

¿CUÁNDO UTILIZAN SERVICIOS DE SALUD LAS MUJERES QUE VIVEN EN CONDICIONES DE VIOLENCIA DE PAREJA?

Martha Híjar*, Leticia Avila-Burgos**, Rosario Valdez-Santiago*

SUMMARY

Introduction

Violence is recognized as a Public Health problem around the world. In the specific case of Intimate Partner Abuse, which occurs at home, women are particularly vulnerable to be abused by their partners. In Mexico, as in other countries in Latin America, the systematic study of violence towards women is incipient. However, it is a highly predominant problem, which has a big impact on women's health, and represents a significant challenge to the Health System demanding health care due to intentional injuries.

This paper analyzed information generated by the first National Survey of violence against women in 2003 (ENVIM, by his name in Spanish).

Objective

The main objective is to identify the factors associated with the health services utilization by women, because of partner abuse.

Methodology

A cross-sectional design was used, including women users of health care services on public institutions all over the country in 2003.

Intimate partner abuse was defined as "the repetitive event of abuse from the male partner side towards the woman, that is characterized by coercive conducts that could include physical, emotional or sexual violence". It was measure in a scale of 27 items, using the Index of Spouse Abuse (ISA) and the Severity of Violence against Women Scale (SVAWS). Both indexes were validated previously in Mexican population. A factorial analysis was used and the factors that explain the variability were obtained.

The selection of women to be interviewed was done using a probabilistic stratify bi-ethnic sample. For the first one, medical unites were selected, and for the second, women over 14 years old who went to those medical unities to demand any kind of health care services. The ethic considerations were resolved using the next procedures: participants received information about the research objectives and signed an informant consent letter endorsed by the ethical committee of the Institution. They also received a brochure with information about the local institutions where they can go in case of abuse. Interviewers trained in technical areas as well as abuse management using a questionnaire on private spaces did the data collection. The answer rate was of 98%.

The analyzed variables were Socio demographic, search of support on the health staff or reasons for not doing this. An index of socio-economic level categorized as very low, medium and high. Type of institution and services used. The dependent variable was utilization of the health services to attend the injuries due to a partner abuse event, during the last 12 months.

The analysis used was simple and bi-variate using chi square, and binary logistic regression model. The final model included the variables that in the binary showed a value of $p < 0.25$. We adjusted the model using the Goodness of Fit Test of Pearson.

Results

From 24,958 women that utilized public health services 21% reported to have had a partner abuse event in the last year. From these, only 7.3% utilized health services.

The more important variables were: age between 25 to 34 years old, elementary schooling and women having a job. Of the sample 94% belong to the very low and medium socio-economic levels; almost half of them (47%) do not have health insurance. More than 80% have a partner at present; 7.6% reported severe violence. From those who had injuries, 72% declared to have had just one minor injury (bruises, body aches), 25.5% reported more than one type of injuries, from which 10.8% were severe and required surgery or hospitalization. The type of injuries that demand more utilization of health services were those subsequent to sexual abuse as genital infection and genital bleeding.

Only 45% of the women users' report to have medical insurance. Less than 6% of abused women talked with the health staff about their abuse situation and the main reason was the lack of trust.

The factors associated to the utilization of health services were ages over 24 years ($OR_A = 1.57$, CI 95% 1.9 - 2.06) alcohol intake by the women ($OR_A = 1.66$ CI 95% 1.57-1.75) High Socio economic status ($OR_A = 1.29$ CI 95% 1.07-1.54). The model was adjusted by severity index and to having medical insurance. There were not significative interactions ($p > 0.15$) and the global adjusted model was $p = 0.23$.

Discussion and conclusions

There is a low percentage of abused women injured that utilize formal medical care. This is a very important result for the identification of prevention and control strategies of the partner abuse problem in the health services. The study shows the existence of different types of injuries or medical problems such as

*Investigadoras del Centro de Investigaciones en Salud Poblacional. Instituto Nacional de Salud Pública.

**Investigadora del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.

Correspondencia: Leticia Avila DSc, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud. Av. Universidad 655. Col. Sta. Ma. Ahuacatitlán, 62508, Cuernavaca, Mor. México. Phone (+52 777) 3-29- 30-95, Fax (+52 777) 3-11- 11-56, Email: lavila@insp.mx

Recibido primera versión: 9 de mayo de 2005. Segunda versión: 31 de enero de 2006. Tercera versión: 14 de junio de 2006. Aceptado: 25 de julio de 2006.

genital infections and bleedings, fainting spells, body aches that provoked on one hand that women did not seek medical attention immediately and on the other that the health staff could not identify this kind of health problems with intimate partner abuse. There is a group of more vulnerable women who do not use health services to take care of the consequences of abuse, because they are uninsured. This inequality reveals that it is urgent to provide support services to poor women in the country.

The finding about the difficulty for battered women to report their injuries to the health staff because of their lack of trust, agrees with different studies that report the different obstacles found by abused women in facing the health services. The last situation reveals the obstacles to be solved for the NOM implementation too.

It is important to mention the study limitations related with the design utilized, and the selection bias due to the inclusion only of users of services. This situation leaves at one side women with less resources, who confront big obstacles for the utilization of health services, and at the other, women from high socio-economic levels, who utilize private health services; therefore there is no accuracy the point out differences. The way in which the question about the utilization of health services was made, makes it difficult to know the number of times these were used. This variable must be explored in future studies.

The information generated by the ENVIM allows the Health Sector to define identification-attention strategies of battered women and provides information about the importance of training the health staff to generate trust among in partner-abused women.

Key words: Intentional injuries, Health services utilization, intimate partner abuse, National Survey, Mexico.

RESUMEN

Introducción

La violencia que tiene lugar en el hogar presenta características muy especiales ya que se da fundamentalmente entre individuos que comparten relaciones de afecto mutuo en un espacio privado. En este sentido, los grupos más afectados son aquéllos con mayor vulnerabilidad física. Los estudios realizados en México no han dado cuenta sobre las características de las mujeres que, debido a la violencia por parte de su pareja, acuden a los servicios de salud en las instituciones públicas para recibir atención. El objetivo del presente artículo es analizar los factores asociados al uso que de dichos servicios hicieron las mujeres lesionadas, víctimas de su pareja, incluidas en la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres en México (ENVIM).

Metodología

Estudio transversal realizado en mujeres de 15 años o más, que acudieron a los servicios de salud en instituciones públicas de México durante 2003. Se realizó un muestreo probabilístico bi-etápico. Primero se seleccionaron las instituciones de salud, y posteriormente las mujeres mayores de 14 años que emplearon los servicios de salud durante el periodo de estudio. Las consideraciones éticas incluyeron el dar información amplia a las mujeres seleccionadas sobre los objetivos del estudio y en pedirles que dieran su consentimiento por escrito. La tasa de respuesta fue de 98%.

Las variables analizadas fueron: sociodemográficas, de la pareja, la lesión física, el índice de severidad de violencia de pareja y la búsqueda de apoyo en el personal de salud. La variable depen-

diente se refirió a la utilización de servicios de salud para atender las lesiones resultantes del hecho violento. Se emplearon pruebas de χ^2 , regresión logística con intervalos de confianza al 95%.

Resultados

De 24,958 usuarias entrevistadas, una de cada cinco refirió haber sufrido violencia de pareja. De éstas, 23% informó haber recibido lesiones y sólo una tercera parte acudió a los servicios de salud por este motivo. Las variables asociadas con la utilización de servicios de salud fueron: ser mayor de 24 años, tener acceso a la seguridad social (RM_A 1.36, IC 1.14–1.61), severidad de la violencia (RM_A 2, IC 1.89–2.12), pertenecer al estrato socioeconómico alto (RM_A 1.36, IC 1.07–1.76), frecuencia del consumo de alcohol en la mujer (RM_A 1.66 IC 1.57–1.75) y el que la mujer pudiera decidir sobre el gasto del hogar (RM_A 1.37, IC 1.09–1.66).

Discusión y conclusiones

El uso de los servicios de salud por mujeres que han sido lesionadas a consecuencia de la violencia de pareja es bajo y, en la mayoría de los casos, está supeditado a la gravedad de las lesiones físicas sufridas. A lo anterior se agrega que el personal de salud únicamente atiende la causa que motivó la demanda, y por su parte la usuaria no confía en éste. Todo lo anterior dificulta la detección y notificación de este problema, por lo que la aplicación de la Norma Oficial para la Atención Médica de la Violencia Familiar enfrenta serias limitaciones que obligan a buscar nuevas estrategias que rebasen el ámbito de los servicios de salud.

Palabras clave: Violencia de pareja, lesiones, utilización, servicios de salud, Encuesta Nacional, México.

INTRODUCCIÓN

La magnitud de la violencia doméstica se refleja en el aumento de las tasas de mortalidad, morbilidad, discapacidad permanente, incapacidad temporal, desequilibrio emocional, ausentismo laboral (2, 11, 17) y además, en los daños psicológicos y el impacto social que ocasionan (14, 22). En el caso concreto de la violencia en el hogar, las mujeres constituyen uno de los grupos más afectados. La relación tan cercana entre agredidos y agresores (5, 6), se recrudece en el caso de las mujeres maltratadas por la pareja masculina.

Diversos estudios (2) señalan que las mujeres maltratadas por sus parejas tienen un mayor riesgo de ser victimizadas nuevamente en comparación de quienes son agredidas por desconocidos; ésta situación aunada a otros factores pone en evidencia el peso de las condiciones sociales en la violencia de pareja y su influencia en la utilización o no de los servicios de salud, para resolver las lesiones provocadas por ésta (20).

Con base a lo anterior, en el año 1999 se aprobó la Norma Oficial Mexicana denominada “Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar NOM-190-SSA1-1999” (3).

Los estudios realizados en México hasta la fecha, no han dado cuenta de cuáles son las características de las mujeres que utilizan los servicios de salud para atender las lesiones recibidas a consecuencia de la violencia de

pareja, en comparación con aquéllas que en las mismas condiciones, no lo hacen.

El objetivo del presente artículo fue analizar los factores asociados a la utilización de servicios públicos de salud en mujeres lesionadas a consecuencia de la violencia de pareja.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente artículo se elaboró con base en la información generada por la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). Se utilizó un diseño transversal y se llevó a cabo de noviembre 2002 a marzo del 2003 en los 32 estados del país.

La violencia contra la mujer se definió como: “un 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, emocional o sexual”.

Para la medición de la violencia de pareja se diseñó una escala de 27 reactivos (23). Esta escala explora los distintos tipos de violencia: psicológica o emocional, sexual y física. Se utilizó el Análisis Factorial para determinar el origen y agrupamiento de los reactivos, y se obtuvieron cuatro factores que explicaron 62.3% de la varianza. La confiabilidad se determinó empleando el Alpha de Cronbach, que documentó una consistencia de 0.99. Con la combinación lineal de estos factores se construyó el Índice de Severidad de Violencia de Pareja (ISVP) que se categorizó en: 1) No violencia; 2) media \pm DS violencia no severa; 3) media más valores por arriba de 1 DS como violencia severa (24).

Selección de las mujeres entrevistadas

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado bi-etápico. En la primera etapa, se seleccionaron unidades médicas con probabilidad proporcional acorde al tamaño por tipo de institución. En la segunda, se utilizó un muestreo sistemático para la selección de mujeres mayores de 14 años usuarias de servicios de salud. Las consideraciones éticas se resolvieron informando a las mujeres seleccionadas sobre los objetivos del estudio y a quienes aceptaron participar, se les solicitó otorgar su consentimiento por escrito, y se les garantizó la confidencialidad de la información. La tasa de respuesta fue de 98%.

Las variables analizadas fueron las siguientes: 1) Relacionadas con la usuaria: edad y sexo; escolaridad, actividad laboral e ingreso económico en los 15 días previos a la entrevista, acceso a los servicios de salud de la seguridad social, condición civil y capacidad para decidir sobre el gasto en el hogar. Asimismo se incluyó el consumo de alcohol tanto de la mujer como de su pareja. 2) Búsqueda de apoyo en el personal de salud.

3) Tipo de institución que proporcionó la atención (Seguridad social o abierta)¹.

Se generó un índice de estrato socioeconómico (16) empleando una combinación lineal de cuatro variables: promedio de escolaridad relativa de los integrantes del hogar, el trabajo de más alto nivel (en términos de ingreso) en el hogar, el número de electrodomésticos, y la ausencia de hacinamiento².

El índice se categorizó como bajo, medio y alto.

La Variable dependiente se definió como la utilización de servicios de salud para atender alguna de las lesiones provocadas por violencia de pareja. Un ejemplo de cómo se exploró es el siguiente: ¿A consecuencia del maltrato que sufrió en los últimos doce meses, usted presentó moretones? En el caso de una respuesta afirmativa se preguntaba a la entrevistada si había acudido a alguna institución de salud para atenderse esa lesión. Estas preguntas se hicieron respecto a trece diferentes tipos de lesiones y la forma en que se estructuraron permitió identificar además el tipo de lesión y su gravedad. Esta última se definió a partir del tipo de servicio de salud que se requirió para atender la lesión.

Se realizó un análisis bi-variado utilizando chi cuadrada y regresión logística y, multivariado, empleando regresión logística binaria. El modelo final incluyó las variables que en el análisis bivariado mostraron un valor de $p < 0.25$ (7). Después de fijar los efectos principales, se probaron las interacciones y se sostuvieron en el modelo final solamente si el valor era de $p < 0.15$. El ajuste global del modelo se verificó con la prueba de bondad de ajuste de Pearson, y se le consideró adecuado si el valor era de $p > 0.10$. Los paquetes estadísticos empleados fueron SPSS 10 (12) y STATA 8.2® (21). Tanto para el bivariado como para el multivariado, los intervalos de confianza se calcularon con errores estándar sólidos. Como los datos observados correspondían a mujeres que contaban con la cobertura de parte de una determinada institución, las observaciones dentro del cluster están correlacionadas mientras que las observaciones entre los cluster, no lo están (26).

RESULTADOS

Se obtuvo información de 24,958 usuarias de servicios de salud de instituciones públicas que refirieron tener pareja o haberla tenido en el último año. Una de cada cinco indicó haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja; de éstas, sólo 7.3% acudió a

¹La seguridad social da cobertura al 60.1% de la población y los servicios de salud de Ministerio al 34% Secretaría de Salud (8, 10).

² Se considera hacinamiento cuando existe 2.5 habitantes o más por dormitorio.

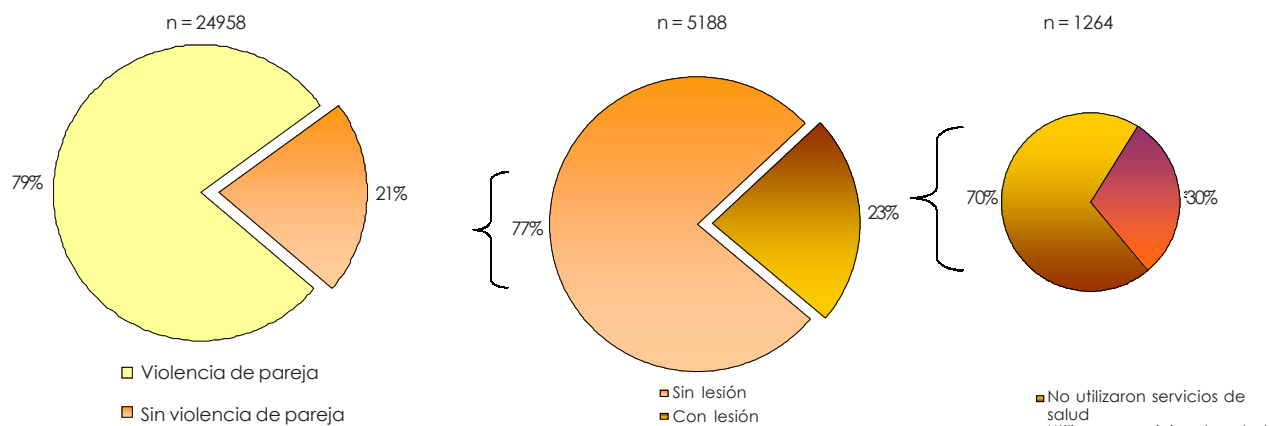


Fig. 1. Proporción de mujeres maltratadas, mujeres con consecuencias en su salud, y utilización de servicios de salud.

los servicios de salud para atenderse de lesiones intencionales (figura 1).

En el cuadro 1 se presentan las principales características socioeconómicas de 1,264 mujeres que presentaron alguna lesión debido a la violencia por parte de su pareja; cabe destacar los factores siguientes: edad de entre 25 y 34 años, nivel de estudios de primaria; otras que trabajan fuera del hogar. Más de 80% son casadas o viven en unión libre, poco más de 90% no consumen alcohol o lo hacen de manera ocasional. Un 94% pertenece a los estratos bajo y medio y cerca de la mitad (47%) no tienen acceso a los servicios de la seguridad social; más de dos terceras partes (76%) son víctimas de violencia severa. Aproximadamente la mitad de ellas refiere tener la capacidad para decidir sobre el gasto del hogar.

El 71.7% del total de mujeres de este grupo (n=1264), refirió haber sufrido en una sola ocasión alguna lesión leve (moretones, dolores en el cuerpo, etc.). Sin embargo, 28.3% señaló presentar la combinación de más de un tipo de lesión; de este porcentaje 10.8% manifestó haber sufrido lesiones severas que requirieron cirugía y hospitalización.

En el cuadro 2, se observa que las mujeres que presentaban lesiones físicas visibles o que requerían algún procedimiento médico como sutura de heridas, reducción de fracturas o atención por quemaduras, fueron las que más utilizaron los servicios de salud. Llama la atención, no obstante, que 18% de las mujeres que tuvieron alguna fractura no utilizaron dichos servicios. Los síntomas generales como desmayos y pérdida de la función de alguna parte del cuerpo fueron los que se asociaron con una mayor demanda de atención. En 16% (n=61) de las mujeres que utilizaron servicios de salud, la lesión fue grave (cuadro 2). Como consecuencia de la violencia sexual, las causas que exigieron mayor atención fueron las infecciones genitales y el sangrado transvaginal.

De las mujeres que acudieron a los servicios de salud para atenderse, 45% lo hizo preferentemente en instituciones de la seguridad social.

Respecto a la búsqueda de apoyo en el personal de salud, solamente 5.9% (n=311) de las mujeres que en el último año han sido maltratadas por su pareja habló con el personal de salud sobre su situación de maltrato. Las principales razones para no hacerlo fueron: falta de confianza (50.4%), pena o vergüenza (31.7%), porque es algo muy privado (18.3%) o percibir que el personal de salud dispone de poco tiempo (9%).

En el cuadro 3 se presentan los factores asociados a la utilización de servicios de salud para la atención de las lesiones, con RM crudas; destacan entre esto edad mayor de 24 años, tener una actividad remunerada, contar con acceso a los servicios de seguridad social, consumir alcohol más de una vez al mes, pertenecer al estrato socioeconómico alto, ser objeto de violencia severa y que la mujer tenga capacidad de decidir sobre el gasto de la casa.

En el cuadro 4 se presentan las variables que aparecen en el modelo de regresión multivariado ajustado por violencia severa y el tener acceso a la seguridad social fueron significativas: Edad entre 25 y 34 años (RM_A 1.57, IC 95% 1.9-2.06), 35 a 44 (RM_A 1.44, IC 95% 1.19-1.7), 45 a 54 años (RM_A =1.64 IC 95% 1.23-2.19) y 55 años y más (RM_A =1.18 IC 95% 1.06-1.33). Consumo de alcohol en la mujer (RM_A =1.66 IC 95% 1.57-1.75); estrato socioeconómico alto y la capacidad de la mujer de decidir sobre el gasto (RM_A =1.29 IC 95% 1.07-1.54). Ninguna de las interacciones resultó ser significativa ($p>0.15$). El ajuste global del modelo fue adecuado (bondad de ajuste $p=0.23$).

DISCUSIÓN

Uno de los hallazgos importantes de este análisis fue identificar el bajo porcentaje de mujeres maltratadas

CUADRO 1. Características de las mujeres que sufren violencia de pareja y utilización de servicios de salud para la atención de sus lesiones, ENVIM 2003

Variables	No utilizó		Sí utilizó	
	n	%	n	%
Edad años*				
55 y más	40	4.6	17	4.4
45 a 54	96	10.9	52	13.6
35 a 44	213	24.2	100	26.1
25 a 34	307	34.8	147	38.4
15 a 24	225	25.5	67	17.5
Totales	881	100.0	383	100.0
Escolaridad				
Analfabeta	94	10.4	38	9.9
Primaria	383	43.5	166	43.3
Secundaria	256	29.1	103	26.9
Preparatoria y más	113	12.8	58	33.9
Licenciatura y más	35	4.0	18	4.7
Totales	881	100.0	383	100.0
Actividad laboral*				
No trabaja fuera del hogar	417	47.3	157	41.1
Trabaja fuera del hogar	465	52.7	225	58.9
Totales	881	100.0	382	100.0
Condición civil*				
Separada, divorciada o viuda	122	13.8	71	18.5
Unión libre	245	27.8	82	21.4
Casada	487	55.3	217	56.7
Soltera	27	3.1	13	3.4
Totales	881	100.0	383	100.0
Consumo de alcohol*				
Más de una vez al mes	46	5.3	33	8.7
Ocasionalmente	455	52.4	203	53.3
No ingiere alcohol	368	42.3	145	38.0
Totales	869	100.0	381	100.0
Estrato socioeconómico**				
Bajo	456	51.8	189	49.3
Medio	414	47.0	182	47.5
Alto	11	1.2	12	3.2
Totales	881	100.0	383	100.0
Capacidad de la entrevistada para decidir cómo se gasta el dinero*				
No	464	52.7	176	45.9
Sí	417	47.3	207	54.1
Totales	881	100.0	383	100.0
Ser derechohabiente*				
Sin seguridad social	499	56.6	180	47.5
Seguridad social	382	43.4	201	52.5
Totales	881	100.0	383	100.0
Severidad de la violencia de pareja				
Violencia severa	654	75.8	324	86.6
Violencia no severa	209	24.2	50	13.4
Totales	863	100.0	374	100.0
Consumo de alcohol de la pareja				
Todos o casi todos los días	139	16.5	74	20.4
1 a 3 veces a la semana	230	27.3	94	25.9
1 a 3 veces al mes	143	17.0	61	16.8
Ocasionalmente	270	32.0	130	28.4
No toma	60	7.0	31	8.5
Totales	843	100.0	380	100.0

* p < .05, **>.05, p < .1

por la pareja que solicitan servicio médico formal para la atención de sus lesiones. En la mayoría de los estudios realizados en nuestro país solamente se ha analizado a esta proporción de mujeres, y aunque en éstos se ha señalado que tal proporción es sólo la punta del iceberg (4, 19) el documentarlos a través de la encuesta es de gran valor. Otro hallazgo ha sido la identificación de que existen, además de las lesiones físicas, diferentes tipos de consecuencias para la salud, tales como infecciones y sangrados vaginales, desmayos, dolores

en el cuerpo. Estos no llevan a una atención inmediata, sino a una demanda mediata o tardía de los servicios de salud, y además no pueden ser reconocidos por el personal de salud como resultado de la violencia de pareja. Este tipo de consecuencias en la salud, ha sido poco estudiado (1).

Encontrar que tanto la condición de trabajo, el tener derecho a los servicios públicos y que las mujeres tengan un nivel de decisión mayor en la vida cotidiana, se relacionen con un mayor uso de servicios de salud

CUADRO 2. Consecuencias de la violencia de pareja en la salud y utilización de servicios de salud, ENVIM 2003

Variables	No utilizó		Sí utilizó	
	n	%	n	%
Tipo de lesión*				
Moretones	815	71.4	327	28.6
Heridas punzocortantes	23	25.8	66	74.2
Fracturas	16	18.2	72	81.8
Pérdida de dientes	14	27.5	37	72.5
Quemaduras	9	33.3	18	66.7
Síntomas generales*				
Desmayos	59	37.6	98	62.4
Dolores en el cuerpo	460	63.0	270	37.0
Pérdida de uso o función de alguna parte del cuerpo	18	34.6	34	65.4
Patología asociada a violencia sexual*				
Daños post. relaciones sexuales	78	40.6	114	59.4
Sangrado transvaginal	50	35.2	92	64.8
Infección genital	50	30.3	115	69.7
Severidad de la lesión				
No severa	877	73.1	321	26.8
Severa	4	6.2	61	93.8
Institución de preferencia para la atención				
Instituto Mexicano del Seguro Social			116	30.3
Instituto Seguridad y Servicio Social			56	14.6
Secretaría de Salud			149	39.0
Privados			61	15.9

* Las categorías no son excluyentes, 28.3% de las mujeres indicó más de un síntoma o patología.

formales por parte de las mujeres maltratadas, sugiere la existencia de un sector de la población que resuelve por medios propios su problema. Revela, asimismo, que hay un grupo más desprotegido que enfrenta en

condiciones de inequidad las consecuencias de la violencia de pareja. Estos resultados señalan, una vez más, las diferencias en el nivel de la toma del poder de las mujeres, aún en el contexto de la violencia de pareja.

CUADRO 3. Factores asociados a la utilización de servicios de salud debido a violencia de pareja

Variables	RM Cruda	Sig	IC 95%
Socio-demográficos de la mujer			
Edad (años)			
15 a 24	1 ⁺		
25 a 34	1.56	0.02	1.07 - 2.28
35 a 44	1.45	0.00	1.23 - 1.7
45 a 54	1.68	0.03	1.05 - 2.67
55 y más	1.24	0.00	1.07 - 1.43
Actividad laboral			
No trabaja fuera del hogar	1 ⁺		
Trabaja fuera del hogar	1.25	0.005	1.07 - 1.46
Consumo de alcohol			
No ingiere alcohol	1 ⁺		
Ocasionalmente	1.04	0.47	0.93 - 1.74
Más de una vez al mes	1.65	0.00	1.42 - 1.92
Condición de aseguramiento			
Sin acceso a la seguridad social	1 ⁺		
Con acceso a la seguridad social	1.4	0.00	1.05 - 1.88
Estrato socioeconómico			
Bajo	1 ⁺		
Medio	1.03	0.36	0.96 - 1.11
Alto	2.11	0.00	1.87 - 2.39
Percepción de roles			
La entrevistada decide cómo se gasta el dinero			
No	1 ⁺		
Sí	1.21	0.003	1.06 - 1.37
Relacionadas con la violencia			
Gravedad de la lesión			
No grave	1 ⁺		
Moderada	41.53	0.00	15.2 - 113
Violencia de pareja			
Leve	1 ⁺		
Severa	3.08	0.00	2.84 - 3.34

*Categoría de referencia.

CUADRO 4. Modelo ajustado de variables asociadas con la utilización de servicios de salud debido a violencia de pareja, ENVIM 2003

Variables	RMA	Sig	IC 95%
Edad (años)			
15 a 24	1*		
25 a 34	1.57	0.01	1.9 - 2.06
35 a 44	1.44	0.00	1.19 - 1.7
45 a 54	1.64	0.00	1.23 - 2.19
55 y más	1.18	0.00	1.06 - 1.33
Consumo de alcohol de la mujer			
No ingiere alcohol, o sólo ocasionalmente	1*		
Más de una vez al mes	1.66	0.00	1.57 - 1.75
Condición de aseguramiento			
Sin acceso a la seguridad social	1*		
Con acceso a la seguridad social	1.36	0.00	1.14 - 1.61
Estrato socioeconómico			
Bajo y medio	1*		
Alto	1.36	0.01	1.07 - 1.76
Violencia de pareja			
Leve	1*		
Severa	2	0.00	1.89 - 2.12
Percepción de roles			
La entrevistada decide cómo se gasta el dinero			
No	1*		
Si	1.37	0.002	1.09-1.66

*RMA: Razones de momios ajustadas por las variables contenidas en el cuadro. Los intervalos de confianza al 95% fueron calculados con errores estándar robustos ajustados por «clustering» (institución).

+ Categoría de referencia.

Bondad de Ajuste Pearson Chi² 96.32; p=0.23

El hecho de haber encontrado una relación entre el consumo de alcohol de la mujer y la mayor utilización de los servicios de salud, se debe más que a una asociación directa, a que en el modelo se incluye la severidad de la violencia (18, 25). Lo mismo ocurre con el consumo del alcohol en la pareja (13).

Con relación a las limitaciones de este estudio, es necesario considerar los siguientes aspectos. 1) Se trata de un estudio transversal con las limitaciones inherentes al diseño, como el problema de la ambigüedad temporal. 2) El tipo de población a la que se dirigió el estudio, usuarias de servicios de salud públicos, deja fuera a las mujeres con menores recursos y a otras de estratos socioeconómicos altos (9), por lo que, de existir sesgo, no se sabe con precisión el sentido del mismo. 3) La estructuración de la pregunta sobre la utilización de servicios de salud y el tipo de lesión, no permitió saber en cuántas ocasiones diferentes las mujeres emplean servicios de salud formales. 4) La forma en la que se midió el consumo de alcohol, a partir del auto-reporte, no permite dar cuenta de los patrones de consumo del mismo.

Un punto que hay que destacar es la dificultad de las mujeres maltratadas para informar sobre el problema al personal que las atiende, sobre todo si consideramos que las causas para no hacerlo coinciden con lo documentado por otros autores (2, 4). Destaca el hecho de que las mujeres perciben al personal de salud como desinteresado en su problema, lo que les produce la sensación de que su necesidad de atención se toma a la ligera. Con base en los resultados del estudio

se pueden señalar algunas de las dificultades que enfrenta la aplicación de la normatividad mexicana (5):

- El bajo porcentaje de mujeres con algún tipo de lesión o daño por maltrato que usan los servicios de salud. Se requieren nuevas estrategias para su detección, que deberán rebasar el ámbito de los servicios de salud.
- La solicitud de los servicios de salud está supeditada a la gravedad de las lesiones ocasionadas, al limitarse a la salud física y dejar fuera todo lo relacionado con la salud mental u otro tipo de secuelas.
- La poca o nula participación del personal de salud en la atención de este problema, aunada a la falta de confianza, especialmente en el médico, dificulta su detección y por consecuencia su notificación.

Por último, es fundamental desarrollar investigaciones que incluyan los daños a la salud mental, como consecuencia y como causa del problema. Es necesario definir el papel que debe desempeñar el sector salud tanto en la prevención, como en las respuestas a las necesidades de las víctimas de la violencia. Análisis contextuales darían un equilibrio a la participación del sector salud, sin circunscribir el problema al aspecto médico, enfatizando la participación intersectorial con visión multidisciplinaria y definiendo acciones y compromisos claros (6).

REFERENCIAS

1. ALLEYNE G: Prevención de la violencia: compromiso para OPS. Reflexiones del Director Rev. Panam Salud Pública. *Pan Am J Public Health*, 5(4/5):1, 1999.

2. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med*, 1:39-47, 1992.
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) SS, 8 de marzo del 2000.
4. GARCIA MORENO C: *Violencia contra la Mujer: Género y Equidad en Salud*. OMS, 6:29-37, 2000.
5. HIJAR MC, LOPEZ LOPEZ MV, BLANCO J: La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública México*, 39(6):565-572, 1997.
6. HIJAR MC, LOZANO R, VALDEZ-SANTIAGO R, BLANCO J: Lesiones intencionales como causa de demanda de atención en servicios de urgencia hospitalaria en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 25(1):35-42, 2002.
7. HOSMER D, LEMESHOW S: *Applied Logistic Regression*. Segunda Edición, Ed. John Wiley and Sons, pp 260-352, Nueva York, 2000.
8. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: Informe de la Dirección General XCIV. Asamblea General Ordinaria. México, 2004. Disponible en <http://www.imss.gob.mx>.
9. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, SS: Utilización de servicios curativos. En: *Encuesta Nacional de Salud 2000*. Tomo 1 INSP. México 2003.
10. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO: Boletín B.0012. México, D.F., 29 de enero de 2002. http://www.wissste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2002/b12_2002.html
11. LOZANO R: Efectos de la violencia doméstica en la salud: Ciudad de México. El Costo del Silencio. Violencia Doméstica en las Américas. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, 2000.
12. MARIJA J: NORUSIS. *SPSS* para Windows. Versión 10. Chicago, 1999.
13. MEDINA-MORA ME, BERENSON S, NATERA G: El papel del alcoholismo en las violencias. *Gaceta Médica México*, 135(3):282-287, 1999.
14. MEDINA-MORA ME, BORGUES-GUIMARAES G, LARA C, RAMOS-LIRA L, ZAMBRANO J: Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés traumático en la población mexicana. *Salud Pública México*, 47(1):8-22, 2005.
15. MIRANDA L, HALPERIN D, LIMON F, TUÑON E: Características de la violencia doméstica y las respuestas de las mujeres en una comunidad rural del municipio de Las Margaritas, Chiapas. *Salud Mental*, 21(6):19-26, 1998.
16. OLAIZ G, FRANCO A, PALMA O, ECHARRI C, VALDEZ-SANTIAGO R, HERRERA C: Diseño metodológico de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México. *Salud Pública México*, 48(supl 2):s328-s335, 2006.
17. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: La Violencia en las Américas: La Pandemia Social del Siglo XX. Violencia Contra la Mujer. Washington, 15-25, 1996.
18. RAMIREZ JC, PATINO MC: Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: Un estudio piloto. *Salud Mental*, 20(2):5-15, 1997.
19. SALTIJERAL MA T, RAMOS L, CABALLERO MA: Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: Tipos de violencia experimentada y algunos efectos de la salud mental. *Salud Mental*, 21(2):10-18, 1998.
20. STARK E, FLITCRAFT A: Violence among intimates: an epidemiological review. EN: Van Hasselt(ed.). *Handbook of Family Violence*. Plenum Publishing Corp., 293-318, Nueva York, 1998.
21. STATA CORP: STATA, Statistical Software 8.2. College Station, Texas, 2003.
22. VALDEZ R, JUAREZ C: Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*, 21(6):1-10, 1998.
23. VALDEZ-SANTIAGO R, HIJAR-MEDINA M: Escala para la medición ISBN 03-2006-061610265800-01
24. VALDEZ-SANTIAGO R, HIJAR M, SALGADO N, RIVERA L y cols.: Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública México*, 48(supl 2):s221-s231, 2006.
25. WHO. *World Report on Violence and Health*. Ginebra 87-113, 2002.
26. WILLIAMS RL: A note on robust variance estimation for cluster-correlated data. *Biometrics*, 56:645-646, 2000.