por vida; violencia en la vida ejercida por cualquier miembro de la familia y no-familiar; violencia en la infancia: humillaciones y/o golpes; abuso sexual antes de los 15 años; violencia sexual (ejercida por cualquier miembro de la familia o no familiar); y violencia durante el embarazo.

Violencia en la infancia

La violencia en la infancia se exploró en función de dos tipos de maltrato: las humillaciones (26%) y los golpes (27%). Al analizar la distribución de cada tipo de violencia por frecuencia, se observa que tanto las humillaciones como los golpes se reportan de manera frecuente, es decir, varias veces y muchas veces (92 y 87%, respectivamente) (figura 5.1).

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 (figura 5.2). Los agresores que reportan mujeres con golpes 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 5.3).

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%) (cuadro 5.1).

Figura 5.1 Distribución porcentual de las humillaciones y golpes en la infancia, según frecuencia

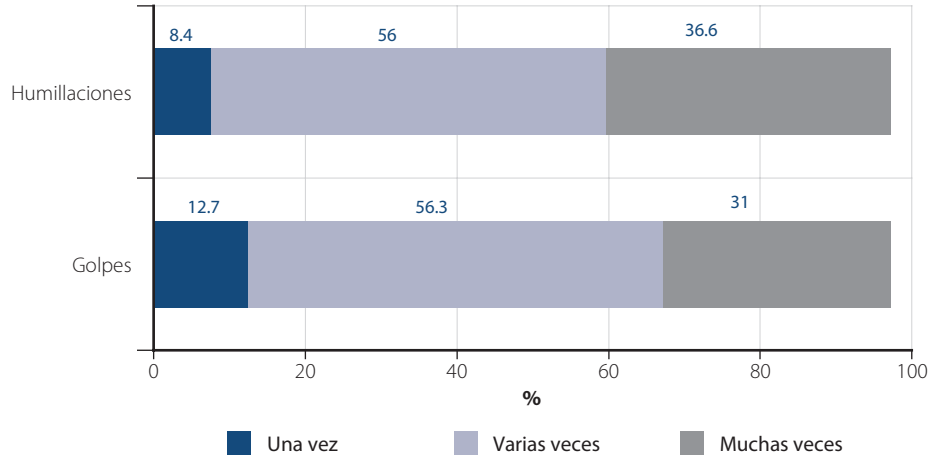


Figura 5.2 Distribución porcentual del tipo de agresor, por humillaciones en la infancia

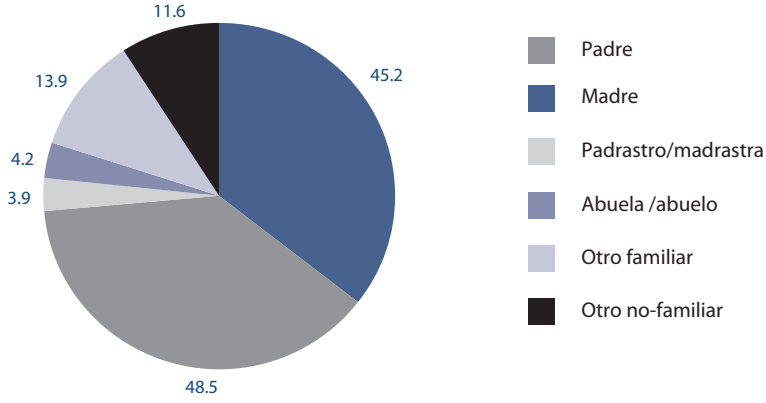
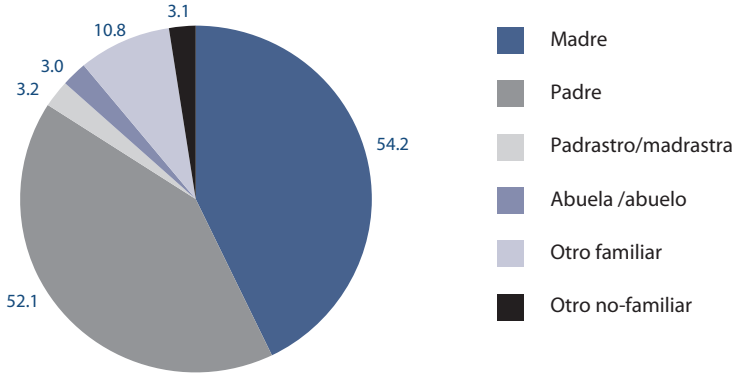


Figura 5.3 Distribución porcentual de tipo de agresor, por golpes en la infancia



Cuadro 5.1 Violencia en la infancia de las entrevistadas, por región indígena

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maltrato infantil																		
No	7 722	57.78	9 048	77.25	4 466	64.97	11 619	80.08	54 286	63.27	33 500	68.37	16 568	62.41	58 025	66.58	195 234	66.19
Sí	5 643	42.22	2 664	22.75	2 408	35.03	2 891	19.92	31 337	36.52	15 500	31.63	9 979	37.59	28 955	33.22	99 377	33.69
No especificó	0	0	0	0	0	0	0	0	180	0.21	0	0	0	0	173	0.20	353	0.12
Abuso sexual infantil																		
No	12 366	92.53	10 920	93.24	6 398	93.08	14 030	96.69	77 906	90.80	45 200	92.25	24 488	92.24	80 682	92.58	271 990	92.21
Sí	891	6.67	768	6.56	476	6.92	451	3.11	7 717	8.99	3 600	7.35	1 898	7.15	5 468	6.27	21 269	7.21
No sabe	54	0.40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	0.02
No especificó	54	0.40	24	0.21	0	0	29	0.20	180	0.21	200	0.41	161	0.61	1 003	1.15	1651	0.56

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 5.4).

También se exploró el abuso sexual en la infancia, considerado como "cualquier tocamiento o coacción para hacer algo sexual antes de los 15 años". La prevalencia de esta forma de violencia es de 7%; de éste, 53.08% de los casos tuvieron a un familiar como agresor y 57.8% a un no-familiar (incluyendo otro y novio) (figura 5.5). Destaca que dentro de los agresores pertenecientes a la familia, 22.8% son mujeres y 27% son hombres. También es importante señalar que 9% mencionó al novio como agresor.

Figura 5.4 Distribución porcentual de consecuencias físicas del maltrato en la infancia

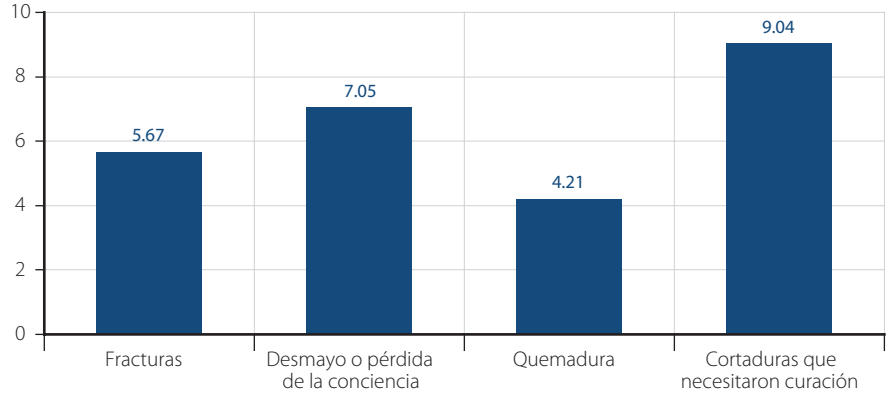
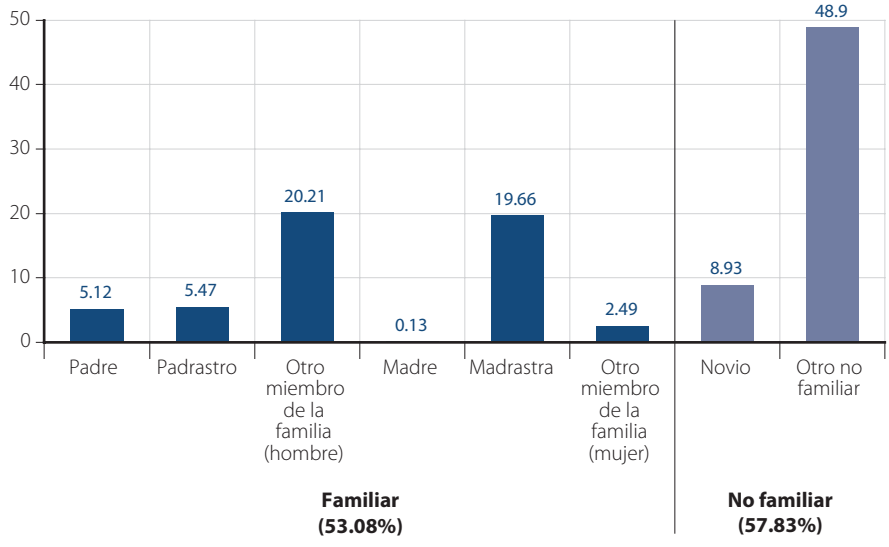


Figura 5.5 Distribución porcentual del tipo de agresor en el abuso sexual en la infancia



Las regiones estudiadas presentan diversidad de situaciones respecto del abuso sexual en la infancia. La región Costa y Sierra Sur tiene la proporción menor (3%), mientras la región Mazahua-otomí tiene la proporción más elevada de abuso sexual (9%). Por condición de habla, existen diferencias importantes, ya que las mujeres monolingües reportan una menor proporción de abuso sexual en comparación con las mujeres bilingües que reportan 7%, y las mujeres que sólo hablan español, 9 por ciento. Cabe señalar que la diferencia entre las mujeres que sólo hablan una lengua indígena y las que sólo hablan español es de 8 puntos porcentuales (cuadro 5.2).

Violencia de la pareja actual

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. Conocer la distribución de la violencia de pareja actual por región es uno de los aspectos más relevantes de la presente encuesta.

Entre las regiones la prevalencia varía entre 16% en la Costa y Sierra Sur, y 41.37% en los Altos de Chiapas (figura 5.6). Respecto de la severidad de la violencia de pareja actual,

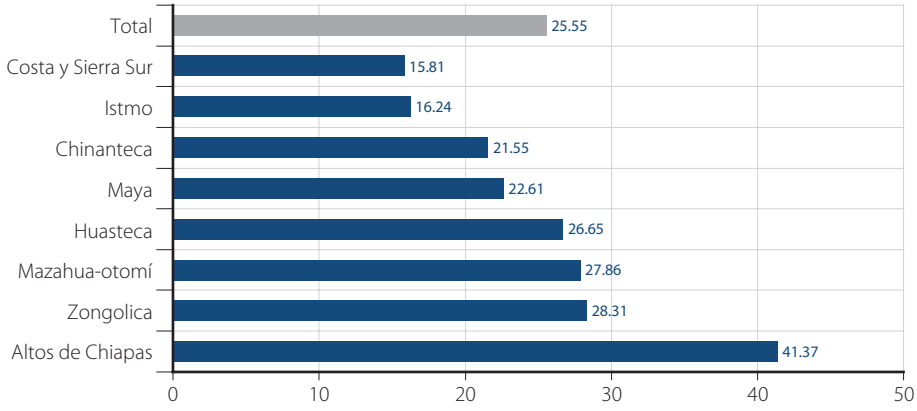
Cuadro 5.2
Violencia durante la infancia en mujeres, por habla

	Monolingüe		Bilingüe		Sólo habla español	
	N	%	N	%	N	%
Maltrato infantil						
No	17 010.00	68.73	104 080	68.20	74 144.00	63.05
Sí	7 738	31.27	48 540	31.80	43 099	36.65
No especificó	0	0	0	0	353	0.30
Abuso sexual infantil						
No	24 339	98.35	141 364	92.62	106 287	90.38
Sí	328	1.33	10 016	6.56	10 925	9.29
No sabe	54	0.22	0	0	0	0
No especificó	27	0.11	1 240	0.81	384	0.33

* Este índice se diseñó retomando la metodología propuesta por Valdez y colaboradores, 2006 considerando algunos aspectos específicos de la población de estudio. La metodología está descrita en un artículo metodológico que se encuentra en proceso.

‡ Datos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?id_seccion=438.

Figura 5.6 Distribución porcentual de las mujeres que declararon violencia de la pareja actual, por región



en total 15.49% 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.

Las prevalencias para cada uno de los tipos de violencia de pareja actual fueron las siguientes: psicológica 21.09%, física 9.83%, económica 10.06%, negligencia 6.12% y sexual 6.75 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 (figura 5.7). Las tres regiones con mayor índice de violencia física son: los Altos de Chiapas, con 12 puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total, la región Mazahua-otomí y Huasteca (figura 5.8).

Las tres regiones con mayor índice de violencia económica son: los Altos de Chiapas, con 9 puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total; le siguen la región Maya y la Mazahua-otomí (figura 5.9). Las tres regiones con mayor índice de negligencia son Altos de Chiapas, Zongolica y Mazahua-otomí (figura 5.10). Las tres regiones con mayor índice de violencia sexual son: Altos de Chiapas, tres puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total; le sigue la Zongolica y la Chinanteca (figura 5.11).

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.

Como se mencionó anteriormente la severidad de la violencia es algo que se exploró en la encuesta para los diferentes tipos de violencia. La violencia psicológica, física y económica presentan el mismo porcentaje de severidad; la prevalencia es diferente en el caso de la negligencia y violencia sexual. En la primera existe una diferencia de 2 puntos porcentuales entre la violencia no severa y severa y en la violencia sexual la diferencia es de 4 puntos porcentuales (1.28 y 5.47%, respectivamente). Nuevamente los Altos de Chiapas

Figura 5.7 Distribución porcentual de las mujeres que declararon violencia psicológica, por región

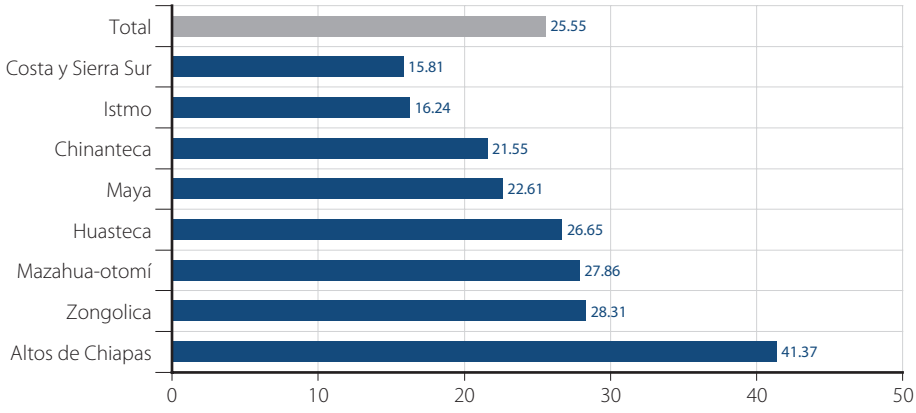


Figura 5.8 Distribución porcentual de las mujeres que declararon violencia física, por región

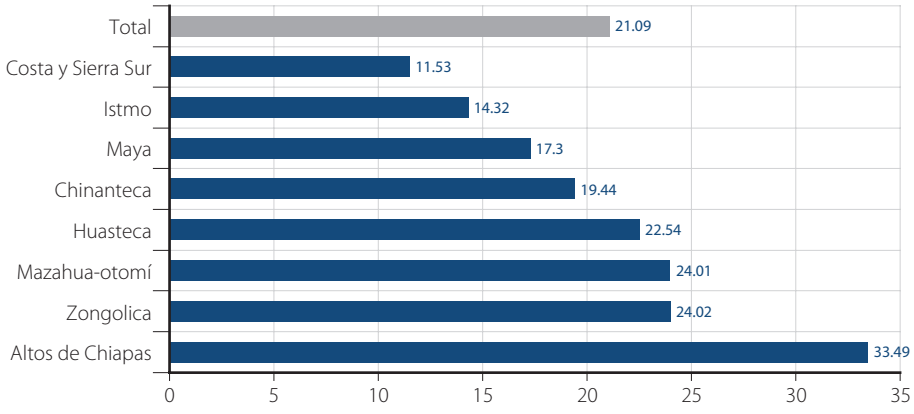


Figura 5.9 Distribución porcentual de las mujeres que declararon violencia económica, por región

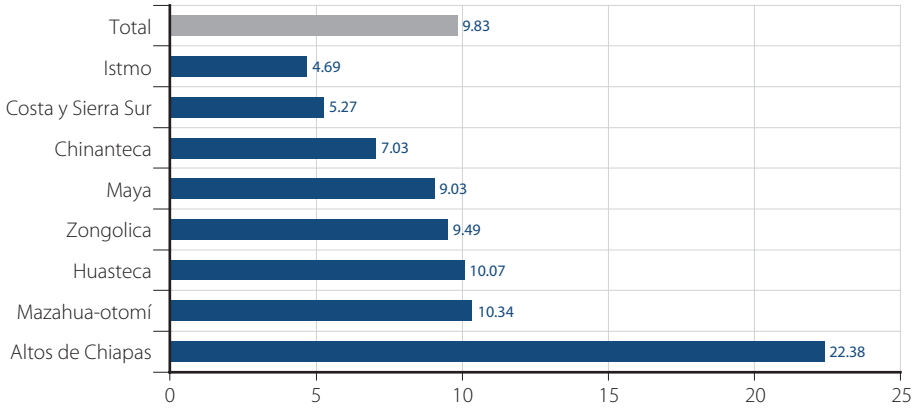


Figura 5.10 Distribución porcentual de las mujeres que declararon negligencia, por región

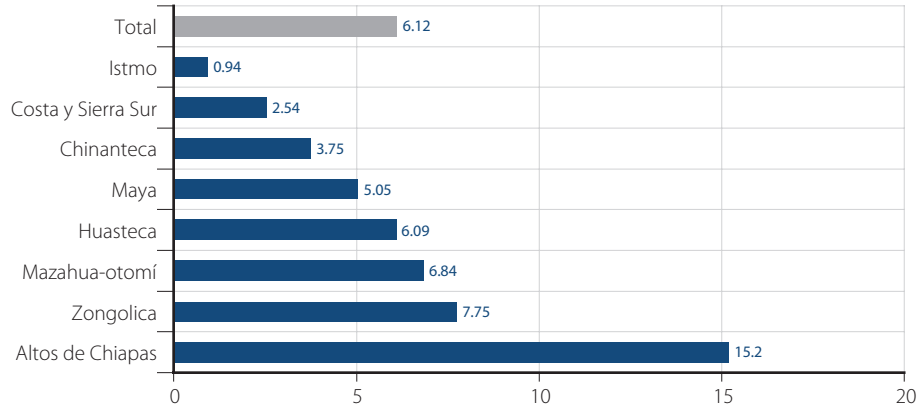
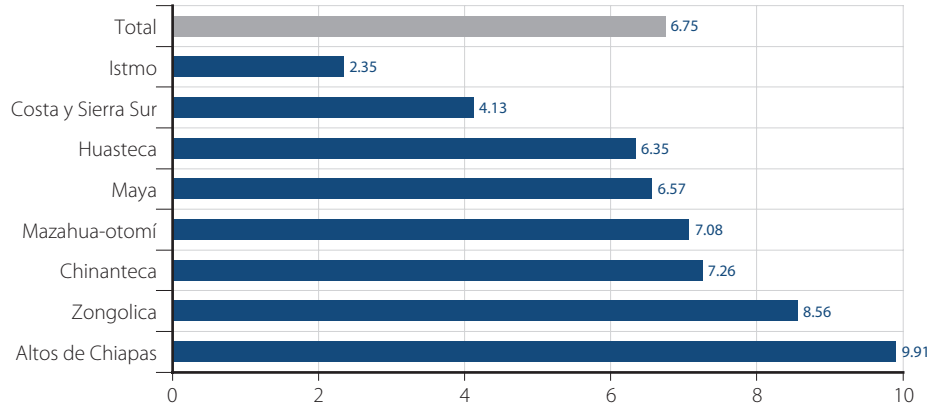


Figura 5.11 Distribución porcentual de las mujeres que declararon violencia sexual, por región



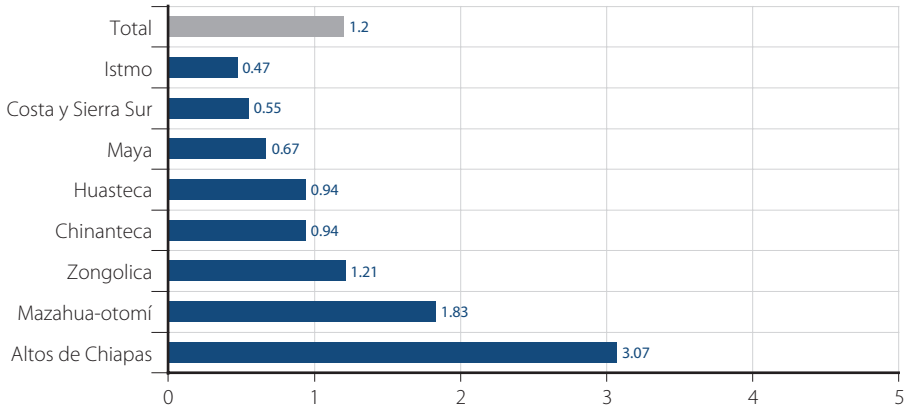
es la región que reporta los porcentajes más elevados de severidad en los diferentes tipos de violencia. Cabe destacar que de la violencia sexual entre las regiones existen diferencias importantes con respecto a la severidad (cuadro 5.3). Los Altos de Chiapas, la Zongolica y la Mazahua-otomí son las regiones con mayor negligencia severa. De nueva cuenta los Altos de Chiapas reportan la prevalencia más alta, por arriba del total reportado por las ocho regiones indígenas (figura 5.12).

Si tomamos la condición de habla resulta que la violencia de pareja actual tiene una mayor prevalencia entre las mujeres indígenas monolingües (28.43%) y también la severidad de la violencia es mayor en este grupo. En el caso de la violencia psicológica las mujeres que sólo hablan español reportan una mayor prevalencia (22.89%); sin embargo, en cuanto a la severidad de ésta, tanto las mujeres monolingües como las que sólo hablan español reportan una mayor severidad en este tipo de violencia que las bilingües. Caso contrario sucede con la violencia física, económica, negligencia y sexual, las mujeres monolingües reportan una mayor prevalencia, con 11.21, 13.54, 9.49 y 7.25%, respectivamente. Cabe destacar que por lo que se refiere a la violencia sexual, se reporta una menor severidad en mujeres que sólo hablan español (cuadro 5.4).

Cuadro 5.3 Severidad de la violencia de pareja actual y de los diferentes tipos de violencia, por región indígena

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Violencia de pareja actual																		
No severa	1 917	16.78	1 296	12.71	882	14.75	1 154	10.36	12 910	17.27	7 100	16.75	3 907	17.59	10 766	13.52	39 932	15.49
Severa	2 808	24.59	360	3.53	406	6.79	608	5.46	7 913	10.59	4 200	9.91	2 381	10.72	7 242	9.09	25 918	10.06
Tipos de violencia																		
Psicológica																		
No severa	1 269	11.09	984	9.62	602	10.07	704	6.28	8 437	11.21	4 600	10.80	3 030	13.58	6 612	8.25	26 238	10.12
Severa	2 565	22.41	480	4.69	560	9.37	588	5.25	9 637	12.80	5 000	11.74	2 332	10.45	7 252	9.05	28 414	10.96
Física																		
No severa	756	6.67	384	3.76	252	4.22	235	2.11	3 956	5.29	1 800	4.22	931	4.18	4 211	5.27	12 525	4.85
Severa	1 782	15.71	96	0.94	168	2.81	352	3.16	3 776	5.05	2 500	5.85	1 183	5.31	3 013	3.77	12 870	4.98
Económica																		
No severa	972	8.49	360	3.52	266	4.45	410	3.66	3 274	4.35	2 500	5.87	699	3.14	3 135	3.92	11 616	4.49
Severa	1 269	11.09	216	2.11	168	2.81	318	2.84	4 647	6.17	1 700	3.99	1 024	4.60	5 101	6.38	14 443	5.58
Sexual																		
No severa	297	2.59	24	0.24	168	2.81	58	0.52	513	0.68	400	0.94	275	1.23	1 590	1.98	3 325	1.28
Severa	837	7.31	216	2.12	266	4.45	405	3.61	4 817	6.40	2 300	5.41	1 636	7.33	3 701	4.60	14 178	5.47
Negligencia																		
No severa	405	3.56	48	0.47	56	0.94	144	1.29	1 368	1.82	1 200	2.81	331	1.48	1 747	2.18	5 299	2.05
Severa	1 323	11.64	48	0.47	168	2.81	141	1.26	3 784	5.03	1 400	3.28	1 398	6.26	2 295	2.87	10 557	4.08

Figura 5.12 Distribución porcentual de las mujeres que declararon violencia física severa, por región



■ Cuadro 5.4

Severidad de la violencia de pareja actual y de los diferentes tipos de violencia, según condición de habla

	Monolingüe		Bilingüe		Sólo habla español	
	N	%	N	%	N	%
Violencia de pareja actual						
No severa	2 949	13.95	19 844	14.63	17 139	16.98
Severa	3 061	14.48	13 558	9.99	9 299	9.21
Tipos de violencia						
Psicológica						
No severa	1 934	9.19	13 800	10.13	10 504	10.31
Severa	2 334	11.09	13 274	9.74	12 806	12.57
Física						
No severa	982	4.65	5 878	4.31	5 665	5.61
Severa	1 385	6.56	6 718	4.93	4 767	4.72
Económica						
No severa	1 256	5.93	5 349	3.93	5 011	4.93
Severa	1 611	7.61	7 123	5.23	5 709	5.61
Sexual						
No severa	401	1.89	2 402	1.76	522	0.51
Severa	1 138	5.36	6 976	5.12	6 064	5.95
Negligencia						
No severa	544	2.57	2 587	1.90	2 168	2.13
Severa	1 464	6.92	5 846	4.29	3 247	3.19

Violencia en el embarazo

La violencia en el embarazo ya ha sido documentada por diversos autores, tanto en el ámbito nacional [9,10] como en el internacional.[11,12] En la ENSADEMI, 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%) (figura 5.13). El agresor que reportan por cada tipo de violencia varía; 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 (figura 5.14).

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

Figura 5.13 Distribución porcentual de tipo de maltrato en alguno de sus embarazos

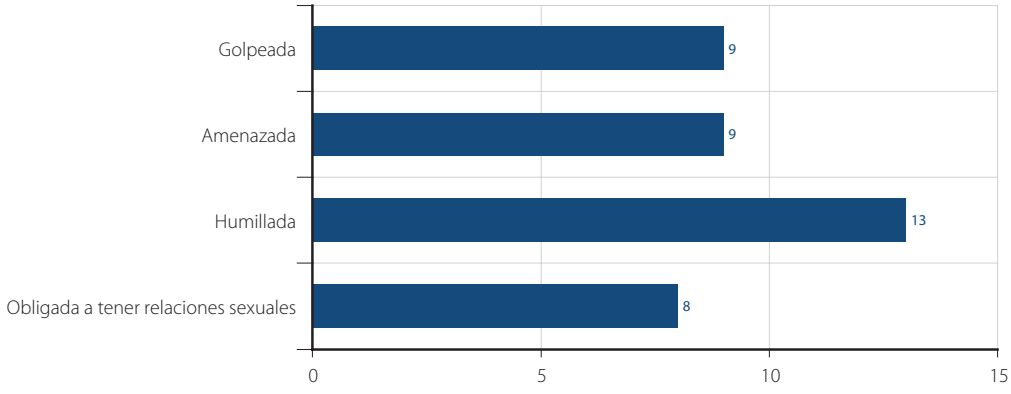
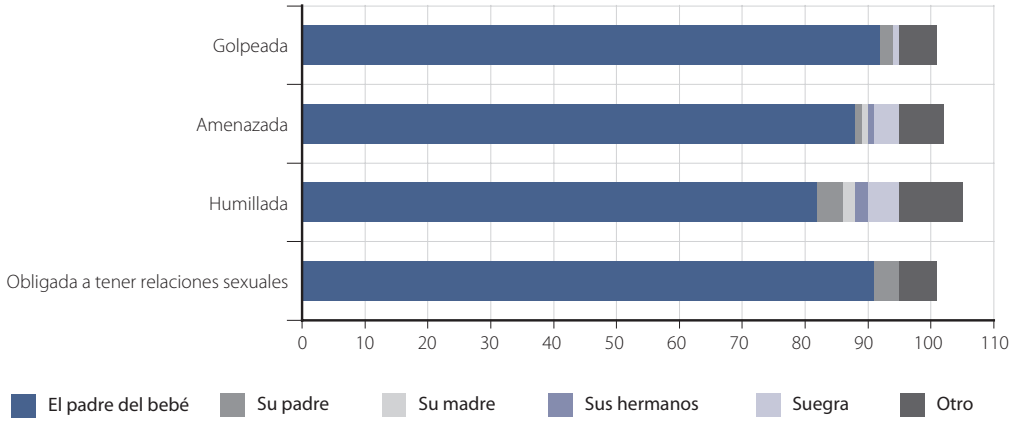


Figura 5.14 Distribución porcentual por tipo agresor y maltrato en alguno de sus embarazos



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 menciona 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.

Reflexiones finales

Los datos que hemos presentado nos permiten por vez primera tener un diagnóstico de la magnitud del problema de la violencia contra las mujeres en ocho regiones indígenas del país, que tal como hemos visto son muy diversas entre sí, tanto en su composición sociodemográfica, cultural, como con respecto a los tipos de violencia que hemos evaluado. A continuación haremos una reflexión a partir de los principales hallazgos del estudio, los cuales hemos organizado en diferentes áreas temáticas.

Violencia en la infancia

La Organización Mundial de Salud reconoció en 1999 al maltrato infantil como un problema de salud pública mundial.[13] En todo el mundo, tanto en las áreas rurales como en las urbanas, los niños indígenas a menudo constituyen uno de los grupos más desprotegidos y sus derechos (el derecho a la sobrevivencia, al desarrollo, al mayor nivel posible de salud, a una educación que respete su identidad cultural, y a la protección contra los abusos, la violencia y la explotación) se ven frecuentemente violados.* En la ENSADEMI 34% de las encuestadas reportó violencia en la infancia, 26%, reconoció haber sufrido humillaciones y golpes 27 por ciento. En México no se cuenta con un registro nacional adecuado de los casos de violencia en la infancia, muchas veces los casos registrados son sólo aquellos que llegan al conocimiento de las autoridades por ser los más severos, quedando una gran parte sin notificar. Los pocos estudios que existen muestran pequeños aspectos parciales del problema, por ejemplo, en la ENVIM (2003 y 2008) el reporte de violencia en la infancia se presentó de la siguiente manera: humillaciones 16.5 y 29%, golpes 42.2 y 33.2%, respectivamente en ambos tipos de violencia.

Como se ha demostrado, la prevalencia de la violencia en ambas encuestas varía ligeramente de lo reportado en la ENSADEMI, sin embargo, se sienta un antecedente importante en donde podemos ver que los derechos de las niñas de estas regiones indígenas han sido violentados, por lo que se propone realizar un mayor esfuerzo para promover sus

* Este dato fue comentado también con las autoridades estatales de salud, quienes consideraron que la baja prevalencia de violencia reportada en la región de la Costa y Sierra Sur, más que un reflejo de la realidad, ponía en evidencia el bajo reporte de las mujeres (comunicación personal. Mayo, 2007).

derechos.[13] No olvidemos que la violencia infantil tiene un impacto profundo en la vida de las personas afectadas, ya que las actitudes violentas que se manifiestan en la edad adulta tienen su origen en el seno familiar, generalmente durante los primeros años de vida. Recordemos que en esta encuesta se reporta como principales agresores a los familiares más cercanos (padre, madre u otro familiar).

Violencia de la pareja

La prevalencia de violencia de pareja en los últimos 12 meses se calculó a través del índice de severidad de violencia de pareja, resultando en 25.55 por ciento. Este dato es comparable con lo reportado por la ENVIM 2003, cuya prevalencia fue de 21.5; en el caso de la ENVIM 2008, la prevalencia fue de 33.5 por ciento.

Sin embargo, algunas de las regiones indígenas incluidas en la ENSADEMI están por arriba de la media nacional según datos de la ENVIM 2006, tal es el caso de los Altos de Chiapas, cuya prevalencia para este tipo de violencia fue de 41.37%, casi 8 puntos porcentuales arriba de la prevalencia y casi 10 puntos por encima de la media estatal reportada para Chiapas (32.7%), que se colocó en el lugar 18 nacional.

Los Altos de Chiapas, donde se concentran las monolingües, fue la región que reportó los indicadores más altos en todas las formas de violencia y en cuanto a su severidad. Sin embargo, no podemos dejar a un lado el bajo reporte observado por las encuestadoras y coordinadora de campo en la región de la Costa y Sierra Sur, en especial en la localidad Chatina que se incluyó en el muestreo.*

Por otro lado, se identifican regiones como el Istmo (16.24%) y Costa y Sierra Sur (15.81%) debajo del último reporte nacional (33.5%), aunque no se pueden comparar con los datos estatales más recientes, pues la entidad se excluyó en esta ocasión por los conflictos sociales por los que atravesó en 2007. Sin embargo, en la ENVIM 2003 Oaxaca como estado reportó una prevalencia de 27.5% y se colocó en el lugar cinco nacional.

De los resultados anteriores podemos señalar que es necesario contar con indicadores nacionales, estatales y regionales especiales para la población indígena del país. Esto permitirá tener un panorama más completo de lo que acontece en las regiones más apartadas como son las zonas rurales e indígenas, que como se sabe no son incluidas en el diseño muestral de la mayoría de las encuestas (independientemente de la temática que aborden). Sólo de esta manera podremos dimensionar y dar cuenta de la diversidad cultural y social de un país como México. Por otro lado, no hay que perder de vista que el objetivo principal de la ENSADEMI es poner en el escenario de las agendas públicas las necesidades

* Las respuestas de las mujeres coinciden con el peso y la distribución del personal de salud dentro de la organización de los servicios: las trabajadoras sociales y psicólogas son casi inexistentes dentro de la planta del personal que labora tanto en las unidades de las regiones incluidas en la ENSADEMI, tanto del la Secretaría de Salud como en el programa IMSS-*Oportunidades*.

de las mujeres que, sobre todo por su pertenencia étnica y diferencias culturales, han sido invisibilizadas de la política publica nacional.

Por último, uno de los aspectos más importantes de la información analizada en el presente capítulo, es que nos permite identificar regiones donde es urgente poner en marcha servicios especializados para la atención a la violencia contra la mujer en sus diferentes expresiones. Estos programas tendrán que considerar las características sociales y culturales de la población indígena, así como las especificidades de las formas y severidad de la violencia que se ejercen en cada región

Violencia en el embarazo

La violencia que se reporta en alguno de los embarazos de las mujeres encuestadas en la ENSADEMI es de 17%, mientras que la ENVIM 2003 y 2008 reportan 25 y 39%, respectivamente. Las diferencias son importantes ya que fluctúan entre 8 y 22 puntos porcentuales arriba de lo reportado en el presente estudio. Esto apunta a la necesidad de realizar estudios sobre esta cuestión en poblaciones específicas que nos permitan comprender diversas situaciones que ponen en riesgo de violencia a las mujeres durante esta etapa reproductiva.

Referencias

1. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. Washington DC: Banco Mundial, 1994 (Discussion paper No. 255).
2. Koss MP. The women's mental health research agenda: violence against women. American Psychologist 1990;45:374-380.
3. Jaffe P, Wolfe D, Wilson S, Zak I. Emotional and Physical health problems of battered women. Am J Psychiatry 1986;121:74-77.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre violencia y salud. Ginebra: ONU, 2002.
5. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. Washington DC: OPS, 1994.
6. Morrison A, Orlando MB. "El impacto socioeconómico de la violencia doméstica". En: Morrison A, Loreto Biehl M, eds. El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 1999:49-80.
7. Hijar M, Ávila L, Valdez R. ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? Salud Mental 2006;29(6):57-64.
8. Valdez-Santiago R, Hijar M, Salgado de Snyder N, Rivera-Rivera L, Ávila L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para la medición de la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Salud Publica Mex 2006;48(1):s22-s32.
9. Valdez R, Sanín LH. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Publica Mex 1996;38(5):1-11.
10. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud Publica Mex 2006;48 supl 1:S50-S60.
11. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence of violence against pregnant women. JAMA 1996;24(275):1915-1920.

12. Khurram NA, Hyder A. Violence against pregnant women in developing countries. Eur J Public Health 2003;13:105-107.
13. McMenemy MC. WHO recognizes child abuse as a major problem. Lancet 1999;353:1340.

Capítulo 6

Consecuencias de la violencia de pareja en la salud de las mujeres y la economía de los hogares

Leticia Ávila-Burgos
Gustavo Rivera-Peña
Belkis Aracena-Genao
Lucero Cahuana-Hurtado

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)[1,2] 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 general, en México se han documentado tanto las consecuencias de la violencia de pareja en la salud emocional[2] como en la salud física,[1] pero se sabe poco de las 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 Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas 2008 (ENSADEMI 2008) incluyó un apartado dirigido a identificar estas dimensiones. El propósito del presente capítulo es identificar la proporción de mujeres que son maltratadas y presentan lesiones físicas por el maltrato. Posteriormente, se estima el gasto en que incurren los hogares en la atención de las lesiones. Asimismo, se cuantifica la productividad que la mujer pierde como consecuencia de la violencia de pareja y que está relacionada con el ausentismo laboral. Por último, se explora la relación entre violencia de pareja y consumo de alcohol. En el análisis se incorpora un comparativo entre diversas regiones indígenas, así como un breve comparativo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 (ENVIM 2006).*

Violencia de pareja y salud

Aproximadamente 3 de cada 10 mujeres (32%) que refirieron haber vivido violencia de pareja sufrieron alguna lesión o daño como consecuencia de ésta (figura 6.1).

* Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2006 (en prensa).

El 59.2% de las mujeres que son maltratadas por su pareja reportaron dolores en el cuerpo por algunos días, 53.5% reportaron haber tenido algún moretón y 9.3% dijeron haber sufrido desmayos o pérdida de la conciencia. Las lesiones que se presentaron con menor frecuencia fueron quemaduras (2.2%) y pérdida de algún diente (1.9%) (cuadro 6.1).

Respecto de las lesiones clasificadas como severas, 7.9% de las mujeres maltratadas manifestó 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 2.5% de las mujeres que sufrió este tipo de lesiones señaló haber requerido hospitalización (cuadro 6.1). El 31% (*n*=6 550) reportó haber tenido una lesión, 41.8% (*n*=8 821) dos lesiones, 15.2% (*n*=3 207) tres lesiones, y el resto cuatro o más lesiones (cuadro 6.2). El promedio de lesiones por víctima en el último año fue de dos.

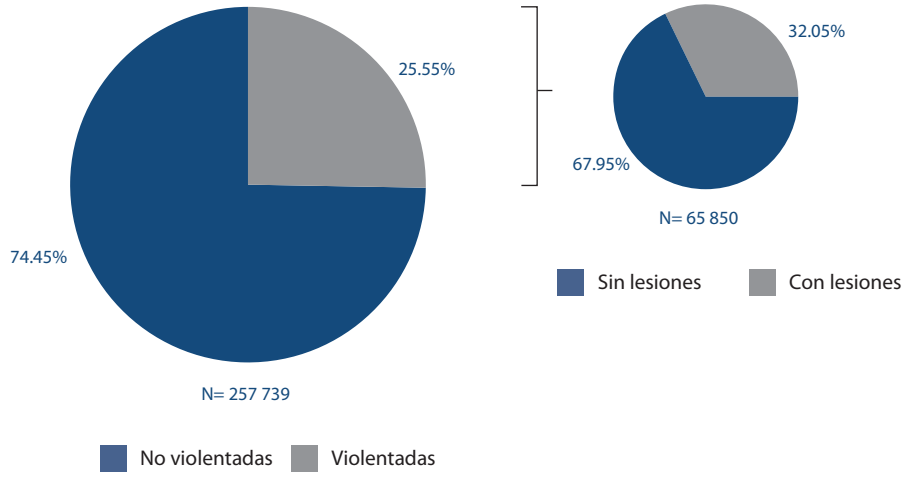
En la figura 6.2 se observa que 35.8% de la mujeres con lesiones o daños ocasionados por la violencia de pareja usó servicios de salud (formales o no)* para la atención de éstas.

Violencia de pareja y gasto por lesiones

Como se ha señalado, la violencia de pareja tiene repercusiones económicas que se manifiestan en el gasto que las mujeres realizan para atender las lesiones de que fueron objeto. Al respecto, 25.9% de las mujeres que reportaron alguna lesión acudieron a consulta con el médico, 11.6% acudió con un prestador de servicios de la medicina tradicional (partera/curandero) y 32.1% prefirió automedicarse (cuadro 6.3).

De las mujeres que acudieron a atenderse con el médico, a 91.2% le recetaron medicamentos o remedios. Este porcentaje fue de 57.6% entre las que acudieron con un curandero. Por su parte, ya sea que se atendiesen con un médico o con una partera/curan-

Figura 6.1 Mujeres con lesiones o daños por violencia de pareja.



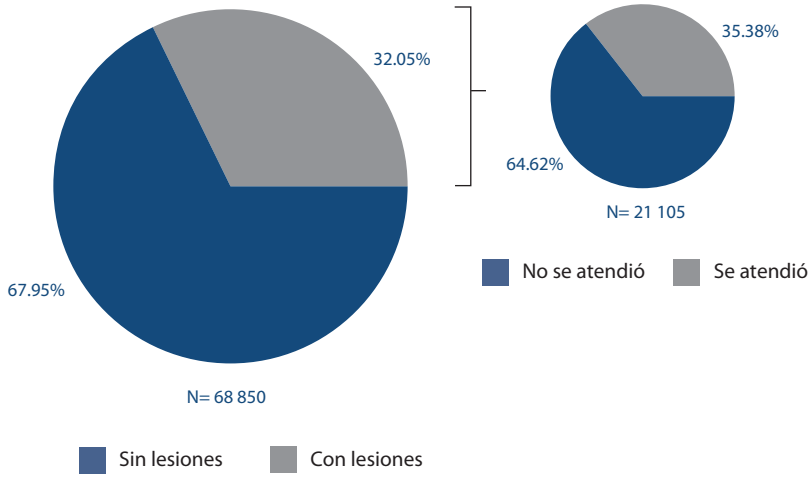
* Se entiende como formales a aquellos servicios de salud donde la atención la realizan profesionales de la salud.

Cuadro 6.1 Consecuencias de la violencia de pareja en los últimos 12 meses*

Tipo de lesión	Sí presentó la lesión		No presentó la lesión		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Tuvo moretones	16 542	53.50	14 379	46.50	30 921
Violencia no severa	2 373	7.67	8 644	27.96	11 017
Violencia severa	14 169	45.82	5 735	18.55	19 904
Tuvo cortadas que le tuvieron que coser o suturar	1 424	4.63	29 324	95.37	30 748
Violencia no severa	0	0	11 017	35.83	11 017
Violencia severa	1 424	4.63	18 307	59.54	19 731
Tuvo fractura de algún hueso	1 192	3.85	29 729	96.15	30 921
Violencia no severa	0	0	11 017	35.63	11 017
Violencia severa	1 192	3.85	18 712	60.52	19 904
Tuvo pérdida de algún diente	589	1.92	30 149	98.08	30 748
Violencia no severa	0	0	11 017	35.83	11 017
Violencia severa	589	1.92	19 132	62.22	19 721
Sufrió quemaduras por el maltrato	664	2.15	30 230	97.85	30 894
Violencia no severa	0	0	11 017	35.66	11 017
Violencia severa	664	2.15	19 213	62.19	19 877
Sufrió desmayo o perdió la conciencia por el maltrato	2 848	9.32	27 705	90.68	30 553
Violencia no severa	0	0	11 017	36.06	11 017
Violencia severa	2 848	9.32	16 688	54.62	19 536
Tuvo dolores en el cuerpo por algunos días	18 294	59.2	12 627	40.8	30 921
Violencia no severa	3 982	12.88	7 035	22.75	11 017
Violencia severa	14 312	46.29	5 592	18.08	19 904
Sufrió sangrado vaginal o anal	2 422	7.88	28 326	92.12	30 748
Violencia no severa	0	0	10 844	35.27	10 844
Violencia severa	2 422	7.88	17 482	56.86	19 904
Tuvo pérdida del uso o la función física de alguna parte de su cuerpo	1 862	6.02	29 059	93.98	30 921
Violencia no severa	0	0	11 017	35.63	11 017
Violencia severa	1 862	6.02	18 042	58.35	19 904
Tuvo que hospitalizarse	785	2.54	30 136	97.46	30 921
Violencia no severa	0	0	11 017	35.63	11 017
Violencia severa	785	2.54	19 119	61.83	19 904
Tuvo que ser operada	0	0	30 921	100.00	30 921
Violencia no severa	0	0	11 017	35.63	11 017
Violencia severa	0	0	19 904	64.37	19 904

* Incluye a mujeres con violencia de pareja actual y que sufrieron alguna lesión como consecuencia del maltrato

Figura 6.2 Mujeres con lesiones o daños por violencia de pareja y uso de servicios de salud



Cuadro 6.2
Lesiones que sufrieron mujeres en una situación de violencia, por número de lesión

Número de lesiones	Violencia no severa	%	Violencia severa	%	Total	%
1	6 251	29.62	299	1.42	6 550	31.04
2	52	0.25	8 769	41.55	8 821	41.80
3	0	0	3 207	15.20	3 207	15.20
4	0	0	1 003	4.75	1 003	4.75
5	0	0	1 057	5.01	1 057	5.01
6	0	0	27	0.13	27	0.13
7	0	0	170	0.81	170	0.81
8	0	0	270	1.28	270	1.28
Total	6 303	29.86	14 802	70.14	21 105	100

dero, cerca de 40% de las mujeres con alguna lesión incurrieron en gastos adicionales por uso de transporte (cuadro 6.3). Así, 3.7% de las mujeres entrevistadas realizó algún gasto para atender las lesiones que sufrió por parte de su pareja.

En promedio, el gasto por pago de honorarios para la atención de las lesiones fue mayor cuando las mujeres acudieron a atenderse con una partera/curandero (310 pesos) que con un médico (112 pesos). En el 86.2% de los casos al gasto promedio en honorarios médicos se agregaron 137 pesos en promedio por concepto de medicamentos o remedios. De las mujeres que acudieron a atenderse al centro de salud u hospital, 26.6% usó servicio de transporte, con un gasto promedio adicional de 55 pesos. El 55% de las mujeres que acudieron con partera/curandero, tuvo que gastar adicionalmente 176 pesos en promedio por concepto de

Cuadro 6.3 Utilización de servicios de salud para atención de lesiones por violencia de pareja

	Sí		No		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Acudió a consulta con un médico	5 472	25.93	15 633	74.07	21 105	100
Violencia no severa	937	4.44	5 366	25.43	6 303	29.86
Violencia severa	4 535	21.49	10 267	48.65	14 802	70.14
El médico le recetó medicamentos o remedios	4 745	91.21	457	8.79	5 202	100
Violencia no severa	767	14.74	0	0	767	14.74
Violencia severa	3 978	76.47	457	8.79	4 435	85.26
Usó transporte para ir al centro de salud u hospital a atenderse	2 183	39.90	3 289	60.10	5 472	100
Violencia no severa	128	2.34	809	14.78	937	17.12
Violencia severa	2 055	37.55	2 480	45.32	4 535	82.88
Acudió con un curandero, sobadora, partera u otro profesional de salud	2 425	11.60	18 566	88.40	20 991	100
Violencia no severa	173	0.82	6 030	28.73	6 203	29.55
Violencia severa	2 252	10.73	12 536	59.72	14 788	70.45
El curandero, sobadora o partera le recetó medicamentos o remedios	1 398	57.60	1 027	42.40	2 425	100
Violencia no severa	173	7.13	0	0	173	7.13
Violencia severa	1 225	50.52	1 027	42.35	2 252	92.87
Tomó o aplicó medicamentos o remedios autorecetados para curarse de las lesiones	6 676	32.10	14 130	67.90	20 806	100
Violencia no severa	1 664	8.00	4 369	21.00	6 033	29.00
Violencia severa	5 012	24.09	9 761	46.91	14 773	71.00
Tuvo que ser hospitalizada	785	3.70	20 320	96.30	21 105	100
Violencia no severa	0	0	6 303	29.86	6 303	29.86
Violencia severa	785	3.72	14 017	66.42	14 802	70.14
Tuvo que ser operada	---	---	21 105	100	21 105	100
Violencia no severa		0	6 303	29.86	6 303	29.86
Violencia severa		0	14 802	70.14	14 802	70.14

medicamentos o remedios prescritos por éstos. El 28% del total de las mujeres lesionadas refirió automedicarse, lo que representó 112 pesos. Asimismo, 3.7% de las mujeres con lesiones refirió haber realizado gastos por hospitalización, siendo el promedio de gasto de 785 pesos (cuadros 6.3 y 6.4).

Los costos promedio por región se presentan en el cuadro 6.5. La región de los Altos de Chiapas fue la que en promedio tuvo mayores gastos (594 pesos) para la atención de las lesiones que presentaron las mujeres como consecuencia de la violencia de pareja. Le siguieron el Istmo (427 pesos), la Huasteca (412 pesos), la región Mazahua-otomí (306 pesos), la Maya (237 pesos), la Zongolica (205 pesos), la Costa y Sierra Sur (136 pesos) y la Chinanteca (100 pesos).

Cuadro 6.4 Gastos promedio asociados con consecuencias en la salud de mujeres bajo violencia de pareja, en los últimos 12 meses

Tipo de gasto	Violencia no severa (pesos)	N	Violencia severa (pesos)	N	Tota (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 6.5 Gastos promedio por región, asociados con consecuencias en la salud de mujeres con lesiones por violencia de pareja en los últimos 12 meses (cifras en pesos)

Tipo de gasto	Los Altos de Chiapas	Istmo	Huasteca	Mazahua-otomí	Chinan-teca	Costa y Sierra Sur	Maya	Zon-golica
Consultas con médico	95	372	59	99	100	14	192	25
Medicamentos recetados por médico	269	233	194	109	0	41	133	88
Transporte	117	24	32	27	13	50	8	355
Consulta con médico tradicional	474	20	415	238	0	200	86	160
Receta de médico tradicional	403	0	82	97	0	0	20	0
Automedicación	99	44	42	198	69	33	105	62
Hospitalización	400	0	750	0	0	0	514	0
Operación	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	594	427	412	306	100	136	237	205

Es interesante ver cómo en la mayoría de los casos (excepto en las regiones del Istmo, Chinanteca y Maya) el costo promedio de los medicamentos recetados por el médico fueron mayores que el costo de la consulta. Llama la atención que el pago de honorarios para el médico tradicional fue el mismo de las mujeres de los Altos de Chiapas, de la región Mazahua-otomí, de la Costa y Sierra Sur y de Zongolica. En cuanto a los costos por hospitalización, sólo se presentaron gastos por este concepto en las regiones Huasteca, Altos de Chiapas y Maya.

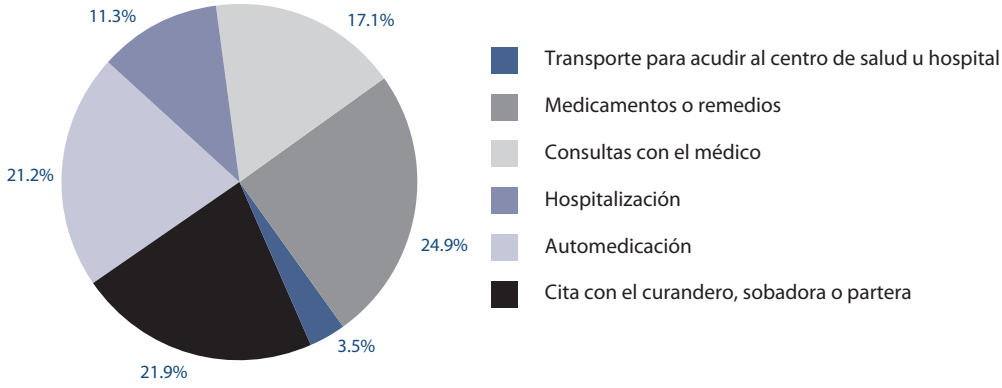
Se estima que en general las usuarias de servicios de salud y sus hogares gastaron un total de 3 130 876 pesos para la atención de las lesiones ocasionadas por el maltrato de su pareja, siendo el gasto promedio por lesionada de 322 pesos (cuadros 6.4 y 6.6). Como se muestra en la figura 6.3, el rubro 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 usó para el pago de transporte. Como era de esperarse, por las características de la población, la proporción del gasto en automedicación es relativamente elevado.

Si se analiza el gasto total por regiones, se observa un comportamiento diferencial por componente de gasto analizado (cuadro 6.7). En cuanto a gastos totales, la región que más gastó en la atención de las lesiones ocasionadas por la violencia de pareja fue la Maya (835 302 pesos). Le siguieron la región Mazahua-otomí (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 (7 014 pesos). En los Altos de Chiapas el gasto por concepto de consultas con el médico tradicional y los medicamentos recetados por éste fueron los que tuvieron un mayor peso, seguido de la automedicación y las consultas y medicamentos prescritos por el médico. En la región del Istmo las consultas y los medicamentos recetados por el médico fueron los componentes de gasto más importantes; le siguieron la automedicación y las consultas y medicamentos recetados por un médico tradicional. Las regiones Huasteca, Mazahua-otomí, Maya, Chinanteca y Zongolica presentan un comportamiento similar a la región del Istmo. La Costa y Sierra Sur presenta un comportamiento similar a los Altos de Chiapas, en donde las consultas con el médico tradicional y los medicamentos recetados por éste fueron los que tuvieron un mayor peso, seguido de la automedicación y las consultas y medicamentos recetados por el médico.

■ **Cuadro 6.6** Gasto total asociado con consecuencias en la salud de mujeres con lesiones por violencia de pareja 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

Figura 6.3 Gasto total en atención de lesiones por violencia de pareja. México, ENVIM 2006



Cuadro 6.7
Gasto total por región, asociado con consecuencias en salud de mujeres con lesiones por violencia de pareja en los últimos 12 meses (cifras en pesos)

Tipo de gasto	Los Altos de Chiapas	Istmo	Huasteca	Mazahua-otomí	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

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 (figura 6.4). En el caso de la violencia severa, el comportamiento de sus diferentes componentes es similar al del gasto total (figura 6.5).

Figura 6.4 Gasto total en atención de lesiones por violencia no severa de pareja. México, ENVIM 2006

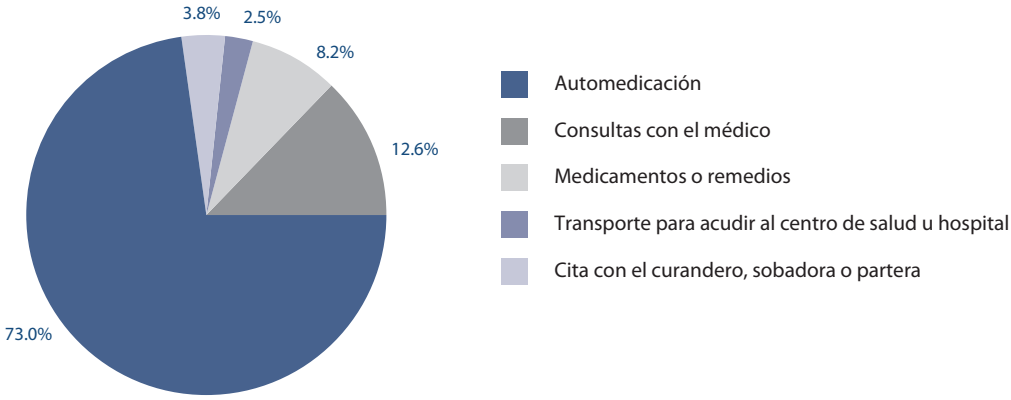
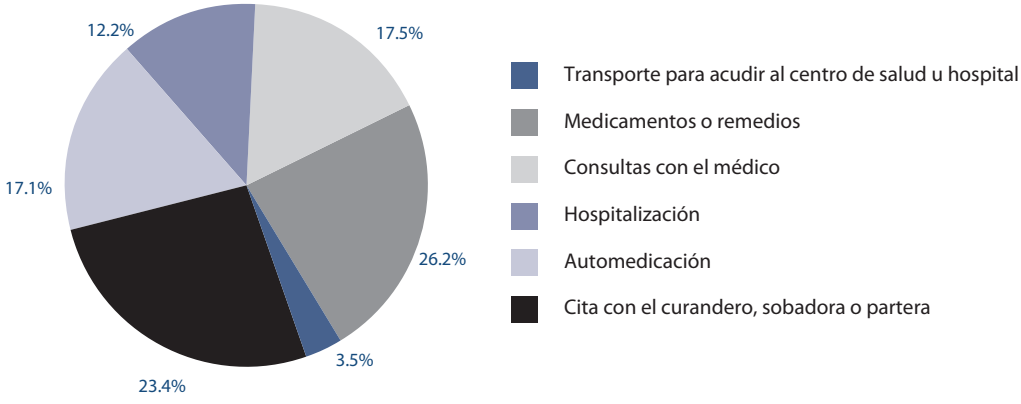


Figura 6.5 Gasto total en atención de lesiones por violencia severa de pareja. México, ENVIM 2006



Violencia y actividad productiva

Además del gasto que las mujeres y sus hogares realizan para atender sus lesiones, 4.3% de las mujeres maltratadas que estaban trabajando al momento de la entrevista señaló haber perdido su trabajo como consecuencia de la violencia de pareja (cuadro 6.8).

En cuanto al ausentismo laboral, 15% de las mujeres que reportaron sufrir violencia de pareja y trabajar fuera del hogar, refirió haber faltado a su trabajo, con 6.9 días como promedio. Cerca de 20% de estas mujeres reportó haber faltado un día, 32.7% de dos a tres días, 14.9% de cuatro a seis días y 32.7% seis y más días. El valor mínimo fue de un día y el máximo de 30 días (cuadros 6.9 y 6.10).

Cuadro 6.8 Tipo de violencia, según número de mujeres agredidas que por maltrato perdió su trabajo

	Violencia no severa N	%	Violencia severa N	%
Perdieron su trabajo	0	0	1 223	4.3

N=28 471

Cuadro 6.9 Tipo de violencia, según número de mujeres que en los últimos 12 meses perdieron su trabajo por violencia de pareja

Faltaron a su trabajo	Violencia no severa N	%	Violencia severa N	%	Total N	%
Sí	279	6.23	4 199	93.77	4 478	15
No	10 107	39.88	15 239	60.12	25 346	85
Total	10 386	34.82	19 438	65.18	29 824	100

Cuadro 6.10 Días laborales perdidos por violencia de pareja

Día(s) que faltó al trabajo	Violencia no severa N	%	Violencia severa N	%	Total N	%
1	383	8.55	499	11.14	882	19.70
2	79	1.76	674	15.05	753	16.82
3			710	15.86	710	15.86
4			210	4.69	210	4.69
5			457	10.21	457	10.21
6			100	2.23	100	2.23
7			241	5.38	241	5.38
8			95	2.12	95	2.12
10 o más			1 030	23.00	1 030	23.00
Total	**462**	10.32	4 016	89.68	4 478	100.00
Promedio del número de días perdidos	1.17		7.57		6.91	
Mediana del número de días perdidos	1		4		3	

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 días que faltaron a su trabajo fue mayor en 2.1 días.

Violencia y consumo de alcohol y drogas

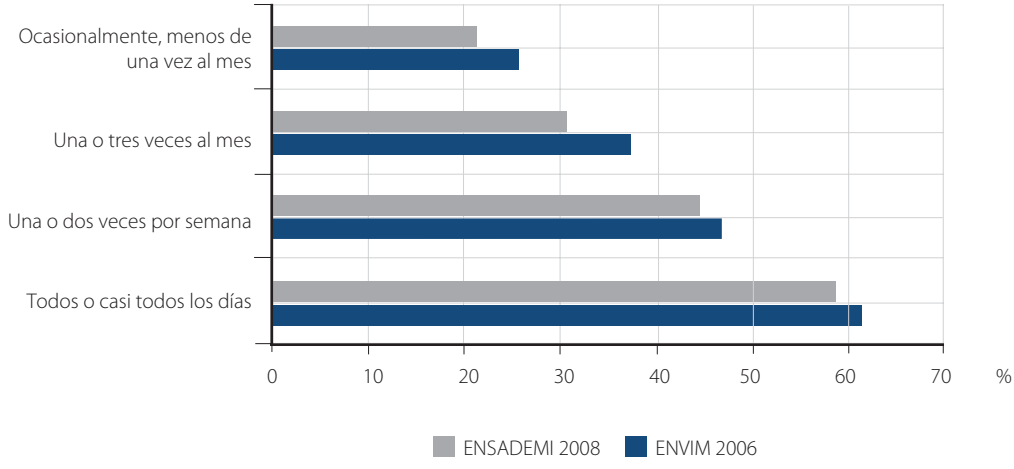
Como se ha establecido en otros estudios,[3,4] existe una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y drogas con la violencia de pareja. En la figura 6.6 puede observarse un claro gradiente en el que a medida que aumenta la frecuencia en el consumo del alcohol por parte de la pareja, lo hace también la proporción de mujeres agredidas.

El 21.2% de las mujeres que señalaron que su pareja consumía alcohol ocasionalmente fueron maltratadas. En las que señalaron que él tomaba todos o casi todos los días la frecuencia de violencia fue de 58.7%. De manera general, 42.7% de las agresiones reportadas ocurrieron cuando la pareja (novio, esposo o compañero) estaba bajo los efectos del alcohol y 1.7% cuando estaba bajo los efectos de alguna droga. Es importante señalar que 1.27% las mujeres maltratadas refirió que sus parejas habían consumido simultáneamente drogas y alcohol al momento de la agresión. Si se analiza por severidad de violencia, se puede ver que la proporción de hombres que consumen alcohol con mayor frecuencia es más alta en las mujeres con violencia severa. Es pertinente hacer notar que fueron las entrevistadas quienes refirieron el consumo de alcohol y drogas de sus parejas (cuadro 6.11).

Al comparar los resultados con la ENVIM 2006 se observa que la proporción de mujeres maltratadas por su pareja es mayor para todas las frecuencias de consumo de alcohol. (figura 6.6).

Los resultados por regiones señalan que el comportamiento es similar (figura 6.7): en prácticamente todas las regiones analizadas se observa el mismo gradiente en el que a medida que aumenta la frecuencia en el consumo del alcohol de la pareja, lo hace también la proporción de mujeres agredidas. Destacan las regiones del Istmo y Chinanteca donde la presencia de lesiones es relativamente mayor conforme aumenta la frecuencia en el consumo de alcohol. Sólo la región Mazahua-otomí presenta un comportamiento distinto, la presencia de violencia cuando la pareja consume alcohol todos o casi todos los días es menor que en las demás regiones.

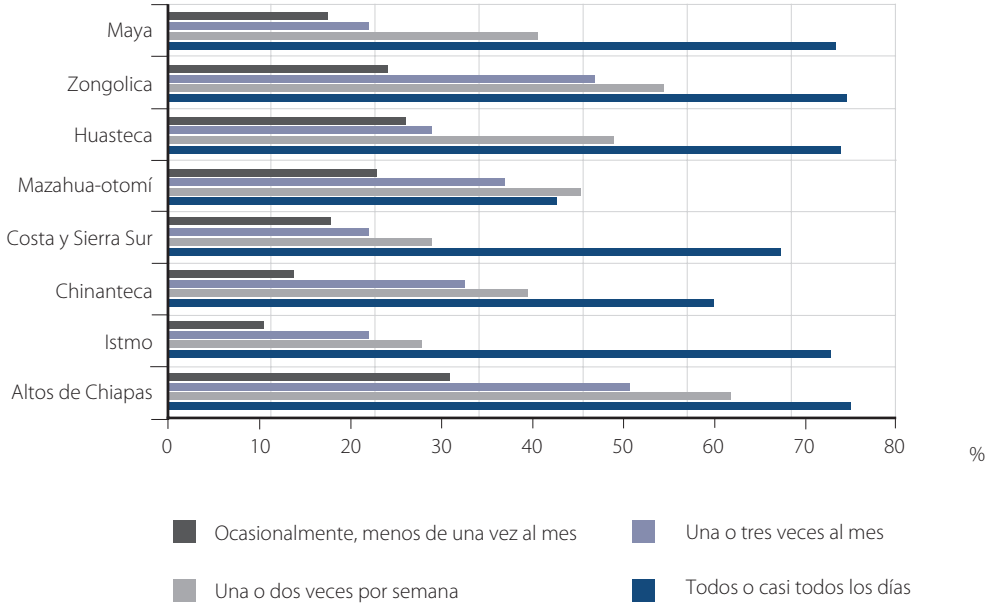
Figura 6.6 Consumo de alcohol y violencia de pareja en el último año



Cuadro 6.11 Maltrato por novio, esposo o compañero bajo efectos de alcohol o drogas

	Sí		No		No sabe/ no responde		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Alcohol							65 850	
Violencia no severa	14 181	35.51	15 658	39.21	10 093	25.28	39 932	60.64
Violencia severa	13 939	53.78	5 482	21.15	6 497	25.07	25 918	39.36
Drogas							65 850	
Violencia no severa	729	1.83	28 548	71.49	10 655	26.68	39 932	60.64
Violencia severa	378	1.46	18 533	71.51	7 007	27.03	25 918	39.36

Figura 6.7 Consumo de alcohol y violencia de pareja en el último año por región.



Conclusiones

La violencia de pareja trae consigo diversas repercusiones en la salud de las mujeres, además de sus efectos en la salud emocional.[5,6] Los resultados de este estudio, de manera similar a la reportada en la literatura,[7] documentan que la violencia tiene diversos efectos en la salud física de las mujeres. Se encontró que aproximadamente una de cada tres 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 una de cada tres mujeres lesionadas usó los servicios de salud, y esta utilización de servicios estuvo relacionada con la severidad de las mismas.

Los resultados sobre consumo de alcohol y violencia también coinciden con lo reportado por la literatura internacional:[6] el consumo frecuente del alcohol por parte de la pareja constituye un factor de riesgo para que la mujer sea agredida, particularmente para que esta violencia sea severa.

Si bien las consecuencias de la violencia de pareja en la salud emocional y física de las mujeres están ya documentadas internacional y nacionalmente, se sabe poco de otras repercusiones que la violencia tiene para la sociedad. En términos económicos, estas pérdidas son llamadas costos debido a que son recursos que como sociedad perdemos por el problema de la violencia. Estos costos se dice que son directos cuando hacen referencia al desembolso o gasto que los hogares realizan para la atención de las lesiones por concepto de pagos de honorarios médicos o curanderos, sobadores, medicamentos, entre otros; y se llaman costos indirectos cuando se refieren a la pérdida de días productivos por ausentismo, incapacidad temporal o permanente, y en casos extremos la muerte; estos días laborales perdidos se traducen en ingreso que como sociedad perdemos por este problema.[8-11]

Existen también otros tipos de costos aún más difíciles de medir y que generalmente no se contabilizan, como los costos intangibles, los cuales hacen referencia al dolor y a hogares destrozados por la muerte de una mujer, el dolor crónico, el sufrimiento, el miedo, la depresión, los intentos de suicidio, la pérdida de oportunidades para lograr las propias metas y la pérdida de la autoestima, los cuales sin duda constituyen pérdidas sociales tan o más importantes que los otros costos.

También tenemos los costos de transmisión, que incluyen los efectos multiplicadores de la violencia de pareja hacia el futuro: la violencia de pareja podría convertirse en un modelo de resolución de conflictos que se replica en la vida adulta de aquellos niños que la vivieron durante la infancia en sus hogares. Cuando los niños son víctimas o testigos tienden a repetir esas conductas en su vida adulta.[8] Se ha documentado también que los niños que presencian el abuso de la madre tienen un rendimiento escolar deficiente, que limita sus posibilidades futuras de inserción en el mercado laboral y que limita, por lo tanto, el desarrollo regional.[5]

Finalmente, dada la complejidad del tema y la escasa información que hay en la actualidad para México y en particular para este grupo de mujeres, resulta necesario llevar a cabo investigaciones que permitan considerar estas otras repercusiones, así como dimensionar de manera más amplia y precisa la carga económica que representa la violencia de pareja para el sistema de salud y para la sociedad.

Referencias

1. Híjar M, Ávila L, Valdez R. ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? Salud Mental 2006;9(6):58-64.
2. Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C, Salgado-de-Synder VN, Agoff C, Ávila-Burgos L, Híjar M. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. Salud Publica Mex 2006;48(supl 2):S250-S258.
3. Natera G, Tiburcio M, Villatoro J. Marital violence and its relationship to excessive drinking in Mexico. Contemporary Drug Problems 1997;24:787-804.
4. Ramos-Lira L. Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. Libber Addictus 2001;50:27-31.
5. McCauley J, Kern D, Kolodner K, Derogatis L, Bass E. Relation of Low-severeity violence to women's health. J Gen Intern Med 1998;13:687-691.
6. Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe LH, Balduf LM, Bloomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. J Trauma 2005;58(1):22-9.
7. Híjar M, Ávila L, Valdez R. ¿Cuando utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? Salud Mental 2006;9(6):58-64.
8. Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, Basu S, Rehwinkel JA, Butchart A. The economic dimensions of interpersonal violence. Department of Injuries and Violence Prevention, World Health Organization, Geneva, 2004.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Costs of intimate partner violence against women in the United States. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, 2003.
10. Tennessee General Assembly: Tennessee Economic Council on Women. The impact of domestic violence on the Tennessee economy. January, 2006.
11. Laing L, Bobic N. Economic costs of domestic violence. Literature Review. Sydney, Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse, 2002.
12. Buvinic M, Morrison A, Shifter M. La violencia en las Américas: marco de acción. En: Morrison A, Biehl L, eds. El Costo del Silencio. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=926677. Consultado: 1 agosto 2008.

Capítulo 7

Respuesta del personal de salud ante la demanda de las mujeres maltratadas

Rosario Valdez-Santiago
Mariana Mojarro-Íñiguez
Mariana González-Focke

Las lesiones físicas y emocionales producto de la violencia doméstica constituyen un motivo de demanda de atención en los diferentes servicios de salud por parte de las mujeres maltratadas. Según estudios realizados en Estados Unidos[1,2] las mujeres maltratadas representan de 14 a 28% de las que se atienden en las clínicas de primer nivel de atención, de 4 a 17% de las que se atienden en clínicas de atención prenatal y aproximadamente 30% de las que se presentan lastimadas en salas de urgencias.[3]

Desde los inicios del estudio de la violencia contra las mujeres, a partir de la perspectiva de la salud pública,[4] se consideró que el papel del equipo de salud es 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 países desarrollados como Canadá y Estados Unidos se han instrumentado modelos de capacitación especializados para el personal de salud; también existen protocolos para la identificación de mujeres maltratadas en los diferentes niveles de atención a la salud además se han establecido políticas públicas para garantizar que las mujeres maltratadas sean oportunamente identificadas y, en consecuencia, se les brinde la atención requerida.[5,6]

Sin embargo, algunos estudios demuestran que incluso en estas condiciones –que podríamos denominar "óptimas", si las comparamos con nuestra realidad nacional–, no se garantiza que el sector médico se involucre. Por ejemplo, en una encuesta realizada por el Fondo para la Prevención de la Violencia Familiar en las salas de emergencia del estado de California durante 1993[7] se demostró que sólo se identifica a 5% de las víctimas de la violencia doméstica en los registros hospitalarios. Entre las razones más frecuentes para que esto suceda se encuentran: a) la falta de capacitación por parte del personal de salud; b) las limitaciones del tiempo; c) la renuencia del personal de salud a enfrentar de manera directa la violencia sufrida por las mujeres golpeadas.

Esta situación se recrudece en países de América Latina. Ha sido reciente tanto la investigación en la materia, como la normatividad que define y regula la participación del sector salud como órgano rector en la respuesta a las necesidades de atención y apoyo a las mujeres maltratadas. La Organización Panamericana de la Salud reporta que en la mayor parte de los países de la región de las Américas, los médicos y las enfermeras rara

vez preguntan a las mujeres si han sido maltratadas, aun cuando observan signos obvios de violencia.[8,9]

Las intervenciones existentes se han concentrado en sensibilizar a los prestadores de servicios de salud y alentar la detección sistemática del maltrato, estableciendo protocolos para el tratamiento adecuado. Varios países latinoamericanos han incorporado normas para abordar la violencia doméstica en las políticas del sector de la salud.[8] Éste es el caso de México, que desde 1999 promovió una Norma Oficial Mexicana para la Atención Médica de la Violencia Familiar (NOM-190), la cual establece que todas las instituciones, dependencias y organizaciones del Sistema Nacional de Salud que prestan atención médica deberán otorgar atención a las y los usuarios que se encuentran en situación de violencia familiar.[9]

El Programa de Violencia Familiar incluye la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través del tratamiento, rehabilitación o referencia a instancias especializadas, información de medidas médicas alternativas si el caso lo requiere y, cuando sea solicitado y las condiciones lo permitan, la promoción y restauración de la salud de los probables agresores.

La detección activa del maltrato –preguntar a las pacientes sobre posibles antecedentes de violencia por parte de la pareja o compañero– en general se considera una práctica adecuada en este campo y varios estudios revelan reiteradamente que las mujeres aceptan que se les pregunte sobre la violencia desde una posición de respeto y empatía.[8]

En México, existen dos estudios que han explorado la utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres lesionadas producto del maltrato. Ambos son encuestas con representatividad nacional, que utilizaron la misma metodología y el mismo instrumento, pero desafortunadamente la población indígena está subrepresentada. El primero, se realizó con los datos de la ENVIM 2003. El estudio reportó que del total de las mujeres maltratadas (21%), de las cuales 23% sufrió algún tipo de lesión física y de éstas sólo una tercera parte demandó atención a servicios de salud formal por ese motivo. La utilización de servicios de salud por mujeres lesionadas como consecuencia de violencia de pareja es baja y en la mayoría de los casos está supeditada a la gravedad de las lesiones físicas ocasionadas. Cabe resaltar que se exploró las razones por las cuales las mujeres maltratadas no reportaron sus lesiones ante el personal que las atendió, éstas fueron: a) la falta confianza en el personal de salud (51%); b) la vergüenza de sufrir el maltrato (30%); c) no le hacen caso (5%); otros (14%).[11]

El segundo estudio, la ENVIM 2008, reportó la prevalencia de violencia de pareja de 33.28% de las cuales 3 de cada 10 (29.02% *n*=24 319) sufrieron alguna lesión y de éstas sólo una tercera parte hizo uso de servicios de salud, ya sea formales o no.[12]

Por todo lo anterior, en la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI) se consideró de sustancial importancia incorporar una serie de preguntas que nos permiten conocer cómo responde el sector salud ante la demanda de atención de las mujeres. Se exploró en dos direcciones: primero, si el personal de salud les pregunta directamente sobre el maltrato, tal como lo establece la Norma Oficial Mexicana, y segundo, si ellas reportan el maltrato y de no hacerlo, se les preguntó por qué no.

En la ENSADEMI, 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 7.1).

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 (figura 7.2). Como ya mencionamos, de acuerdo con la NOM-190 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 resolutiva, a fin de lograr precisión diagnóstica, continuidad en el tratamiento, rehabilitación, así como apoyos legal y psicológico para los cuales estén facultados.[9]

Figura 7.1 Personal de salud que pregunta a la mujer si sufre o no de violencia de pareja

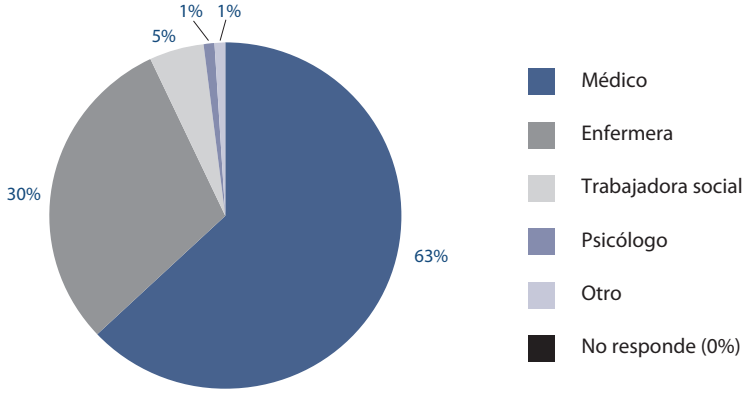
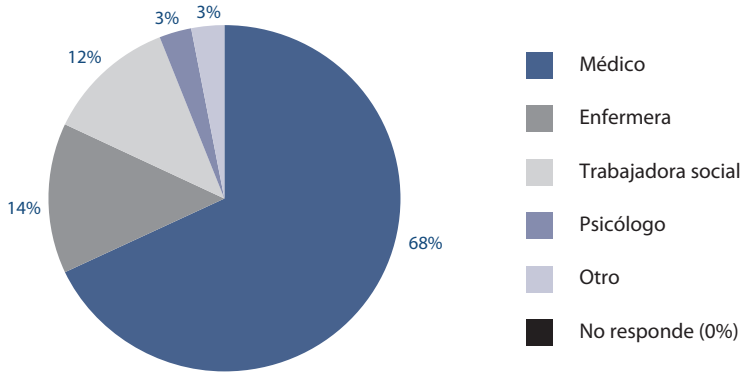


Figura 7.2 Personal de salud que a partir de la atención indica a la mujer que se encuentra en una relación de maltrato



En el caso de la ENSADEMI, 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 de señalar es que únicamente 9% respondió que fue canalizada a un servicio especializado en atención a la violencia.

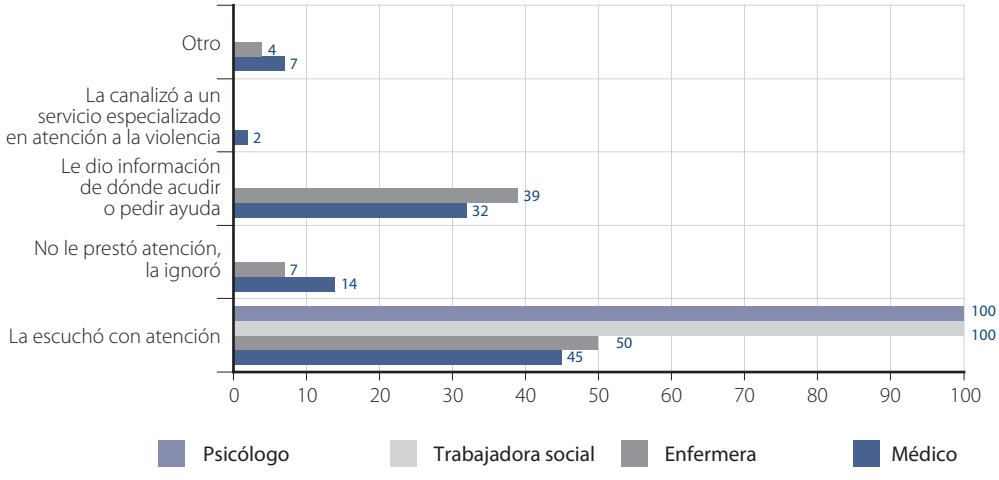
A partir de lo reportado en encuestas previas, se sabe que la mujer no habla de su situación de violencia con el personal de salud debido a que no se siente en confianza porque le da vergüenza, o porque considera que es un hecho privado.[10,11] Por este motivo se consideró importante saber si las mujeres entrevistadas le notifican al personal del centro de salud sobre el maltrato. Se encontró que 88% de las mujeres que reportó algún tipo de maltrato no se lo dijo a nadie, 8% se lo dijo al médico, 4% a la enfermera, 1% a la trabajadora social y menos de 1% al psicólogo.*

Lamentablemente, en la mayoría de los casos sólo las escucharon con atención, y sólo los médicos y las enfermeras (en menor proporción), les brindaron información sobre dónde acudir a pedir ayuda. Todavía es frecuente que no les presten atención o que las ignoren. El personal de salud debe de considerar, para poder brindar una mejor atención, que es fundamental una actitud de respeto a hacia las mujeres con las que traten (figura 7.3).

Reflexiones finales

La ENSADEMI 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

Figura 7.3 Información que brinda el personal de salud a las mujeres que sufren de violencia de pareja



de salud en materia de violencia familiar todavía son insuficientes. Las mujeres maltratadas siguen siendo doblemente victimizadas, tanto por la violencia de pareja, como por las instituciones a las que acuden. Continúan guardando silencio porque no sienten la confianza con el personal de salud para revelar lo que viven, lo que implica que no consideran eficaz la ayuda de médicos y enfermeras, para resolver su problema. Esto se agudiza cuando el personal de salud no promueve los programas especializados en violencia, dentro de los mismos hospitales a los que las mujeres acuden para recibir otro tipo de servicios.*

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. Por lo que habría que replantear la fórmula de promoción de estos servicios.

Esta situación muestra que los esfuerzos institucionales deben redoblarse y propiciar una mejor comunicación entre el personal de salud y las mujeres maltratadas que llegan a sus servicios. Por lo que 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 irá generando un ambiente de mayor confianza en las mujeres maltratadas.

Por último, no podemos soslayar la necesidad de legitimar la política pública en materia de violencia familiar al interior de la estructura de la propia Secretaría de Salud, en todos sus niveles, federal, estatal y jurisdiccional, ya que como se mencionó anteriormente existen barreras dentro de la misma que no permiten prestar los servicios sensibles y adecuados que las mujeres o cualquier miembro de la familia requiere en caso de sufrir de algún tipo de violencia familiar.

* Esta situación se pudo observar en varias unidades que contaban con módulos especializados en la atención a la violencia familiar. Por un lado, las mujeres no sabían que existía este tipo de servicio; por otro lado, los médicos de la propia unidad se resistían a referir a las mujeres maltratadas que detectaban en los servicios, tanto de emergencias como ambulatorios.

Referencias

1. Rodríguez M, Szkupinskin S, Bauer HM. Breaking the silence. Battered women´s perspectives on medical care. Arch Fam Med 1996;5:153-158.
2. Bowker LH, Maurer L. The medical treatment of battered wives. Women & Health 1987;12(1):25-45.
3. McLeer S, Anwar R. A study of battered women presenting in an emergency department, Am J Public Health 1989;79:65-66.
4. Friedman KO. The image of battered women. Am J Public Health 1977;67:722-723.
5. Council on Scientific Affairs. Violence against Women: Relevance for medical practitioners. JAMA 1992;267(23):3190-3193.
6. Ferris L. Canadian Family Physicians and General Practitioners' Perceptions of Their Effectiveness in Identifying and Treating Wife Abuse. Medical Care 1994;32(12):1163-1172.
7. Family Violence Project. An Informational Packet for Health Professionals. San Francisco, California, 1993.
8. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.
9. Norma Oficial Mexicana, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención medica de la violencia familiar (NOM-190-SSA1-1999). Secretaría de Salud, 2000.
10. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2003.
11. Hijar M, Ávila L, Valdez R.¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia de pareja? Salud Mental 2006;29(6): FLATAN PÁGINAS
12. Ávila Leticia; Rivera Leonor; Palma Oswaldo. Consecuencias de la violencia en la vida de pareja en: Violencia contra las mujeres, un reto para la Salud Pública en México. Informe Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres. INSP, México, 2004.

Capítulo 8

Violencia conyugal y búsqueda de apoyo por las autoridades

Soledad González-Montes
Mariana Mojarro-Íñiguez
Rosario Valdez-Santiago

Varios estudios de caso realizados en comunidades indígenas y rurales del país han encontrado que una parte de las mujeres que sufren violencia se presentan ante las diferentes instancias de impartición de justicia que existen en su región a fin de que las autoridades intervengan para poner un alto al maltrato, para lograr la reparación de los daños que les han causado, el castigo a los culpables y mejores condiciones en la convivencia cotidiana. Estas investigaciones revelan que las autoridades generalmente están más preocupadas por que las partes lleguen a un acuerdo conciliatorio que por garantizar los derechos de las mujeres y su seguridad e integridad física. En este sentido, han documentado las formas en que las autoridades minimizan los problemas presentados por las mujeres y las instan a subordinarse a maridos maltratadores a fin de que cumplan con las obligaciones de la "buena esposa".[1-4] ¿Estos estudios reflejan condiciones locales y regionales particulares, o se trata de tendencias más amplias? ¿Cuál es la situación en diversas regiones?

Se considera que éstas son preguntas importantes, pues no sólo las instituciones de salud deben involucrarse con el problema de la violencia doméstica, también es crucial que el sistema de impartición de justicia de apoyo a las mujeres cuando ellas se presentan a demandar a quienes las han maltratado. Por esta razón, Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI) incluye una sección cuyo objetivo es conocer en qué medida las mujeres que han sufrido violencia conyugal han acudido a las autoridades para denunciarla, a qué instancias institucionales acudieron y cuál es la respuesta que recibieron. Adicionalmente, una pregunta de esta sección explora las razones que dan las mujeres para no presentarse ante las autoridades, aun cuando fueron objeto de violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses.

Denuncias de mujeres que declararon violencia de pareja actual

A las mujeres que reconocieron haber sufrido alguna forma de violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses se les aplicó la sección sobre denuncia ante las autoridades.* Más de la mitad (55.07%) respondió que no, pero cerca de 1 de cada 3 (30.43%) contestó que sí se presentó ante alguna autoridad, y una parte no especificó si denunció o no (14.5%).

Ésta es la distribución para el conjunto de las ocho regiones, pero de una región a otra hay una considerable variación en los porcentajes de mujeres que denunciaron: la prevalencia más alta de denuncias tuvo lugar en la Huasteca, donde 39.66% de las mujeres que declararon violencia conyugal recurrió a alguna autoridad, mientras que la prevalencia más baja tuvo lugar en la Chinanteca, donde sólo 12.86% de las mujeres maltratadas denunció a su pareja.

Cabe señalar que las cuatro regiones que tienen las prevalencias más altas de violencia conyugal son las que también tienen las prevalencias más elevadas de denuncias: la Huasteca (39.66%), la Mazahua-otomí (38.24%), la Zongolica (36.72%) y los Altos de Chiapas (34.78%) (cuadro 8.1). El caso de los Altos de Chiapas destaca porque aun cuando tiene la prevalencia más elevada de severidad de violencia física por parte de la pareja actual, ocupa el cuarto lugar en porcentaje de denuncias.

Si se toma en cuenta la condición de habla, las mujeres maltratadas que sólo hablan una lengua indígena son quienes menos denuncian: 1 de cada 4 denunció, mientras que entre las bilingües 1 de cada 3 lo hizo, y un poco menos (28.38%) en el caso de las que sólo hablan español.

¿Por qué no denunciaron?

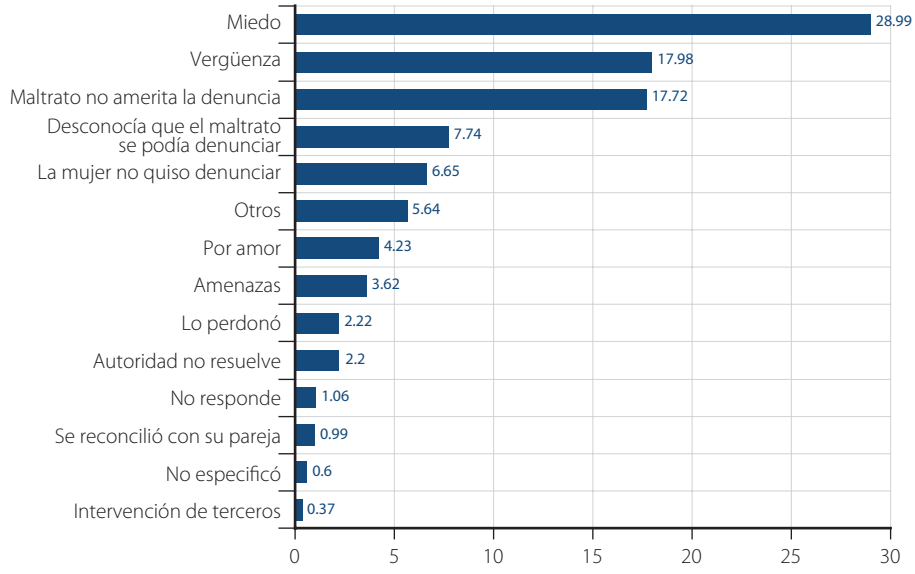
Para el conjunto de las ocho regiones, el miedo es la principal razón por la que mujeres que han sufrido alguna forma de violencia de su pareja actual no la denunciaron (28.99%), seguido por la vergüenza (17.98%), la idea de que el maltrato recibido no amerita efectuar una denuncia (17.72%), el desconocimiento de que el maltrato se puede denunciar (7.74%), y el hecho de que la entrevistada no quiso denunciar a su marido (6.65%). Una parte de las encuestadas no denunció porque se reconcilió con su pareja, hubo intervención de terceros o ella lo perdonó (figura 8.1).

Las regiones en las que el miedo es la principal causa de no denuncia son la Costa y Sierra Sur de Oaxaca (56.39%), la Zongolica (50.50%), la Huasteca (37.5%) y los Altos de Chiapas (36.07%). El Istmo es la región donde el miedo tiene menos peso como razón por la cual no se denunció el maltrato recibido (13.64%).

---

* Nota: la mayoría de las mujeres que contestó esta sección reportó que sufrió violencia física y/o sexual por parte de su pareja y una minoría reportó otras formas de violencia, de su pareja o de otra persona, alguna vez en su vida.

Figura 8.1 Distribución porcentual de los motivos por los cuales las mujeres no denunciaron a su pareja



La vergüenza es la primera causa de no denuncia en la región Mazahua-otomí (29.14%) y también tiene un peso considerable en la Huasteca (25%). En la región Maya tiene cierto peso (16.16%), al igual que en la Zongolica (15.06%), pero en las otras cuatro regiones la vergüenza tiene poca importancia como razón para no denunciar.

En el Istmo y la Chinanteca la primera razón por la que las mujeres maltratadas no denuncian es porque no consideran que el maltrato amerita una denuncia (54.55 y 35%, respectivamente). Bajo la categoría de "el maltrato no amerita denuncia" agrupamos todas las respuestas en las que las encuestadas dicen que el maltrato consistió de "una discusión no fuerte", "ocurrió de vez en cuando" o "sólo una vez", "no fue grave", o "no le da importancia".

¿Ante qué autoridades se presentaron las denuncias?

Estudios acerca de la impartición de justicia en diversas comunidades indígenas sugieren que el tipo de autoridades ante las cuales las mujeres presentan sus denuncias depende en gran medida de la naturaleza del delito cometido contra ellas, así como de la competencia de las autoridades facultadas por la legislación para atenderlos.[5-7] En términos generales, la justicia se imparte en tres niveles: en el nivel de la comunidad local los agentes municipales están facultados para atender casos de delitos no graves; en la cabecera municipal el juez o jueces de paz y conciliación conoce(n) los casos de conflictos menores pero debe(n) remitir los casos de lesiones graves (que tardan más de 15 días en sanar), las violaciones y los homicidios, al ministerio público o al Juzgado de Primera Instancia, en la cabecera del distrito judicial, donde se atienden varios municipios.

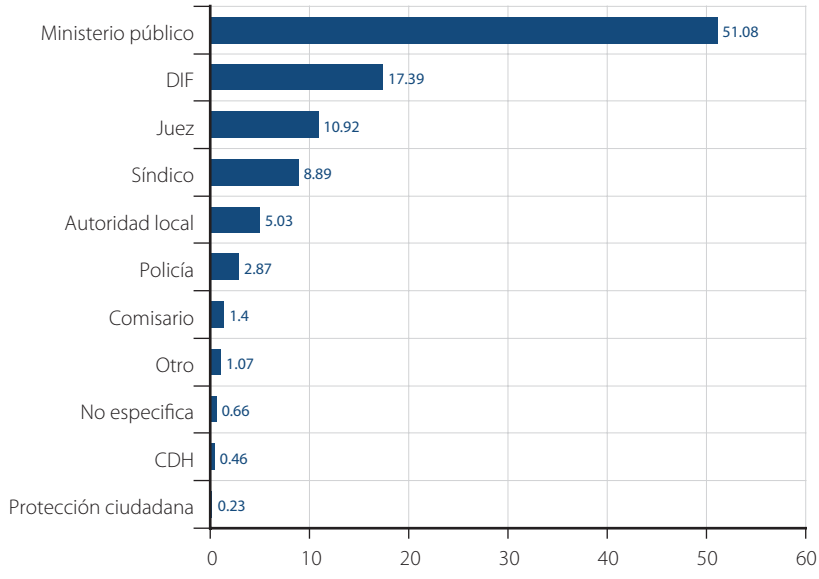
Para el conjunto de las ocho regiones la autoridad a la que más mujeres acudieron a denunciar al marido es el ministerio público (51.08%), en segundo lugar el DIF * (17.39%), en tercero el juez (10.92%), luego el síndico (8.89%) y otras autoridades locales (5.03%) (figura 8.2). Estas tendencias generales presentan una gran variabilidad regional (cuadro 8.1).

En todas las regiones, excepto en la Maya y la Huasteca, más de la mitad de las mujeres maltratadas que denunciaron al marido acudieron al ministerio público. En estas dos regiones la proporción es menor, pues 1 de cada 4 y 1 de cada 5 mujeres, respectivamente, acudieron al juez.

El DIF tiene importancia como lugar al que se dirigen las mujeres maltratadas en cinco regiones: en la Mazahua-otomí, casi un tercio acudió al DIF, mientras en la Chinanteca, Zongolica y la Huasteca alrededor de 1 de cada 5 de las que refirieron haber buscado apoyo institucional recurrieron a esta institución. Por el contrario, en los Altos de Chiapas, la Costa y Sierra Sur de Oaxaca y la región Maya ninguna mujer mencionó al DIF.

En los Altos de Chiapas tienen importancia las autoridades locales, a las cuales acudió una quinta parte de las mujeres que denunciaron a sus maridos. En la Costa y Sierra Sur de Oaxaca, casi 40% de las mujeres se dirigió al síndico.

Figura 8.2 Distribución porcentual de autoridades e instancias institucionales a las que acudieron las mujeres que denunciaron a su pareja



* Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF). Tiene presencia en 1 500 de los 2 414 municipios mexicanos. Está dedicado a promover y prestar servicios de asistencia social y a apoyar el desarrollo de la familia y la comunidad. Entre sus atribuciones figura prestar servicios de asistencia jurídica y de asistencia social a menores, ancianos, discapacitados y en general a personas sin recursos. Atiende a familias, grupos y personas en situación de vulnerabilidad.

Cuadro 8.1 Distribución porcentual de las mujeres que reportaron denuncias por maltrato, según región

Características	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Denunció a su marido o pareja																		
No	1 647	53.04	1 056	78.57	840	85.71	876	85.54	5 326	45.54	2 400	41.37	1 414	45.58	7 835	66.39	21 394	55.06
Sí	1 080	34.78	288	21.42	126	12.85	148	14.45	4 472	38.24	2 300	39.65	1 139	36.71	2 267	19.21	11 820	30.42
No especificó	378	12.17	0	0	14	1.42	0	0	1 896	16.21	1 100	18.96	549	17.69	1 698	14.38	5 635	14.50
¿Por qué no lo denunció?																		
Maltrato no amerita la denuncia	135	8.19	576	54.54	294	35.00	56	6.39	863	16.20	300	12.50	111	7.85	1 456	18.58	3791	17.72
Autoridad no resuelve	54	3.27	0	0	42	5.00	0	0	170	3.19	100	4.16	105	7.42	0	0.00	471	2.20
Por amor	54	3.27	24	2.27	0	0	30	3.42	175	3.28	200	8.33	54	3.81	368	4.69	905	4.23
Lo perdonó	27	1.63	0	0	0	0	0	0	175	3.28	100	4.16	0	0	173	2.20	475	2.22
Se reconcilió con su pareja	108	6.55	48	4.54	0	0	0	0	0	0	0	0	55	3.88	0	0	211	0.98
Interventervención de terceros	27	1.63	24	2.27	0	0	29	3.31	0	0	0	0	0	0	0	0	80	0.37
La mujer no quiso denunciar	0	0	24	2.27	0	0	0	0.00	340	6.38	0	0	0	0	1 058	13.50	1 422	6.64
Otros	162	9.83	72	6.81	70	8.33	59	6.73	170	3.19	100	4.16	54	3.81	519	6.62	1 206	5.63
Miedo	594	36.06	144	13.63	238	28.33	494	56.39	1 196	22.45	900	37.50	714	50.49	1 922	24.53	6 202	28.98
Vergüenza	81	4.91	48	4.54	28	3.33	59	6.73	1 552	29.14	600	25.00	213	15.06	1 266	16.15	3 847	17.98
Amenazas	81	4.91	0	0	56	6.66	0	0	345	6.47	0	0	108	7.63	185	2.36	775	3.62
Desconocía que el maltrato se podía denunciar	324	19.67	72	6.81	84	10.00	120	13.69	340	6.38	0	0	0	0	715	9.12	1 655	7.73
No responde	0	0	24	2.27	0	0	29	3.31	0	0	0	0	0	0	173	2.20	226	1.05
No especificó	0	0	0	0	28	3.33	0	0	0	0	100	4.16	0	0	0	0	128	0.59
¿Con qué autoridad lo denunció?																		
Autoridad local	216	20.00	24	8.33	0	0	0	0	0	0	300	13.04	54	4.74	0	0	594	5.02
CDH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	4.74	0	0	54	0.45
Comisario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	166	7.32	166	1.40
Juez	54	5.00	24	8.33	0	0	0	0	170	3.80	500	21.73	0	0	543	23.95	1 291	10.92
Policía	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	339	14.95	339	2.86
Protección ciudadana	27	2.50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0.22
Síndico	81	7.50	24	8.33	14	11.11	58	39.18	170	3.80	200	8.69	165	14.48	339	14.95	1 051	8.89

Continúa.../

/... continuación

	Altos de Chiapas		Istmo		Chinanteca		Costa y Sierra Sur		Mazahua-otomí		Huasteca		Zongolica		Maya		Totales	
Características	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Ministerio público	621	57.50	168	58.33	84	66.66	90	60.81	2 742	61.31	800	34.78	653	57.33	880	38.81	6 038	51.08
DIF	0	0	24	8.33	28	22.22	0	0	1 390	31.08	400	17.39	213	18.70	0	0	2 055	17.38
Otro	27	2.50	0	0	0	0	0	0	0	0	100	4.34	0	0	0	0	127	1.07
No especificó	54	5.00	24	8.33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78	0.65
¿Le levantaron el acta?																		
No	702	65.00	48	16.66	42	33.33	89	60.13	873	19.52	500	21.73	274	24.05	173	7.09	2 701	22.52
Sí	378	35.00	192	66.66	84	66.66	59	39.86	3 599	80.47	1 800	78.26	865	75.94	2 094	85.81	9 071	75.63
No especificó	0	0	48	16.66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	173	7.09	221	1.84
¿Por qué no le levantaron el acta?																		
Detuvieron a la pareja por 72 hrs	27	3.84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0.99
Le negaron la atención	81	11.53	24	50.00	0	0	0	0	353	40.43	100	20.00	55	20.07	173	100.00	786	29.10
Mediación con la pareja	81	11.53	0	0	0	0	0	0	180	20.61	0	0	0	0	0	0	261	9.66
No tiene dinero para denunciar	0	0	0	0	0	0	0	0	170	19.47	0	0	54	19.70	0	0	224	8.29
Citaron a la pareja y no se presentó	0	0	0	0	0	0	30	33.70	0	0	0	0	54	19.70	0	0	84	3.11
Llegaron a un acuerdo	0	0	0	0	14	33.33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0.51
Sintió lástima por su pareja	27	3.84	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	0.99
Sobornó al ministerio público	0	0	0	0	14	33.33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0.51
Consideró la autoridad que ése no era un porblema importante	162	23.07	24	50.00	14	33.33	29	32.58	0	0	100	20.00	0	0	0	0	329	12.18
Le dijeron que arregle sus asuntos personales	324	46.15	0	0	0	0	30	33.70	0	0	0	0	0	0	0	0	354	13.10
Por falta de pruebas	0	0	0	0	0	0	0	0	170	19.47	200	40.00	57	20.80	0	0	427	15.80
Otro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	19.70	0	0	54	1.99
No especificó	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	20.00	0	0	0	0	100	3.70

¿Se levantó un acta?

Al diseñar la ENSADEMI se consideró que el hecho de que las autoridades les levantaran o no un acta a las mujeres que denuncian sería indicativo del grado de importancia que les dan a sus demandas. Otra razón para preguntar si se levantó el acta es porque esto puede sentar un precedente legal sobre los hechos sufridos, lo que podría ser valioso para la mujer que decida tomar alguna acción judicial, ya que en la mayoría de las entidades federativas el delito de violencia familiar requiere la presencia de la parte agraviada para el inicio de la averiguación previa.

Si bien el que las autoridades levanten un acta constituye un buen indicador para comenzar a explorar la respuesta de las instituciones, es necesario tomar en cuenta que la intervención de las autoridades no siempre queda plasmada en el papel. En el caso de los juzgados municipales, por lo general el juez suele levantar el acta recién cuando las partes en conflicto llegan a un acuerdo o convenio.* Antes de que se llegue al punto de los acuerdos puede haber un periodo de sucesivos intentos de las autoridades por lograr la conciliación de las partes, sin que quede constancia escrita. Para el conjunto de las ocho regiones, los resultados de la ENSADEMI muestran que a 3 de cada 4 mujeres que recurrieron a las autoridades, éstas les levantaron un acta de la denuncia. La proporción de actas levantadas es alta en todas las regiones excepto en los Altos de Chiapas (35.00%) y Costa y Sierra Sur (39.86%) (cuadro 8.1).

¿Por qué no se levantó un acta?

Las razones por las cuales las autoridades no levantaron un acta de las denuncias efectuadas por mujeres maltratadas, son las siguientes, en orden de importancia: las autoridades les negaron la atención (29.10%); falta de pruebas (15.81%); les dijeron que ellas debían arreglar sus asuntos personales (13.11%); las autoridades consideraron que el problema denunciado no era suficientemente importante como para levantar un acta (12.18%); hubo una mediación y la mujer maltratada llegó a un acuerdo con su pareja (10.18%) (figura 8.3).

Este panorama de conjunto varía de una región a otra. En los Altos de Chiapas y en la Costa y Sierra Sur de Oaxaca la principal razón es que las autoridades les dijeron a las mujeres que ellas debían arreglar sus asuntos personales y consideraron que el problema denunciado no era suficientemente importante como para levantar un acta. En el Istmo, la región Mazahua-otomí y la región Maya destaca que gran parte de las mujeres (todas en el caso de la Maya) refirió que les negaron la atención.

Los Altos de Chiapas es la única región donde hubo mujeres que dieron como uno de los motivos para que no les levantaran un acta el hecho de que las autoridades detuvieron a su pareja durante 72 horas. En la Costa y Sierra Sur de Oaxaca y en la Zongolica

---

* Éstas son las "actas de conciliación" o "actas de mutuo acuerdo".

Figura 8.3 Distribución porcentual de motivos por los cuales no se levantó un acta a las mujeres cuando se presentaron a denunciar a su pareja ante la autoridad

un conjunto de mujeres refirió que las autoridades citaron a sus maridos pero éstos no se presentaron. En las regiones Mazahua-otomí y Zongolica, una cantidad sustantiva de mujeres declaró que la razón por la que las autoridades no levantaron un acta es que ellas no tenían dinero. Por otro lado, en la Huasteca, Zongolica y Mazahua-otomí, muchas mujeres refirieron que no se levantó el acta por falta de pruebas (cuadro 7.1).

Reflexiones finales

El hecho de que cerca de un tercio de las mujeres que sufrió alguna forma de violencia conyugal en los últimos 12 meses se haya presentado ante alguna autoridad a denunciar al marido es un dato notable, teniendo en cuenta las condiciones adversas de todo tipo (socioeconómicas, control por parte de familiares, temor, falta de apoyo de las autoridades, etc.) que las mujeres deben enfrentar.* Este dato es revelador de que una parte sustantiva de las mujeres de las regiones indígenas estudiadas no permanecen pasivas ante el maltrato recibido y hacen un esfuerzo por modificar su situación, recurriendo para ello a las instituciones que existen en sus comunidades y regiones.

No obstante, es preocupante que el acceso a la justicia siga siendo difícil para las mujeres, como lo atestigua el hecho de que 2 de cada 3 mujeres que declararon sufrir alguna forma de violencia conyugal no hayan recurrido a alguna instancia de impartición de justi-

* La ENSADEMI registró un porcentaje mucho más elevado de mujeres que recurrieron a alguna autoridad que la ENDIREH 2003 (30.4 y 17%, respectivamente).[8]

cia, en su mayoría por temor, vergüenza o porque no sabían que podían hacerlo. El hecho de que el ministerio público es la institución a la que más recurren cuando sí se atreven a denunciar, habla de que una gran parte de las mujeres que denuncian está sufriendo una violencia conyugal intensa, pues el ministerio público es el encargado de atender lesiones severas. También es preocupante que las entrevistadas refieran que cuando se atreven a recurrir a las autoridades, éstas no siempre les son favorables. Por el contrario, es frecuente que les nieguen la atención, les respondan que ellas deben arreglar sus asuntos personales o no intervengan porque consideran que no se trata de un problema importante.

La información derivada de la ENSADEMI muestra que si bien en las ocho regiones estudiadas hay tendencias generales como las que se acaban de señalar, también hay diferencias intrarregionales que es necesario tomar en cuenta, como aquí se ha hecho. No sólo la prevalencia de las denuncias del maltrato conyugal varía considerablemente de una región a otra, sino también el peso y el papel que tienen las diferentes instituciones. Respecto de este último punto es particularmente indicativo el caso del DIF, pues mientras en cinco regiones una parte de las mujeres maltratadas lo mencionan como la instancia a la que recurrieron en búsqueda de apoyo, en otras tres regiones no fue mencionado. Vale decir que las opciones y posibilidades que tienen las mujeres de buscar apoyo institucional cuando son maltratadas también presentan importantes variaciones regionales.

Referencias

1. Collier J. Law and Social Change in Zinacantan. Palo Alto: Stanford University Press, 1973.
2. Hernández A. “El derecho positivo y la costumbre jurídica: las mujeres indígenas de Chiapas y sus luchas por el acceso a la justicia”. En: Torres M, ed. Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales. México: El Colegio de México, 2004:335-377.
3. Martínez Corona B, Mejía Flores S. Ideología y práctica en delitos cometidos contra mujeres: El sistema judicial y la violencia en una región indígena de Puebla. México. Puebla: Colegio de Postgraduados, Campus Puebla, 1997.
4. Mejía S, Villa R, Oyorzabal C. “Violencia y justicia hacia la mujer nahua de Cuetzalan”. En: Bonfil P, Martínez E, eds. Diagnóstico de la discriminación hacia las mujeres indígenas. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2003:81-113.
5. Nader L. Ideología armónica. Justicia y control en un pueblo de la montaña zapoteca. México: Instituto Oaxaqueño de las Culturas-Fondo Estatal Para la Cultura y las Artes-CIESAS, 1998.
6. Sierra MT, ed. Haciendo justicia. Interlegalidad, derecho y género en regiones indígenas México: CIESAS-Miguel Ángel-Porrúa, 2004.
7. Sierra MT. “Derecho indígena y mujeres: viejas costumbres, nuevos derechos”. En Pérez-Gil SE, Ravelo P, coords. Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México. México: CIESAS-Cámara de Diputados-Miguel Ángel Porrúa, 2004:113-149.
8. INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2003 Aguascalientes: INEGI, 2003:68.

Capítulo 9

Conclusiones y reflexiones finales

A lo largo de todos los apartados que constituyen el Informe General de la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI) se ha intentado presentar los aspectos centrales de la encuesta, tanto en lo que se refiere al diseño teórico-metodológico del estudio, como a los contenidos de cada una de las secciones que integraron el cuestionario. Se propuso presentar las principales características de la población de estudio, y además de los hallazgos más relevantes, las secciones se han organizado para dar respuesta a los objetivos planteados desde un inicio.

Otro aspecto importante ha sido presentar al lector aspectos que no suelen problematizarse en los informes tradicionales de las encuestas, por ejemplo: las implicaciones teórico-metodológicas de tomar en cuenta las especificidades culturales de la población indígena. Como se vio en la introducción y en el capítulo 2 metodológico, esto exige un diseño muestral particular, así como una adecuación del cuestionario, aunado a una reflexión respecto de los desafíos en la comunicación intercultural.

En el caso de la ENSADEMI, fue de especial importancia y utilidad la propuesta de regionalización realizada por el grupo de expertos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Dicha regionalización constituyó el marco muestral, así como la revisión de una amplia bibliografía etnográfica que permitió incorporar al cuestionario categorías cercanas a la experiencia de la población –vale decir, culturalmente apropiadas–.

Este informe es la primera estrategia de devolución de la información, pero no es la única; además se trabaja en un informe ejecutivo dirigido principalmente a tomadores de decisiones, los cuales por lo general tienen poco tiempo para leer grandes textos y necesitan la focalización de los resultados más relevantes y significativos del estudio. Por supuesto, en los siguientes meses se desarrollarán estrategias más específicas de devolución tanto con autoridades de salud, de las instituciones involucradas (SSA e IMSS-*Oportunidades*), como con las responsables estatales y jurisdiccionales.

Resultados más relevantes

a) Población de estudiada y contexto del estudio

Uno de los objetivos principales de la ENSADEMI fue captar la situación sociodemográfica de las mujeres entrevistadas y de sus parejas, la cual se expresa de manera contundente en las ocho regiones estudiadas. Esto da cuenta de la necesidad de no hacer generalizaciones cuando se habla de población indígena, pues si bien se comparten características de pobreza y rezago social, existe una diversidad de condiciones digna de ser considerada en cualquier estudio que aborde esta población.

Otro aspecto a subrayar son las claras diferencias entre las mujeres entrevistadas y sus parejas, en relación con el uso del español, ya que ellas presentan mayores rezagos, lo cual se traduce en desigualdad entre los géneros. A las condiciones de pobreza y marginación en las que vive la población de las regiones indígenas y de enorme desigualdad con respecto a la población no indígena, se suman las desigualdades de género dentro de los hogares. Estas desigualdades se manifiestan en dos aspectos muy importantes: la mayor incidencia de monolingüismo en lengua indígena entre las mujeres y la menor escolaridad femenina en todos los niveles (excepto en las carreras técnicas o comerciales en las que las mujeres superaron a los varones por sólo medio punto porcentual). No obstante, un proceso a destacar es que si bien se ha mantenido la brecha en la escolaridad por sexo, ha tendido a acortarse en las nuevas generaciones. Este es un paso positivo, que se ve opacado por el problema más amplio de que los varones también mantienen una escolaridad muy baja: apenas una cuarta parte de los maridos de las entrevistadas completó la escuela primaria y menos de la quinta parte hizo estudios de secundaria.

Si bien la ENSADEMI no incluyó la batería de preguntas sobre autonomía y poder en la relación de pareja que forma parte de otras encuestas, sí indagó acerca de dos aspectos que resultan muy reveladores de la situación de subordinación de las mujeres. Uno es la participación de las mujeres en la decisión sobre la utilización de un método anticonceptivo: 1 de cada 4 mujeres que se sometieron a la oclusión tubaria bilateral no participó en la decisión, violándose su derecho a decidir sobre su propio cuerpo (en la mayor parte de los casos, fueron los maridos quienes tomaron unilateralmente la decisión, y en mucho menor medida el médico). El segundo indicador de la subordinación femenina es que 8% de las entrevistadas inició su vida conyugal sin su consentimiento, es decir, forzada a unirse, sea porque debieron someterse a la voluntad paterna (en la mayor parte de los casos) o a la de quien se convirtió en su marido.

Las diferencias reportadas en la ENSADEMI entre las mujeres y sus parejas, también se expresan en los niveles de educación y su situación laboral, pues las mujeres tienen niveles educativos más bajos y menores posibilidades de insertarse en ocupaciones con ingresos dignos. Vale decir que la inequidad entre la población indígena y la no indígena se replica entre hombres y mujeres. Esto es importante pues "la desigualdad en el ingreso

origina inequidad en el acceso a servicios educativos y de salud, así como a oportunidades laborales, creando un ciclo de desigualdad".[1]

b) Características de la violencia contra las mujeres

Una de las ventajas de la ENSADEMI es que fue diseñada por el mismo equipo que elaboró la ENVIM 2003 y 2008, utilizando los mismos instrumentos de recolección de información y los mismos índices socioeconómicos y de violencia, de modo que son totalmente comparables. Los resultados de la ENSADEMI y los de la ENVIM 2003 muestran que no hay grandes diferencias en las prevalencias generales de los diversos tipos de violencia, excepto en lo que se refiere a la violencia económica, que duplica el nivel nacional (cuadro 9.1). La prevalencia de violencia física en las regiones indígenas es igual a la nacional, el porcentaje de violencia sexual es levemente menor, la violencia psicológica está 2.5% por encima de la nacional, y la violencia total de la pareja actual en los últimos 12 meses en las ocho regiones indígenas está 4 puntos porcentuales por encima de la prevalencia nacional. Sin embargo, cuando comparamos a la ENSADEMI con la ENVIM 2006, esta última presentó puntajes mayores en todos los tipos de violencia evaluados, exceptuando la violencia económica, que fue mayor en la ENSADEMI.

A fin de poner en perspectiva la información obtenida por la ENSADEMI también vale la pena comparar las prevalencias de violencia conyugal de las ocho regiones, con las de las entidades federativas a las que pertenecen (cuadro 9.2), Si la comparamos con la ENVIM 2003 nuevamente constatamos las diferencias entre regiones: cuatro tienen prevalencias por debajo de las de su estado (la Chinanteca, el Istmo, la Costa y Sierra Sur de Oaxaca, y la Maya), mientras otras cuatro presentan prevalencias superiores (la Huasteca, la región Mazahua-otomí, los Altos de Chiapas y la Zongolica). Las dos últimas sobresalen por tener el doble de las prevalencias de sus respectivos estados.

Al comparar los resultados con la ENVIM 2006, sólo los Altos de Chiapas y la Huasteca se mantienen con una prevalencia mayor en comparación con lo reportado para sus respectivas entidades.

■ **Cuadro 9.1** Distribución porcentual de la prevalencia de violencia por tipo, en los últimos 12 meses, ENVIM 2003, ENVIM 2006 y ENSADEMI 2008

Tipo de violencia	ENVIM 2003	ENVIM 2006	ENSADEMI 2008
Psicológica	19.6%	29.07%	21.1%
Física	9.8%	16.1%	9.8%
Sexual	7.0%	12.68%	6.7%
Económica	5.1%	4.42%	10.1%
Global	**21.5%**	**35.50%**	**25.55%**

Cuadro 9.2 Distribución porcentual de las mujeres que sufrieron algún tipo de violencia de la pareja actual, ENVIM 2003, ENVIM 2006 y ENSADEMI 2008

Tipo de violencia	ENVIM, 2003*	ENVIM, 2006**	ENSADEMI, 2008	
	%	%	Región indígena	%
Oaxaca	27.5	--	Chinanteca	21.6
Oaxaca	27.5	--	Istmo	16.2
Oaxaca	27.5	*	Costa y Sierra Sur	15.8
Yucatán	26.0	36.2	Maya	22.6
San Luis Potosí	21.5	26.1	Huasteca	26.7
Querétaro	20.8	33.1	Mazahua-otomí	27.9
Chiapas	20.5	32.7	Altos	41.4
Veracruz	15.2	33.7	Zongolica	28.0

* Por los conflictos de 2006, el estado de Oaxaca fue excluido de la Encuesta Nacional

Por lo que se refiere a la violencia en la infancia, los resultados muestran que las entrevistadas de la ENSADEMI declararon haber sufrido más humillaciones que las de la ENVIM 2003, pero menos golpes (cuadro 9.3). En el caso de la violencia durante el embarazo, las regiones indígenas tuvieron porcentajes más elevados que los nacionales en los tres tipos de violencia analizados, lo que apunta a la necesidad de que el personal de los centros de salud que trabajan en regiones indígenas esté especialmente alerta y ponga un cuidado particular en la detección y atención de los casos de violencia que pudieran presentarse entre las mujeres embarazadas que acuden a controles prenatales. Esto es factible dado que la mayoría de las mujeres encuestadas (70%) fue revisada por un médico mientras cursaba su último embarazo.

Si bien en la medición realizada en 2006 los puntajes entre población nacional y la indígena se emparejan, las humillaciones durante el embarazo siguen siendo mayores en la población captada por la ENSADEMI; un dato digno de resaltar es la alta prevalencia de violencia sexual, en su modalidad de violación (obligada a tener relaciones sexuales), en las tres mediciones realizadas, esto apunta a focalizar la atención en la difusión y sensibilización sobre el problema tanto en las usuarias del sector salud, como entre el personal médico.

Identificar una prevalencia de 25.5% globalmente, con un rango de 15.8 a 41.3%, permite precisar lo siguiente:

a) La violencia de pareja tiene una alta prevalencia en la población de estudio.
b) Al igual que sucede en zonas urbanas y no indígenas, existe una variabilidad en la prevalencia que es necesario considerar, tanto en estudios posteriores como en las estrategias de intervención y del desarrollo de políticas públicas que pretendan dar respuesta a este problema en nuestro país.
c) Es necesario llevar a cabo más estudios que permitan explicar con qué se asocia la variabilidad en las prevalencias reportadas en las ocho regiones de estudio.

■ **Cuadro 9.3** Distribución porcentual de las mujeres que sufrieron violencia en la infancia y en alguno de sus embarazos, ENVIM 2003, ENVIM 2006 y ENSADEMI 2008

Infancia	**ENVIM 2003**	**ENVIM 2006**	**ENSADEMI 2008**
Humillaciones	16.5%	29%	26.0%
Golpes	42.2%	33.2%	27.0%
Embarazo			
Humillaciones	8.4%	12.74%	13.0%
Golpes	5.3%	9.41%	9.0%
Obligada a tener relaciones sexuales	6.3%	8.43%	8.0%

d) Los resultados de la ENSADEMI ubican a las mujeres entrevistadas arriba de la primera medición nacional realizada por la ENVIM 2003, cuya prevalencia fue de 21.5%, y debajo de las mujeres no indígenas que respondieron en la ENVIM 2006, cuya prevalencia nacional fue de 33.5 por ciento. Estas diferencias deben ser explicadas mediante análisis cualitativos y cuantitativos.

Tener por primera vez diagnósticos altamente comparables entre sí, que dan cuenta del panorama nacional, estatal y regional coloca a México como punta de lanza en el avance del conocimiento de la violencia hacia las mujeres, en el contexto de la diversidad cultural, sociodemográfica y étnica de un país complejo como el nuestro, lo cual tendrá alcances no sólo en el mejor entendimiento del problema, sino que, sobre todo, los resultados de los tres estudios permitirán que los tomadores de decisiones, planeadores y responsables de programas estatales, regionales y nacionales desarrollen estrategias acordes con la diversidad de nuestra realidad social.

Por otro lado, los resultados de la ENSADEMI permitirán a otros sectores del gobierno, además del sector salud, planear el desarrollo de la política pública en el ámbito nacional, ya que la población indígena del país es motivo de interés para las instituciones federales y estatales.

c) Respuesta del sector salud y de las instituciones que imparten justicia

Las mujeres maltratadas buscan apoyo tanto de los servicios de salud como de las instituciones de impartición de justicia para la resolución del problema en que se encuentran; sobre todo a este último recurren de manera abierta, pues consideran que es la instancia que puede proporcionarles apoyo. Los resultados obtenidos en términos de la respuesta del

sector salud, muestran que el personal no identifica a las mujeres que son maltratadas, tal como lo señala la normatividad existente desde 2000.[3] Por otro lado, las propias mujeres de las regiones indígenas estudiadas no sienten la confianza necesaria para revelar su condición de maltratadas. A diferencia de lo que sucede con los servicios de impartición de justicia, las mujeres mantienen oculta su condición, entre otras razones, por no considerar que el personal de salud pueda ofrecerles algún tipo de apoyo para resolver su problema.

Finalmente, es importante subrayar que los resultados relacionados con las altas prevalencias reportadas por las mujeres entrevistadas y la constatación de la respuesta de los sectores de salud y de justicia ponen en evidencia que tanto las mujeres no indígenas (de ámbitos rurales o urbanos) como las mujeres que viven en regiones indígenas del país y que han sufrido algún tipo de violencia tienen serias dificultades para acceder a los servicios especializados que ofrecen algún grado de protección y solución de su problema. En el caso de las mujeres indígenas, su condición étnica y de género hacen que sus posibilidades de atención sean mucho más limitadas. Asimismo, consideramos que las diferencias en las expresiones de la violencia contra la mujer en regiones indígenas y no indígenas deben ser documentadas, teniendo en cuenta sus condiciones étnicas y de género, así como su condición de mujeres maltratadas.

Referencias

1. Secretaría de Desarrollo Social. Programa Sectorial de Desarrollo Social 2007-2012. México, SEDESOL, 2007. Disponible en: http://www.sedesol.gob.mx (consultado 5 febrero 2008).
2. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica de los Hogares, ENDIREH, 2003
3. Diario Oficial de la Federación, Norma Oficial Mexicana, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar (NOM-190-SSA1-1999), Secretaría de Salud, 8 de Marzo, 2000.

Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas
Ensademi 2008

Se terminó de imprimir en noviembre de 2008.
La edición consta de 1 000 ejemplares
y estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica
y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública