



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA
FAMILIAR Y DE GÉNERO
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| DIRECTORIO | 5 |
| MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD | 7 |
| MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD | 9 |
| INTRODUCCIÓN | 11 |
| I. MARCO CONCEPTUAL | 13 |
| II. MARCO JURÍDICO | 19 |
| III. DIAGNÓSTICO..... | 23 |
| III.1 Antecedentes | 25 |
| III.2 Situación Actual y Problemática | 26 |
| III.3 Avances 2002-2012 | 33 |
| III.4 Retos 2013-2018 | 35 |
| IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES | 37 |
| IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 | 39 |
| IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018..... | 40 |
| IV.3 Alineación con el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD)..... | 42 |
| V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA..... | 43 |
| V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción | 45 |
| V.2 Estrategias Transversales..... | 47 |
| VI. INDICADORES Y METAS..... | 49 |
| VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD | 55 |
| VIII. TRANSPARENCIA | 63 |
| BIBLIOGRAFÍA | 67 |
| ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS..... | 73 |
| GLOSARIO DE TÉRMINOS..... | 75 |
| ANEXOS | 79 |

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Ricardo Juan García Cavazos
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

La violencia es un fenómeno que preocupa a las sociedades, las víctimas de las distintas formas y ámbitos en las que ésta se manifiesta son de tal magnitud y severidad, que los costos para los estados a nivel macro y para las personas en su experiencia más cercana, dejan daños a corto y largo plazo; todo tipo de violencia es reprobable, sin embargo, la violencia contra las mujeres, por sus implicaciones, cronicidad e invisibilidad ha sido motivo de llamados urgentes a su prevención, atención, sanción y erradicación.

A diferencia de la violencia interpersonal que ocurre en los espacios públicos en forma de asaltos, robos, riñas, propiciada por el fenómeno de delincuencia, la violencia familiar ocurre generalmente en el espacio que se considera privado y que debiera ser el más seguro para las familias; lamentablemente esto no suele ser así, el hogar se convierte en el lugar más inseguro e incluso peligroso para las personas que en él conviven, los daños pueden trascender generaciones; personas y familias rotas suelen ser las consecuencias tanto para las y los testigos, como para quienes la sufren directamente casi siempre mujeres, niñas y niños. Insultos, humillaciones, golpes, miedo, resentimiento, se convierten en el día a día de sus integrantes, este es el clima que se vive en los hogares y es propiciado generalmente por una sola persona en el grupo, los hombres adultos.

La violencia es producto de las asimetrías de poder entre quienes la viven y quienes la ejercen, se utiliza como forma de control para someter o imponer comportamientos a la persona, en general como causa de una serie de creencias y actitudes, basadas en argumentos étnicos, económicos, culturales, de orden social, edad y de género, en el caso de las mujeres todas estos argumentos potencian su vulnerabilidad e incrementan su riesgo de vivir violencia a lo largo de la vida.

Es por ello que en México se han desarrollado políticas públicas para la prevención y atención a la violencia de género impulsadas inicialmente por el movimiento de mujeres desde la década de los 70 y alcanza tal vez su mayor impulso en los años 90 con la ratificación de diversos instrumentos internacionales como la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, en 1993; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo, en 1994 y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, en Belem Do Pará, en el mismo año, así como el establecimiento de posturas por organismos internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU); la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que reconocen a la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública.

La Secretaría de Salud, a través del Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género presenta en este Programa de Acción Específico, (PAE) los avances en materia de atención que a lo largo de los diez años de existencia del Programa así como los objetivos, estrategias y líneas de acción para reforzar la atención a las personas que viven en situación de violencia y su prevención, a través de la promoción de nuevas formas de relación entre mujeres y hombres que contribuyan a re-significar la masculinidad y sus aprendizajes sobre la violencia como forma de relación con las mujeres.



I. MARCO CONCEPTUAL

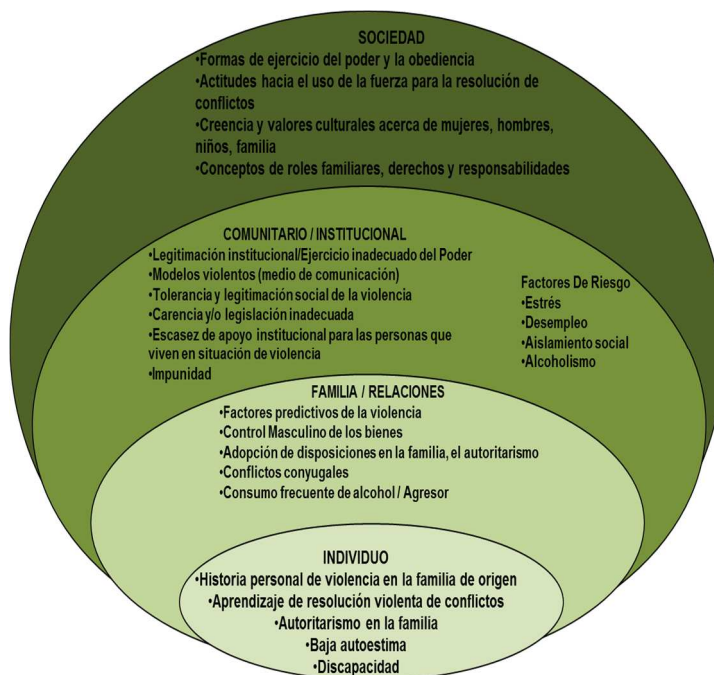
I. MARCO CONCEPTUAL

La violencia es un fenómeno social, cuyo origen es multicausal, por lo mismo su abordaje resulta complejo. Esencialmente la violencia consiste en imponer u obtener algo por la fuerza, ya sea física o moral, por lo tanto es un acto intencional y premeditado; “si bien tanto los hombres como las mujeres sufren actos de violencia, la experiencia indica que los factores de riesgo, las pautas y las consecuencias de la violencia contra la mujer difieren de las de la violencia contra el hombre.”¹ Esto se explica porque existen culturas y sociedades que legitiman el uso de la violencia para someter o imponer a las mujeres normas basadas en el sexo y que la colocan en un estatus de subordinación, que tiene por consecuencia inequidades que vulneran y trasgreden sus derechos. En 1993, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció que “la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido su adelanto pleno”, comprender la violencia desde sus diferentes enfoques – social, psicológico, antropológico, económico- facilita contar con un marco de referencia que incorpore toda esta complejidad en el abordaje de este tema desde el ámbito de la salud.

La violencia familiar y de género tiene costos socioeconómicos que incluyen gastos directos en el sistema de justicia penal, servicios de refugio; atención médica y de servicios sociales, tales como actividades de asesoramiento jurídico, educación y prevención; capacitación para la policía, el personal judicial y de salud; así como la pérdida de productividad, ausentismo, y aumento de la morbilidad y mortalidad de las víctimas así como la pérdida de calidad de vida de las víctimas y los testigos.

Por otra parte, la violencia tiende a perpetuarse y mantenerse oculta a partir de que se legitima en la sociedad, debido a que las propias víctimas, por diversos factores como las normas sociales prevaletentes, el haber vivido violencia en la infancia y la severidad de la violencia misma, no se convierten en factores que motiven la búsqueda de ayuda. En ese sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso el modelo ecológico para el análisis de los determinantes de la violencia desde una visión de salud pública. En él, se abordan los determinantes sociales de la violencia en distintos niveles como el personal y familiar, comunitario, social y cultural, lo que ayuda a identificar los factores que influyen en ella, y proporciona un marco para explicar la interacción entre dichos factores. (Figura 1)

Figura 1. Modelo Ecológico de Factores Asociados a la Violencia contra las Mujeres



Fuente: Secretaría de Salud. Modelo Integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual, 2009.

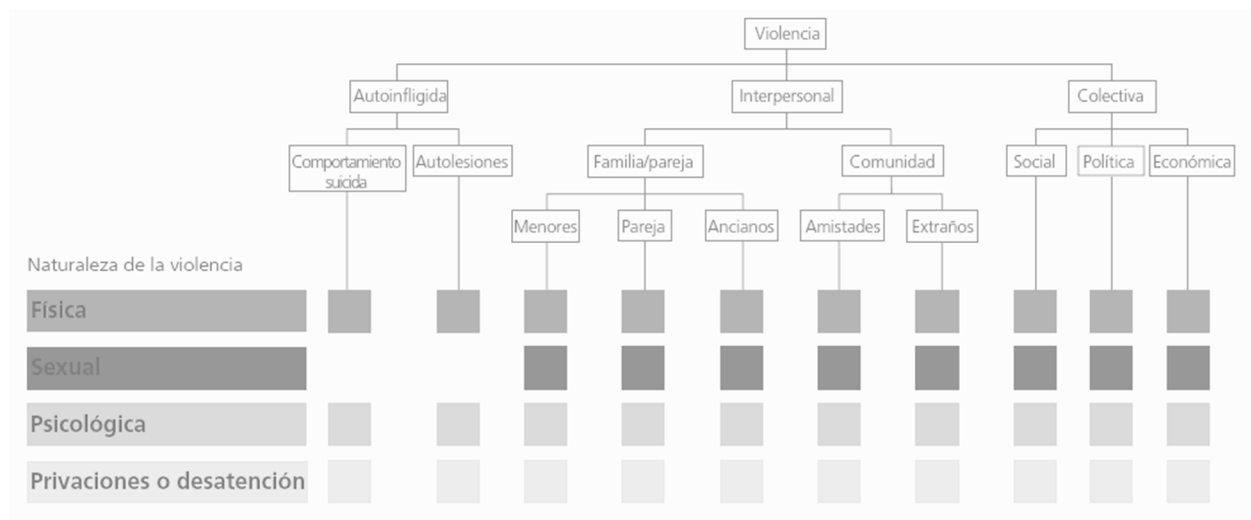
Por ejemplo, en un estudio comparativo de 16 sociedades con diferentes prevalencias de violencia en la pareja,² “encontraron que las sociedades con los niveles más bajos de violencia en la pareja eran las que preveían sanciones de la comunidad contra esta”³ es decir, a nivel institucional o formal, cuando la violencia contra la pareja tiene castigos, ésta tiende a disminuir. A nivel social también es importante la respuesta de la comunidad, mientras menos tolerante sea a la violencia como forma de relación y para resolver los conflictos, se crean mayores factores protectores para las mujeres y en general para las personas. En un análisis de Levinson se encontró “que el maltrato físico hacia la esposa o pareja ocurre más a menudo en las sociedades en las cuales los hombres tienen poder económico y de toma de decisiones en el hogar, donde las mujeres no tienen acceso fácil al divorcio y donde los adultos recurren habitualmente a la violencia para resolver sus conflictos”.³

A nivel de relaciones e individual, también se ha identificado la existencia de factores de riesgo y protectores para las mujeres, por ejemplo, el haber vivido violencia en la infancia aumenta el riesgo de violencia de pareja en la vida adulta, el desempleo y el consumo de alcohol por parte de la pareja funcionan como disparadores de la violencia y aumentan la severidad de la misma, pero fundamentalmente el factor género, es decir, la estructura social transmite a las personas un sistema de creencias y valores que conforman su identidad, de ahí que

hombres y mujeres se construyen a través de procesos de socialización que les indican cómo desempeñar sus respectivos papeles y relacionarse a partir de la masculinidad y la femineidad, lo que lleva a la perpetuación de los valores de una cultura determinada. Mientras más tradicionales son esos valores, más rígidos son los estereotipos o roles de género; al respecto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) señaló “la preponderancia de la ideología familística dentro y fuera de las paredes del hogar arraiga a las mujeres en roles de cónyuges y madres e impide su acceso a roles no tradicionales. Esta ideología expone a las mujeres a la violencia tanto dentro como fuera del hogar reafirmando su status de dependientes en particular entre mujeres pobres y trabajadoras, y exponiendo a aquellas que no encajan o no se adscriben a los roles tradicionales, a crímenes de odio basados en el género. Esta estigmatización nutre y legitima la violencia contra las mujeres”.⁴

La OMS también estableció una tipología de la violencia según la naturaleza de la agresión (física, psicológica, sexual y privaciones o desatención) y por otro lado la relación del agresor con la víctima: autoinfligida, interpersonal y colectiva. (Figura 2)

Figura 2. OPS OMS Informe mundial sobre la violencia y salud. Washington, 2002



Reconocer a la violencia como un problema de salud pública, también ha implicado emprender el diseño de políticas públicas dirigidas a prevenir, atender y erradicar la violencia, de ahí que desde el ámbito de la salud, se ha considerado que el abordaje de la violencia debe ser integral y multidisciplinario, ya que las consecuencias y daños a la salud de las mujeres son múltiples. (Cuadro 1)

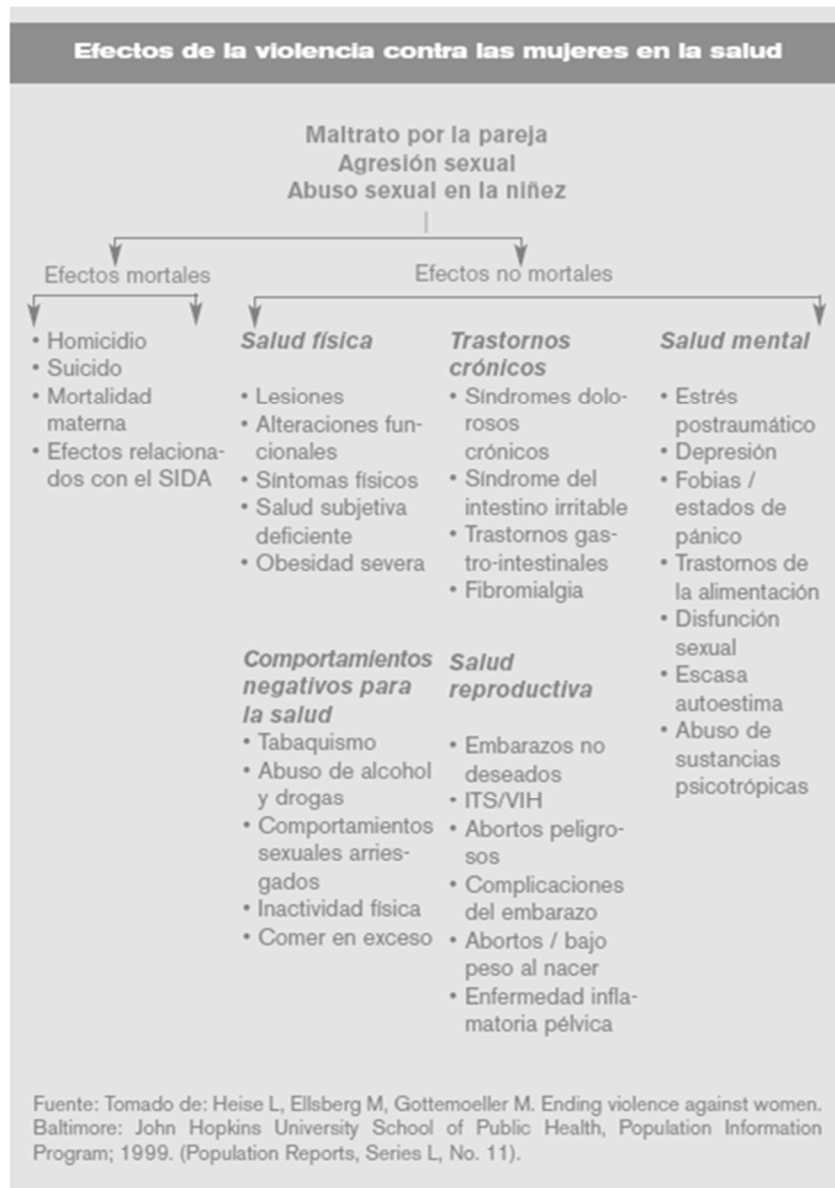
La experiencia ha demostrado que las y los profesionales o instituciones por sí solas no pueden prevenir, atender y erradicar la violencia, por lo que se requiere del trabajo coordinado entre las instituciones, las organizaciones de la sociedad civil y las personas, para facilitar la construcción de redes de apoyo y dar respuesta eficaz y oportuna a las mujeres; sin intervención las consecuencias de la violencia pueden permanecer aun después de haber cesado, por su cronicidad, severidad y daños.

Si bien la forma de violencia contra las mujeres más frecuente y la más estudiada es la violencia de pareja, es necesario destacar que la violencia sexual en otros ámbitos es también muy común. Aunque la violencia sexual no la reciben exclusivamente las mujeres es mucho más frecuente entre ellas. La violencia sexual puede ir desde la exposición forzada a pornografía hasta la violación, que es la forma más grave de violencia sexual; la violencia sexual contra las mujeres se inicia desde la infancia y puede ocurrir incluso en adultas mayores. La violencia sexual ocurre en la familia, incluyendo la pareja, pero también en la escuela, los espacios públicos (calles,

jardines, medios de transporte, el trabajo, las comunidades religiosas, entre otros). La violencia sexual tiene siempre un profundo impacto en la salud emocional y pone a las mujeres en riesgo de embarazos forzados e infecciones de transmisión sexual, además de las lesiones genitales que suelen presentarse.

Desafortunadamente la violencia sexual contra las mujeres es también común durante los conflictos armados y entre población desplazada o refugiada o en situaciones de desastres.

Cuadro 1. Consecuencias sobre la salud de la violencia masculina en la pareja.





II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

La **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** obliga a las autoridades en el marco de sus competencias a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Asimismo, dispone el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres y el derecho de las víctimas a recibir atención médica y psicológica de urgencia.

Derivado de ello, el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene una participación primordial en la Prevención de la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, la cual se encuentra fundamentada en diversos instrumentos jurídicos de índole nacional e internacional, mismos que se enuncian a continuación:

Tratados Internacionales

- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), en 1979.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, el 17 de noviembre de 1988.
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, el 23 de diciembre de 1993.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en el Cairo, en 1994.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, en Belem Do Pará, en 1994.
- Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing, en 1995.

Leyes

- Ley General de Salud DOF 7 febrero 1984 Reforma DOF 2-04-2014.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos DOF 31 diciembre 1982 Reforma DOF 24-12-2013.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación 11-06-2003, Reforma DOF 20-03-2014.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 02-02-2007, Ref. DOF 02-04-2014.
- Ley General de Víctimas 09-01-2013, Reforma DOF 03-05-2013.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. DOF 02-08-2006, Reforma DOF 14-11-2013.
- Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia. DOF 24-01-2012.
- Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos. DOF 19-04-2014.
- Ley de Planeación DOF 5-01-1983, Reforma DOF 09-04-2012.
- Ley Federal de Fomento a las actividades realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil. DOF 09-02-2004 Reforma DOF 25-04-2012.

Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud DOF 19-01-2004) Reforma DOF 29-112006.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. DOF 14-05-1986 Reforma DOF 04-12-2009.
- Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia DOF: 11-03-2008.
- Reglamento de la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y de la Delincuencia DOF 24-01- 2012.

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana, NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. DOF 16-04-2009.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. DOF 21-01-2004.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993, para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. DOF 06-01-1995.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-009-SSA2-2013 Para la promoción de la salud escolar. DOF 09-12-2013.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-010-SSA2-1993 Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. DOF 17-01-1995 Modificación DOF 10-11-2010.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-1994 Para la vigilancia epidemiológica. DOF 11-10-1999. Modificado DOF 19-02-2013.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994 Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica. DOF 16-11-1995.

- Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA3-2012 Para la Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. DOF 13-10 2012.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-032-SSA2-2010 Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad. DOF 25-02- 2011.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. DOF 15-10-2012.

Acuerdos

- Acuerdo del Consejo de Salubridad General. DOF 26-01-1986. Reforma DOF 30-03-1992.
- Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud. DOF 25-10-1996.
- Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. DOF 20-10-2002.



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

El Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, tiene sus antecedentes en el Programa Mujer y Salud desde el año 2001. En 2003 se midió la magnitud, distribución e impacto del problema en nuestro país, a través de la primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres⁵ que se aplicó en mujeres de 15 años y más, usuarias de los servicios de salud de las tres principales instituciones públicas de salud. La información resultante sirvió para mostrar que este problema rebasaba la magnitud de otros problemas de salud que se consideraban de alta prioridad, lo que puso en la agenda de salud el tema de violencia contra las mujeres.

Simultáneamente se diseñó una herramienta dirigida al personal de salud para implementar la NOM-190-SSA1-1999, el Modelo Integrado para la Prevención y Atención a la violencia familiar y sexual, cuyo objetivo es que los servicios a las mujeres que viven violencia estén integrados a las redes de servicios de salud, porque involucran tanto a los tomadores de decisiones de más alto nivel, como a los directivos de nivel intermedio encargados de coordinar la operación de los programas y servicios y el personal que atiende directamente a la población. Dicho Modelo se implementó en el año 2002, en un principio como una fase piloto en los estados de Coahuila, Distrito Federal, Michoacán, Nuevo León y Tabasco, y progresivamente se incorporó en el resto del país hasta concluir en el año 2005.

El modelo integrado está construido desde una visión de salud pública y con perspectiva de género, lo que implica acciones de promoción de una vida libre de violencia, el diseño de intervenciones de prevención, detección oportuna de casos, evaluación de riesgo y referencia a servicios especializados. (Figura 3) Para la realización de estas acciones se impulsó la capacitación al personal de salud en temas de detección, referencia y registro de casos, con énfasis en el primer nivel de atención.

Figura 3.



Para el segundo nivel de atención se impulsó la creación de los servicios especializados de atención a la violencia severa con el fin de brindar apoyo psico-emocional, orientación, evaluación de riesgo, atención médica específica, referencia y seguimiento, se verificó que contaran con personal de psicología y trabajo social capacitado para la atención y seguimiento.

El tercer nivel de atención, lo constituyen unidades de atención que no forman parte de ninguna institución de salud, pero que son fundamentales para preservar la vida de las mujeres, sus hijos e hijas que viven violencia extrema, lo que implica que están en un riesgo inminente de perder la vida; estas unidades son los denominados refugios, que generalmente son administrados por organizaciones de la sociedad civil, aunque también participan algunas instituciones de gobierno. Para su funcionamiento se han establecido convenios para la concertación de acciones y se han transferido subsidios para la prestación de estos servicios.

III.2 Situación Actual y Problemática

Daños a la salud

La violencia familiar y de género es un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia, que tiene implicaciones no solamente en lesiones físicas, sino también en daños emocionales y económicos.

La complejidad epidemiológica de la violencia familiar y de género en México, hace necesario contar cada día con mejores indicadores que permitan evaluar integralmente las pérdidas de salud, indicadores que midan simultáneamente las pérdidas relacionadas con muertes prematuras, enfermedades letales y no letales y la discapacidad o las secuelas que producen. Bajo esta perspectiva, es necesario contar con un panorama de salud basado en dos visiones complementarias. La primera, una aproximación cuantitativa a la medición de la salud no sólo a partir del peso de la muerte sino de la estimación y valoración de las pérdidas en salud por muerte prematura y/o discapacidad y la segunda, una aproximación cualitativa al peso emocional, económico y familiar.

La ONU en 2011, presentó datos sobre la prevalencia de violencia física y sexual contra las mujeres a nivel mundial. Expuso que hasta el 70 por ciento de las mujeres experimentan violencia física o sexual por parte de los hombres con quienes viven, en su mayoría de los esposos, compañeros íntimos o algún conocido. Entre las mujeres de edades comprendidas entre 15 y 44 años, los actos de violencia causan más muertes y discapacidad que el cáncer, la malaria, accidentes de tráfico y la guerra combinados. La violencia toma muchas formas: la violencia en el hogar, el abuso sexual de las niñas en las escuelas, el acoso sexual en el trabajo, la violación por el marido o por extraños, las violaciones en los campamentos de refugiados o como táctica de guerra.⁶

En el año 2000 se estimaba que América Latina era la región con más homicidios promedio por habitante (27.5 homicidios por cada 100,000 habitantes), mostrando también elevadas tasas de violencia en los hogares; un análisis de 15 países de la región muestra que entre 7 y 69% de mujeres adultas con pareja han sufrido abusos físicos en algún punto de su relación.⁷

En México, de acuerdo a Lozano⁸ para el grupo de edad de 10 a 19 años la depresión, los trastornos de ansiedad y de la conducta, la distimia, junto con el uso de alcohol y drogas son responsables del 28% del total de Años de Vida con Discapacidad (AVD) en ambos sexos. Estos padecimientos se relacionan con mucha frecuencia con la presencia de violencia familiar, escolar o comunitaria.

En el grupo de 15 a 24 años de edad, en términos de discapacidad, la depresión, los trastornos de ansiedad, la migraña, la epilepsia, el trastorno bipolar y la distimia ejercen un mayor peso sobre las mujeres (38%) que en los hombres (31%). En el terreno de las causas que provocan la muerte prematura se debe destacar que los accidentes de tráfico, la violencia interpersonal, el suicidio y los ahogamientos son responsables del 29% de los Años Perdidos por Muerte Prematura (APMP) en las mujeres y 58% en los varones.

En este grupo de edad es evidente que son dos tipos de problemas los que producen mayores pérdidas de salud, por un lado, el amplio espectro de problemas de salud mental incluyendo las adicciones y por el otro, los accidentes y la violencia. Destaca en las mujeres el peso del consumo del alcohol y la violencia de pareja como determinantes importantes en su perfil de riesgos; mientras que en los hombres se encuentran el consumo de alcohol y los riesgos ocupacionales.

Para las adultas jóvenes (25 a 49 años), de hecho, la violencia interpersonal como causa de muerte prematura aumentó de 35,018 años en 1990 a 45,028 para el año 2010, ocupando el noveno lugar como causa de APMP lo que equivale al 3.7% del peso relativo del total de APMP para ese último año. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Años perdidos por muerte prematura en mujeres de 15 a 24 años de edad, en México 1990 y 2010

| Orden 2010 | Años perdidos por muerte prematura (APMP) | No. APMP 1990 | % del total | No. APMP 2010 | % del total |
|------------|--|---------------|-------------|---------------|-------------|
| 1 | Enf. Renal Crónica | 31,594 | 3.2 | 92,705 | 7.7 |
| 2 | Diabetes mellitus | 52,136 | 5.3 | 79,461 | 6.6 |
| 3 | Tumor maligno de la mama | 36,290 | 3.7 | 66,459 | 5.5 |
| 4 | Tumor maligno del cuello del útero | 64,949 | 6.6 | 66,338 | 5.5 |
| 5 | Enfermedades isquémicas del corazón | 46,365 | 4.7 | 64,893 | 5.4 |
| 6 | Accidentes de tráfico de vehículo de motor | 47,538 | 4.9 | 61,402 | 5.1 |
| 7 | Cirrosis del hígado | 54,777 | 5.6 | 58,753 | 4.9 |
| 8 | Enfermedad cerebrovascular | 46,560 | 4.8 | 50,446 | 4.2 |
| 9 | Violencia interpersonal | 35,018 | 3.6 | 45,028 | 3.7 |
| 10 | Causas maternas | 60,939 | 6.2 | 34,313 | 2.9 |
| 11 | VIH/SIDA | 21,324 | 2.2 | 31,423 | 2.6 |
| 12 | Infecciones respiratorias bajas | 27,780 | 2.8 | 29,738 | 2.5 |
| 13 | Otras enfermedades músculo-esqueléticas | | | 27,330 | 2.3 |
| 14 | Leucemia | 13,988 | 1.4 | 20,588 | 1.7 |
| 15 | Tumor maligno del estómago | 14,672 | 1.5 | 18,421 | 1.5 |

Fuente: Carga de la Enfermedad en México 1990-2010: Nuevos resultados y desafíos. Lozano, 2013.

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares⁹ resaltan los siguientes puntos:

- La violencia más extendida, continúa siendo la ejercida por la pareja.
- Por cada 100 mujeres de 15 años y más que han tenido pareja o esposo, 47 han vivido situaciones de violencia emocional, económica, física o sexual durante su actual o última relación.
- Las agresiones más ampliamente experimentadas por las mujeres, son las de carácter psicológico; 43.1% han vivido insultos, amenazas, humillaciones y otras ofensas, al menos una vez a lo largo de su relación.
- Cerca de la mitad de todas las mujeres actualmente casadas o unidas han sido agredidas por su pareja o esposo al menos una vez a lo largo de su vida en común. (44.8%).

- El 10% de las mujeres casadas o unidas han tenido dos o más uniones o matrimonios, y son las más agredidas por sus actuales parejas o esposos.
- Solo el 25% de las mujeres casadas o unidas que padecieron violencia física y/o sexual por parte de su pareja, recurrió a alguna autoridad en busca de apoyo.
- 26.6% de las mujeres asalariadas han sido discriminadas en sus trabajos por el hecho de ser mujeres.

En México, la violencia sexual tiende a ocultarse en la medida en que es perpetrada por una persona emocionalmente involucrada con la víctima. Según la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres¹⁰ existe una prevalencia de violencia sexual de pareja en los últimos 12 meses del 12.7%; el 25.2% de las mujeres entrevistadas reportó que sufrió violencia sexual alguna vez en la vida; 13.3% reportó tener antecedentes de abuso sexual en la infancia; el 6.8% de haber vivido una violación sexual alguna vez en la vida y el 2.2% haber sufrido violación sexual fuera de la relación de pareja después de los 15 años de edad.

Con respecto a la violación sexual, existe poca información en México; sin embargo, algunos estudios señalan que la mitad de los casos ocurre en niñas, niños y adolescentes y se estima que entre el 2.8 y 5% de las mujeres han sido violadas alguna vez en su vida, lo que concuerda con los datos de la ENVIM 2006. Por otra parte, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo informa que los Centros de Atención en Crisis que atienden casos de violación, revelan que un gran porcentaje de violaciones e incidentes de abuso sexual son perpetrados contra mujeres de 15 años o menores de edad.

Como ya se mencionó, los casos de violencia sexual tienden a ocultarse, las razones son múltiples como: la cercanía con el agresor, vergüenza e incluso por desconfianza en las autoridades. Al respecto, se estima que de cada 100 mujeres que sufren violencia física o sexual, 74 no denuncian estos hechos a instancias o autoridad alguna; sin embargo, en nuestro país la tasa de violaciones denunciadas ante el Ministerio Público de 1997 al 2010, varía entre 23 y 28 por cada 100 mil mujeres, según reporte del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI); lo que corresponde a 15 mil violaciones en promedio cada año, de las cuales se estima que el 40% de éstas acude antes de las 72 horas a los servicios de salud, lo que implica brindar una atención eficaz.

La forma extrema de los daños a la salud en las mujeres es la violencia feminicida que se encuentra definida en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia,¹¹ en el artículo 21 como “la forma extrema de violencia de género contra las mujeres producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.” La tipificación del feminicidio es símbolo del adelanto en la visibilización de esta problemática, posibilitando con ello el desarrollo de mecanismos de prevención y sanción que ayuden a erradicarla.

Sin embargo, los sistemas de información que posee nuestro país no tienen las características apropiadas para brindarnos datos confiables sobre el número de feminicidios que sobrevienen. La oficina de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) - MUJERES en México ha desarrollado una investigación que da cuenta de los feminicidios en el país a través del registro de defunciones; es decir, la investigación empleó una clasificación de muertes violentas que sirviera como base para distinguir a los feminicidios de todas aquellas muertes violentas de

mujeres; estableciendo una categoría de “defunciones femeninas con presunción de homicidio” que arroja un parámetro para acercarnos a la dimensión de incidencia de este fenómeno. A partir de los datos arrojados por este organismo en 2010 se puede determinar que las entidades federativas en las que hay mayor riesgo de que las mujeres mueran por presunción de homicidio son los estados de Chihuahua y Durango con tasas de 32.8 y 10.7 por cada 100 mil mujeres. (Anexo 1). No obstante la consistencia de los datos disponibles; esta problemática presenta un repunte de una tasa nacional de 2 mujeres por cada 100 mil, a 4 mujeres entre 2007 y 2010, incremento que requiere de la atención urgente y el trabajo intersectorial en los diferentes niveles de gobierno del país. (Anexo 2)

Determinantes sociales

La violencia familiar y de género es la resultante de un sistema patriarcal hegemónico dominante que implica diferenciales de poder en contra de unos y a favor de otros, con el fin de imponer comportamientos esperados en función del género o de la edad, en este caso generalmente es hacia las mujeres, niñas, niños y otros grupos. Esta forma de dominio se encuentra en la estructura de la sociedad y permea en la cultura, las instituciones, comunidades, familias y personas.

Más allá de sus orígenes, la violencia familiar y de género conlleva elevados costos económicos y sociales para las sociedades; sus implicaciones económicas son directas pues entraña una cantidad de bienes y servicios empleados tanto para la prevención como para la atención y tratamiento de las víctimas, además de la aprehensión y sanción a los perpetradores. Los costos sociales se traducen en la reproducción inter-generacional de la violencia, la erosión del capital social y humano, y en un menor involucramiento en la vida democrática de los países. Adicionalmente a nivel macroeconómico el grado de desconfianza en países con altos índices de violencia, puede ser un freno a la inversión tanto nacional como extranjera, limitando la capacidad de crecimiento y desarrollo del país; a nivel micro las posibilidades de educación y formación de capital humano se ven menguadas; al interior de los hogares hay una gran merma en la capacidad de concreción de proyectos personales, y hay una visible disminución del rendimiento de las y los menores en la escuela. En América Latina, el maltrato infantil es la primera razón que orilla a niños y niñas a la vida en la calle, además de que existe una fuerte relación con el posterior consumo y abuso de alcohol y sustancias tóxicas entre sus víctimas. En la Ciudad de México el maltrato infantil se relaciona con la percepción de menores ingresos durante la vida adulta.¹²

Igualmente, las mujeres que sufren violencia de pareja son menos productivas en sus áreas de trabajo lo que influye directamente en el ausentismo, despidos, y por lo tanto en la productividad nacional. Todavía no existen cálculos sobre los costos directos que tiene la violencia en países de la región; sin embargo se cree que su promedio es menor al de los de países industrializados, pues estos tienen a su disposición una mayor cantidad de servicios. En este sentido, el Banco Mundial ofrece un cálculo acerca de los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) como consecuencia de la violencia de pareja y sexual, estimando un total de 9 millones de AVISA anuales; dicho total es mayor a la suma de años perdidos por mujeres que son víctimas de todos los tipos de cáncer y es más de dos veces la cifra de años perdidos por mujeres que sufren accidentes en vehículos motorizados¹³. A diferencia de lo que sucede en otras regiones del mundo en donde hay mayores índices de violencia autoinflingida (suicidios) o violencia colectiva (guerras, terrorismo), en Latinoamérica y el Caribe predomina la violencia de pareja.

Abordar el tema de la violencia familiar y de género requiere un enfoque multidisciplinario, dada la complejidad de este problema. El modelo ecológico reconocido por la propia Organización Mundial de la Salud para el análisis de los determinantes sociales de la violencia como un problema de salud pública, permite tanto un abordaje conceptual como metodológico integral, perspectivas de seguridad, de derechos humanos, de igualdad sustantiva y de salud.

El modelo además, recoge aportes de dos instrumentos internacionales básicos, a saber la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer conocida como Belém do Pará (1995); y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas.

La mayor exposición de las mujeres a las formas de la violencia familiar y de género ha llevado a priorizar la atención en la victimización femenina frente al resto de las formas de violencia. Respecto a la mayor incidencia de dicha violencia sufrida por las mujeres, Lori Heise¹⁴, ha hecho un recuento puntual de todas las formas en que suele presentarse.¹⁵ Se sabe que la pobreza y la falta de empoderamiento de la mujer, así como su marginación debido a su exclusión de las políticas sociales y los beneficios del desarrollo sostenible, pueden exponerla a un mayor riesgo de violencia y que la violencia contra la mujer impide el desarrollo social y económico de las comunidades y los países.¹⁶ Diferentes estudios han descrito que la violencia contra las mujeres y las niñas es una de las más extendidas violaciones de los derechos

humanos. Se puede incluir el abuso físico, sexual, psicológico y económico, sin límites de edad, raza, cultura, riqueza y geografía; que se lleva a cabo en el hogar, en las calles, en las escuelas, lugares de trabajo, en los campos agrícolas, campos de refugiados, durante los conflictos y las crisis. La violencia tiene muchas manifestaciones, desde las formas más universalmente prevalentes de la violencia familiar y sexual, hasta las prácticas más nocivas: el abuso durante el embarazo, los asesinatos llamados por honor y otros tipos de feminicidio (ONU-UNWOMEN),¹⁷ México no es la excepción; sin embargo entre las más vulnerables se encuentran las mujeres indígenas a las que se agregan otros marcadores de discriminación, es decir; además del sexo, la condición económica, patrimonial, escolar y étnica, la colocan en una situación de vulnerabilidad y riesgo de vivir todas las formas de violencia de género, este es un grupo con el que el Estado mexicano está en deuda.

En varios países estudiados se descubrió que entre 15 y 71% de las mujeres reportaron haber experimentado violencia física y / o sexual por su pareja en algún momento de sus vidas. (OMS).¹⁸ En el año 2000 se estimaba que América Latina era la región con más homicidios promedio por habitante (27.5 homicidios por cada 100 mil habitantes), mostrando también elevadas tasas de violencia en los hogares; un análisis de 15 países de la región muestra que entre 7 y 69% de mujeres adultas con pareja han sufrido abusos físicos en algún punto de su relación.⁷

Las luchas de las mujeres por sus derechos han sido determinantes a este respecto, no obstante ha sido durante los últimos cuarenta años que se ha dado la batalla directamente a la violencia, encarándosele como un problema que trasciende las barreras de lo privado ya sea personal o familiar, extendiéndose hasta lo público, incluyendo lo social, lo político y lo económico.

Como ya se mencionó, la violencia contra las mujeres se presenta de distintas formas, sin embargo, en la mayor parte de los casos, los espacios en los que ésta se expresa son predominantemente privados. La violencia contra la mujer generalmente no se exhibe, no se ostenta, tiene múltiples vías para permanecer oculta, es decir: en la mayoría de los casos de violencia familiar el agresor es una persona conocida por la víctima.

Desafortunadamente, la difusión que se ha hecho acerca de la violencia familiar no ha logrado permear en la sociedad con todo su peso, lo que perpetúa su invisibilidad y naturalización. Por estas razones, los datos sobre dicho problema son escasos y resulta muy difícil aproximarse a las cifras reales de mujeres que viven las diferentes formas

de violencia; sin embargo en México, se han realizado diferentes encuestas relacionadas con la violencia como son la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2003 y 2006, y la Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.⁹

El reconocimiento de la violencia no es fácil, a algunas mujeres les lleva más tiempo que a otras darse cuenta que la están viviendo. Cuando logran identificarla, algunas buscan apoyo profesional, los espacios donde buscan esta ayuda son diversos, acuden a servicios tanto médicos como de procuración de justicia e incluso espirituales, a los cuales llegan a través de recomendaciones que alguien les hace y en menor medida, por una búsqueda intencionada.

Las mujeres se enfrentan a la violencia sin recursos que les permitan, en primer lugar, reconocerla, y en segundo lugar manejarla, de manera que es común que cuando la identifican la vivan con culpa. También experimentan impotencia, tristeza, angustia, desolación, desesperanza, molestia, enojo, estos últimos muchas veces los revierten contra ellas mismas según lo refieren, lo que va afectando su salud y perciben que ésta se deteriora.

Las mujeres somatizan la violencia, pero muchas veces no reconocen en los síntomas la relación con ésta; mencionan que tampoco los profesionales de la salud tienen el tiempo suficiente para explorar el porqué de los síntomas por los cuales muchas mujeres acuden a consulta; ambas situaciones hacen difícil la identificación de la violencia como un problema que debe ser atendido. La violencia no es un evento aislado, se vive de manera sistemática y crónica, cuando las mujeres toman una determinación como salir de su casa, ésta puede incrementarse.

Las mujeres que viven violencia son víctimas de críticas, se sienten devaluadas y rechazadas, no sólo en lo laboral sino también por otras mujeres de su entorno, perciben una suerte de estigmatización por parte de ellas, porque la violencia les da un estatus diferente ante los ojos de las demás.

La violencia no se reconoce como una enfermedad, pero sí como una vivencia que requiere de la ayuda de los demás, aunque lo común, según las mujeres, es lo contrario, se les maltrata más con el rechazo y los comentarios que surgen de la sociedad.

Respuesta social organizada

La multiplicidad de factores involucrados en la presencia de situaciones de violencia contra las mujeres, hace necesario la participación coordinada y eficiente de todos los sectores de la sociedad, para poder abordarlos en los

diferentes niveles de riesgo y/o daño, y generar factores protectores y reparación de los daños ocasionados, en una perspectiva de acceso y ejercicio de derechos fundamentales garantizados por el Estado.

En México, esta problemática se ha colocado en la agenda del Estado y la sociedad civil, en un principio derivado de los movimientos de feministas y académicos en las décadas de los 60, 70 y 80, así como del posicionamiento de esta problemática en el ámbito internacional para su atención por el Estado Mexicano, a raíz de la firma de las convenciones internacionales de CEDAW y Belém Do Pará. A partir del presente siglo, el gobierno mexicano ha ido incrementando en su responsabilidad de atender esta problemática en los tres órdenes de gobierno con una participación importante de la sociedad civil, en actividades que van desde la difusión, la atención y su análisis.

En México, actualmente el abordaje de la violencia contra las mujeres, se encuentra enmarcado en la aplicación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia promulgada en el año 2007,¹¹ que tiene por objetivo la coordinación entre los tres órdenes de gobierno para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, para garantizar su acceso a una vida libre de violencia conforme a los principios de igualdad y de no discriminación. Entre otras disposiciones, se establece la obligatoriedad de contar con leyes estatales en esta materia; así como la conformación del Sistema Nacional para Prevenir Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Este esfuerzo de coordinación se traslada a los otros poderes de la unión, judicial y legislativo; así como la participación de los sectores académico y social, a través de diferentes organizaciones tanto feministas, como prestadoras de servicios. Este sistema, funciona como la instancia de coordinación a través de la cual se conjuntan y se da seguimiento a los esfuerzos, instrumentos, políticas, servicios y acciones interinstitucionales en los tres niveles de gobierno; de acuerdo al ámbito de competencia de cada uno de sus integrantes.

La Secretaría de Salud como instancia rectora, forma parte de este sistema, correspondiéndole la política nacional en salud, para participar en el diseño con perspectiva de género y desde el marco de los derechos humanos de las políticas públicas en los ámbitos de prevención, atención y erradicación de la violencia; así como la coordinación por medio de las instituciones del SNS, de manera integral e interdisciplinaria, para que se otorgue la atención médica y psicológica a las víctimas de violencia familiar y de género. La respuesta alcanzada en este sistema, corresponde básicamente a la

implementación del Programa en los Servicios Estatales de Salud de las 32 entidades federativas. Destaca que se realizan acciones de coordinación con otras instancias prestadoras de servicios públicos, como son procuración de justicia, desarrollo social y educación, así como organizaciones de la sociedad civil locales, para otorgar una atención integrada y eficaz.

Sin embargo, debido a la conformación del SNS, estas acciones no han sido extendidas aún, al resto las instituciones de salud en nuestro país. Ya que si bien, dentro del marco normativo en el SNS se cuenta con la “Norma Oficial Mexicana NOM 046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres; Criterios para la Prevención y Atención”¹⁹ sólo en los Servicios Estatales, se ha desarrollado la infraestructura requerida para el otorgamiento de los servicios que se requieren; por lo que es necesario reforzar las acciones, para que las otras instituciones de salud pública, estén en condiciones de otorgar los servicios de acuerdo a las disposiciones normativas.

La sociedad civil ha jugado un papel importante, tanto en resaltar la importancia del abordaje de la problemática de la violencia contra las mujeres y lograr su posicionamiento en las agendas de los gobiernos federales, estatales y municipales, así como en el surgimiento de organizaciones orientadas a la prestación de servicios de atención a las mujeres en general o pertenecientes a grupos vulnerables (indígenas, en situación de calle, adultas mayores, niñas y niños, con capacidades diferentes, etc.), así como organizaciones que prestan servicios de orientación, asesoría jurídica, capacitación, difusión, seguimiento, estudio y análisis de la problemática que nos ocupa.

Sin duda, un papel destacado ha sido la colaboración con organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios de refugio para mujeres y sus hijas e hijos, que se encuentran en situación de violencia extrema, a través del otorgamiento de servicios de refugio. Los refugios son espacios que ofrecen protección temporal y atención integral a las mujeres y a sus hijos e hijas afectados por la violencia extrema. Durante la estancia en ellos, las mujeres reciben apoyo psicológico, legal y orientación para el trabajo, a fin de que puedan recuperar sus proyectos de vida, tengan opciones y puedan tomar decisiones para acceder a una vida libre de violencia. La mayoría de los refugios son coordinados por Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y el ingreso de las usuarias se realiza a partir de un centro de atención externa o de instituciones gubernamentales como los Servicios de Salud Estatales, los Sistemas Estatales para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Ministerio Público

o las instancias estatales de las mujeres quienes les canalizan al refugio.

Otro ámbito en donde las organizaciones de la sociedad civil han articulado estrategias de acción es lo correspondiente a la capacitación, análisis, seguimiento y difusión de esta problemática desde sus diferentes aristas, ya sea como un problema social estructural, de acceso a la justicia y disfrute de los derechos humanos, hasta el análisis y difusión de la problemática, que puede ser ejemplificado por la existencia de los observatorios ciudadanos.

En este mismo sentido, se puede considerar la colaboración del sector educativo, el cual representa a la instancia que por naturaleza se avoca al análisis científico de los problemas. En nuestro país, este sector cada vez se ha ido incorporando con el desarrollo de más líneas de investigación en un mayor número de instituciones universitarias, pero además han sido vehículo para el desarrollo de técnicas, estrategias, intervenciones y/o metodologías para poder plantear mejores prácticas sustentadas en evidencia científica. El desarrollo de encuestas y estudios específicos o intervenciones de prevención y atención de la violencia en las mujeres o de población en riesgo; así como de reeducación o reconstrucción de patrones culturales de sujetos agresores, son muestras de la participación de este sector.

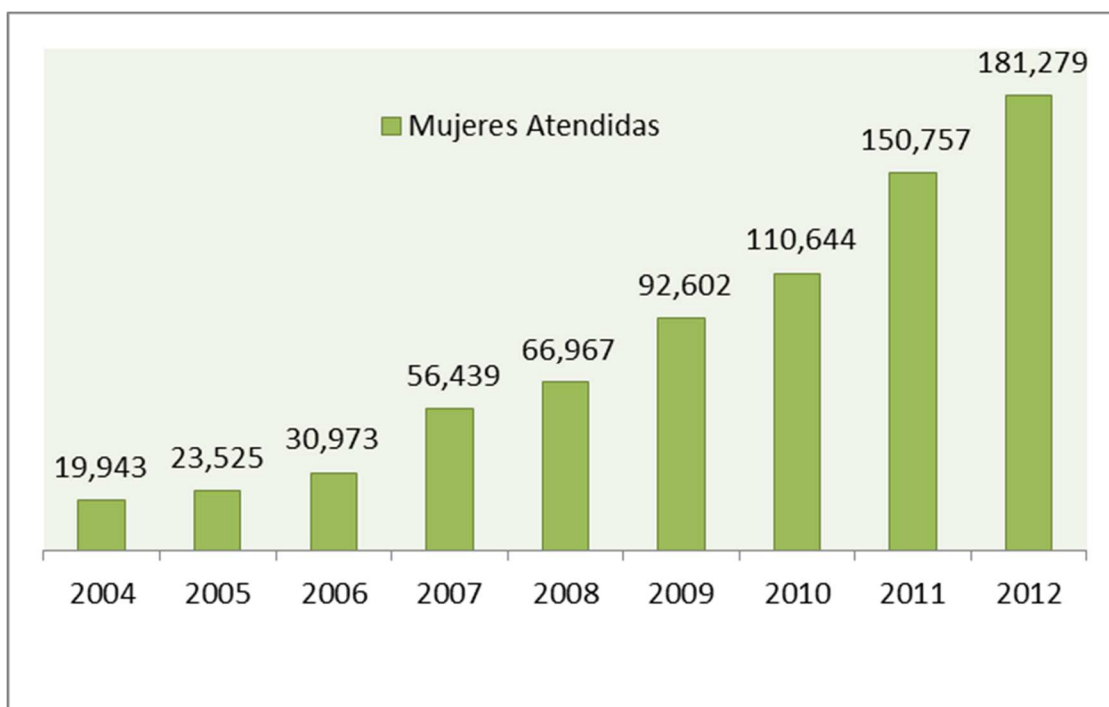
La relevancia que tiene la presencia de los organismos internacionales de colaboración, asistencia y desarrollo, ha permitido mantener en la agenda de los gobiernos, el tópico de la violencia contra las mujeres como uno de los principales compromisos que ha suscrito el Estado mexicano, en materia de avance para la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

Por último, la existencia de presupuestos específicos de origen público, destinados a financiar estrategias que permitan avanzar en la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia es fundamental. La Secretaría de Salud ha sido un intermediario importante para que el presupuesto federal asignado por el poder legislativo para la prevención y atención de este problema, pueda ser ejecutado a través de programas, estrategias e intervenciones de salud pública, que se ponen a la disposición de la población usuaria, principalmente mujeres de 15 años y más. Estos presupuestos, dado su origen público son susceptibles de vigilancia y observación, tarea que también realizan los observatorios de la sociedad civil.

III.3 Avances 2002-2012

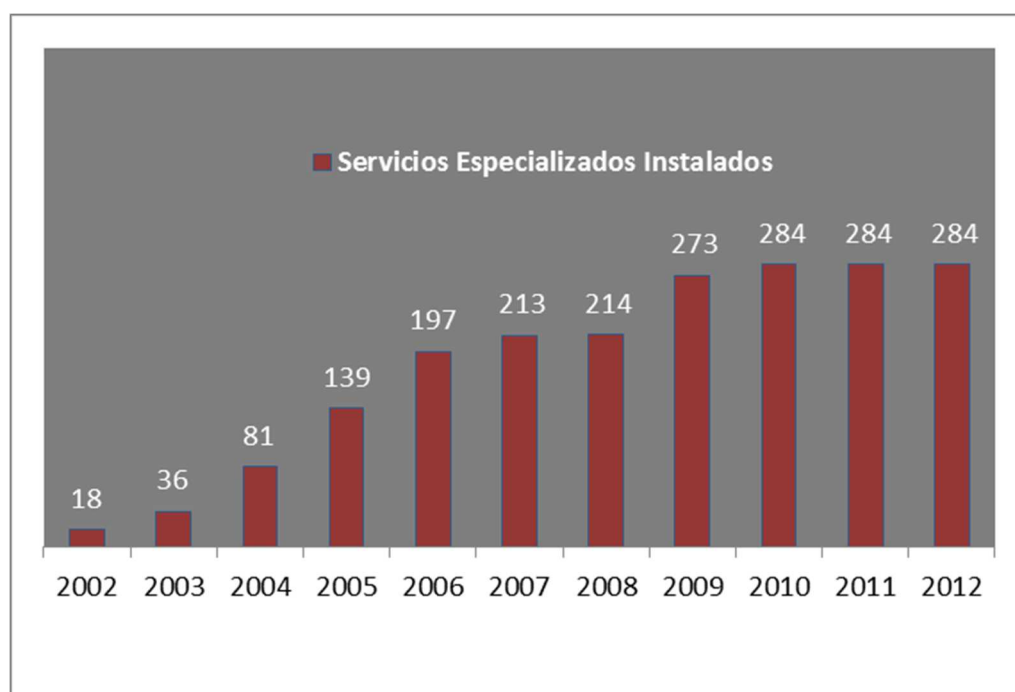
En el año 2002, el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y de Género, inició con 18 servicios especializados, en el año 2006 se contaba ya con 189 centros o servicios y para el año 2012 se ha alcanzado una infraestructura de 284 servicios con 355 psicólogas/os. Con estos servicios especializados, durante el periodo mencionado, se ha brindado atención a 658 mil 688 mujeres en situación de violencia severa en las 32 entidades federativas; con lo cual se incrementó la cobertura de atención a mujeres de 15 años y más que vivían violencia severa pasando de 4.3% al 12.9%. (Gráficas 1 y 2)

Gráfica 1. Mujeres atendidas en servicios especializados en situación de violencia severa. México, 2004-2012



Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Dirección de Violencia Intrafamiliar. Informe General de Avances.

Gráfica 2. Servicios Especializados para la atención de la violencia severa, instalados en los Servicios Estatales de Salud. México 2002-2012



Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Dirección de Violencia Intrafamiliar.

El apoyo al número de organizaciones ha incrementado año con año. En el 2003 se inició con 16 organizaciones, hasta el 2010 se habían apoyado 35, además a partir del año 2011 con el fin de apoyar la operación y consolidación de los refugios también se transfirieron recursos para sus

Centros de Atención Externa (CAER). Hasta el 2012 se han atendido 13 mil 634 mujeres y 35 mil 608 niñas y niños a quienes se otorgó alimentación, hospedaje, atención médica, psicológica, legal, social y capacitación para el trabajo. (Tabla 2)

Tabla 2. Número de mujeres, sus hijos e hijas en situación de violencia extrema que fueron atendidos en servicios de refugio de 2003 a 2012

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Total |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Mujeres | 532 | 1,319 | 850 | 934 | 1,140 | 1,588 | 1,516 | 1,740 | 2,118 | 1,897 | 13,634 |
| Niños/niñas | 1,596 | 2,184 | 2,210 | 1,743 | 3,235 | 4,537 | 4,252 | 4,678 | 5,859 | 5,314 | 35,608 |

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Dirección de Violencia Intrafamiliar.

Desde el año 2003, se inició el proyecto piloto denominado Prevención y Atención a la Violencia y sus Consecuencias en la Salud de las Mujeres Indígenas y se instalaron las Casas de la Salud de la Mujer Indígena en Cuetzalan, Puebla (zona náhuatl); en Matías Romero, Oaxaca (zona mixe y zapoteca); en Chalchihuitan, Chiapas (zona tzotzil) y en Ometepec, Guerrero (zona amuzga y mixteca), para el año 2004 el proyecto continuó en coordinación con la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), y se pusieron en funcionamiento las Casas de la Salud de la Mujer Indígena en San Mateo del Mar, Oaxaca (zona Huave) y en Baborigame, Chihuahua (zona Tarahumara y Tepehuana).

Para fortalecer el procedimiento de detección oportuna y búsqueda intencionada de casos de violencia por parte del personal médico y de salud, así como para reconocer de manera temprana los casos probables de violencia familiar y de género y referir a las usuarias a los servicios especializados para su atención oportuna, entre 2006 y 2012 se aplicaron seis millones 223 mil 166 herramientas de detección a mujeres de 15 años o más usuarias de los servicios de salud. Con estas acciones se logró un incremento en la cobertura de detección al pasar de 1.9% a 15.5% de mujeres de 15 años y más unidas, de la población de responsabilidad de los Servicios de Salud.

En lo referente al logro alcanzado de positividad en la aplicación de la herramienta de detección sólo se alcanzó el 14.1%, cuando lo esperado según la prevalencia encontrada en la ENVIM 2006 es del 33%. Por lo que en este punto se requiere continuar avanzando.

En el año 2009 se inició la intervención de Reeducción para Víctimas y Agresores de Violencia de Pareja. El objetivo de esta intervención es desarrollar nuevas habilidades y comportamientos que posibiliten salir de la situación de violencia y establecer relaciones de pareja en un plano de igualdad tanto a las mujeres que han vivido violencia como a los hombres que la han ejercido contra su pareja, a través de la integración de grupos de reflexión, que se desarrollan en sesiones técnicas y temáticas. La prueba piloto de esta intervención inició en cuatro entidades de la República, para el 2010 se incorporaron otras 4 entidades más, en el 2011 se integraron 11 más al desarrollo de esta intervención, de tal manera que para el cierre del año 2012 se habían incorporado 19 Servicios Estatales de Salud. Como resultados alcanzados, a finales del año 2012 se habían formado 685 grupos (366 de mujeres y 319 de hombres) donde se brindó atención a 10 mil 790 participantes (6 mil 347 mujeres y 4 mil 443 hombres). El gran reto es lograr que los participantes de

los grupos asistan a todas las sesiones (25 sesiones), principalmente los hombres.

III.4 Retos 2013-2018

- Lograr la participación en la prevención y atención de la Violencia Familiar y de Género de todas las instituciones públicas que conforman el SNS.
- Consolidar la detección oportuna y mejorar la adherencia en la atención de casos de violencia familiar y de género.
- Establecer Servicios Especializados para la atención a la violencia en unidades de atención del SNS.
- Contar con personal médico y de salud en general capacitado y sensible a la violencia familiar y de género.
- Lograr la referencia efectiva a servicios especializados de las personas que viven violencia.
- Diseñar intervenciones focalizadas para la prevención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.
- Diseñar y promover la aplicación de intervenciones preventivas enfocadas a niños y hombres para la construcción de masculinidades libres del ejercicio de violencia.
- Diseñar y promover la aplicación de intervenciones preventivas enfocadas a las mujeres como sujetas de derechos, para la desnaturalización de la violencia.
- Evaluar la efectividad de la atención de intervenciones como los grupos de reeducación, atención psicológica con enfoque cognitivo conductual y atención en refugios.
- Fortalecer la atención esencial y especializada de las áreas médicas, de enfermería y trabajo social para los casos violación sexual.
- Contar con sistemas de información en salud confiables sobre la atención a casos de violencia en el SNS.
- Promover la consolidación de redes de atención interinstitucional, en un marco de respeto a los derechos humanos.
- Contar con intervenciones apropiadas para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres de comunidades indígenas.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

Para llevar a México a su máximo potencial, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 plantea cinco metas nacionales que fueron diseñadas para responder a cada una de las barreras que limitan el desarrollo de nuestro país: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global. Asimismo, incluye tres estrategias transversales en todas las acciones de la presente Administración.

De manera particular, para lograr un México Incluyente se requiere garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de la población, entre los cuales se encuentra la salud.

Cuadro 3. Alineación con el PND 2013-2018

| Meta Nacional | Objetivo de la Meta Nacional | Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional | Objetivo del PAE |
|-----------------------------|---|---|---|
| 2. México Incluyente | 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud. | 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. | 1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres. |
| | | 2.3.5. Promover la cooperación internacional en salud. | 2. Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. |

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013⁴⁰ y plantea alcanzar seis objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Cuadro 4. Alineación con el PROSESA 2013-2018

| Objetivos del PROSESA | Estrategias del PROSESA | Líneas de acción del PROSESA | Objetivo del PAE |
|---|---|---|--|
| <p>2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.</p> | <p>2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.</p> | <p>2.1.7. Brindar atención médica, psicológica y servicios integrales a las víctimas asegurando que se respeten sus derechos humanos.</p> | <p>1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres.</p> |
| | <p>2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del SNS.</p> | <p>2.2.6. Fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud.</p> | |
| <p>4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.</p> | <p>4.3. Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad.</p> | <p>4.3.1. Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población.</p> | <p>2. Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.</p> |
| | <p>4.4. Consolidar la prevención, detección y atención integral de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género.</p> | <p>4.4.1. Impulsar la detección de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres en las unidades de salud.</p> | <p>1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres.</p> |
| | | <p>4.4.2. Impulsar la detección de casos de violencia familiar, sexual y contra las mujeres en espacios públicos.</p> | |
| | | <p>4.4.3. Coadyuvar en campañas promotoras del derecho de niños, adolescentes, adultos mayores y mujeres a una vida libre de violencia.</p> | <p>2. Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.</p> |
| | <p>4.4.4. Ampliar la cobertura de atención a las personas que viven violencia familiar y de género.</p> | <p>1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres.</p> | |
| | <p>4.4.5. Promover la referencia de los casos de violencia a servicios especializados.</p> | | |
| | <p>4.4.6. Instrumentar acciones para facilitar la prevención de embarazos, la profilaxis a Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras ITS ante violencia sexual.</p> | | |

IV.3 Alineación con el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD)

Como parte del cumplimiento del mandato del Programa Nacional de Desarrollo de que todos los programas de la Administración Pública Federal incorporen la Perspectiva de Género y se alineen al Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD),²² este Programa se alinea al objetivo transversal 2 del PROIGUALDAD, como se muestra a continuación.

| Objetivos del PROIGUALDAD | Estrategias del PROIGUALDAD | Líneas de acción del PROIGUALDAD | Objetivo del PAE |
|---|---|--|---|
| 2. Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra mujeres y niñas, y garantizarles acceso a una justicia efectiva. | 2.1. Incrementar, promover y fortalecer la prevención integral y eficaz de la violencia contra mujeres y niñas. | 2.1.1. Fortalecer las acciones para la detección de la violencia contra las mujeres y las niñas en el sistema de salud. | 1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres. |
| | 2.3. Fortalecer los servicios de atención a las mujeres y niñas en todos los tipos y modalidades de violencia. | 2.1.2. Impulsar el cumplimiento de la Norma de Salud 046-SSA2-2005. | |
| | | 2.3.5. Fortalecer e incrementar los centros de atención integral, de justicia, albergues, refugios, y casas de tránsito. | |



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres.
2. Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Objetivo 1. Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres.

La violencia familiar y de género incrementa los riesgos a la salud, como lesiones, embarazos o abortos forzados, infecciones de transmisión sexual, depresión, trastornos mentales, abusos de sustancias y enfermedades crónicas entre otras; estos daños se producen a lo largo de la vida y tienden a incrementar, sin intervención oportuna incluso puede llegar a la muerte. Los servicios de salud representan una ventana de oportunidad, de ahí que la búsqueda intencionada de casos a través de la detección basada en indicadores de alarma relacionados con la violencia es fundamental; es sabido que las mujeres están dispuestas a hablar de sus experiencias cuando el personal les pregunta ENVIM.¹⁰

Para atender los casos de violencia, se requiere un abordaje que integre por una parte la perspectiva de género como marco de comprensión, por otra el tipo de violencia y su severidad de tal forma que el personal de salud cuente con criterios que les permita decidir sobre el nivel de resolución con el que podrá atender a las usuarias, para ello también se requiere de capacitación constante que le apoye para incrementar su confianza y capacidad para brindar los servicios de acuerdo a su nivel de resolución y de manera oportuna.

Estrategia 1.1. Fomentar en las Instituciones del SNS la detección oportuna de la violencia familiar y de género

Líneas de acción:

- 1.1.1. Promover la aplicación de procedimientos de detección de violencia familiar y de género en unidades de salud.
- 1.1.2. Fortalecer las capacidades del personal de salud para la detección oportuna de la violencia familiar y de género.

Estrategia 1.2. Reforzar la atención esencial en salud para las personas que viven violencia sexual.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Establecer procedimientos institucionales para la atención de las personas afectadas por violencia sexual.
- 1.2.2. Garantizar la disponibilidad de los insumos para anticoncepción de emergencia y profilaxis para evitar infecciones de transmisión sexual.
- 1.2.3. Establecer procedimientos institucionales para la realización del aborto médico de conformidad con lo previsto por la ley.
- 1.2.4. Fortalecer las capacidades del personal de salud para la atención esencial de la violencia sexual.
- 1.2.5. Promover la atención psicológica para las personas que viven violencia sexual.

Estrategia 1.3. Fortalecer la atención especializada en el SNS a las mujeres que viven violencia.

Líneas de acción:

- 1.3.1. Establecer servicios especializados de atención médica y psicológica de la violencia familiar y de género en las unidades de salud.
- 1.3.2. Supervisar que la atención de la violencia familiar y de género cumpla con la normatividad vigente.

- 1.3.3. Promover la evaluación de la efectividad de la atención a la violencia familiar y de género.
- 1.3.4. Contribuir al desarrollo de acciones de re-educación de víctimas de violencia de pareja en las unidades de salud.
- 1.3.5. Coordinar la adaptación de las intervenciones para la prevención y atención de la violencia para mujeres indígenas.
- 1.3.6. Fortalecer las capacidades del personal de salud para brindar orientación, consejería y referencia oportuna a las mujeres que viven violencia.
- 1.3.7. Promover la coordinación intersectorial e interinstitucional para la atención integral de la violencia familiar y de género.

Estrategia 1.4. Contribuir a la atención de las mujeres que viven violencia extrema.

Líneas de acción:

- 1.4.1. Reforzar los mecanismos de referencia para el acceso oportuno de las mujeres a servicios de atención de violencia extrema.
- 1.4.2. Contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de atención de la violencia extrema.
- 1.4.3. Contribuir con las instituciones competentes para establecer instrumentos regulatorios de las diferentes modalidades de atención de violencia extrema.

Estrategia 1.5. Promover la generación de información vinculada a los daños a la salud por violencia para la toma de decisiones.

Líneas de acción:

- 1.5.1. Impulsar el desarrollo de investigaciones e intervenciones sobre violencia de género en grupos en desventaja social.
- 1.5.2. Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de información sobre violencia en el ámbito de la salud.

Objetivo 2. Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

La violencia en general y particularmente la violencia de género, son fenómenos sociales determinados por múltiples factores de orden cultural, económico, demográfico, histórico, de organización social entre otros, que por su complejidad parecen inevitables e incluso “naturales”; sin embargo múltiples experiencias internacionales han demostrado que la violencia es evitable a través de estrategias que permitan identificar y reaprender a establecer relaciones interpersonales libres de violencia, con reconocimiento de los derechos humanos de las personas y en específico de las mujeres y niñas.

Contar con intervenciones preventivas focalizadas a poblaciones estratégicas, como los hombres y niños, permitiría en el primer caso desactivar la violencia y en el segundo aprender formas de relación desde el reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres, la evidencia nos muestra que la violencia sufrida en la infancia tiende a reproducirse en la edad adulta, 49% de las mujeres que vivían violencia actual, habían sufrido humillaciones en la niñez y 48% de las que había recibido golpes en esa etapa, sufrían violencia de pareja ENVIM¹⁰. Por lo que invertir en el cambio del entorno de los más jóvenes puede resultar en efectos benéficos importantes para la construcción de una cultura de la paz.

Estrategia 2.1. Promover la difusión del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Promover la difusión de marcadores de riesgo y daños a la salud ocasionados por la violencia entre la población general.
- 2.1.2. Difundir los servicios de salud existentes para la prevención y atención de la violencia familiar y de género.

Estrategia 2.2. Impulsar intervenciones efectivas de prevención de la violencia familiar y de género.



Líneas de acción

- 2.2.1. Diseñar intervenciones preventivas y focalizadas a la población en riesgo de vivir violencia familiar y de género.
- 2.2.2. Contribuir al desarrollo de acciones de re-educación de agresores de violencia de pareja, en las unidades de salud.
- 2.2.3. Capacitar y sensibilizar al personal de salud para que brinde atención libre de violencia a la población usuaria.

Por otra parte, la información tanto para el personal de salud como para la población, permite difundir entre el personal de salud las mejores prácticas basadas en la evidencia y con perspectiva de género, en materia de prevención y atención a la violencia. Por su parte, la promoción y difusión, permite enterar a las y los usuarios de los servicios de salud a los que tiene derecho ante una situación de violencia; además de promover formas de relación libres de violencia permite:

- Impulsar la aplicación de la perspectiva de género en las acciones de detección de la violencia familiar y de género.
- Diseñar material de difusión libre de estereotipos de género, con lenguaje incluyente y no sexista.

V.2 Estrategias Transversales

El Programa se vincula a la estrategia transversal Perspectiva de Género del PND, específicamente con el objetivo 2 Prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra mujeres y niñas, y garantizarles acceso a una justicia efectiva del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD).²²

La violencia contra las mujeres, es una de las manifestaciones más claras de las desigualdades que enfrentan en los distintos ámbitos de la vida privada y pública, sin atención temprana la violencia tiende a incrementarse, por lo que su detección oportuna es fundamental para disminuir los riesgos a la salud, para ello se requiere de contar con personal médico y de salud sensibilizado y capacitado en procedimientos de búsqueda intencionada ante signos y síntomas relacionados con la violencia, este debe ser un esfuerzo permanente, con acciones focalizadas en las áreas de los servicios tanto de primero como de segundo nivel de atención y en las situaciones de salud a donde con mayor frecuencia las mujeres recurren, ya sea para la propia atención como para los cuidados de otras personas como sus hijos e hijas.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

El Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, a lo largo de esta administración dará seguimiento a 3 indicadores de proceso y de resultado, los que tienen que ver con la calidad y eficacia en el desarrollo de actividades sustantivas:

| Elemento | Características | | | | | |
|--------------------------------|---|------|---------------------|------|------|--|
| Indicador 1 | Porcentaje de mujeres de 15 años y más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultaron positivas. | | | | | |
| Objetivo del PAE | Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres. | | | | | |
| Descripción general | Detección de mujeres de 15 años y más, unidas, que acuden a los servicios de salud, y que de acuerdo a los marcadores de violencia se les aplica la herramienta de detección por parte del personal médico de primer contacto; alcanzar el 33% de positividad para violencia familiar entre las mujeres a las que se les realiza el cuestionario en los servicios esenciales de las instituciones públicas del SNS, indicará que las instituciones públicas del SNS están realizando de manera correcta acciones dirigidas a la búsqueda intencionada de casos, lo que además implicaría intervenir de manera temprana y con ello contribuir a reducir los daños a la salud en las mujeres víctimas de violencia. | | | | | |
| Observaciones | <p>Numerador: Mujeres de 15 años y más unidas, usuarias de los Servicios de Salud que resultaron positivas a la herramienta de detección / Denominador: Número de mujeres de 15 años y más, unidas, que acuden a los servicios de salud y que se les aplica la herramienta de detección por 100.</p> <p>La meta sexenal establecida es muy cercana a la prevalencia de violencia familiar y de género encontrada en la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2006 de 33%.</p> | | | | | |
| Periodicidad | Anual. | | | | | |
| Fuente | Informe General de Avances, SIS-17-P | | | | | |
| Referencias adicionales | CNEGSR | | | | | |
| Metas intermedias | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | |
| | 18% | 21% | 24% | 27% | 30% | |
| Línea base 2013 | | | Meta Sexenal | | | |
| 15% | | | 30% | | | |

| Elemento | Características | | | | |
|--------------------------------|---|-------|---------------------|-------|-------|
| Indicador 2 | Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa. | | | | |
| Objetivo del PAE | Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres | | | | |
| Descripción general | <p>Atención de mujeres de 15 años y más en situación de violencia familiar y/o de género severa, en los servicios especializados donde recibirán atención médica y psicológica, como lo establece el manual operativo a través de 6 a 9 sesiones de apoyo psicoemocional, dependiendo de la severidad de violencia detectada; de acuerdo con los protocolos y lineamientos de atención psicológica.</p> <p>Las mujeres en situación de violencia, sufren diversos daños además de las lesiones, entre ellos a su bienestar emocional y psicológico, también se ven afectadas a nivel cognitivo y social; por otra parte existen barreras como el miedo, el estigma y la amenaza de perder a los hijos que disuaden a muchas mujeres de buscar ayuda o porque no saben sobre los servicios de que disponen, así como dificultades en el acceso a los servicios de salud, por lo que alcanzar el 26% de mujeres que viven en violencia familiar severa, que se adhieran en promedio hasta en 6 sesiones al tratamiento psicológico en los Servicios Especializados, implicaría contar con personal técnicamente capaz, sensibilizado al tema, con perspectiva de género y de respecto a los derechos humanos; con una cobertura amplia.</p> | | | | |
| Observaciones | Numerador: Número de mujeres de 15 años o más usuarias de servicios especializados para la atención de violencia severa / Denominador: Cálculo de mujeres en población de responsabilidad usuarias de los servicios de salud que requieren atención especializada por violencia severa por 100. | | | | |
| Periodicidad | Anual. | | | | |
| Fuente | Informe General de Avances, SIS-17-P | | | | |
| Referencias adicionales | CNEGSR | | | | |
| Metas intermedias | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| | 22.6% | 23.0% | 24.0% | 25.0% | 26.0% |
| Línea base 2013 | | | Meta Sexenal | | |
| 21.5% | | | 26.0% | | |

| Elemento | Características | | | | | |
|--------------------------------|---|------|---------------------|------|------|--|
| Indicador 3 | Número de grupos de reeducación de hombres que renuncian a ejercer violencia de pareja a través de las instituciones del SNS. | | | | | |
| Objetivo del PAE | Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. | | | | | |
| Descripción general | Número de grupos formados de hombres agresores de violencia de pareja que inician proceso de reeducación para desarrollar nuevas habilidades y comportamientos que les posibilite salir de su situación de violencia y permitan establecer relaciones de pareja en un marco de igualdad, de derechos humanos y con perspectiva de género. | | | | | |
| Observaciones | Número de Curso-talleres dirigidos a hombres generadores de violencia de pareja de 18 a 70 años de edad, referidos para participar de manera voluntaria en los grupos de reeducación, con una duración de 25 sesiones. | | | | | |
| Periodicidad | Anual. | | | | | |
| Fuente | Informe General de Avances | | | | | |
| Referencias adicionales | CNEGSR | | | | | |
| Metas intermedias | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | |
| | 616 | 648 | 680 | 712 | 744 | |
| Línea base 2013 | | | Meta Sexenal | | | |
| 496 | | | 744 | | | |



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

Para alcanzar las metas comprometidas en el PROSESA 2013-2018, se requieren acciones concretas que implican el involucramiento de las instituciones públicas que conforman el SNS, para la detección temprana y oportuna; además de la atención de los casos que viven violencia familiar y de género. En este aspecto es necesaria la participación del IMSS y el ISSSTE, ya que, ante la carencia de servicios en estas instituciones de seguridad social, las mujeres solo acuden a los servicios de salud de las Secretarías Estatales, con lo cual, aun dichos servicios son insuficientes.

Continuar el trabajo hacia el interior de la Secretaría de Salud, debe ser un esfuerzo continuo para articular acciones entre las diversas áreas que la conforman, con el fin de fortalecer la atención de acuerdo a los diferentes niveles y conforme a la organización de los servicios que faciliten la atención integral e integrada, así como mejorar la calidad y oportunidad del registro de casos y la implementación de estrategias e intervenciones conjuntas para poblaciones específicas. (Anexo 4)

Por otra parte, se requiere de otros organismos de gobierno que coadyuven desde sus atribuciones en mantener en la agenda política este tema, así como el trabajo coordinado de esfuerzos para evitar la duplicidad de acciones y promover el mejor uso de los recursos. En el caso de las organizaciones de la sociedad civil, siempre es importante la mirada y acompañamiento de estos organismos, tanto para el apoyo de servicios como para la construcción de ciudadanía. Por su parte, las instituciones de investigación y educación superior juegan un papel fundamental para promover la generación de conocimientos sobre distintos temas de investigación básica y aplicada, que permitan generalizar de acuerdo a procesos de mejora y evaluación continua las acciones de prevención y atención a la violencia, principalmente hacia las mujeres, pero también en la inclusión del trabajo con los hombres desde el enfoque de las masculinidades.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

| Objetivo 1 | | Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres. | | | | | | | | |
|-----------------|---|---|------|------|--------|---------------------|---------------------|--------|-------|---|
| Indicador 1 | | Porcentaje de mujeres de 15 años y más a las que se aplicó la herramienta de detección y resultaron positivas. | | | | | | Meta 1 | 30% | |
| Indicador 2 | | Porcentaje de cobertura de atención especializada a mujeres víctimas de violencia familiar severa. | | | | | | Meta 2 | 26.0% | |
| Indicador 4 | | Número de cursos-taller realizados de sensibilización y capacitación en la aplicación de la NOM-046 al personal médico de las instituciones públicas del SNS. | | | | | | Meta 4 | 1,430 | |
| Línea de acción | | SSA | SESA | IMSS | ISSSTE | PEMEX, SEDENA SEMAR | INMUJERES Estatales | OSC | IIES | Observaciones |
| No. | Descripción | | | | | | | | | |
| 1.1.1. | Promover la aplicación de procedimientos de detección de violencia familiar y de género en unidades de salud. | ✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | * | * | Se espera que INMUJERES coadyuve como órgano en las políticas públicas de género. |
| 1.1.2. | Fortalecer las capacidades del personal de salud para la detección oportuna de la violencia familiar y de género. | ✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | | * | * | Las instituciones públicas del SNS deben capacitar al personal de salud, que atiende a las poblaciones de su responsabilidad. |
| 1.2.1. | Establecer procedimientos institucionales para la atención de las personas afectadas por violencia sexual. | ✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | | | | Se espera que en las instituciones públicas se cuente con protocolos de atención a víctimas de violencia sexual. |

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO

| Línea de acción | | SSA | SESA | IMSS | ISSSTE | PEMEX, SEDENA SEMAR | INMUJERES Estatales | OSC | IIES | Observaciones |
|-----------------|---|-----|------|------|--------|---------------------------|------------------------|-----|------|--|
| No. | Descripción | | | | | | | | | |
| 1.2.2. | Garantizar la disponibilidad de los insumos para anticoncepción de emergencia y profilaxis para infecciones de transmisión sexual. | ✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | | | | Las instituciones públicas del SNS deben asignar el recurso específico para contar con medicamentos y con personal capacitado en la prescripción de los tratamientos. |
| 1.2.4. | Fortalecer las capacidades del personal de salud para la atención esencial de la violencia sexual. | ✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | | * | * | Las instituciones públicas del SNS deben capacitar al personal de salud. Contar con la participación de OSC, IIES para la investigación y diseño de intervenciones basados en evidencia. |
| 1.2.5. | Promover la atención psicológica para las personas que viven violencia sexual. | ✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | | * | * | Las instituciones públicas del SNS deberán capacitar al personal de salud conforme a la NOM-046-SSA-2005 para la atención psicológica. |
| 1.3.1. | Establecer servicios especializados de atención médica y psicológica de la violencia familiar y de género en las unidades de salud. | ✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | ✓✓ | | | | Las instituciones públicas del SNS deberán brindar la atención médica psicológica y servicios de trabajo social capacitados conforme a la NOM-046-SSA- 2005. |

✓Propietaria del Proceso

✓✓Operan el proceso

*Colaboradores del Proceso

| Objetivo 2 | | Promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|------|--|-----|-------------------------------------|----|---------------|-----|--|
| Indicador 3 | | Número de grupos de reeducación de hombres que renuncian a ejercer violencia de pareja a través de las instituciones del SNS. | | | | | | Meta 3 | 744 | |
| Línea de acción | | SSA | SESA | Instituciones de Salud de Seguridad Social | DIF | Institutos Estatales de las Mujeres | MP | PGJE | OSC | Observaciones |
| No. | Descripción | | | | | | | | | |
| 2.2.2. | Contribuir al desarrollo de acciones de re-educación de agresores de violencia de pareja, en las unidades de salud. | ✓ | ✓✓ | * | * | * | * | * | * | La coordinación interinstitucional busca la colaboración para la referencia de hombres que han ejercido violencia contra su pareja y quieren desarrollar nuevas habilidades y comportamientos que les posibilite salir de su situación de violencia. |

✓Propietaria del Proceso

✓✓Operan el proceso

*Colaboradores del Proceso



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CNEGRS: <http://cnegrs.salud.gob.mx> y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bott, S. G. A. C. M. y. G. A. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género: Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. New York, NY: IPPF/RHO; 2010.
2. Counts, D A, J. Brown, J Campbell. Sanctions and Sanctuary cultural perspectives on the beatings of wives. Boulder, CO, Westview Press; 1992.
3. Krug, E. et. al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: OPS; 2003.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [sede web] [acceso septiembre 2012]. ¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe, CEPAL. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/31407/Niunamas.pdf>,2007.
5. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). México: SSA-CNEGSR; 2003.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. World Atlas of gender equality in education. Francia: UNESCO; 2012.
7. Buvinic, Mayra, Et. al. Emphasizing Prevention in Citizen Security. Washington, D.C.: s.n. 2005.
8. Lozano, R. et. al. Carga de la Enfermedad en México 1990-2010: Nuevos resultados y desafíos. México: s.n. 2013.
9. INEGI [sede Web] [acceso octubre 2012]. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.aspx> 2011
10. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). México: SSA-CNEGSR; 2006.
11. LGAMVLV. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Diario Oficial de la Federación, (1 Febrero de 2007).
12. Knaul, F. & Ramírez, M. Á. Family violence and Child abuse in Latin America and the Caribbean: the cases of Colombia and México. Washington, D.C.: s.n. 2005.
13. Buvinić, M & Morrison, A. y. S. M. La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. Washington, DC: BID, 1999.
14. Heise, Lori. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Programa Mujer y Desarrollo. OPS; 1994.
15. Olivares Ferreto, E. & Incháustegui Romero, T. Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres; 2011.
16. Organización de las Naciones Unidas. A/RES/65/228. Fortalecimiento de las respuestas en materia de prevención del delito y justicia penal a la violencia contra la mujer. USA: ONU. 31 Marzo; 2011.
17. ONU Mujeres [sede Web]. Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer. ONU-UNWOMEN. Disponible en: http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/2011.
18. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Ginebra: OMS; 2005.
19. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. NOM-046-SSA-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2009.
20. Secretaría de Salud. Atención médica a personas violadas. 2a ed. México: SSA- CNEGSR; 2007.

21. Del Río Zolezzi, Aurora; Et.al. Atención psicológica a mujeres en situación de violencia. Lineamientos y protocolos. México: Secretaría de Salud; 2010.
22. PROIGUALDAD. Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018. Diario Oficial de la Federación. Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación. 2103.
23. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [sede Web]. Disponible: <http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm>, 1979
24. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Datos estadísticos de la Dirección de Violencia Intrafamiliar. México: CNEGSR; 2011.
25. Coe, R. M. Sociología de la medicina. Madrid: Alianza; 1979.
26. Comisión de Equidad y Género. Para conocer y comprender la Ley para la igualdad entre mujeres y hombres. México: s.n. 2009.
27. Contreras, J. Conflict within intimacy: a socio-demographic analysis of male involvement in intimate partner violence in Mexico. Londres: Center for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2005.
28. De la Cruz, Carmen. Seguridad de las mujeres en el espacio público: aportes para las políticas públicas. Pensamiento Iberoamericano; 2008.
29. Deere, C. D. & León, M. Género, propiedad y empoderamiento: tierra, Estado y mercado en América Latina. México: UNAM; 2002.
30. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud de las Mujeres Indígenas. México: s.n. 2008. p. 124.
31. Fajnzylber, P. What causes violence? Washington, D.C.: Office of the Chief Economist Latin America and the Caribbean; 1997.
32. Gobierno de la República [sede Web] [acceso 23 de Mayo 2013]. Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013
33. Gobierno Federal. Programa Nacional por una vida sin violencia 2002 - 2006. México: s.n. 2002.
34. Hasenfeld, Y. Organizaciones al servicio del hombre. México: Biblioteca de la Salud; 1990.
35. Henríquez Maldonado, L. Análisis de las disposiciones legislativas, en materia de violencia contra las mujeres. Por entidad federativa. Legislar para la igualdad, Compendio Issue 7. 2008.
36. Hernández Abarca, N. G. El delito de violación en la legislación mexicana. Legislar por la igualdad, Compendio; 2008.
37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Mujer. Datos nacionales. D.F.: INEGI; 2010.
38. Instituto Nacional de las Mujeres. Modelo de atención en refugios para mujeres víctimas de violencia y sus hijas e hijos. México, D.F.: INMUJERES; 2011.
39. Juárez Ramírez, Clara, Et. al. La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. Salud Mental. 2005; Agosto, 28(4): 66 - 73.
40. Lea, G. Violencia conyugal y salud pública: el sector salud y el derecho de las mujeres de vivir una vida sin violencia. La ventana. Revista de estudios de género. 2002; Julio, II (15):231 - 262.
41. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Diario Oficial de la Federación, (2 de Agosto 2006).
42. Ley del Instituto Nacional de las Mujeres. Ley del Instituto Nacional de las Mujeres. Diario Oficial de la Federación, (2 de Enero 2001).
43. Medina Rosas, A. Definiciones y retos ante el feminicidio en México. Defensor. Revista de Derechos Humanos, Issue 03. 2011.
44. Montaña, S. ¡Ni una más! El derecho de vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe. CEPAL. Pensamiento Iberoamericano, 1, Issue 2. 2008.
45. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen, Washington, D.C.: OPS; 2002.
46. Organización de las Naciones Unidas. A/RES/65/228. Fortalecimiento de las respuestas en materia de prevención del delito y justicia penal a la violencia contra la mujer. Viena: s.n. 2011.

47. Organización de las Naciones Unidas. A/RES/48/104. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, 23 Febrero. 1994.
48. Organización de las Naciones Unidas. A/RES/64/137. Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer. 11 Febrero. 2010.
49. Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer [sede Web]. La ONU y la Mujer. UN-WOMEN. Disponible en: <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N96/767/62/PDF/N9676762.pdf> ,2007
50. Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer [sede Web]. UN-WOMEN. Disponible en: <http://daccess-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/100/57/PDF/N9410057.pdf> s.f.
51. Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Programa mujer, salud y desarrollo. OPS-OMS: s.n. 2000.
52. Saturno, P. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Revista Salud Pública, Issue 69. 1995; 163 - 175.
53. Saturno, P. Programas internos y externos. Niveles y responsabilidades en la gestión de la calidad de los sistemas de salud. Manual del Master en Gestión de la calidad de los sistemas de salud. España: s.n. 1999.
54. Soto Ramírez, R. La medición de la violencia contra las mujeres en México. Legislar para la igualdad, Compendio; 2008.
55. Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud. Programa de acción específico 2007 -2012: Prevención y atención a la violencia familiar y de género, México: SSA. 2008.
56. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujeres [sede Web] [acceso2012]. UNIFEM. Disponible en: http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/facts_figures.ph .,2011.
57. Vázquez Alarcón J.A, Santaella Solís A. J, Del Río Zolezzi A., Et.al. Modelo de atención en refugios para mujeres víctimas de violencia y sus hijas e hijos. 1ra ed. México: INMUJERES, 2011.
58. World Health Organization [sede Web]. Global Research Network to Support the UN Global Strategy for Women’s and Children’s Health. WHO. Disponible en:http://www.who.int/reproductivehealth/global_research_network/en/index.html# ,2010
59. World Health Organization. WHO [sede Web] [acceso 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html> ,2011.
60. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Italy: WHO; 2013.
61. World Bank. World development Report. Investing in health. Washington, D.C.: WB; 1993
62. Suprema Corte de Justicia de la Nación [sede Web]. Programa de Equidad de Género en la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2009). Disponible en: http://www.equidad.scjn.gob.mx/spip.php?page=fecha_biblioteca&id_article=1044
63. Suprema Corte de Justicia de la Nación [sede Web]. Programa de Equidad de Género en la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; 2009. Disponible en: http://www.equidad.scjn.gob.mx/spip.php?page=fecha_biblioteca&id_article=1044
64. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) [sede Web]. World Health Organization. Investing in health research and development. Report of the Ad Hoc Committee on health research relating to future intervention options. Ginebra: WHO;1996. Disponible en: http://www.who.int/tdr/publications/tdr-research_publications/investing-in-health/en/
65. Organización Panamericana de la Salud [sede Web]. Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años potenciales de vida perdidos. OPS. Boletín Epidemiológico; 2003. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0864-21252006000400004&caller=scielo.sld.cu&lang=es>
66. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [sede Web]. Discriminación e Igualdad; 2014. Disponible en:

- http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=142
67. Secretaría de Salud. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga [sede Web]. Guías Diagnósticas de Salud Mental; Distimia; 2012. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/salud_mental/4distimias.pdf
 68. Suprema Corte de Justicia de la Nación [sede Web]. Programa de Equidad de Género en la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; 2009. Disponible en: http://www.equidad.scjn.gob.mx/spip.php?page=ficha_biblioteca&id_article=1044
 69. Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal [sede Web]. Ley De Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en el Distrito Federal. Última Reforma Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal; 2013. Disponible en: http://directorior.cd hdf.org.mx/transparencia/2013/art_14/fr_l/ley_igualdad_sustantiva_090813.pdf
 70. ONUSIDA [sede Web]. Índice de Estigma en Personas que Viven con VIH realizado por IPPF, ICW, GNP y ONUSIDA. Guía del Usuario; 2008. Disponible en: <http://www.stigmaindex.org/>
 71. Instituto Nacional de las Mujeres [sede Web]. Glosario; 2013. Disponible en: <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/2-uncategorised/217-glosario>
 72. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Programa de Acción Específico 2007-2012 Igualdad de Género en Salud. Glosario de términos acrónimos y sinónimos. México: SSA.2008; 68.
 73. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [sede Web]. Conceptos; 2014. Disponible en: http://www.enredate.org/cas/educacion_para_el_desarrollo/interdependencia
 74. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva]. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Sexual y Familiar. Manual De Operación; 2009.
 75. Secretaría de Salud. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Sexual y Familiar. Manual de Operación. México, D.F.: SSA; 2009.
 76. Secretaría de Salud. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga [sede Web]. Guías Diagnósticas de Consulta Externa; Cefaleas; 2012. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_cefaleas.pdf
 77. Secretaría de Trabajo y Previsión Social [sede Web]. Norma mexicana para la igualdad laboral entre mujeres y hombres; 2012. Disponible en: <http://www.stps.gob.mx/bp/anexos/igualdad%20aboral/2.%20Norma%20mexicana%20para%20la%20igualdad%20laboral.pdf>
 78. Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Sexual y Familiar. Manual De Operación. 2009; pp. 156
 79. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación; 2014. Disponible en: <http://www.ms.gov.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio>
 80. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Centro de Prensa. Nota descriptiva N° 369. La Depresión; 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
 81. Secretaría de Salud. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, México, D.F.: Secretaría de Salud; 2010.
 82. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003. Disponible en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/violencia/sivig/doctos/imsvcompleto.pdf
 83. Secretaría de Gobernación. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Tipos de violencia. Aprende a reconocer los tipos de violencia; 2014. Disponible en: http://www.conavim.gob.mx/es/CONAVIM/Aprende_a_reconocer_los_tipos_de_violencia
 84. Heise L, Ellsberg M. Y, Gottemoeller M. Ending Violence Against Women (Terminando con la Violencia contra las Mujeres) Population reports, Series L, No 11. Baltimore; Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; 1999.

-
85. Secretaría de Salud [sede Web]. Instituto Mexicano de la Juventud Espacios Poder Joven; 2007. Disponible en: <http://espacios.imjuventud.gob.mx/contenidos.php?idsubcontenido=10>
 86. Secretaría de Gobernación [sede Web]. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Tipos de violencia. Aprende a reconocer los tipos de violencia, 2014. Disponible en: http://www.conavim.gob.mx/es/CONAVIM/Aprende_a_reconocer_los_tipos_de_violencia
 87. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Centro de Prensa. Nota descriptiva N° 239. Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y Violencia sexual contra la mujer; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

| | |
|--------------------|---|
| AVISA | Años de Vida Saludable Perdidos |
| AVPP | Años de Vida Potenciales Perdidos |
| CEDAW | Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer |
| CEPAL | Comisión Económica para América Latina y el Caribe |
| CNEGSR | Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva |
| DIF | Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia |
| DOF | Diario Oficial de la Federación |
| ENVIM | Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INMUJERES | Instituto Nacional de las Mujeres |
| ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| ONU-UNWOMEN | Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer |
| PAE | Programa de Acción Específico |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos |
| PND | Plan Nacional de Desarrollo |
| PROSESA | Programa Sectorial del Salud |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa Nacional |
| SEMAR | Secretaría de Marina |
| SESA | Servicios Estatales de Salud |
| SSA | Secretaría de Salud |
| UNESCO | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |
| UNIFEM | Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer |
| WHO | Organización Mundial de la Salud |

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abuso sexual. Es el ejercicio del poder, en una relación de subordinación real de la víctima frente al agresor en los ámbitos laboral y/o escolar. Se expresa en conductas verbales, físicas o ambas, relacionadas con la sexualidad de connotación lasciva.⁶²

Acoso sexual. Es una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.⁶³

Años de vida saludable perdidos. Para la Organización Mundial de la Salud y en el Estudio Mundial de Carga de Enfermedad. Se trata de una medida de resumen que conjunta las pérdidas por morbilidad o mortalidad por causas específicas e incluye la contribución que genera la gravedad de las consecuencias funcionales de la enfermedad. La estimación de la carga de la enfermedad mediante los AVISA permite establecer prioridades en la atención de la salud no identificables con el solo uso de indicadores individuales tales como la morbilidad o la mortalidad. Asimismo, contribuye a identificar el perfil de salud de la población y los cambios en las principales causas de enfermedad y muerte que ocurren entre poblaciones en el curso del tiempo. Este proceso, conocido como transición epidemiológica, comprende tres aspectos fundamentales. a) El cambio en el patrón de enfermedades asociadas con procesos infecciosos y deficiencias nutricionales por enfermedades crónicas, lesiones y padecimientos psiquiátricos; b) El desplazamiento de la mortalidad en niños hacia los adultos; c) El cambio en el significado social de la enfermedad (evento agudo que se resuelve mediante curación o concluye con la muerte para convertirse en un proceso crónico asociado con fenómenos sociales, psicológicos y económicos crecientes).⁶⁴

Años perdidos por muerte prematura. El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud, tanto a nivel nacional,⁸ como para efectuar comparaciones a nivel internacional.⁹ El análisis de la distribución de los AVPP en los distintos estratos socioeconómicos y su evolución en el tiempo, es de utilidad para conocer el impacto de las políticas públicas sobre acceso y protección de grupos vulnerables.⁶⁵

Discriminación. Implica un tratamiento desigual, injusto, parcial o prejuiciado, sobre la base de la pertenencia a grupos o categorías particulares de personas que han sido socialmente estigmatizadas. La Convención por la Eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) define discriminación contra la mujer como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio, por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”⁶⁶

Distimia. Es un tipo de depresión en el cual los síntomas tienen una duración mayor que en la depresión; es decir son crónicos se pueden llegar a presentar de forma continua por un periodo de dos años; sin embargo la severidad e intensidad de los síntomas es menor.⁶⁷

Empoderamiento. Proceso por medio del cual las mujeres y los hombres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades.⁶⁸

Equidad. Concepto que se refiere al principio conforme al cual mujeres y hombres acceden con justicia e igualdad al uso, control y beneficio de los bienes, servicios, recursos y oportunidades de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política cultural y familiar.⁷⁰

Estigmatización. Puede ser definido como un signo de desgracia o vergüenza. Con frecuencia se lo describe como un proceso de devaluación. Si una persona o un grupo es estigmatizado, está desacreditado, es visto como en desgracia y/o es percibido como si tuviese menos valor que otros. Hay un rango que va desde la negación del acceso a servicios, sufrir violencia de diferente índole, desde la psicológica a la física. Dentro de esta categoría se puede apreciar un tipo de estigma llamado interno o auto-estigmatización, que refiere a la desvalorización internalizada por la persona. Los posibles resultados de este proceso son el aislamiento, temor, inseguridad, depresión, autoexclusión de acceso a servicios, bienes y redes sociales.⁷¹

Género. El género es una categoría utilizada para analizar cómo se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad. Por tanto, el concepto de género alude a las formas históricas, económicas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en los grupos, en la a sociedad. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo.⁷²

Igualdad de género. Imperativo de carácter jurídico que pretende la igualdad de hecho y de derecho en la forma y el fondo de las leyes y el ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres. Implica la eliminación de toda forma de discriminación en cualquiera de los ámbitos de la vida, que se genere por pertenecer a cualquier sexo.⁷²

Interdependencia. Es la de la dinámica de las relaciones que compartimos con los demás y de la que somos mutuamente responsables.⁷³

Lesiones accidentales. Las lesiones accidentales devienen de la exposición a factores externos, tales como niveles intolerables de energía (mecánica, radiante, eléctrica, química), accidentes en ámbitos laborales y accidentes de tránsito o viales.⁷⁴

Lesiones intencionales. Las lesiones intencionales resultan de relaciones interpersonales violentas o bien de violencia autoinflingida, como en el caso del suicidio.⁷⁵

Migraña. Es un síntoma que se refiere generalmente como dolor que, semánticamente, debería englobar a todos los dolores localizados en la cabeza pero que en la práctica se restringe a molestias originadas en la bóveda craneana, de características e intensidad variables dependiendo de la causa que las origina.⁷⁶

Misóginas. Tendencia ideológica o psicológica que consiste en el odio, rechazo, aversión y desprecio de los hombres hacia las mujeres y, en general, hacia todo lo relacionado con lo femenino. Se expresa en actos verbales y/o físicos violentos.⁷⁶

Poder. Dominio, facultad o jurisdicción para mandar, definir, controlar y decir sobre algo o alguien. Los poderes de dominio son sociales, grupales y personales, permiten enajenar, explotar y oprimir a otro(a).⁷⁷

Refugio para mujeres que viven violencia extrema. Se refiere al espacio temporal multidisciplinario y seguro para mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia familiar o sexual, que facilita a las personas usuarias la recuperación de su autonomía y definir su plan de vida libre de violencia y que ofrece servicios de protección y atención con un enfoque sistémico integral y con perspectiva género. El domicilio no es del dominio público.⁷⁸

Servicios Especializados. Comprende la atención médica y psicológica especializada que satisface de manera integral las necesidades de atención a mujeres que viven en situación de violencia, mediante la combinación de intervenciones de detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación seleccionadas con base en el tipo de magnitud de la agresión sufrida y la valoración clínica integral de cada caso en particular.⁷⁴

Suicidio. Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil.⁷⁹

Trastorno bipolar. Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.⁸⁰

Trastornos de ansiedad. Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o como un síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Se presentan sensaciones somáticas como: mareo, sudoración, palpitaciones, taquicardia, malestares digestivos, entre otros que son de orden corporal.⁸¹

Violencia. El uso deliberado de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.⁸²

Violencia económica. Es toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima, a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, o la percepción de un salario menor por igual trabajo en un mismo centro laboral.⁸³

Violencia psicológica. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.⁸⁴

Violencia extrema. Es aquella que es caracterizada por agresiones progresivamente más frecuentes, limitación total de la autonomía y aislamiento social de la víctima, incremento en la gravedad de las lesiones inflingidas, amenazas de muerte, o intentos fallidos de homicidio.⁷²

Violencia en el hogar. Se refiere a todo acto de violencia perpetrado contra mujeres y niñas en el ámbito del hogar. Este tipo de violencia puede presentarse de diferentes maneras, ya sea golpeando a la esposa, por violación dentro del matrimonio o con el incesto, si bien en su mayoría, estos abusos son cometidos por hombres en contra de sus parejas femeninas.⁸²

Violencia en el noviazgo. Este tipo de violencia se presenta en las relaciones amorosas, cuando una de las personas comete abusos mentales, físicos e incluso sexuales contra su pareja, convirtiéndola en su víctima. El maltrato físico no se presenta tan marcado como en un matrimonio, pero aparece a base de “juegos”.⁸⁵

Violencia familiar. Acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.⁸⁶

Violencia familiar o de pareja. Esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar.

Violencia feminicida. Es la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.⁸⁷

Violencia física. Acto de agresión que cause daño físico.⁸⁶

Violencia contra las mujeres. Cualquier acción u omisión basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público.⁸⁷

Violencia interpersonal. La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías.

Violencia comunitaria. Es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar.⁷⁴

Violencia sexual. Es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto.⁷⁴

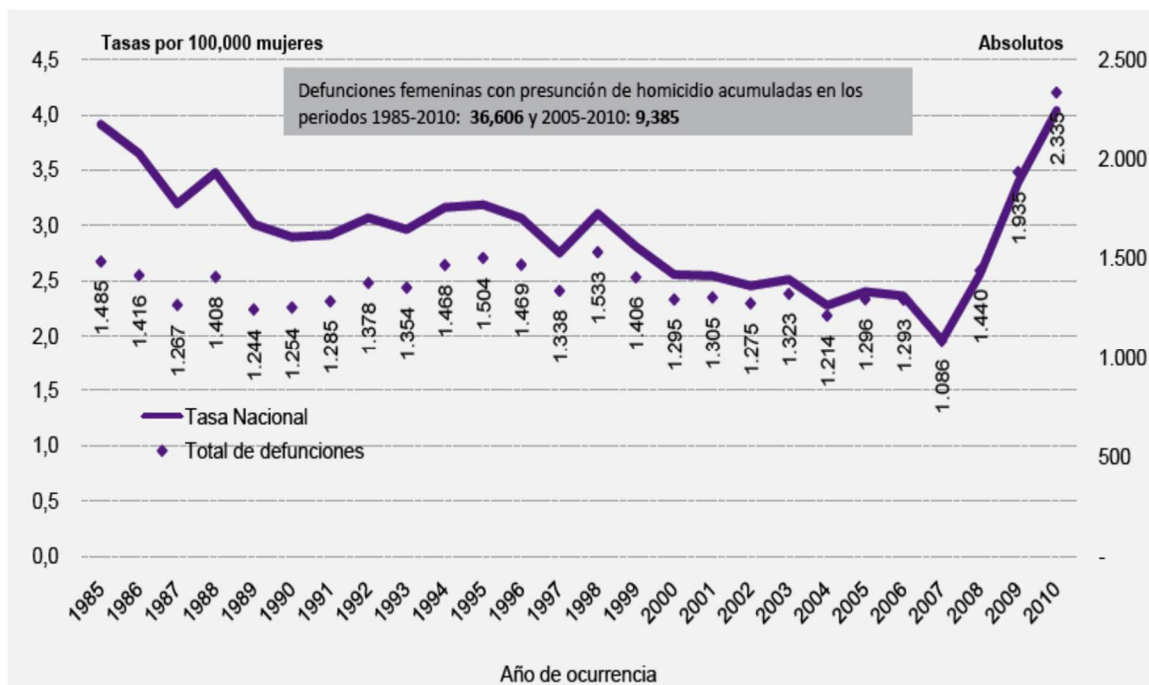
ANEXOS

Anexo 1. Entidades federativas según tasa de defunciones femeninas con presunción de homicidio, 2010

| Posición | Entidad federativa | Tasas (por 100,000 mujeres) | No. de defunciones |
|----------|---------------------|-----------------------------|--------------------|
| 1 | Chihuahua | 32.8 | 567 |
| 2 | Durango | 10.7 | 90 |
| 3 | Nayarit | 8.8 | 48 |
| 4 | Sinaloa | 7.7 | 107 |
| 5 | Baja California | 7.1 | 112 |
| 6 | Guerrero | 6.5 | 115 |
| 7 | Tamaulipas | 5.7 | 95 |
| 8 | Quintana Roo | 4.6 | 30 |
| 9 | Morelos | 4.2 | 39 |
| | NACIONAL | 4.0 | 2,335 |
| 10 | Coahuila | 4.0 | 56 |
| 11 | Oaxaca | 4.0 | 79 |
| 12 | Sonora | 3.7 | 49 |
| 13 | Nuevo León | 3.6 | 84 |
| 14 | México | 3.4 | 270 |
| 15 | Distrito Federal | 3.1 | 142 |
| 16 | Baja California Sur | 2.9 | 9 |
| 17 | San Luis Potosí | 2.6 | 35 |
| 18 | Michoacán | 2.6 | 59 |
| 19 | Campeche | 2.2 | 9 |
| 20 | Jalisco | 2.0 | 77 |
| 21 | Zacatecas | 2.0 | 15 |
| 22 | Puebla | 1.7 | 52 |
| 23 | Tabasco | 1.7 | 19 |
| 24 | Guanajuato | 1.6 | 47 |
| 25 | Aguascalientes | 1.6 | 10 |
| 26 | Colima | 1.5 | 5 |
| 27 | Veracruz | 1.5 | 60 |
| 28 | Hidalgo | 1.3 | 18 |
| 29 | Tlaxcala | 1.2 | 7 |
| 30 | Chiapas | 0.9 | 22 |
| 31 | Querétaro | 0.5 | 5 |
| 32 | Yucatán | 0.3 | 3 |

Fuente: Comisión Especial de Femicidios Cámara de Diputados LXI Legislatura, Inmujeres y ONU-Mujeres a partir de INEGI. Estadísticas vitales de mortalidad 2010 y SOMEDE Conciliación demográfica de México y entidades federativas 1990-2010.

Anexo 2. Gráfica de evolución de las tasas nacionales de defunciones con presunción de homicidio según año de ocurrencia, 1985-2009



Fuente: Comisión Especial de Femicidios Cámara de Diputados LXI Legislatura, Inmujeres y ONU-Mujeres a partir de INEGI. Estadísticas vitales de mortalidad 2010 y SOMEDE Conciliación demográfica de México y entidades federativas 1990-2010.

Anexo 3. Indicador de proceso vinculado al Objetivo 1 para la capacitación del personal médico

Capacitación a personal médico con la finalidad de sensibilizarlo para el reconocimiento y detección oportuna de los marcadores de violencia en la consulta de los servicios esenciales.

| Elemento | Características | | | | |
|--------------------------------|--|------|--|------|------|
| Indicador 4 | Número de cursos-taller realizados de sensibilización y capacitación en la aplicación de la NOM-046 al personal médico de las instituciones públicas del SNS. | | | | |
| Objetivo del PAE | Reducir los daños a la salud ocasionados por la violencia familiar y/o de género en las mujeres. | | | | |
| Descripción general | <p>La realización de cursos-taller para el personal médico operativo debe ser una actividad permanente de capacitación y sensibilización en la aplicación de la NOM-046 en los servicios esenciales de las instituciones públicas del SNS, permite fortalecer las capacidades para la búsqueda intencionada de casos, permitiendo detectar e intervenir de manera temprana y oportuna, lo que contribuye a reducir los daños a la salud en las mujeres víctimas de violencia.</p> <p>Nota. Este indicador solo corresponde a la Secretaría de Salud.</p> | | | | |
| Observaciones | La capacitación y sensibilización debe ser una actividad permanente, ya que, debido a la movilidad del personal médico, es necesario mantenerlo actualizado en los procedimientos de detección, atención esencial, registro y referencia de mujeres en situación de violencia familiar y /o de género. | | | | |
| Periodicidad | Anual. | | | | |
| Fuente | Informe General de Avances. | | | | |
| Referencias adicionales | Dirección de violencia intrafamiliar. | | | | |
| Metas intermedias | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| | 286 | 286 | 286 | 286 | 286 |
| Línea base 2013 | | | Meta Sexenal | | |
| 279 | | | 1,430 | | |
| | | | Se mantiene estable la meta de cursos siempre y cuando se cuente con recursos presupuestales y con la participación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de salud. | | |



PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA
VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.