

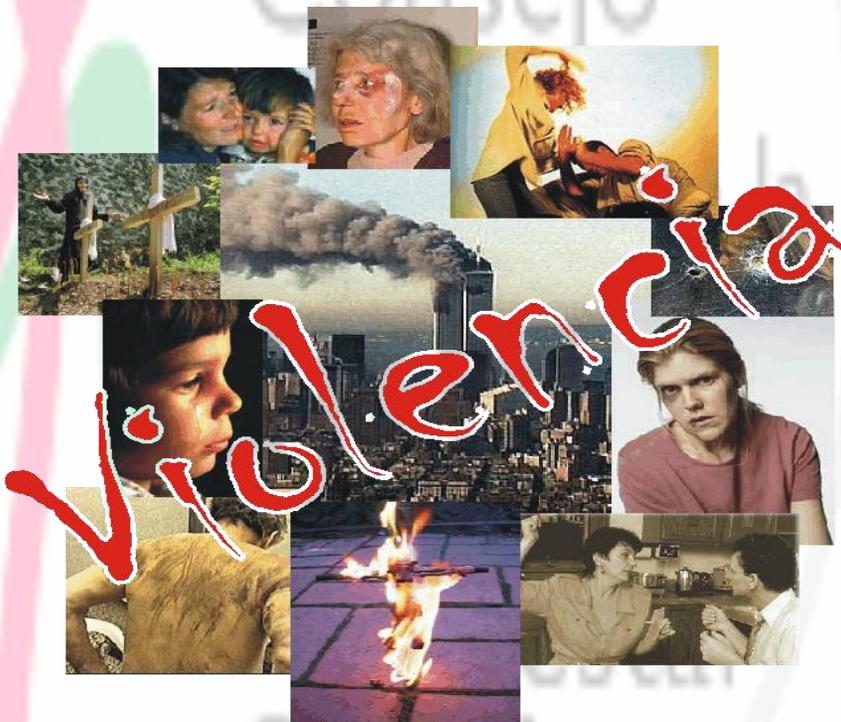


GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL



# DIAGNÓSTICO CULTURAL DE LA APLICACIÓN DE LA NOM-190-SSA1-1999



NOVIEMBRE 2009

## **CONTENIDO**

### **1. INTRODUCCIÓN**

### **2. OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO**

### **3. ALCANCE**

### **4. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO NORMATIVO**

### **5. CONTEXTUALIZACIÓN**

### **6. PROBLEMÁTICA**

### **7. IMPACTO DE LA PROBLEMÁTICA EN EL CONTEXTO ECONÓMICO Y SOCIAL**

### **8. HIPÓTESIS**

### **9. METODOLOGÍA**

### **10. RESULTADOS DE LA ENCUESTA.**

- I. DATOS CUANTITATIVOS
- II. DATOS CUALITATIVOS

### **11. PROPUESTAS, RECOMENDACIONES Y ACCIONES CONCRETAS A REALIZAR**

- I. ACCIONES CONCRETAS
- II. POLÍTICAS PÚBLICAS

### **12. CONCLUSIONES**

### **13. GLOSARIO**

### **14. BIBLIOGRAFÍA**

### **15. ANEXOS**



## 1. INTRODUCCIÓN

La violencia familiar, sexual y contra las mujeres es un serio problema de salud pública en México y de alcance global, su alta prevalencia y efectos nocivos son un obstáculo para la consolidación efectiva de formas de convivencia social, democrática y con pleno ejercicio de los derechos humanos, aun cuando la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas.

Es a partir de este contexto, que se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres, con lo que se protege la organización e integración de las familias. No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia en función del sexo, la edad o la condición física o sociocultural.

Estas inequidades ocurren tanto en el medio familiar, como en el ámbito público y propician el abuso de poder, exponiendo a situaciones de violencia a las niñas y niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones de desventaja; adultos mayores, hombres y mujeres con enfermedad física o mental (discapacidad), o en desventaja económica, social y/o cultural.

Como en muchas partes del mundo, en México la violencia familiar tiene un trasfondo cultural complejo, lo que dificulta la adecuada planeación y ejecución de acciones para su prevención, detección y atención. Es de suma importancia crear programas de acción que respondan a esta complejidad para contrarrestar el fuerte impacto que genera este fenómeno en la salud, la economía y el desarrollo social en nuestro país.

El Gobierno del Estado de México está consciente de las necesidades de implementar y ejecutar estrategias contra la violencia, su prevención, detección y atención oportuna, teniendo como referente entre otros los estudios realizados en el año 2006<sup>1</sup>. Por ello ha asumido una postura clara y firme, al reconocer la violencia familiar, sexual y contra las mujeres como un problema de salud pública.

Asimismo, es consciente de que se requiere realizar nuevas y más investigaciones en el tema que permitan prevenir, afrontar y erradicar el problema, así como diseñar o reforzar políticas públicas tomando decisiones para la **prevención y atención integral** de las y los involucrados.

---

<sup>1</sup> Panorama de violencia contra las mujeres del estado de México. INEGI 2006. ENDIREH 2006

\* En lo sucesivo se le llamara la NOM o NOM de referencia



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

SECRETARÍA DE  
DESARROLLO SOCIAL



CEMyBS



Como una de las estrategias, realiza a través del Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social (CEMyBS) el “Diagnóstico Cultural de la aplicación de la **NOM-190-SSA1-1999**”\*, a partir de la realización de los Talleres de Capacitación en Materia de Prevención y Atención de la Violencia contra las Mujeres, dirigido al personal del sector salud del Estado de México.

Cabe mencionar que la Norma Oficial Mexicana antes mencionada, fue modificada en el 2005, y publicada en abril del 2009, quedando como NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, la cual tiene como objetivo establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual, así mismo la importancia de realizar la notificación de los casos, lo que permite contar con información real para generar acciones. Esta norma representa un instrumento normativo nacional para atender los casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres desde su primera etapa.

## **2. OBJETIVO DEL DIAGNÓSTICO CULTURAL.**

El “Diagnóstico Cultural de la Aplicación de la NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar” tiene como objetivo **“Determinar el nivel de conocimiento, aplicación y recomendaciones respecto a la observancia de la Norma Oficial Mexicana de Referencia, hoy día “NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, Sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”.**

## **3. ALCANCE**

Personal del Sector salud del Estado de México en sus distintas Instituciones y Centros ubicados en cualesquiera de los 125 municipios del Estado de México.

## **4. MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO NORMATIVO**

Antes que todo es necesario precisar la diferencia que existe entre la agresión y la violencia, ya que ambos comportamientos en la mayoría de los casos se cultivan en la familia, desde la niñez tendiendo a repetirse estos patrones en la edad adulta y que son los agentes sociales los que ayudan a legitimarlo otorgándole carácter de normalidad y aludiendo a que es una de las mejores maneras de resolver nuestros conflictos.

La agresividad y la violencia no son equiparables, el daño que se produce es diferente. La socialización normal en el enojo es un sentimiento, por lo tanto es inherente al ser humano y es natural sentirlo, se vale discutir, alzar la voz, no estar de acuerdo con el otro, sin embargo la socialización patológica de lastimar a otros, no es normal, la ira puede desencadenar consecuencias fatales, como la muerte.

Este resultado de la violencia extrema tiene efectos devastadores: las consecuencias directas en las víctimas y su entorno inmediato son muy dañinas y de largo efecto, y los costos que como fenómeno global tiene para la sociedad son elevados, y conllevan a daños emocionales para todos los implicados.

Actualmente, la violencia contra las mujeres ha dejado de ser un asunto de familia o privado para convertirse y ser ubicado como un problema social y de prioridad en las agendas políticas a nivel mundial, por ello en 1980, las Naciones Unidas fue el primer organismo internacional que reparó en la gravedad de la violencia contra la mujer y se reconoció explícitamente que la violencia contra las mujeres en el entorno familiar es el crimen encubierto más frecuente en el mundo.

La violencia contra la mujer no fue considerada como una violación específica de los derechos humanos, hasta la conferencia de la ONU realizada en Viena en 1993. A partir de ese año las mujeres llevaron adelante una acción constante para contar con un instrumento internacional que definiera este tipo de violencia y obligara a los estados a dictar una legislación acorde. Es así que en 1994 en Belem do Pará, Brasil, la Asamblea General de la OEA adoptó la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

En la IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas Sobre las Mujeres, celebrada en Beijing en 1995, se anunció que la violencia que padecen las mujeres es uno de los grandes obstáculos para obtener los objetivos de igualdad, desarrollo y paz en el mundo, recordando que los derechos humanos son también derechos de las mujeres. En su declaración y plataforma de acción se fija la necesidad de emprender medidas para frenar todas las formas de violencia contra las mujeres.

Esto ha inspirado cambios legislativos en casi todos los países del mundo, dando lugar a leyes especiales o modificaciones a los códigos penales, especialmente orientadas a sancionar la violencia doméstica y los delitos sexuales (CEPAL, 2007a). En ese sentido, la eliminación de la violencia contra las mujeres se asienta sobre tres pilares: la protección jurídica, las políticas públicas y una cultura de respeto sin discriminación. En definitiva, la violencia contra las mujeres requiere del funcionamiento del Estado de derecho.

Desafortunadamente, existen casos extremos de violencia y determinar los niveles de severidad conlleva factores de percepción y frecuencia, por lo que no siempre es posible delimitar una clara frontera entre la violencia severa y aquellos hechos que son violentos en menor grado.

No obstante, las situaciones que ponen en riesgo la integridad física y emocional de las mujeres, así como los señalamientos sobre graves consecuencias, permiten identificar plenamente a las mujeres que viven violencia severa, considerando los siguientes criterios: cuando las agresiones adquieren mayor intensidad, de tal forma que las mujeres necesitan apoyo médico o intervenciones quirúrgicas para superar los daños infligidos; el hecho violento tiene como resultado una lesión grave o la pérdida de un ser querido; el ataque tiene como posibilidad atentar contra la vida de la mujer; el despojo patrimonial que limita la libertad de las mujeres y agrega un factor importante de vulnerabilidad; y el abuso sexual por medio de la violencia física.



Los hechos violentos ocurridos entre parejas **raramente son denunciados**; considerar la violencia conyugal como un problema que concierne a la vida privada, es un factor que inhibe las acciones legales que podrían emprenderse en contra del agresor. Las mujeres que denuncian ante alguna autoridad eventos violentos por parte de su pareja son usualmente las que fueron agredidas de forma física o sexual; el maltrato emocional, por no dejar huellas físicas visibles, y el económico, por la ausencia de una legislación que proteja el patrimonio de las mujeres cuando no son independientes, son poco probables de ser denunciados ante autoridades.

En este universo, acotado a las mujeres casadas o unidas que son violentadas por su esposo o pareja de manera física o sexual, las que han denunciado los hechos representan 22.4%, las demás, con un porcentaje de 77.6%, no han acudido ante ninguna autoridad. Estas cifras denotan la enorme problemática social de la vulnerabilidad femenina.

Entre las mujeres casadas o unidas agredidas física o sexualmente por su pareja, que no denunciaron, 40.8% comentan que la agresión no tuvo importancia o que ellos tienen derecho a reprenderlas.

Las que no acuden ante alguna autoridad para denunciar por miedo, debido a sus hijos o amenazas de su pareja representan 33.5%, otro 24.1% no lo hacen por vergüenza o para que su familia no se entere y 20.6% no confían en las autoridades o piensan que él no va a cambiar, el 10.7% restante mencionó otros motivos. Desafortunadamente, hoy en día las estructuras sociales todavía desalientan o impiden la denuncia de hechos violentos que ocurren dentro de una relación de pareja.

Ser testigo o víctima de eventos violentos en la familia es un elemento que facilita un futuro violento, si además el entorno social es reforzado con la permisividad impuesta por normas y valores que sustentan relaciones de poder privilegiando al sexo masculino, las agresiones fluirán casi naturalmente. El agresor que es identificado con mayor frecuencia en la familia de origen de las mujeres entrevistadas es su mamá, 57.6% vivieron hechos violentos infligidos por ella, quizá debido a que es quien pasa la mayor parte del tiempo con sus hijos; 31.7% dicen haber recibido agresiones por parte del padre y 17.4% fueron violentadas por la madrastra, padrastro, abuelos y otras personas.

En el caso del Estado de México, el Instituto de Salud de la entidad (ISEM) cuenta con líneas claras y objetivas para dar un mejor servicio, brindar información de calidad a la mujer víctima de algún tipo de violencia, con la finalidad de proporcionar orientación-consejería. También cuenta con 1082 unidades de salud de primer nivel para la detección de casos de violencia en todo el estado y 16 Servicios Especializados para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género donde se brinda atención médico-psicológica integral de manera gratuita, y con comunicación directa con el Instituto de Atención a Víctimas de violencia y el Consejo Estatal de la Mujer, para orientación legal y la referencia a algún refugio en caso de requerir ser enviada para salvaguardar su integridad.



## 5. CONTEXTUALIZACION.

El Estado de México cuenta con leyes claras y objetivas, por mencionar algunas; Ley para la prevención y erradicación de la violencia familiar del Estado de México, Ley para prevenir, combatir y eliminar actos de discriminación en el Estado de México, Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Estado de México y Ley para la protección de los (as) niños, niñas y adolescentes del Estado de México, sin embargo la información generada del ENDIREH 2006 del Estado de México arroja un alarmante índice de violencia contra la mujer; 513 063 mujeres casadas o unidas a lo largo de su relación han sufrido violencia de extrema gravedad. De ellas, 50.2% han requerido de atención médica e incluso han tenido que operarse para superar los daños ocasionados por las agresiones; esto refiere a que 61 de 100 mujeres manifiestan que su agresor es su pareja, este dato es mayor en comparativa al estudio nacional en donde se registran 47 casos de 100. Es de sorprenderse que las agresiones hacia las mujeres por parte de su pareja suelen agruparse en: emocionales, económicas, físicas y sexuales. Las emocionales son las de mayor presencia a lo largo de la relación y en el último año, y las padecen 79.1% de las mujeres con violencia de pareja. Las agresiones sexuales son las menos comunes: 18.0% de las mujeres violentadas dicen haberlas sufrido a lo largo de su relación y 14.2% fueron víctimas en los últimos 12 meses.

Evidenciar y cuantificar la violencia contra las mujeres es tarea indispensable para avanzar en la instrumentación de mecanismos que la prevengan y/o eviten. La obtención de datos concretos sobre la prevalencia, magnitud y frecuencia de las agresiones que ellas experimentan en los distintos ámbitos, proporcionan argumentos conducentes para diseñar e impulsar políticas públicas que permitan enfrentar el problema.

## 6. PROBLEMÁTICA

Particularmente es preocupación del CEMyBS contar con una estimación del nivel de conocimiento y aplicación que posee las/os prestadores del servicio de salud, de los criterios para la atención médica de la violencia familiar, referidas en la NOM-190-SSA1-1999, hoy NOM046-SSA2-2005. Así como la plena identificación de sus responsabilidades como profesionales de la salud, de Instituciones públicas y privadas para la atención integral a víctimas de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Si bien la publicación en marzo del 2000 de la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de salud y los criterios para la atención médica de la violencia familiar, que establece los criterios y las responsabilidades de los profesionales y las instituciones públicas y privadas de salud para la atención de la violencia familiar, significó un avance incuestionable, hoy día se carece de un modelo integral o protocolo de atención integral que además brinde información real y objetiva de la observancia de la NOM antes referida.



#### a. Problema científico.

El cómo contribuir al desarrollo de habilidades prácticas y culturales para la correcta aplicación y observancia de la NOM-190-SSA1-1999 ahora NOM-046-SSA2-2005, en los prestadores de servicios médicos en el Estado de México.

### 6. IMPACTO DE LA PROBLEMÁTICA, EN EL CONTEXTO ECONÓMICO Y SOCIAL

En el contexto económico y social la violencia es considerada como un problema de salud pública que conlleva a daños a la salud física y mental de las mujeres, y por tanto es un factor de demanda de los servicios de salud, lo que representa un costo real para la sociedad. Dentro de las implicaciones que este problema tiene para la salud de las mujeres se encuentran: las lesiones físicas directas, la inflamación pélvica aguda, un mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, embarazos no deseados, aborto, parto prematuro, bajo peso al nacer, entre otras, de igual forma y no menos importante las implicaciones de la violencia en la salud mental se encuentran: depresión, ansiedad, baja autoestima, disfunción sexual, etcétera.

Según un informe del Banco Mundial, de 1993, las mujeres ganan, por la violencia, 9.5 años de vida con discapacidad y pierden 20% de años de vida saludable. Los costos que se generan dentro de los servicios de salud en el ámbito mundial por este problema se calcularon en aproximadamente 5% del producto interno bruto (PIB).

Es frecuente que en los servicios de salud no se logre identificar el problema de violencia subyacente, aun cuando ésta sea la raíz de los problemas físicos o psicosomáticos por los que las víctimas demandan la atención. Un estudio realizado en Estados Unidos de América, estima que el 50% del personal médico y el 70% del de enfermería consideran que la prevalencia de la violencia es equivalente o menor a 1%, y que 1 de cada 10 sujetos del personal médico y 5 de cada 10 del personal de enfermería nunca han identificado una víctima. De acuerdo con datos del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población en la Ciudad de México, entre el 77% y el 88% del personal de salud desconoce la existencia de protocolos de atención a víctimas de violencia; sin embargo, identifican entre 1 y 5 casos por mes<sup>2</sup>.

### 7. HIPÓTESIS

La elaboración de este diagnóstico está basado en el **supuesto desconocimiento y no aplicación (no observancia) de protocolos homologados a la atención de víctimas de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, de los prestadores del Sector Salud del Estado de México**, basada en la NOM-190-SSA1-1999, ahora NOM-046-SSA2-2005.

<sup>2</sup> Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Cuernavaca, Morelos, México.



## 8. METODOLOGÍA

Para el estudio denominado “Diagnóstico Cultural de la aplicación de la NOM-190-SSA1-1999, ahora NOM-046-SSA2-2005, se aplico una encuesta, utilizando como instrumento un cuestionario con la finalidad de identificar acciones, actitudes, presunciones y creencias que comparten los miembros del sector salud del Estado de México, con respecto al conocimiento y aplicación de las normas de referencia. El instrumento se aplico principalmente a miembros del sector salud del Estado de México, permitiendo detectar la carencia de información suficiente para desarrollar un modelo integral de atención en apego a la NOM antes mencionada.

### Objetivo del instrumento aplicado.

Identificar los principales motivos por los cuales aparentemente el personal de salud no da cumplimiento a la normatividad vigente para la atención de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

### Datos

#### a. Diseño del Instrumento.

Para el “Diagnóstico Cultural de la Aplicación de la NOM-190-SSA1-1999”, se elaboró un cuestionario, Transversal descriptivo, en relación directa con los contenidos de la NOM-190-SSA1-1999 ahora NOM-046-SSA2-2005.

El cuestionario fue semi-estructurado, conformado con 22 reactivos que indagar sobre las causas y barreras para el cumplimiento cabal y objetivo de la norma de referencia. \*Anexo I

### Estructura:

*En el primer segmento*, se presenta nombre y objetivo de la encuesta, en este segmento se informa al encuestado/a que la información solicitada es con fines estadísticos y será manejada *confidencialmente* para propiciar confianza, objetividad, certeza y certidumbre en las respuestas.

*En el segundo segmento*, se obtiene información demográfica de las y los encuestados, cabe mencionar que no se solicita nombre de encuestado/a .

*En el tercer segmento*, se encuentra el cuerpo de la encuesta, que como se ha mencionado consta de 22 reactivos de los cuales 21 son preguntas cerradas y 1 pregunta abierta, El reactivo **1** es **fundamental** dado el objetivo del presente diagnóstico, éste refiere al conocimiento de la NOM-190-SSA1-1999, dependiendo del inciso que corresponda al caso del la o el encuestado lo remite a los reactivos 2,3,4, y 5 que indagan sobre en caso de conocerla, porque medios la conoció o bien causas y/o motivos por las cuales no se aplica, no se conoce o no se ha buscado información en relación a la NOM de referencia.



Cabe resaltar que pareciera que si en el reactivo **1** se manifiesta desconocimiento ya no tendría caso contestar el resto de la encuesta, sin embargo los reactivos están diseñados con la finalidad de investigar que aunque no se conozca la NOM, las y los prestadores de servicios médicos realizan acciones de atención, con estos reactivos se indaga en qué medida aunque dado su desconocimiento estas acciones se realizan son con apego a la NOM, durante el taller identificaran que aunque hayan manifestado desconocimiento si realizan acciones de atención e inclusive con apego a la NOM.

Los reactivos **6 al 13** indagan sobre:

- El conocimiento de quiénes están obligados bajo sanción penal, civil o administrativa por incumplimiento a aplicar la NOM-046 -SSA2-2005.
- Las actividades que realiza la o el encuestado para el tratamiento y rehabilitación de víctimas de violencia familiar o sexual.
- Los criterios y acciones específicos para la prevención y atención de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- Las acciones para la detección de probables casos de violencia familiar o sexual.
- Las actividades que realiza concretamente para el tratamiento de la violación sexual.
- Las actividades que realiza para dar aviso a Ministerio Público.
- La Consejería y seguimiento que brinda o debe de brindar a las y los afectados o víctimas.

Con el reactivo **14** se solicita que las y los encuestados manifiesten que tipo de capacitación han recibido en reacción con el tema que nos ocupa en el presente diagnóstico.

El reactivo **15** indaga sobre el conocimiento de las responsabilidades que atañen a las Instituciones de salud con respecto a la investigación de casos de violencia familiar o sexual.

Con los reactivos **16 al 18** se identifico el número de casos de violencia familiar y/o sexual que las y los encuestados han identificado en los últimos 3 meses, así como si dio o no aviso de éstos.

Los reactivos **19 al 21** son de gran importancia ya que proporcionan datos cualitativos sobre los Factores (entre ellos los institucionales) que considere impiden identificar y referir un caso de violencia familiar y/o sexual.

Finalmente mediante pregunta abierta se solicita con el **reactivo 22** Recomendaciones para el conocimiento y aplicación eficaz de la Norma NOM-046-SSA2-2005. (ANTES NOM-190-SSA1-1999).

## **b. Aplicación**

La aplicación se llevo a cabo, aprovechando el marco de los 4 talleres de capacitación de la NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, ahora NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, Sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención dirigidos a 620 asistentes del sector salud. La aplicación se desarrolló, Mediante métodos empíricos y técnicas de información primarias.

## **c. Población**

620 prestadores de servicios médicos del Estado de México convocados por el CEMyBS, la población está determinada por el número total de asistentes a los 4 talleres "Conocimiento y aplicación de la

NOM-190-SSA1-1999, ahora NOM-046-SSA2-2005”, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

**d. Problema real.** Incipiente grado de conocimiento de la correcta aplicación de la NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, ahora NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

**e. Instituciones del Estado de México involucradas en la aplicación del Diagnóstico.**

1. ISEM: Instituto de Salud del Estado de México.
2. UAEM: Universidad Autónoma del Estado de México.
3. DIFEM: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.
4. CEMYBS: Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social.
5. ISSEMYM: Instituto de Servicios de Salud del Estado de México y Municipios.
6. PGJEM: Procuraduría General de Justicia del Estado de México.
7. OTROS
8. CIJ: Centros de Integración Juvenil.
9. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.
10. IMIEM: Instituto Materno Infantil del Estado de México.
11. Instituciones privadas
12. CCAMEN: Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México.
13. CEARS: Centro de Atención primaria a la Salud.

**f. Procedimiento**

En primera instancia, mediante técnicas de información secundaria, pertenecientes al método científico, se obtuvo información para la contextualización del problema.

A través de método empírico de la encuesta o cuestionario, diseñado a partir de un sondeo azaroso a instituciones de salud en el Estado de México y de los criterios establecidos en la NOM-190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, y su actualización NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, se estructuró el instrumento denominado “Diagnóstico Cultural de la Aplicación de la NOM-190-SSA1-1999”, que se aplicó a manera de encuesta a los prestadores de servicios médicos en el Estado de México.

Con el uso de estos métodos se puede evaluar cualitativa y cuantitativamente la problemática existente logrando un diagnóstico parcial, el cual se completará con la información que se genere durante el transcurso de los talleres, permitiendo así inferir estadísticamente toda la información que se obtuvo por estos métodos.

La recopilación de datos incluye una fuerza de trabajo o bien un staff que operó con trabajo de gabinete y de campo durante la realización de los Talleres de Actualización de la NOM-190-SSA1-1999, ahora NOM-046-SSA2-2005.

#### *Tipo de investigación*

Investigación de gabinete. Métodos científicos y técnicas de información secundarias

Investigación de campo. Métodos empíricos y técnicas de información primarias

Para la aplicación del instrumento de diagnóstico, se les pide a las y los participantes sujetos a investigación que contesten lo más sinceramente posible, en los 22 reactivos, donde se tocan criterios como la prevención, atención, detección, frecuencia de atención de casos relativos a la violencia familiar y sexual así como la aplicación de la norma oficial en las instituciones de salud en el Estado de México, y capacitación recibida con respecto al tema de estudio.

Después de la recopilación de datos, se procedió a la revisión e interpretación del ya mencionado instrumento y el análisis de los resultados en una matriz de datos.

La preparación de los datos incluye su edición, codificación, transcripción y verificación. Cada instrumento se revisa y se registra. Se asignan códigos de números o letras para representar las respuestas a cada pregunta del instrumento. Los datos se transcriben de los instrumentos a medios magnéticos.

Se llevo a cabo la verificación para asegurar que los datos de los instrumentos originales se transcriben con detenimiento y exactitud, mientras que su análisis dio mayor significado a la información recopilada. Las técnicas con una variable se utilizan para analizar los datos cuando hay una sola medida para cada elemento o unidad en la muestra; si hay varias medidas para cada elemento, cada variable se analiza en forma aislada. Por otro lado, las técnicas con variables múltiples se utilizan para analizar los datos cuando hay dos o más medidas en cada elemento y las variables se analizaron de manera simultánea.

Por último, se elaboró el presente informe escrito que consigna de manera específica, las preguntas que se identificaron durante la investigación; el planteamiento, el diseño de la investigación, la recopilación de datos y los procedimientos de análisis de datos adoptados; así como la presentación de los resultados y los hallazgos más importantes. Los hallazgos se presentarán en un formato comprensible a fin de que estén listos para utilizarse para la toma de decisiones y/o diseño de estrategias para el cumplimiento de las políticas públicas en la materia. Incluye tablas, figuras y gráficos para dar mayor claridad.

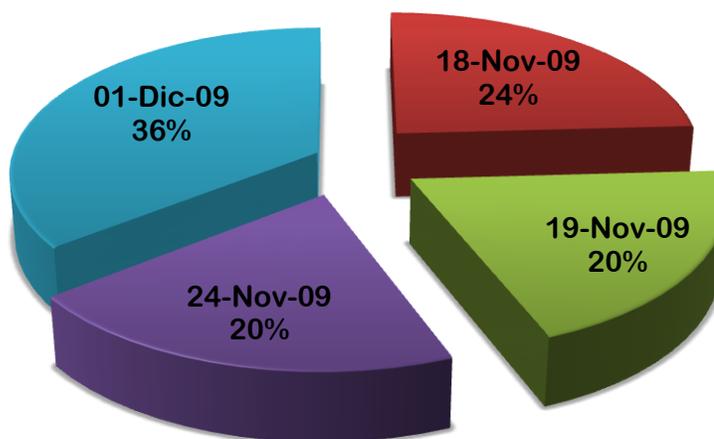
## RESULTADOS DE LA ENCUESTA

### I INFORMACIÓN CUANTITATIVA

#### Participación por día.

Para la aplicación del diagnóstico participaron 620 personas, durante los 4 talleres de actualización de la NOM-190-SSA1-1999, obteniendo en el primer taller el 24%, el segundo y tercer día el mismo 20% y por último se recogieron 36%.

PARTICIPACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO POR DÍA, DEL TOTAL DE LA MUESTRA



#### Características del personal del sector salud del Estado de México en atención a víctimas de violencia familiar, sexual y contra la mujer.

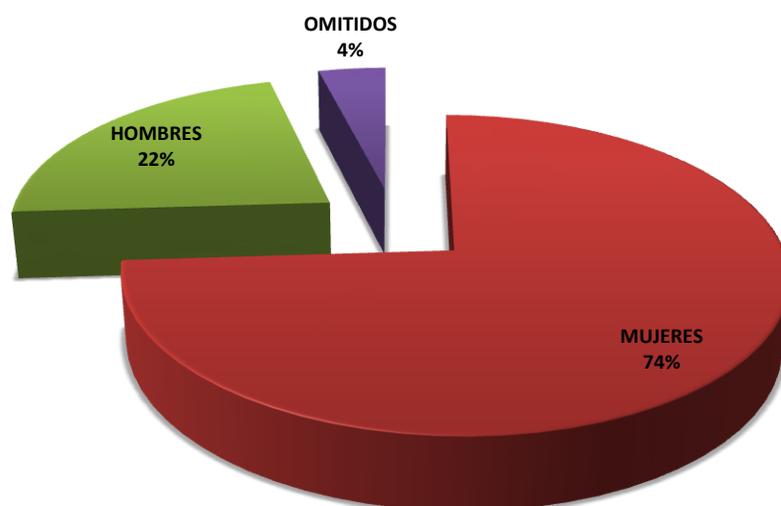
Es importante observar el porcentaje de participación por género, nivel académico y profesión, ya que este responde a la percepción sociocultural de cada uno/a de las y los encuestados.

Participantes	%
Mujeres	74%
Hombres	22%
Nivel Académico	%
Secundaria	1%
Bachillerato	4%
Técnico Profesional	18%
Licenciatura	66%
Posgrado	2%
Maestría	5%
Profesión	%
Medicina	26%
Psicología	22%
Enfermería	19%
Trabajo Social	12%
Estudiantes	1%
Otros	20%

### Participación por sexo.

Se realizó un estudio transversal por género, y la población quedó conformada con una participación del 74% de mujeres, con el 22% de hombres y un 4% que omitieron el dato.

### PARTICIPANTES POR SEXO

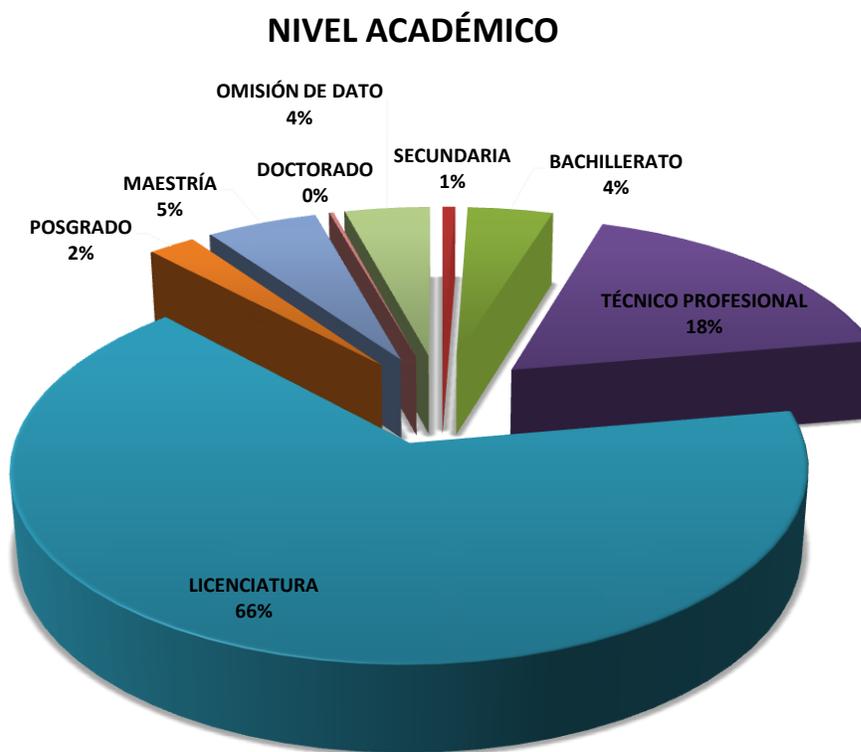


La gráfica muestra como la mayor participación de mujeres que de hombres, bajo el esquema de puestos y profesiones estereotipados, estudios a nivel nacional, demuestran que profesiones como enfermería, psicología y trabajo social esta asociadas con actividades a las que socialmente se han construido o atribuido como actividades propias de mujeres (cuidadoras), o bien si quien convoca es el CEMyBS, se pudo interpretar como un “tema de mujeres”.

### Participación por nivel académico.

El nivel académico queda conformado por 8 rangos; el 1% con secundaria, 4% de bachillerato, 18% técnico profesional, 66% licenciatura, 2% posgrado, 5% maestría, 0% doctorado y un 4% omitieron el dato.

En relación con el nivel académico el personal del sector salud del Estado de México, es importante resaltar que en su mayoría la población a cuenta con nivel licenciatura.



## Participación por profesión.



La participación por profesión nos indica la especialización del personal de salud del Estado de México, destacando el equilibrio para tratar los asuntos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

En la participación por profesión del personal de salud del Estado de México se conformo por el 26% de médicos/as, 22% de psicólogos/as, 19% por el área de enfermería, 12% de trabajadores/as sociales y un 20%

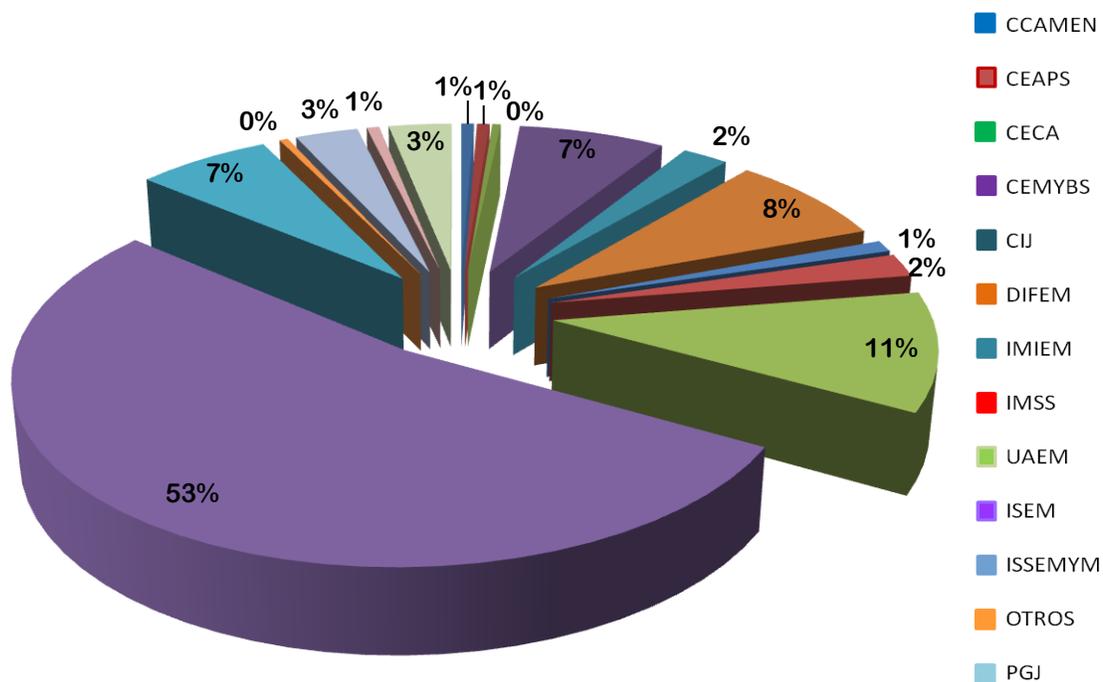
otros. Cabe resaltar que la convocatoria o selección de la población se realizo acotando a personal que brinda atención inmediata o de primer contacto a víctimas de violencia familiar y/o sexual, sin descartar la participación de otros niveles de atención o bien personal directivo.

Obedeciendo a la selección de la muestra, el resultado era el esperado con mayor asistencia de personal médico psicología y enfermería en el rubro de otros se encontró una gran variedad como estudiantes y docentes entre otros.

## Participación por Institución.

La participación de los servidores públicos del Estado de México se segmento en 15 Instituciones las cuales tuvieron la siguiente distribución:

### Instituciones participantes



La población convocada principalmente fue personal de ISEM, misma que se ve reflejada en la grafica con mayor participación con un 53%, aunque cabe también resaltar la importante participación del IES y del DIFEM. Así mismo, docentes de las instituciones de educación superior de áreas médicas mostraron su interés asistiendo a los talleres, éstos se encuentran dentro del rubro de otros.



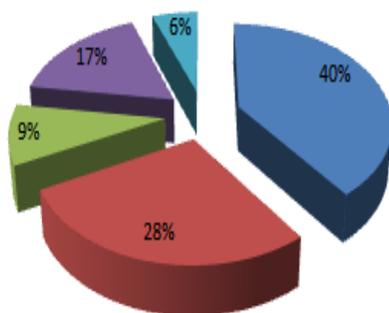
## Análisis variado de los factores relacionados con el conocimiento de la NOM de referencia al tratamiento de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres en el sector salud del Estado de México.

Como se menciona en el apartado de diseño del diagnóstico, el reactivo número 1 fue fundamental ya que este arroja el porcentaje de las y los asistentes que conocen la NOM de referencia; o bien que han escuchado de ella pero no la conocen, pero realizan acciones de prevención y atención de violencia, así como porcentaje de quienes si la conocen pero no la aplican y por último los/as que si la conocen, pero no le es factible aplicarla.

### Indicadores de conocimiento:

Con respecto a la NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud.  
Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

- a) No conozco la norma, pero realizo acciones de prevención y atención de violencia.
- b) He escuchado de la norma, pero no la conozco.
- c) Sí la conozco, pero no la aplico.
- d) Sí la conozco, y la aplico.
- e) Si la conozco, pero no es factible aplicarla.



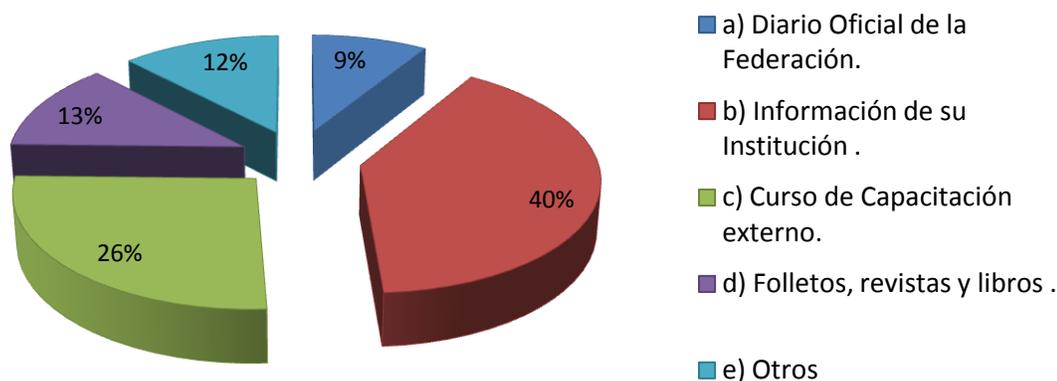
El gráfico muestra que un 40% no la conoce pero **dice realizar** acciones de prevención y atención a víctimas de violencia familiar y/o sexual. Con las respuestas manifestadas en los reactivos 6 al 15 se pudo identificar que no siempre estas acciones son realizadas son con apego a la NOM que nos ocupa.

Por otro lado solo el 17%, dice conocerla y aplicarla, como se puede observar es sumamente bajo, pero preocupa aún más que al realizar el presente diagnóstico, particularmente con las respuestas a los reactivos 6 al 15 se pudo observar que no se conoce detalladamente y preocupantemente no se aplica aunque se conozca.

El porcentaje de quienes si la conocen, pero no la aplica es del 9%, y de quienes Sí la conocen, pero no le es factible aplicarla 6%. Aunque parezca mínima esta población es importante identificar las causas del porque aunque la conoce no la aplica o del porque no le es factible aplicarla, datos que se analizaran más adelante.

Dependiendo de la respuesta de cada encuestado(a) el reactivo 1 remite a cualquiera de los reactivos 2 al 5, en donde, para quienes contestaron que si la conocen se le solicita indiquen:

**Medio por el que obtuvo información sobre la NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar**



El gráfico anterior solo refiere al **17%** de quienes “**si la conocen**” y la aplica, así como del **9%** que **si la conoce, pero no la aplica** y del **6%** que **si la conoce, pero no le es factible aplicarla**, en total **32%**.

Del **32%** que manifiesta conocerla, independientemente si la aplica o no; el **40%** menciona que el medio fue su institución, dada lo alto del porcentaje obtenido, éste es un dato importante con el cual se puede interpretar que la institución de procedencia es el medio por excelencia para dar a conocer la NOM de referencia, por ser cotidiano y directo e involucra a todos los miembros y responsables directos e indirectos de la atención.

En segundo lugar con el **26%** se encuentra los  **cursos externos**, otro medio por excelencia para la difusión de la NOM aunque podría resultar más complejo y costoso, por desplazamientos y/o traslados o costos de operación y logística.

El **13%** menciono que **la conoció por folletos o revistas** sin especificar cuáles, este representa un buen medio de difusión siempre y cuando existan mecanismos que aseguren la entrega y recibimiento a la población destinada.

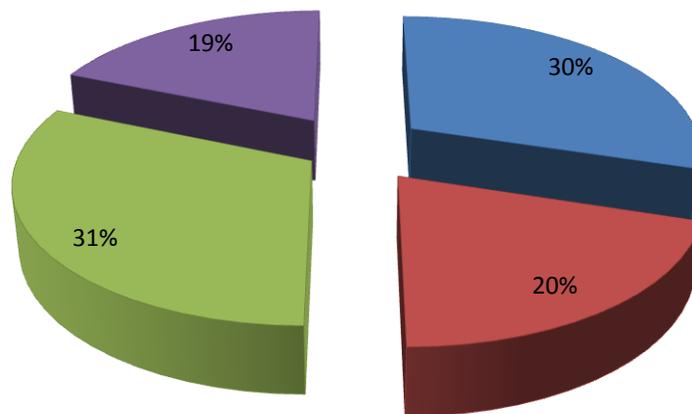
Por último solo el **9 %** refiere **Diario Oficial** como medio por el cual la conoció y **el 9%** con rubro de **otros** no especificados.

El **68%** de las y los encuestados manifestaron no conocerla y a esta población se le cuestiono:

### Motivos por los que No ha buscado la NOM-190-SSA1-1999

Resultando:

- a)Desconozco los medios en donde encontrarla.
- b)Desconozco si corresponde a mis funciones .
- c)Falta de tiempo.
- d)Otros



Se puede observar que del **68 %** que menciona no conocerla el **31%** refiere que no ha buscado la NOM o información referente a esta por **“falta de Tiempo”**, es preocupante esta respuesta, se deja ver que aun no identifican el conocimiento y aplicación de ésta como parte de sus responsabilidades, inclusive aun cuando existe sanción penal, civil o administrativa por incumplimiento, aparentemente este dato tiene relación directa con el 20 % que indico que de desconoce si corresponde a sus funciones.

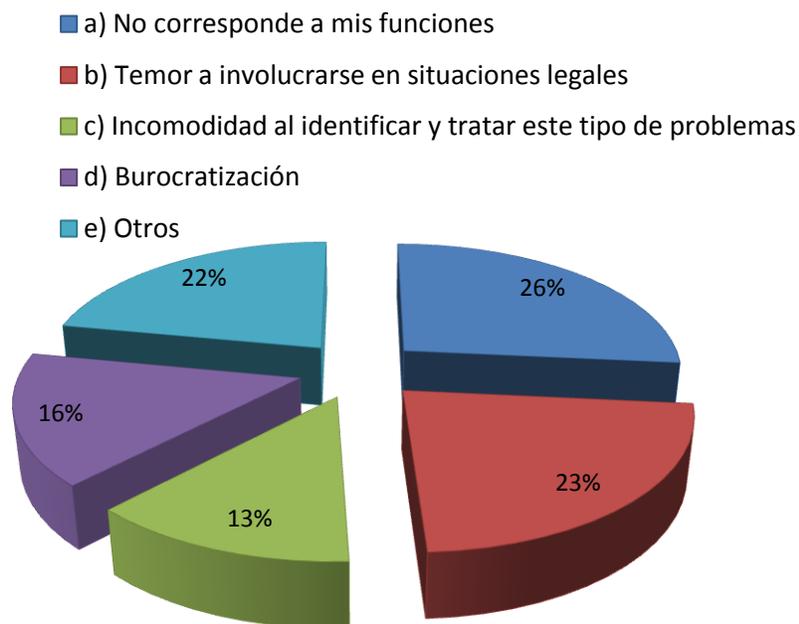
Por otro lado el 30% indica que **“desconoce los medios en donde encontrarla”**, dejando entrever que le interesa más no sabe donde consultarla y sobre todo, saber si la observancia de la NOM atañe o no a sus funciones, labor que podría ser cubierta por cada institución de procedencia de las y los encuestados.

Finalmente el 19% reporta **“otros motivos”**, en la mayoría de los casos no especificando cuáles.

Ahora bien a quienes la conoce pero no la aplican se les cuestiona:

### Motivos por las que no aplica la NOM

Resultando:



La mayor incidencia con el **26%** dice que **“no corresponde a sus funciones”**, sin embargo como se puede observar en el grafico de institución de procedencia, el **53%** proviene del **ISEM** y particularmente médicos/as, trabajadores/as sociales y psicólogos/as a quienes si compete la observancia de la NOM, por la función que realiza y como miembro de la institución de salud independientemente si es pública o privada.

En porcentajes no menos importantes se encuentra que el **23%** **“teme involucrarse en situaciones” legales** o represalias por parte de los agresores, así mismo el **22%** indica que no la aplica por que **“representa burocratización”**, aparentemente aun falta sensibilizar en el tema a quienes dieron esta respuesta, se percibe que antes que atender o prevenir consecuencias como daños físicos mayores e inclusive la muerte principalmente de mujeres y/o niños y niñas, está el malestar y la incomodidad que representa hacer un trámite. Aparentemente aun no identifican en qué consiste la atención/

notificación de víctimas/casos y el respaldo que la misma NOM les proporciona, así como las instituciones corresponsables para la atención integral de víctimas.

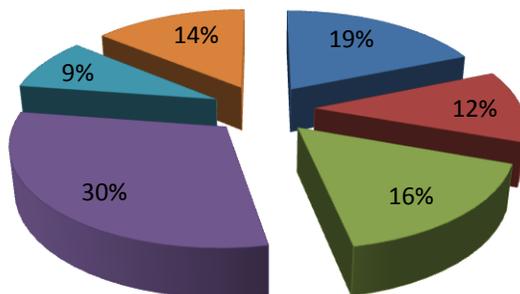
Aunado al párrafo anterior **13%** dice que no aplica la NOM, porque **“le incomoda tatar estos temas”**, ¿aun cuando es parte de sus responsabilidades, bajo pena o sanción civil, administrativa o penal por incumplimiento? Como se ha mencionado en el análisis de otros gráficos, esta respuesta podría obedecer a aspectos socioculturales e ideológicos, por lo que nuevamente estamos ante la necesidad de concientización y sensibilización más que difundirla como una obligación.

Encontramos un caso para estudios posteriores ya que el 22% menciona otros motivos sin especificar cuáles, sería importante identificarlos ya que en esta ocasión no fue especificado.

El siguiente gráfico tiene relación con el análisis anterior y fue la manifestación de quienes la conocen y no la aplican o consideran que no es factible aplicarla.

**Resultando que los Motivos por las que no es factible aplicarla son:**

- a) Temor a involucrarse en situaciones legales
- b) Burocratización
- c) Falta de infraestructura
- d) Falta de capacitación
- e) Barreras Institucionales
- f) otros



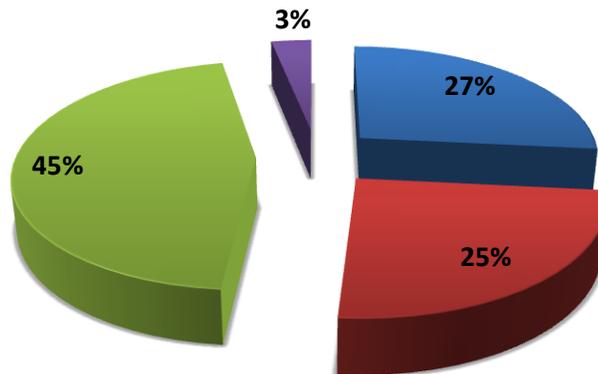
Aquí encontramos un indicador interesante ya que el **30%** dice que **“no es factible aplicarla por falta de capacitación”**, y nuevamente aparece con un **19%** el **“temor”** a involucrarse en aspectos legales con repercusiones y/o consecuencias con las cuales se vean afectados/as en lo familiar o profesional. Así mismo se reitera con un **12%** **“la burocratización”** ya comentada en el análisis del gráfico anterior. Por otro lado uno de los comentarios más recurrentes durante los talleres fue que **“no cuentan con infraestructura”** sin detallar más en este caso el dato cuantitativo arroja un **16%** con esta percepción.

Con un porcentaje menor **9%**, pero no pero no menos importante manifiestan que **“existen barreras institucionales”**, no especificando cuales.

Como se pudo observar en los resultados de los gráficos anteriores en reiteradas ocasiones las y los encuestados indican que no les compete, que no saben a quién o a que instituciones compete la observancia de la NOM, por lo que se cuestiono directamente:

**Quienes estan obligados bajo sanción por incumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005**

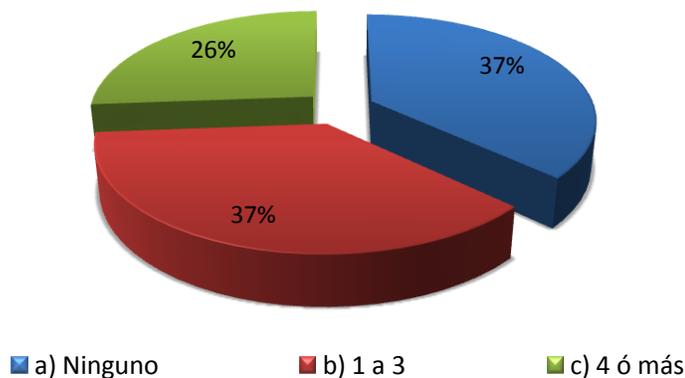
- a) Autoridades del Sector Salud y los gobiernos Estatales y Municipales
- b) Médicos, Psicólogos, trabajadores Sociales y Voluntarios del Sistema de Salud
- c) Los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen de problemas el sistema nacional de salud
- d) Otros



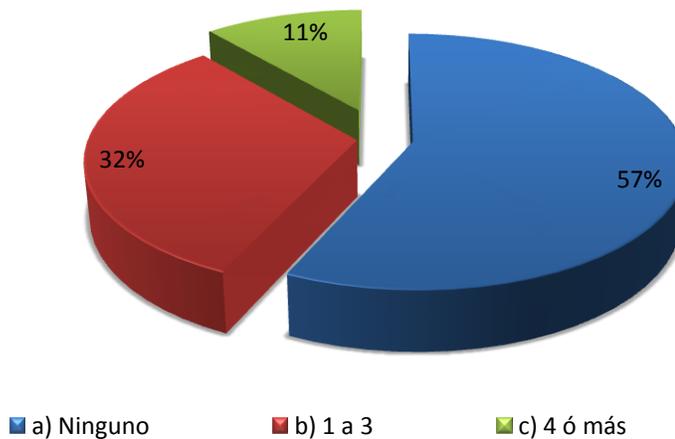
Obteniendo que el 45%, que es un porcentaje alto dice que a prestadores de servicio de salud de los sectores públicos, social y privado del sistema nacional de salud, que es quien la NOM refiere como responsables de la Aplicación y observancia. Aquí encontramos un dato contradictorio dado que en otros reactivos manifestaron que no sabían si les compete, dato que se puede corroborar dado que el inciso a) y b), se incorporaron como respuestas distractoras es decir no son literalmente a quien la NOM confiere la responsabilidad y el 27% y 25% refieren que es a ellos a quienes corresponde la aplicación si sumamos ambos el 52% contesto erróneamente. Solo un 3% manifiesta que otros sin especificar cuáles.

Independientemente del conocimiento que tiene el sector salud con respecto a la aplicación de la NOM para detectar casos de violencia, se les pregunto si habían identificado casos en los últimos tres meses, el resultado tanto para la identificación de violencia familiar como de violencia sexual se muestra en las siguientes gráficas, retomando que el **37% “ha detectado de 1 a 3 casos”** en el tiempo señalado de violencia familiar y el 32% de violencia sexual, aquí la pregunta sería ¿qué seguimiento se le dio? o ¿cómo actuó el personal ante esta situación y cuáles fueron los indicadores para determinar que se trataba de violencia?.

### Identificación de casos de violencia familiar en los últimos 3 meses



### Identificación de casos de violencia sexual en los últimos 3 meses



Veamos que en el caso de violencia familiar, solo el **26% (el porcentaje menor)** ha identificado **4 o más casos y en violencia sexual 11%**, no obstante, un dato que se considera crítico es que el **37% (porcentaje alto) para violencia familiar y 57% en violencia sexual**, no ha identificado casos dato alarmante, cuando el Estado de México se encuentra en los primeros lugares a nivel nacional o por encima de la media nacional de violencia familiar y sexual, particularmente contra las mujeres. Aparentemente no saben cómo. Por ello, la importancia de contar con un protocolo en el que se apoyen para la atención de la violencia, en el que incluya indicadores que refieran a posibles casos.



## Análisis variado de los factores relacionados con la actitud ante casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres por parte del personal de sector salud del Estado de México (ISEM)

Las siguientes 7 gráficas tienen que ver con las acciones específicas que se realizan para la detección, prevención, atención y seguimiento de casos de violencia familiar y/o sexual, obviamente este porcentaje obedece a las y los encuestados que refieren haber detectado casos de violencia familiar y/o sexual en los últimos tres meses.

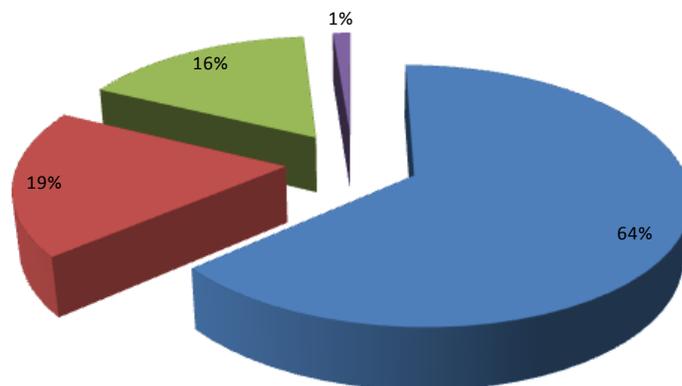
Aunado a lo anterior, se indagó sobre las acciones que realizan cuando identifican casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres, cuentan o no con un protocolo basado en la NOM, encontrando que en la mayoría de las respuestas **64%**, **“aplican los criterios establecidos en la Norma”**, sin embargo, es necesario que sus instituciones cuenten con un protocolo de acción basado en la NOM, no solo para dar cumplimiento a lo establecido por el gobierno, sino como parte estratégica que representa los y las trabajadores(as) de salud, para la detección de la violencia y contribuir en su erradicación.

### Acciones que realiza el personal del sector salud del Estado de México en atención a víctimas de violencia familiar, sexual y contra la mujer.

Acciones	%
1.- Promoción de la salud y prevención, detección de probables casos y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tratamiento específico de violación sexual, dar aviso al ministerio público, consejería y seguimiento, sensibilización, capacitación y actualización e investigación	64%
2.- Prevención y atención, detección de probables casos, tratamiento y rehabilitación, dar aviso al ministerio público, asesoría, sensibilización, capacitación, actualización e investigación	19%
3.- Promoción de la salud y prevención, detección de probables casos y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, seguimiento, sensibilización, capacitación, actualización e investigación.	16%
4.-Otros	1%

## Criterios específicos para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual

- a) Promoción de la salud y prevención, detección de probables casos y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tratamiento específico de violación sexual, dar aviso al ministerio público, consejería y seguimiento, sensibilización, capacitación y actualización.
- b) Prevención y atención, detección de probables casos, tratamiento, dar aviso al ministerio público, asesoría, sensibilización, capacitación y actualización, investigación
- c) Promoción de la salud y prevención, detección de probables casos y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, seguimiento, sensibilización capacitación y actualización, investigación
- d) Otros



### **Acciones que los servidores del sector salud del Estado de México realizan para la detección de probables casos de violencia familiar o sexual:**

Así mismo, con relación al punto anterior, el personal de salud, señala que para detectar casos de violencia:

- Se apoyan en herramientas y procedimientos estandarizados para este fin 19%.
- Aplican el procedimiento de tamizaje de manera rutinaria 6%.
- En caso de maltrato a mujeres embarazadas indagan la historia clínica previa de embarazo 7%.
- Determinan signos y síntomas de embarazo 5%, identifican indicadores de violencia 21%.
- en caso de que la víctima no se encuentre en condiciones de responder, entrevista a un acompañante 9%.
- Registra en algún medio físico o electrónico 4%.
- Realiza una entrevista dirigida a los usuarios en clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicio, privacidad y confidencialidad 22%.

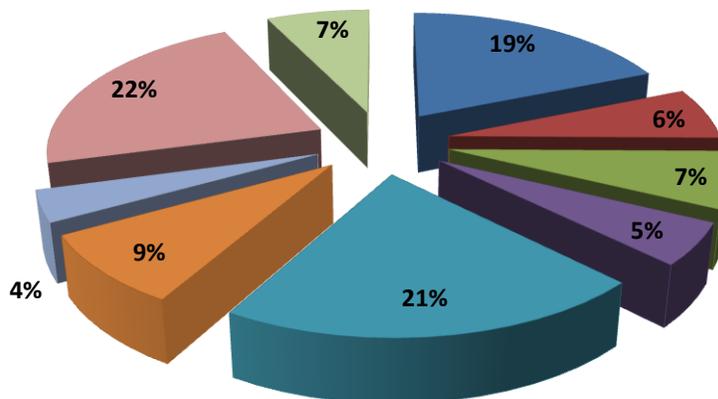


- Realiza estudios de laboratorio, gabinete, estudios especiales y de trabajo social 7%.

Del primer dato de este apartado, se menciona que el **19% del personal detecta casos de violencia a través de herramientas y/o procedimientos estandarizados**, si revisamos la gráfica que hace referencia al conocimiento y aplicación de la NOM, tenemos que el **57% no conoce pero realiza acciones para este fin** y el **17% del personal dice conocerla y aplicarla**. Por tanto, un dato curioso o contradictorio, de la información anterior, es que solo el **4%, del 17%** del personal que conoce y aplica la Norma, **registra en algún medio físico o electrónico los casos de violencia detectados**, Este criterio, es relevante, sobre todo cuando con los registros se busca obtener datos más objetivos de la situación de violencia, particularmente en el Estado de México y generar acciones que prevengan y erradiquen la violencia.

Acciones	%
1.- Realiza una entrevista dirigida a los usuarios en clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicio, privacidad y confidencialidad	22%
2.- Identifican indicadores de violencia	21%
3.- Se apoyan en herramientas y procedimientos estandarizados para este fin	19%
4.- En caso de que la víctima no se encuentre en condiciones de responder, entrevista a un acompañante	9%
5.- En caso de maltrato a mujeres embarazadas indagan la historia clínica previa de embarazo	7%
6.- Realiza estudios de laboratorio, gabinete, estudios especiales y de trabajo social	7%
7.- Aplican el procedimiento de tamizaje de manera rutinaria	6%
8.- Determinan signos y síntomas de embarazo 5%, identifican indicadores de violencia	5%
9.- Registra en algún medio físico o electrónico	4%

### Criterios para la detección de probables casos de violencia familiar o sexual



- a) Se apoya en herramientas y procedimientos estandarizados para este fin
- b) Procedimientos de tamizaje de manera rutinaria
- c) En caso de maltrato a mujeres embarazadas indagar la historia previa de embarazos
- d) Determinar signos y síntomas de embarazo
- e) Identificar indicadores de violencia
- f) En caso de que la víctima no se encuentre en condiciones de responder, entrevista a un acompañante
- g) Registra en algún medio físico o electrónico
- h) Entrevista dirigida a los usuarios en clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicios, privacidad y confidencialidad
- i) estudios de laboratorio, gabinete, estudios especiales y de trabajo social

### Acciones que realiza para el tratamiento y rehabilitación de víctimas de violencia familiar y sexual.

En relación con el comportamiento que el personal de salud tiene en la práctica para tratar los casos de violencia se encontró que el brindar atención integral a daños físicos como psicológicos tuvo un resultado del 24%, mayor a los demás criterios no menos importantes. Cabe mencionar que todos los criterios señalados en este apartado son susceptibles de realizarse, de acuerdo a los casos que se presenten y a las necesidades de la víctima. Seguido con un 18%, se encuentra la canalización de los involucrados en situación de violencia a otras instancias o servicios médicos donde tengan mayor capacidad resoluta y den seguimiento al caso de una u otra forma.

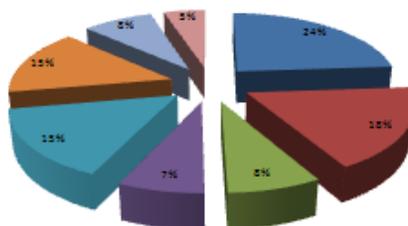


Acciones	%
1.-Brindar atención integral a daños físicos como psicológicos.	24%
2.-Referirlos en caso de ser necesario a otros servicios o unidades médicas u organizaciones con mayor capacidad resolutive.	18%
3.-Canalizar a rehabilitación necesaria de acuerdo a los daños físicos/psicológicos identificados.	15%
4.-Impartir consejería para que el o la usuario afectado tome decisiones voluntarias y consientes.	15%
5.-Dar seguimiento periódico en el plan terapéutico de los/as usuarios involucrados	8%
6.-Exploración clínica instrumentada del área genital, previa autorización de la víctima y acompañado de un familiar.	8%
<b>7.-Preservar evidencias médico legal.</b>	<b>7%</b>
8.-Brindar atención psiquiátrica.	5%

Véase que solo el **7% preserva evidencias médico legal**, siendo estas un elemento determinante durante la investigación del caso y solo el **8% da seguimiento periódico de un plan terapéutico así como realiza una exploración física en genitales. Y solo el 5% brinda atención psicológica.**

**Actividades que se realizan para el tratamiento y rehabilitación de víctimas de violencia**

- a) Brindar atención integral a daños tanto físicos como psicológicos
- b) Referirlos en caso de ser necesario a otros servicios o unidades médicas u organizaciones con mayor capacidad resolutive
- c) Exploración clínica instrumentada de el área genital, previo autorización de la víctima y acompañado de un familiar
- d) Preservar evidencias médicas legales
- e) Canaliza a rehabilitación necesaria de acuerdo a los daños físicos/psicológicos identificados.



Actividades que realizan para el tratamiento de la violencia sexual los servidores del sector salud en el Estado de México, los resultados arrojaron con el 70% a promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y posterior atención y con el 30% a estabilizar, reparar daños, evitar complicaciones y tratamiento de lesiones físicas.

Acciones	%
1.- Promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervención en crisis y posterior atención	70%
2.- Estabilizar, reparar daños, evitar complicaciones y tratamiento de lesiones físicas.	30%



### Acciones que realizan para dar aviso al Ministerio Público

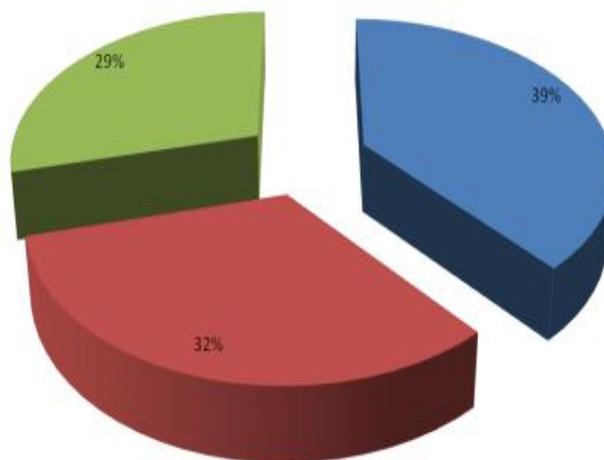
Se encontró que el **39% da aviso de manera inmediata** al ministerio público si las lesiones ponen en peligro la vida de la víctima, solo **el 32% elabora el formato de aviso** al ministerio público/apendice1, es bajo el porcentaje de avisos y por ello no se tiene mayor detalle o datos que permitan tomar acciones concretas y objetivas, por último el **29%** en los casos que las lesiones no constituyan un delito que se persiga por oficio, **informan a la víctima para que este denuncie ante el ministerio público correspondiente.**



Acciones	%
1.- Da aviso de manera inmediata al ministerio público si las lesiones ponen en peligro la vida de la víctima	39%
2.-. Elabora el formato de aviso al ministerio público/apéndice 1.	32%
3.- En los casos que las lesiones no constituyan un delito que se persiga por oficio, informan a la víctima para que este denuncie ante el ministerio público correspondiente.	29%

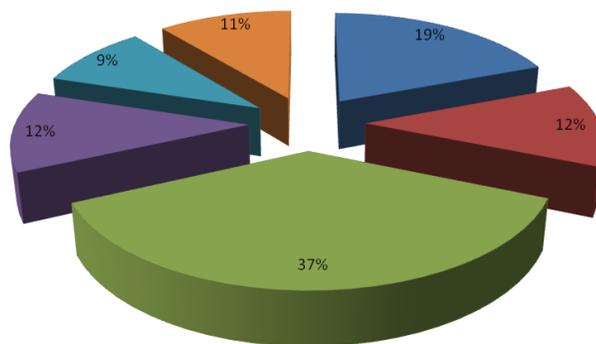
### Actividades para dar aviso al ministerio público

- a) Si las lesiones ponen en peligro la vida de la víctima, dar aviso de manera inmediata al ministerio público
- b) Elaborar el formato de aviso al ministerio público /apéndice 1
- c) En los casos que las lesiones no constituyan un delito que se persiga por oficio informar a la víctima para que este denuncie ante el ministerio público correspondiente



### Información proporcionada a la víctima en caso de violación

- a) Informa sobre riesgos de posibles enfermedades de transmisión sexual.
- b) Registra y conserva la evidencia médica de la violación
- c) Proporciona consejería, seguimiento y orientación para que la víctima pueda acudir a otros servicios según los daños identificados
- d) En caso de embarazo prestar servicios de aborto médico a solicitud de la víctima interesada. En caso de que la víctima sea menor de edad solicitar autorización de los padres
- e) En caso de brindar servicios de aborto médico, informar a la víctima sobre riesgos y consecuencias del aborto
- f) En caso de objeción de conciencia del personal médico canalizar a la víctima de manera oportuna y adecuada a otras instancias que cuenten con personal médico no objetores de conciencias e infraestructura

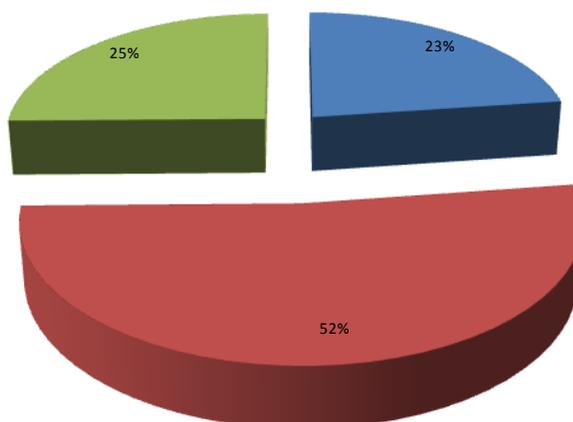


Las acciones de seguimiento y consejería de los servidores del sector salud del Estado de México dio un **52% a informar a la víctima** sobre los centros de apoyo disponibles y pasos para acceder a los servicios de atención, protección y defensa, **25% respetar la autonomía y decisión de la víctima** para el seguimiento médico, psicológico y trabajo social, y un **23% a informar a la víctima sobre denuncia los hechos de violencia.**

Acciones	%
1.- Informar a la víctima sobre los centros de apoyo disponibles y pasos para acceder a los servicios de atención, protección y defensa	52%
2.- Respetar la autonomía y decisión de la víctima para el seguimiento médico, psicológico y trabajo social	25%
3.- Informar a la víctima sobre denuncia los hechos de violencia.	23%

### Consejería y seguimiento

- a) Informar a la víctima sobre los hechos de violencia.
- b) Informar a la víctima sobre los centros de apoyo disponibles y pasos para acceder a los servicios de atención, protección y defensa
- c) Respetar la autonomía y desiciones de la víctima para el seguimiento médico, psicológico y trabajo social



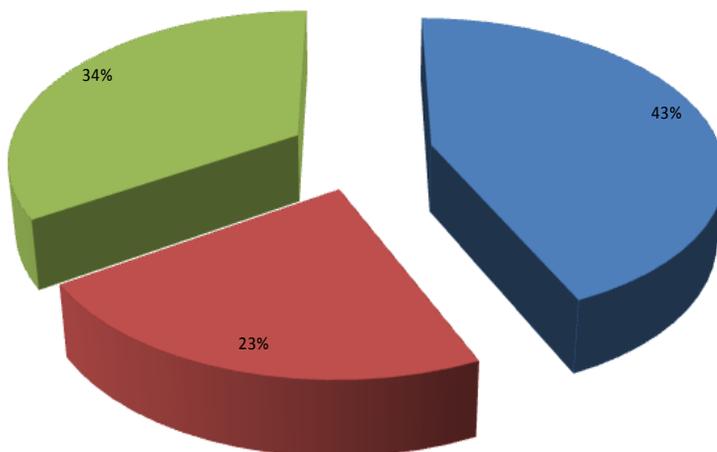
Como se puede observar el **52 % dice informar a la víctima sobre centros de apoyo disponibles** y los pasos para acceder a los servicios de atención, protección y defensa, pero solo el **23% le informa directamente sobre el cómo denunciar** los hechos, estos dos últimos resultados parecerían contradictorios puesto que se da información sin mencionar el cómo. Sobre todo cuando pudiera carecerse de medios para solicitar directamente apoyo o tratamiento.

## Instituciones de salud para investigación de casos de violencia familiar o sexual.

### Actividades realizadas por las instituciones de salud para investigar casos de violencia:

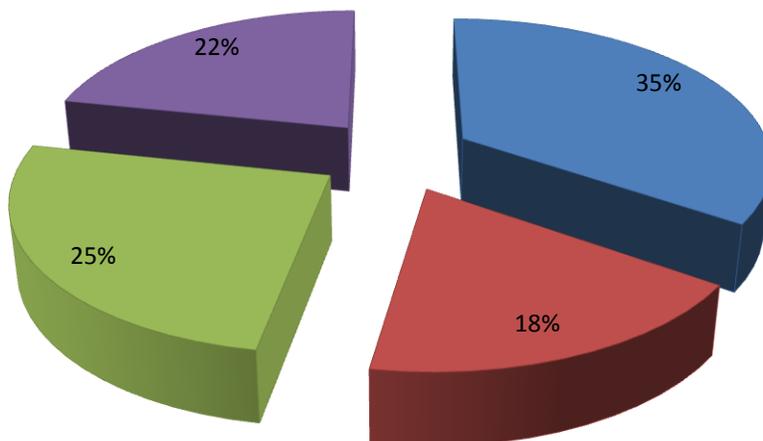
#### Actividades realizadas por las instituciones de salud para investigar casos de violencia

- a) Promover y realizar investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública, sobre violencia familiar o sexual que permitan tanto la cuantificación como la identificación de sus causas y determinantes sociales, culturales y económicas, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual y colectiva.
- b) Dar seguimiento puntual en conjunto con autoridades del Ministerio Público a los casos reportados de violencia sexual o familiar desde el inicio hasta el cierre del caso.
- c) Promover convenios para realizar investigaciones interdisciplinarias e interinstitucionales, que permitan mejorar la calidad de la detección, prevención, atención y rehabilitación de las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia familiar o sexual.



### Denuncias en caso de lesiones por violencia familiar y/o sexual

■ a) Siempre   ■ b) Rara vez   ■ c) Nunca   ■ d) No me corresponde



En gráficos anteriores se menciona en los que se solicita indiquen que acciones realizan para la detección, atención, denuncia y seguimiento de casos de violencia familiar y/o sexual se obtuvo lo siguiente:

1.- Da aviso de manera inmediata al ministerio público si las lesiones ponen en peligro la vida de la víctima	39%
2.-. Elabora el formato de aviso al ministerio público/apéndice 1.	32%

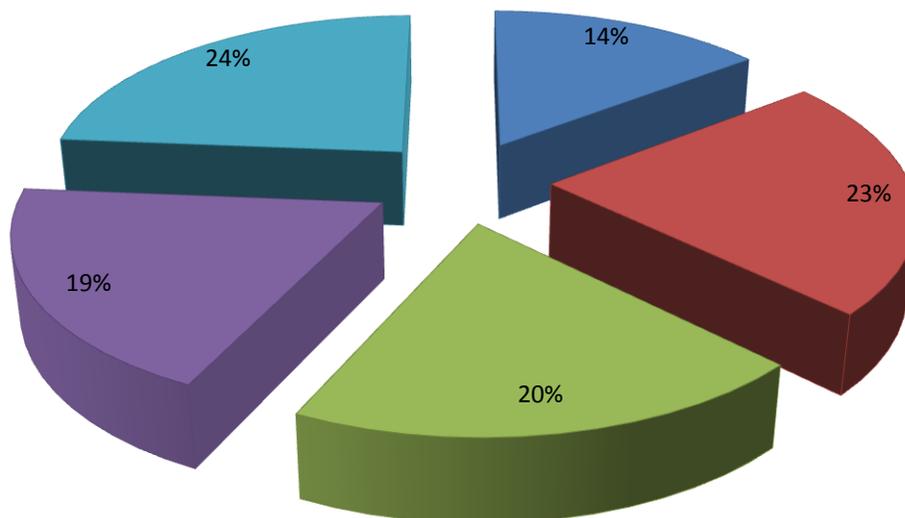
Entre los datos de la tabla y en el grafico anterior hay contradicción, en este último podemos ver que la suma de quienes manifestaron que rara vez, nunca, y no me corresponde denunciar; suma 65% mayor al porcentaje de siempre, aunque también en gráficos anteriores se pudo ver que las y los encuestados manifiestan que consideran que no les corresponde a no saben si les corresponde realizar las acciones de denuncia.

Las siguientes gráficas muestran las Barreras institucionales y de la práctica médica para identificar y referir los casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres del sector salud del Estado de México.

El primero refiere a:

**Los factores institucionales que impiden identificar casos de violencia**

- a) Falta de privacidad en la consulta
- b) Ausencia de protocolos de detección de casos
- c) Tiempo en la consulta
- d) Temor a involucrarse en situaciones legales
- e) Falta de apoyo institucional



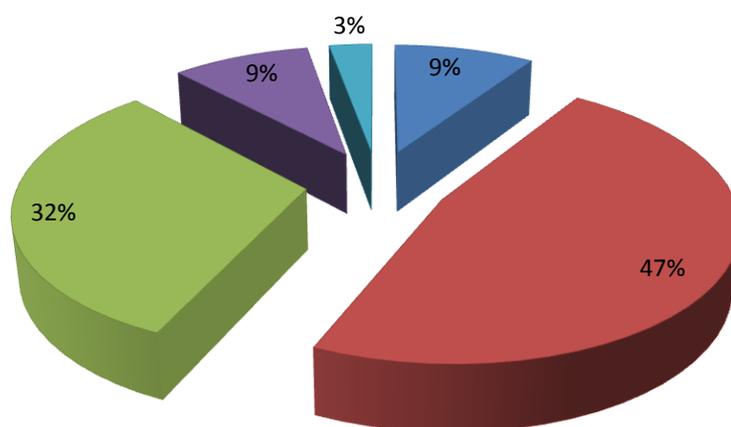
23% de las y los encuestados refieren que la ausencia de protocolos, el 24% considera que falta apoyo institucional, el 20% dice que el tiempo destinado a la consulta, así como el 14% que indica que falta de privacidad en la consulta son factores que impiden identificar casos de violencia.

Como se puede observar ahora el 19% refiere como factor que impide identificar casos; el temor a involucrarse en situaciones legales.

En el instrumento utilizado también se cuestiono sobre:

### Prácticas médicas que impiden identificar casos de violencia

- a) Es de carácter privado
- b) Temor de involucrarse en situaciones legales
- c) falta del conocimiento del tema
- d) Incomodidad al identificar y tratar este tipo de problema
- e) Otros

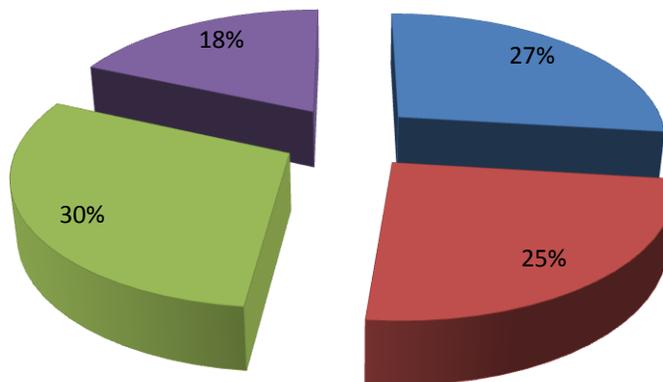


**Ahora el 47% refiere nuevamente el temor a involucrarse en situaciones legales como una práctica medica que le impide identificar casos de violencia, alarmante resultado por ser reiterativo en los resultados del presente diagnóstico, y más aun el 32% dice carecer de conocimiento del tema, este resultado reitera el resultado obtenido sobre del conocimiento de la NOM de referencia.**

### Prácticas médicas que impiden referir un caso de violencia

Ahora bien, de igual manera se indago sobre las prácticas médicas que impiden referir un caso de violencia resultando en primer lugar con el 30% desconocimiento de instancias dato importante que conlleva a una difusión masiva (a instituciones de salud) sobre estas instancias. El 20% % refiere que la burocracia le impide referir casos y como en resultados anteriores ahora con el **27% temor a involucrarse en situaciones legales.**

- a) Temor de involucrarse en situaciones legales
- b) Burocracia
- c) Desconocimiento de instancias
- d) Desconocimiento del tema



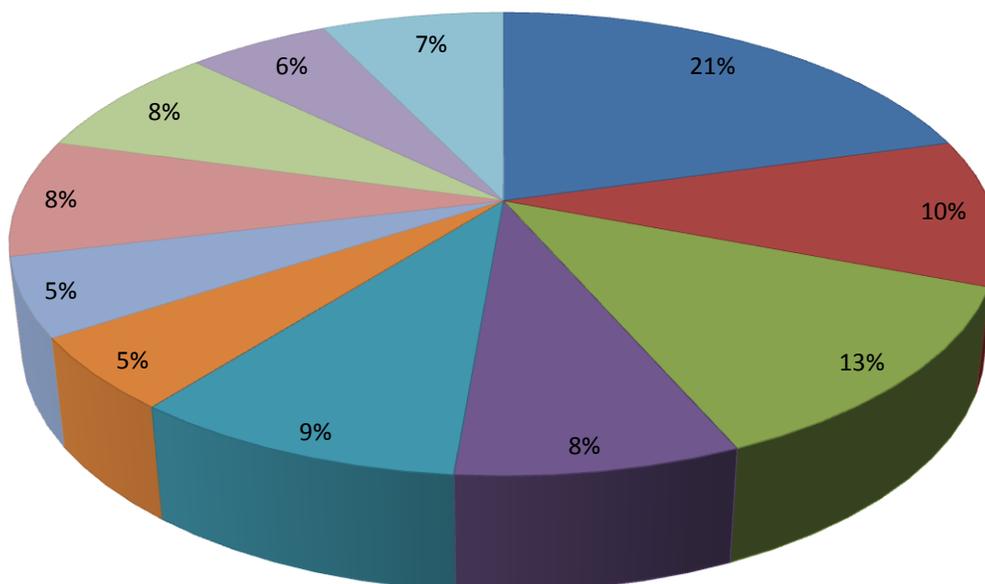
En las dos últimas gráficas observamos que aparece con un porcentaje alto el “**desconocimiento**” de instancias o del tema como factor que impide identificar o referir un caso de violencia. Este es un indicador importante ¿a quién corresponde o de quien es la responsabilidad de proporcionar u obtener la información necesaria; de las instancias, de las y los prestadores de servicios de salud, de las autoridades?

Como se ha mencionado en párrafos anteriores un factor que impide la detección, atención, notificación y seguimiento de casos de violencia es el temor a involucrarse en asuntos legales, también este es una consecuencia del desconocimiento.

Por último y en relación con los resultados de las tres últimas gráficas, ahora se indaga sobre si han recibido o no capacitación así como los temas y son variados, entonces ¿porque el desconocimiento manifestado anteriormente?, si como se puede observar las instituciones si han capacitado y en temas variados con respecto a la violencia.

### Temas abordados en la capacitación

- a) Marco conceptual: género, violencia, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos humanos (incluidos los sexuales y reproductivos) efectos de violencia en la salud, entre otros.
- b) Marco jurídico: elementos básicos del derecho civil, penal y legislación aplicable en materia de violencia familiar, sexual y de violencia contra la mujer.
- c) El análisis de factores asociados a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- d) Detección sistemática en las/los usuarios de servicios de salud para el reconocimiento de indicadores de maltrato físico, sexual y psicológico en los casos de violencia familiar y sexual.
- e) Atención oportuna con calidad.
- f) Evaluación en niveles de riesgo y elaboración del plan de seguridad.
- g) Criterios y procedimientos para referencia y contra referencia, incluyendo el reconocimiento de las instancias que en su contexto presentan servicios, según niveles de atención.
- h) Intervención en crisis, alternativas de atención psicológica especializada en función del nivel de violencia vivido por el/la usuarios, y grupos de ayuda mutua.
- i) Anticoncepción de emergencia y aborto médico conforme a la legislación correspondiente.
- j) Procedimiento para el registro de casos y avisos al Ministerio Público.
- k) Centros o instancias especializadas para el tratamiento de situaciones de violencia familiar o sexual, consejería y asistencia social.





## II INFORMACIÓN CUALITATIVA

La siguiente información corresponde al reactivo 22, pregunta abierta realizada a las y los encuestados y a los resultados y comentarios realizados durante el taller.

El personal del sector salud del Estado de México, sugiere recomendaciones para la adquisición del conocimiento y aplicación eficaz de la Norma NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra la mujer. Criterios para la prevención y atención. Permitiendo abordar el problema y generar acciones.

### **Recomendaciones para el conocimiento eficaz de la Norma NOM-046-SSA2-2005 (ANTES NOM-190-SSA1-1999)**

Entre las más recurrentes encontramos:

- Cursos de capacitación especializado en la NOM-046-2005
- Talleres de sensibilización en el tema de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- Campaña de difusión masiva en los medios de comunicación
- Campaña de difusión en el sistema educativo en todos los niveles
- Difusión interna para todos los servidores del sector salud en cada uno de los centros de atención
- Homologación de la información.

Aunque pareciera contradictoria una vez analizada la información cuantitativa, dentro de las implicaciones de este problema los propios servidores demandan una serie de acciones prácticas para contrarrestar la problemática abordada en este diagnóstico.

### **Recomendaciones para la aplicación eficaz de la Norma NOM-046-SSA2-2005 (ANTES NOM-190-SSA1-1999)**

- Mayor apoyo por parte de la Institución.
- Compromiso por parte de sus directivos
- Coordinación con centros de atención a víctimas de violencia
- Comunicación interinstitucional
- Procesos y tramites ágiles
- Contar con un directorio interinstitucional y de Asociaciones civiles u ONG que atiendan estos temas
- Atención en cada municipio
- Compromiso real de las áreas médicas y jurídica
- Acciones conjuntas entre áreas medicas y jurídicas
- Que se implemente la NOM-046-2005 como un programa institucional
- Generar una ruta crítica homologada con todas las áreas.
- Formar grupos de apoyo en las escuelas
- Contar con una vinculación eficaz con el Ministerio Público.

El servidor público tiene la disponibilidad de colaborar, siempre y cuando se sienta respaldados por sus jefes inmediatos superiores, y de la Institución, de igual forma muestra su solidaridad al compromiso.

*Dato cualitativo:* Independientemente de los rubros antes analizados durante los talleres las y los asistentes realizaron comentarios de inconformidad hacia la observancia de la NOM, estos comentarios solo pusieron de manifiesto el grado de desconocimiento ya que argumentan responsabilidades y obligaciones que la NOM no contempla. Así mismo se detectaron aspectos socioculturales, religiosos, e ideológicos que les impiden la observancia de la NOM.

Al finalizar los talleres se aplico una evaluación de conocimientos de los temas abordados:

TEMAS

- 1. PANORAMA DE VIOLENCIA EN MÉXICO Y EL ESTADO DE MÉXICO**
- 2. SALUD Y GÉNERO: LA VIOLENCIA SEXUAL, FAMILIAR Y CONTRA LAS MUJERES**
  - 2.1 Conceptualización (Conceptos básicos de género, derechos humanos)
  - 2.2 Naturalización de la violencia
  - 2.3 Tipos de violencia
  - 2.4 Círculos de maltrato
  - 2.5 Efectos de la violencia
  - 2.6 Violencia y Derechos Humanos (Instrumentos nacionales e internacionales que protegen los derechos de las mujeres y acceso a una vida libre de violencia).
- 3. LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-046-SSA2-2005 (ANTES NOM-190-SSA1-1999) VIOLENCIA FAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LAS MUJERES, CRITERIOS PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN.**
  - 3.1 Objetivo de la NOM-046-SSA2-2005.
  - 3.2 Principales Modificaciones de la NOM-190-SSA1-1999 a la NOM-046-SSA2-2005.
  - 3.3 Obligaciones de los prestadores de Servicio de Salud y dependencias del Sistema Nacional de Salud.
  - 3.4 Revisión y análisis de la NOM-046-SSA2-2005 (antes NOM-190-SSA1-1999).
- 4. ANÁLISIS SOBRE CONOCIMIENTO Y OBSERVANCIA DE LA NOM-046-SSA2-2005 (ANTES NOM-190-SSA1-1999)**
  - 4.1 Principales causas y consecuencias de la no observancia
  - 4.2 Viabilidad de aplicación, propuestas y recomendaciones para su conocimiento y aplicación eficaz
  - 4.3 Propuestas de protocolo para la Atención a Víctimas de Violencia Familiar o Sexual (Protocolo de procedimiento o Ruta Crítica).
  - 4.4 Compromisos y Conclusiones

La tabla de resultados fue la siguiente:

Número	Rango	Porcentajes
1	Entre 91 y 100 puntos	8.08%
2	Entre 61 y 90 puntos	72.39%
3	Inferior a 60 puntos	19.53%
4	TOTALES	100%



Como se observa los resultados son aceptables con estos resultados baja el porcentaje de desconocimiento pero solo de una población de 620 servidores/as.

Otro dato importante que vale la pena comentar por los resultados obtenidos es el siguiente; durante los talleres se realizó una encuesta informal sobre ¿qué es lo primero que piensas con la palabra violencia?, y el 84% contestó que golpes o daño físico y en menores porcentajes casi nulos aparecen las afectaciones psicológicas, económicas, patrimoniales etc. Dejando ver que al parecer el personal que atiende de primera instancia a víctimas de violencia familiar y/o o sexual, aun concibe a la violencia solo como un daño físico y además severo tal vez de ahí los bajos porcentajes de detección de casos.

## 11. PROPUESTAS, RECOMENDACIONES Y ACCIONES CONCRETAS A REALIZAR

Derivado del análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos del presente diagnóstico, propone:

- ✓ Acciones de sensibilización y capacitación, sobre que es la violencia, tipos de violencia, como detectarla e impacto socioeconómico, datos estadísticos, ante los altos índices de violencia en el Estado de México entre otros ellos/as son corresponsables de bajarlas como parte de sus funciones como servidores de la salud. Y como plataforma perspectiva de género y equidad de género. La sensibilización y capacitación debe ser a todo el personal y niveles.
- ✓ Difusión de la NOM por vías institucionales, con la difusión puntualizar las responsabilidades correspondientes a instituciones y prestadores/as de servicios médicos.
- ✓ Hacer conscientes a las y los responsables de la observancia de la NOM sobre penas civiles administrativas y penales por incumplimiento.
- ✓ Supervisión permanente de la observancia de la NOM.
- ✓ Agilizar trámites administrativos.
- ✓ Homologar procedimientos o protocolo de atención (Estado de México).
- ✓ Sensibilizar y capacitar sobre los temas antes mencionados al personal que recibe las denuncias o notificaciones.
- ✓ Acciones conjuntas y coordinadas entre personal de salud y personal de instancias jurídicas.
- ✓ brindar certidumbre y claridad a los prestadores de servicio de salud, de hasta dónde llega su responsabilidad para que no exista el temor del involucramiento o a represalias.
- ✓ Red de instituciones públicas y de la sociedad civil.



## POLÍTICAS PÚBLICAS

Así mismo se proponen dos políticas públicas que coadyuven a la atención del problema sujeto a análisis en el diagnóstico realizado.

### POLÍTICA PÚBLICA 1.

TEMA O MATERIA DE LA POLÍTICA Y LUGAR	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	GRUPO DE BENEFICIARIOS	POSIBLES ACTORES	INDICADORES
Implantación de la NOM-046-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.	<p>Especializar a un grupo del personal del servicio de salud del Estado de México en el tema de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.</p> <p>A través de crear comisiones multidisciplinarias con la representatividad del sector salud para programar metas a corto plazo, difundiendo y compartiendo los avances de las acciones. Mediante ello lograr acciones concretas.</p>	<p>Intervención de las instituciones del sector salud y del Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social.</p> <p>A través de Campañas de concientización y sensibilización en el tema y de mesas de discusión y debate.</p>	Sociedad del sector salud del Estado de México.	Instituciones legislativas, ejecutivas y judiciales.	Para el 2010 se aumenta a 40% el conocimiento de la NOM-046-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Es innegable que el personal de salud se encuentra en una posición privilegiada para identificar situaciones de violencia en las mujeres que acuden a los servicios de salud; sin embargo, no siempre se hace y quizás éste sea el único lugar donde las víctimas se presenten. Son varios los factores implicados en esa situación, por lo que es necesario analizarlos con detalle. Uno de los más importantes es el nivel de conocimiento de la NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, hoy día NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, pero no es el único.

#### LA PROBLEMÁTICA ACTUAL O FUTURA.

Al evaluar el nivel de conocimiento sobre las NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de violencia familiar se encontró que el 68% no conoce la norma. Existen alternativas para solucionar el problema del desconocimiento de la NOM-190-SSA1-1999 hoy día NOM 046-SSA2-2005: enfrentarlo de forma decidida, en este documento se discutirá solo una alternativa, y enfrentara el problema de una manera decidida y prioritaria, el conocimiento de la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención la promoción de la salud, se convertiría en una de las primeras prioridades del sector, convirtiéndose en una de las actividades principales de las instituciones de Salud en el Estado de México, con prestadores de servicios capaces de implementar y vigilar la correcta aplicación de la norma oficial mexicana de referencia.

El hacer del conocimiento la NOM se convertiría en política única entre quienes hoy son el Sistema de Salud del Estado de México. Esta alternativa demanda un alto esfuerzo en el nivel de la dirigencia y un fuerte compromiso; implica difundir y apoyar el desarrollo de otras habilidades entre todos los integrantes del sistema de salud mexiquense. Sin duda, es una alternativa que tendrá altibajos en sus resultados, con grandes avances en algunas áreas y menores logros en otras, como corresponde a un proceso de aprendizaje. Su impacto en los niveles de salud, aún en el caso más precario, sería significativo.

#### SELECCIÓN DE SOLUCIONES.

Crear comisiones multidisciplinarias con la representatividad del sector salud para programar metas a corto plazo, difundiendo y compartiendo los avances de las acciones, a través de:

- Campañas de concientización y sensibilización en el tema
- Mesas de discusión y debate
- Generar grupos de especialización del tema de violencia familiar y sexual.
- Seguimiento a acciones concretas en materia de violencia familiar y sexual.
- Generar un banco estadísticos confiables en materia de violencia familiar y sexual en el Estado de México.
- Documentar soluciones.
- Incentivar la investigación formal en el área.
- Proporcionar la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención la promoción de la salud, a todos los integrantes del Sistema de Salud Mexiquense.
- Generar folletería con respecto a la prevención y tratamiento de la Violencia.

#### ESTRATEGIAS:

Los directivos de las instituciones, jefes de las unidades de atención a víctimas de violencia familiar y sexual, deberán dedicar buena parte de su agenda y de su fuerza política al diálogo inter e intrainstitucional, estableciendo un grupo de trabajo efectivo conducido posiblemente por el Consejo Estatal de la Mujer y del Bienestar Social, quien podría fungir como organismo multisectorial para este tema, contando con el apoyo y/o aval de la Secretaría de Salud.



## POLÍTICA PÚBLICA 2.

TEMA O MATERIA DE LA POLÍTICA Y LUGAR	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	GRUPO DE BENEFICIARIOS	POSIBLES ACTORES	INDICADORES
Prevenir y atender la violencia Familiar, contra las mujeres, hombres e hijos(as).	Crear grupos de ayuda para hombres y mujeres Violentos (as).	Generar Grupos que se denominen: "VIOLENTOS ANONIMOS".	Mujeres y Hombres con conductas violentas.	Proyecto interinstitucional.	Para el 2011 por lo menos contar con un grupo de ayuda en el Estado de México.

*La violencia dentro del núcleo familiar violencia hacia la mujer, maltrato de los padres hacia sus hijos, maltrato de los hijos adultos a sus padres ancianos, no constituye un problema ni moderno ni reciente, por el contrario ha sido una característica de la vida familiar desde tiempos atrás. Es sólo que hoy se comienza a concientizar como fenómeno muy grave y que daña la salud de la población y el tejido social.*

*Al ser cada día más altos los índices de casos de violencia, ha existido un marcado interés por la problemática de las víctimas, creando acciones con el fin de disminuir esta grave incidencia en el estado de México, penosamente se cuenta con un alto índice de violencia con respecto a otros Estados. Ya que el 61 de cada 100 mujeres han vivido eventos violentos por parte de su pareja; siendo esta proporción superior al promedio nacional, donde se registra 47 de cada 100.*

*Hemos mencionado que el problema se centra en la atención a la víctima, cuestión que es apremiante, sin embargo, deja de lado las formas para prevenirla y/o tratarla una vez sucedida.*

*Como sabemos la violencia tiene un tratamiento desde la óptica del género, particularmente hacia las mujeres como grupo vulnerable de este fenómeno. Esta propuesta intenta favorecer a la mujer directa e indirectamente.*

*Si entendemos que lo que nombramos "Violentos Anónimos", son aquellas personas victimarios (as) y provocadores de la violencia que necesitan atención y terapia, y que también son aquellos (as) que están acrecentando la estadística y la recurrencia hasta del índice del feminicidio. Por qué no intentar construir formas que coadyuven a prevenir esta situación, no solo con proyectos o programas que agregue el tema Mujer, para ser financiados.*

*La propuesta de "Violentos Anónimos", incluye la atención al victimario y la atención a la víctima en cuestión de terapia que ayude a modificar las consideraciones valorativas acerca de lo que es predominantemente masculino y femenino y de las consideraciones del lugar del hombre y de la mujer, con respecto a las relaciones en el seno de la familia, y del lugar de los hijo (as).*

*La pretensión es, intentar modificar la condición natural de la mujer asociada a la debilidad y pasividad. En la que también se presupone que los hombres dominan la naturaleza por medio de la intrusión, la acción y la fuerza. Así como también la aceptación del uso de castigos físicos como método educativo y a los hijos (as), pero sobre todo, intentar modificar la idea de que entre las cuatro paredes del hogar es cuestión sólo y exclusivamente del ámbito privado. De esta manera, sabemos que el cambio de paradigmas es fuerte, sin embargo no imposible.*

## 14. CONCLUSIONES

Los hallazgos del "Diagnóstico Cultural de la Aplicación de la NOM-190-SSA1-1999 brindan información acerca del conocimiento y la actitud que el personal del sector salud del Estado de México, muestra respecto a la identificación, el manejo y la referencia de las víctimas de violencia familiar, sexual y contra las mujeres .

Como se menciona en un principio, la violencia familiar, sexual y contra las mujeres es un problema de salud pública grave y complejo cuya detección, atención y prevención, así como la transformación de los patrones socioculturales que la han originado y la perpetúan, constituyen una de las prioridades en los planes y programas de protección y fortalecimiento de los derechos humanos y una condición indispensable para avanzar hacia la equidad de género.

En el sector salud y en este caso a los del Estado de México, los resultados refuerzan la idea de que la capacitación del personal es clave para una adecuada atención en los servicios de salud, ya que es posible identificar y referir desde cualquier servicio a las víctimas que sufren algún tipo de violencia, siempre y cuando el personal conozca el problema y este sensibilizado. Sobre todo cuando se rompa el paradigma de que la violencia solamente significan agresiones físicas visibles en la víctima. Para ello es necesario que el estudio sobre la atención a las víctimas de violencia familiar, sexual y contra las mujeres se fomente desde las escuelas de medicina y enfermería y se refuerce en las escuelas de salud pública.

Asimismo, para que en la práctica se observe un cambio significativo es importante que se consolide la capacitación desde una perspectiva de género.

Otra de las barreras encontradas es que todavía no se está cumpliendo totalmente con el procedimiento establecido en las normas de atención, las cuales contemplan: identificación, valoración de riesgo, fortalecimiento, orientación, referencia y registro. Para la identificación y la valoración de riesgo se necesita capacitación, privacidad y tiempo en la consulta, mientras que para el fortalecimiento y la orientación es necesario conocer de lugares de referencia y eliminar la idea de que se debe referir al Ministerio Público a la víctima en primera instancia, así como en el punto 6.4 en el tema de violación sea obligatorio para los objetores de conciencia, realizar esas acciones, cuando la Norma establece que en caso de no querer realizarlo, se canalice a la víctima a otra área o instancia donde le den seguimiento. La falta de apoyo por parte de las autoridades de las instituciones y la falta de coordinación institucional limitan la referencia y el seguimiento de las víctimas de violencia familiar, sexual y contra las mujeres. **El personal prefiere no registrar los casos**, lo que hace parecer que éstos aún no se hacen presentes en los servicios de salud; sin embargo, si existe una actitud de rechazo hacia la violencia, entonces las barreras que dificultan la atención pueden ser más fáciles de eliminar



Otro elemento contradictorio con la expresa actitud de rechazo ante la violencia familiar, sexual y contra las mujeres se ubicó en la práctica médica como una barrera, tanto para el proceso de identificación como para el de referencia de las víctimas de la violencia; es decir, en el hecho de que el personal de salud considerara que la violencia tiene carácter privado y, por ende, de que no identificara el ámbito de los servicios de salud como el lugar donde se tendría que ventilar esta situación.

Esta postura se puso de manifiesto no sólo entre el personal de salud, sino también en la institución; en el primer caso, la mitad lo expresó tácitamente, además de que imperaba el temor a involucrarse en asuntos legales (casi la mitad) y a poner en riesgo la propia seguridad (47%); en el segundo caso, el personal identificaba ciertas barreras institucionales como el hecho de que la institución no le brindaba el apoyo requerido y la falta de espacios privados para la consulta. Todo lo anterior evidencia un condicionamiento social que rebasa el plano individual y que tiene implicaciones en el abordaje y el tratamiento de los casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Esto provoca que el personal de salud desconfíe de las víctimas, se sienta incómodo, tenga temor a ofender si hace preguntas a las pacientes o manifieste no poder contribuir a solucionar el problema, esto último en parte es cierto, ya que la actitud de rechazo se encontró asociada al personal que mostró un nivel de conocimiento bajo.

Pero, por otro lado, la capacitación institucional presenta aún limitaciones: solamente un poco más de la tercera parte del personal ha leído las Normas (32%), y éste considera tal hecho como una barrera institucional común para la identificación y la referencia de casos, lo que concuerda con otros trabajos. Es evidente la necesidad de contar con normas y procedimientos para la atención de víctimas de violencia familiar, sexual y contra las mujeres así como de darlos a conocer y capacitar al personal de salud en este sentido;

En el presente diagnóstico, los resultados indicaron que la gran mayoría del personal del sector salud del Estado de México que colabora en el programa tiene una actitud de rechazo hacia la violencia familiar, sexual y contra las mujeres lo cual es un buen indicador, pero se considera que el impacto que puede tener una actitud de aceptación, es el de perpetuar y legitimar de forma oficial el trabajo realizado por dichos servidores, a través de protocolos establecidos en cada centro de atención, sin embargo este tema no está exento de contradicciones, esto se tiene como resultado de los varios datos anteriormente que se presentaron del diagnóstico, ya que revelan el nivel de conocimiento y la actitud que se tiene de la violencia familiar, sexual y contra la mujer.



## 13. GLOSARIO

### Tipos de violencia

**CLASE DE VIOLENCIA.** Actos específicos de agresión hacia la mujer como: expresiones verbales y actitudes que ofenden, intimidan o denigran; agresiones corporales que se realizan con las manos, objetos o armas; despojo de bienes, control y manejo del dinero o bienes, por parte del agresor; y acciones ofensivas de tipo sexual

**TIPO DE VIOLENCIA.** Agrupación que se hace de acuerdo con las características de la violencia. En el ámbito privado la violencia se tipificó en: física, emocional, económica y sexual; en el ámbito público se dividió en abuso sexual e intimidación, para los casos de violencia comunitaria, y en discriminación y acoso, para la violencia laboral.

**VIOLENCIA DE GÉNERO.** Se considera todo acto de fuerza física o verbal, coerción o privación amenazadora para la vida, que se ejerce contra mujeres y niñas por el solo hecho de serlo. Es producto de desequilibrios de poder entre los géneros, y ocurre tanto en el ámbito privado como en el público.

**VIOLENCIA ECONÓMICA.** Es el chantaje que el hombre puede ejercer sobre la mujer entrevistada, al tener el control de los recursos monetarios que ingresan al hogar, o bien, al cuestionar la forma en que dicho ingreso se gasta. Las situaciones que se consideran son: le ha reclamado cómo gasta el dinero; aunque tenga dinero ha sido codo o tacaño con los gastos de la casa; no ha cumplido con dar el gasto o ha amenazado con no darlo; se ha gastado el dinero que se necesita para la casa; se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes (cosas, terrenos, etc.); y le ha prohibido trabajar o estudiar.

**VIOLENCIA EMOCIONAL.** Son las formas de agresión que, aunque no inciden directamente en el cuerpo de la mujer, afectan su estado emocional o psicológico. Se consideran violencia emocional hacia la mujer: insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, indiferencia, omisiones, menosprecio, burlas, aislamiento, entre otras. Las situaciones de violencia emocional de pareja que se consideran son: la ha avergonzado, menospreciado o humillado, le ha dicho que es fea o la ha comparado con otras mujeres; la ha ignorado, no la ha tomado en cuenta o no le ha brindado cariño; le ha dicho que usted lo engaña; le ha hecho sentir miedo; la ha amenazado con irse, dañarla, quitarle a los hijos o correrla; la ha encerrado, le ha prohibido salir o que la visiten; ha hecho que los hijos o parientes se pongan contra usted; la ha vigilado o espiado; la ha amenazado con algún arma; ha amenazado con matarla, matarse él o matar a los niños; ha destruido, tirado o escondido cosas de usted o del hogar; le ha dejado de hablar; se ha enojado mucho porque no está listo el quehacer, porque la comida no está como él quiere o cree que usted no cumplió con sus obligaciones.



**VIOLENCIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR.** Se refiere a las mujeres que asisten o asistieron a la escuela y han vivido situaciones de discriminación, violencia emocional, física y sexual, como hostigamiento, acoso y abuso sexual, experimentada en el medio educativo o escolar a lo largo de su vida.

**VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR.** Se refiere a las agresiones o maltratos sufridos por las mujeres de 15 y más años, en el último año, por parte de miembros de su familia o de la familia del esposo (hermano, cuñado, suegros, padrinos, etcétera), sin considerar el maltrato del esposo o pareja.

**VIOLENCIA EN EL ÁMBITO LABORAL.** Se refiere a las situaciones o actos que una persona o grupo de personas, con o sin jerarquía en el medio laboral, ejercen sobre la mujer en el desarrollo de su trabajo o a consecuencia del mismo, como hostigamiento, discriminación, acoso y abuso sexual, enfrentadas por la mujer entrevistada en el lugar donde trabajó durante los 12 meses anteriores a la entrevista, sin importar si trabajó una parte o todo el periodo.

**VIOLENCIA EN EL ÁMBITO PRIVADO.** Se refiere la violencia contra las mujeres en espacios privados, ejercida por una persona con la que mantienen una relación familiar o de pareja, generalmente es el esposo o pareja, ex esposo o ex pareja, ya sea que esa violencia se produzca dentro o fuera del hogar, entendiendo este espacio no como un lugar físico donde se manifiesta la violencia, sino al tipo de relación cercana que existe entre el agresor y la víctima.

**VIOLENCIA EN EL ÁMBITO PÚBLICO.** Es la violencia ejercida contra las mujeres en espacios comunitarios e institucionales, sin importar la relación con el agresor.

**VIOLENCIA EN LA FAMILIA DE ORIGEN.** Son los insultos u ofensas o golpes que la mujer entrevistada recuerda haber presenciado o haber recibido de las personas con las que vivía cuando era niña.

**VIOLENCIA EN EL ÁMBITO COMUNITARIO.** Se indaga sobre las situaciones de violencia, que las mujeres de 15 y más años han padecido a lo largo de su vida, como ofensas, abuso, extorsión u otras agresiones de carácter sexual en espacios públicos (calles, centros de recreación o diversión) o privados  
(En su casa o en la de otras personas).

**VIOLENCIA EXTREMA EN EL ÁMBITO PRIVADO.** Son los eventos violentos de cualquier tipo que ejerce el esposo o pareja o ex pareja contra la mujer y que tienen alta probabilidad de ocasionar lesiones que ponen en riesgo la vida o dejan secuelas físicas y psicológicas permanentes, tales como aquellas que requieren atención médica.

**VIOLENCIA EXTREMA EN EL ÁMBITO PÚBLICO.** Son los eventos violentos ocurridos en espacios comunitarios o institucionales, que ejercen los hombres hacia las mujeres y que tienen alta probabilidad de ocasionar lesiones que ponen en riesgo la vida o dejan secuelas físicas y psicológicas permanentes; tales como aquellas que requieren atención médica.



**VIOLENCIA FÍSICA.** Agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer por parte del agresor, lo que se traduce en un daño (o intento de daño) permanente o temporal. Las agresiones físicas comprenden: empujones, jalones, golpes, agresión con armas y algunas otras. Las situaciones que se consideran son: la ha empujado o le ha jalado el pelo, la ha amarrado, la ha pateado, le ha aventado algún objeto, la ha golpeado con las manos o con algún objeto, la ha tratado de ahorcar o asfixiar, la ha agredido con cuchillo o navaja, y le ha disparado con un arma.

**VIOLENCIA PATRIMONIAL.** Es la coerción o despojo de bienes, recursos materiales o propiedades, que sufren las mujeres de 15 y más años. El objetivo es identificar si algún familiar u otras personas han despojado a la mujer entrevistada de algún bien o propiedad, o si la han forzado u obligado para poner sus bienes o alguna propiedad a nombre de otra persona.

**VIOLENCIA SEXUAL.** Es toda forma de dominación o coerción ejercida sobre la mujer entrevistada, con el fin de tener relaciones sexuales con ella sin su consentimiento. Estas formas de dominación van desde exigir u obligar hasta el uso de la fuerza para lograr el sometimiento. Las situaciones que se consideran en la violencia sexual de pareja son: le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera, cuando tienen relaciones sexuales la ha obligado a hacer cosas que a usted no le gustan, y ha usado su fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales.

#### 14. BIBLIOGRAFÍA

- NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.
- “NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, Sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención”.
- Ni una más del dicho al hecho: ¿Cuánto falta por recorrer? Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres. Octubre 2009, Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas. (Latinoamérica).
- Informe Estadístico sobre las personas atendidas por la Red UAPVIF Enero-Diciembre de 2008.(Unidades de atención y prevención de violencia familiar).
- Panorama de violencia contra las mujeres del estado de México. INEGI 2006. ENDIREH 2006
- Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres. INSP, SSP.

- Análisis Comparativo de la Legislación Local en Materia de Violencia Familiar y Propuestas de Ley Marco. Septiembre 2006. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD).
- Programa de acción específico 2007-2012 Sistema Nacional de Información en Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad.
- Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Cuernavaca, Morelos, México.

## 14. ANEXO



Diagnóstico Cultural de la Aplicación de la NOM-190-SSA1-1999		
<b>OBJETIVO</b>	Determinar el nivel de conocimiento, la problemática y recomendaciones respecto a la NOM-190-SSA1-1999 en trabajadores del Sector Salud.	
<b>IMPORTANTE:</b>	Este instrumento tiene fines estadísticos por lo que sus datos personales se manejarán bajo estricta confidencialidad.	
		<b>FECHA</b>
<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>MUNICIPIO</b>	
<b>NIVEL ACADÉMICO</b>	<b>PROFESIÓN</b>	<b>FUNCIÓN</b>
<b>CATEGORÍA</b>	<b>PUESTO</b>	<b>EDAD</b>
<b>SEXO</b>	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	<b>ANTIGÜEDAD EN EL SECTOR SALUD</b> Años
<b>INSTRUCCIONES:</b> Marque con "✓" según sea el caso. Si su respuesta es diferente a las opciones dadas, escriba en "otros" su respuesta y justifique.		
<b>1. Con respecto a la NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar:</b>		<b>2. Motivos por los que No ha buscado la NOM-190-SSA1-1999</b>
a) No conozco la norma, pero realizo acciones de prevención y atención de violencia. (Pasar a No.2)	<input type="checkbox"/>	a) Desconozco los medios en donde encontrarla. <input type="checkbox"/>
b) He escuchado de la norma, pero no la conozco. (Pasar a No.2)	<input type="checkbox"/>	b) Desconozco si corresponde a mis funciones. <input type="checkbox"/>
c) Sí la conozco, pero no la aplico. (Pasar a No.3)	<input type="checkbox"/>	c) Falta de tiempo. <input type="checkbox"/>
d) Sí la conozco, y la aplico. (Pasar a No.3)	<input type="checkbox"/>	d) Otros _____ <input type="checkbox"/>
e) Sí la conozco, pero no es factible aplicarla. (Pasar a No.3)	<input type="checkbox"/>	
Justifique: _____		
<b>3. Medio por el que obtuvo información sobre la NOM -190-SSA1-1999 Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.</b>		
a) Diario Oficial de la Federación. <input type="checkbox"/>	b) Información de su Institución. <input type="checkbox"/>	c) Curso de Capacitación externo. <input type="checkbox"/>
		d) Folletos, revistas y libros. <input type="checkbox"/>
		e) Otros _____ <input type="checkbox"/>
Conteste si su respuesta a la Pregunta No. 1 es c). <b>4. Motivos por las que no la aplica.</b> (Pase a No. 6)		Conteste si su respuesta a la Pregunta No. 1 es e). <b>5. Motivos por las que no es factible aplicarla.</b> (Pase a No. 6)
a) No corresponde a mis funciones. <input type="checkbox"/>	b) Temor a involucrarse en situaciones legales. <input type="checkbox"/>	a) Temor a involucrarse en situaciones legales. <input type="checkbox"/>
c) Incomodidad al identificar y tratar este tipo de problemas. <input type="checkbox"/>	d) Burocratización. <input type="checkbox"/>	b) Burocratización. <input type="checkbox"/>
d) Burocratización. <input type="checkbox"/>	e) Otros _____ <input type="checkbox"/>	c) Falta de infraestructura. <input type="checkbox"/>
		d) Falta de capacitación. <input type="checkbox"/>
		e) Barreras Institucionales. <input type="checkbox"/>
		f) Otros _____ <input type="checkbox"/>



<b>Diagnóstico Cultural de la Aplicación de la NOM-190-SSA1-1999</b>	
<p><b>6. Quiénes están obligados bajo sanción penal, civil o administrativa por incumplimiento a aplicar la NOM-046 -SSA2-2005</b></p> <p>a) Autoridades del Sector Salud y los gobiernos Estatales y Municipales. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Medicos, Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales y Voluntarios/as del Sistema de Salud. <input type="checkbox"/></p> <p>c) Los prestadores de servicios de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. <input type="checkbox"/></p> <p>d) Otros _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>9. Actividades que realiza para el tratamiento y rehabilitación de víctimas de violencia familiar o sexual.</b></p> <p>a) Brindar atención integral a daños tanto físicos como psicológicos. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Referirlos en caso de ser necesario a otros servicios o unidades médicas u organizaciones con mayor capacidad resolutive. <input type="checkbox"/></p> <p>c) Exploración clínica instrumentada de la área genital, previo autorización de la víctima y acompañado de un familiar. <input type="checkbox"/></p> <p>d) Preservar evidencias médico legales. <input type="checkbox"/></p> <p>e) Canaliza a rehabilitación necesaria de acuerdo a los daños físicos/psicológicos identificados. <input type="checkbox"/></p> <p>f) Imparte consejería para que el o la usuario afectado tome decisiones voluntarias, conscientes o voluntarias. <input type="checkbox"/></p> <p>g) Incluye seguimiento periódico en el plan terapéutico de los/as usuarios involucrados. <input type="checkbox"/></p> <p>h) Brindar atención Psiquiátrica <input type="checkbox"/></p>
<p><b>7. Criterios específicos para la prevención y atención de violencia familiar, sexual y contra las mujeres.</b></p> <p>a) Promoción de la salud y prevención, detección de probables casos y diagnóstico, Tratamiento y rehabilitación, Tratamiento específico de violación sexual, Dar aviso al ministerio público, Consejería y seguimiento, Sensibilización capacitación y actualización, Investigación. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Prevención y atención, Detección de probables casos, Tratamiento y rehabilitación, Dar aviso al Ministerio Público Asesoría, Sensibilización, capacitación y actualización, Investigación. <input type="checkbox"/></p> <p>c) Promoción de la salud y prevención, Detección de probables casos y diagnóstico, Tratamiento y rehabilitación, Seguimiento, Sensibilización capacitación y actualización, Investigación. <input type="checkbox"/></p> <p>d) Otros _____ <input type="checkbox"/></p>	<p><b>10. Actividades que realiza para el tratamiento de la violación sexual.</b></p> <p>a) Estabilizar, reparar daños, evitar complicaciones y tratamiento de lesiones físicas. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Promover la estabilidad emocional de la persona garantizando la intervencion en crisis y posterior atención psicológica. <input type="checkbox"/></p>
<p><b>8. Para la detección de probables casos de violencia familiar o sexual.</b></p> <p>a) Se apoya en herramientas y procedimientos estandarizados para este fin. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Procedimiento de tamizaje de manera rutinaria. <input type="checkbox"/></p> <p>c) En caso de maltrato a mujeres embarazadas indagar la historia previa de embarazos. <input type="checkbox"/></p> <p>d) Determinar signos y síntomas de embarazo . <input type="checkbox"/></p> <p>e) Identificar indicadores de violencia. <input type="checkbox"/></p> <p>f) En caso de que la víctima no se encuentre en condiciones de responder, entrevista a un acompañante. <input type="checkbox"/></p> <p>g) Registra en algún medio físico o electrónico. <input type="checkbox"/></p> <p>h) Entrevista dirigida a los usuarios en clima de confianza sin juicios de valor ni prejuicios, privacidad y confidencialidad. <input type="checkbox"/></p> <p>i) Estudios de laboratorio, gabinete, estudios especiales y de trabajo social. <input type="checkbox"/></p>	<p><b>11. En caso de violación, ofrecer inmediato y en un plazo de 120 horas despues de ocurrido el evento la anticoncepción de la persona, previa autorización de la víctima.</b></p> <p>a) Informa sobre riesgos de posibles enfermedades de transmisión sexual. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Registra y conserva la evidencia médicas de la violación. <input type="checkbox"/></p> <p>c) Proporciona consejería, seguimiento y orientación para que la víctima pueda acudir a otros servicios según los daños identificados. <input type="checkbox"/></p> <p>d) En caso de embarazo prestar servicios de aborto médico a solicitud de la victima interesada. En caso de que la víctima sea menor de edad solicitar autorización de los padres. <input type="checkbox"/></p> <p>e) En caso de brindar servicios de aborto médico, informar a la víctima sobre riesgos y consecuencias del aborto. <input type="checkbox"/></p> <p>f) En caso de objeción de conciencia del personal médico canalizar a la víctima de manera oportuna y adecuada a otras instancias que cuenten con personal médico no objetores de conciencia e infraestructura. <input type="checkbox"/></p>



### Diagnóstico Cultural de la Aplicación de la NOM-190-SSA1-1999

<b>12, Actividades que realiza para dar aviso a Ministerio Público.</b>	<b>13, Consejería y seguimiento.</b>
<p>a) Si las lesiones ponen en peligro la vida de la víctima dar aviso de manera inmediata al Ministerio Público. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Elabora el formato de aviso al Ministerio Público / apéndice 1. <input type="checkbox"/></p> <p>c) En los casos que las lesiones no constituyan un delito que se persiga por oficio informar a la víctima, para que este denuncia ante el Ministerio Público correspondiente. <input type="checkbox"/></p>	<p>a) Informar a la víctima sobre denunciar los hechos de violencia. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Informar a la víctima sobre los centros de apoyo disponibles y pasos para acceder a los servicios de atención, protección y defensa. <input type="checkbox"/></p> <p>c) Respeta la autonomía y decisiones de la víctima para el seguimiento médico, psicológico y trabajo social. <input type="checkbox"/></p>
<b>14. Ha recibido Capacitación actualizada en los siguiente temas:</b>	
<p>a) Marco conceptual: género, violencia, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos humanos (incluidos los sexuales y reproductivos), efectos de violencia en la salud, entre otros. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Marco jurídico: Elementos básicos del derecho civil, penal y legislación aplicable en materia de violencia familiar, sexual y de violencia contra las mujeres. <input type="checkbox"/></p> <p>c) El análisis de factores asociados a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. <input type="checkbox"/></p> <p>d) Detección sistemática en las y los usuarios de servicios de salud para el reconocimiento de indicadores de maltrato físico, sexual y psicológico en los casos de violencia familiar o sexual. <input type="checkbox"/></p> <p>e) Atención oportuna con calidad. <input type="checkbox"/></p> <p>f) Evaluación de niveles de riesgo y elaboración de plan de seguridad. <input type="checkbox"/></p> <p>g) Criterios y procedimientos para referencia y contrarreferencia, incluyendo el reconocimiento de las instancias que en su contexto prestan servicios, según niveles de atención. <input type="checkbox"/></p> <p>h) Intervención en crisis, alternativas de atención psicológica especializada en función de nivel de violencia vivido por el o la usuaria, y grupos de ayuda mutua. <input type="checkbox"/></p> <p>i) Anticoncepción de emergencia y aborto médico conforme a la legislación correspondiente. <input type="checkbox"/></p> <p>j) Procedimientos para el registro de casos y aviso al Ministerio Público. <input type="checkbox"/></p> <p>k) Centros o instancias especializadas para el tratamiento de situaciones de violencia familiar o sexual, consejería y asistencia social. <input type="checkbox"/></p>	
<b>15. Indique cuáles son las actividades que deben realizar las Instituciones de Salud para investigación de casos de violencia familiar o sexual.</b>	
<p>a) Promover y realizar, investigaciones clínicas, epidemiológicas y de salud pública sobre violencia familiar o sexual que permitan tanto la cuantificación como la identificación de sus causas y determinantes sociales, culturales y económicas, los factores asociados, así como sus repercusiones en la salud individual y colectiva. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Dar seguimiento puntual en conjunto con autoridades del Ministerio Público a los casos reportados de violencia sexual o familiar desde el inicio hasta el cierre del caso. <input type="checkbox"/></p> <p>c) Promover convenios para realizar investigaciones interdisciplinarias e interinstitucionales, que permitan mejorar la calidad de la detección, prevención, atención y rehabilitación de las personas que viven o han vivido en situación de violencia familiar o sexual. <input type="checkbox"/></p>	



### Diagnóstico Cultural de la Aplicación de la NOM-190-SSA1-1999

#### EN LA PRÁCTICA:

<b>16. Ha identificado casos de violencia familiar, en los últimos 3 meses.</b>	<b>17. Ha identificado casos de violencia sexual, en los últimos 3 meses.</b>
a) Ninguno <input type="checkbox"/> b) 1 a 3 <input type="checkbox"/> c) 4 o más <input type="checkbox"/>	a) Ninguno <input type="checkbox"/> b) 1 a 3 <input type="checkbox"/> c) 4 o más <input type="checkbox"/>
<b>18. En caso de lesiones por violencia familiar y/o sexual da aviso al Ministerio Público.</b>	<b>19. Factores institucionales que impiden identificar casos de violencia.</b>
a) Siempre <input type="checkbox"/> b) Rara vez <input type="checkbox"/> c) Nunca <input type="checkbox"/> d) No me corresponde <input type="checkbox"/>	a) Falta de privacidad de consulta <input type="checkbox"/> b) Ausencia de protocolos de detección de casos <input type="checkbox"/> c) Tiempo en la consulta <input type="checkbox"/> d) Temor a involucrarse en situaciones legales <input type="checkbox"/> e) Falta de apoyo institucional <input type="checkbox"/>
<b>20. Factores de la Práctica Médica que impiden identificar casos de violencia.</b>	<b>21. Factores de la Práctica Médica que impiden referir un caso de violencia.</b>
a) Es de carácter privado <input type="checkbox"/> b) Falta de conocimiento del tema <input type="checkbox"/> c) Temor a involucrarse en situaciones legales <input type="checkbox"/> d) Incomodidad al identificar y tratar este tipo de problemas <input type="checkbox"/> e) Otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a) Temor de involucrarse en situaciones legales <input type="checkbox"/> b) Burocratización <input type="checkbox"/> c) Desconocimientos de instancias <input type="checkbox"/> d) Desconocimiento del tema <input type="checkbox"/>
<b>22. Recomendaciones para el conocimiento eficaz de la Norma NOM-046-SSA2-2005 (ANTES NOM-190-SSA1-1999)</b>	
<b>Recomendaciones para la aplicación eficaz de la Norma NOM-046-SSA2-2005 (ANTES NOM-190-SSA1-1999)</b>	

# ¡GRACIAS!