Informe Nacional sobre Violencia y Salud

Comité Editorial

Rafael Lozano Ascencio
Aurora del Río Zolezzi
Elena Azaola Garrido
Roberto Castro Pérez
Francisco Pamplona Rangel
Magda Luz Atrián Salazar
Martha Híjar Medina

Informe Nacional Sobre Violencia y Salud

Primera Edición 2006

D.R. © Secretaría de Salud
Homero 213, Piso 7
Col. Chapultepec Morales,
Del. Miguel Hidalgo,
11570 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 500 ejemplares
Se terminó de imprimir en noviembre de 2006

ISBN 970-721-388-4

Citación sugerida: Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA; 2006.

Se permite la reproducción parcial o total de este documento, sin fines de lucro.
Toda solicitud de traducción de este documento deberá dirigirse al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Directorio

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Ma. Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Lic. María Eugenia Galván Antillón
Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Adriana Cuevas Argumedo
Directora General de Comunicación Social

Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dra. Aurora del Río Zolezzi
Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Susana Prudencia Cerón Mireles
Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

Dra. Lourdes Quintanilla Rodríguez
Directora General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Agradecimientos

Este documento es resultado de un gran esfuerzo de trabajo coordinado de muchos profesionales, quienes de acuerdo con sus diferentes especialidades colaboraron con los autores para reunir la información que se incluye en este volumen; así como de quienes contribuyeron con la revisión y corrección de estilo de incontables versiones de cada capítulo.

Nuestro reconocimiento formal a la experiencia y el talento de todas aquellas personas cuya participación hizo posible la edición de este Informe:

Cintli de León Marbán
Patricia Fernández Ham
Blanca Estela López Contreras
María Beatriz Duarte Gómez
Alonso Restrepo Restrepo

Un reconocimiento especial para Blanca Rico Galindo, quien impulsó en su inicio este proyecto dedicándole muchas horas de esfuerzo; así como para Patricia Uribe Zúñiga quien brindó su dedicado apoyo para la conclusión del mismo. De no haber contado con la ayuda de ambas, seguramente no se hubiera logrado contar con el producto final.

Presentación

La preocupación internacional por la violencia, sus causas y consecuencias, tanto para el bienestar de las personas como para el desarrollo de las sociedades y naciones, ha aumentado considerablemente en los últimos años. Aunque es necesario reconocer que a esta preocupación no ha correspondido una disminución de la violencia en el mundo, sino la persistencia y en algunos casos el aumento de la misma.

La Organización Mundial de la Salud define a la violencia como: ***"el uso intencional 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."***

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, reconoció a la violencia en sus diferentes formas como un problema de salud pública fundamental y creciente, e instó a los Estados Miembros a tomar medidas para su atención por parte de los sistemas y servicios de salud no sólo en el ámbito inmediato del tratamiento médico de las lesiones que resultan de la violencia física, sino de los efectos en la salud emocional, en la salud sexual y reproductiva, así como en las manifestaciones crónicas de enfermedad asociadas con la misma. Adicionalmente, se instó a los Estados Miembros a mejorar los sistemas de registro y reporte de los diversos tipos de violencia, a desarrollar actividades de investigación sobre los factores de riesgo y mecanismos asociados a este fenómeno y al desarrollo de estrategias preventivas de la violencia que se presenta en los distintos espacios sociales.

Los hechos violentos tienen enorme repercusión en la salud de la población y en las instituciones encargadas de atenderla, no sólo porque es a estas instituciones a donde llegan las personas afectadas para atender las consecuencias de la violencia, sino por que este sector juega un papel clave en el diseño de intervenciones técnicas y humanitarias tendientes a paliar el sufrimiento de quienes son víctimas de la violencia en cualquiera de sus formas.

Desde hace tiempo se reconoce que el impacto de la violencia sobre la población es múltiple; existe, por ejemplo, una clara asociación entre las situaciones de estrés postraumático o crónico –como las que se viven en los hogares donde se dan relaciones de violencia interpersonal– con trastornos cardiovasculares, digestivos, así como con trastornos de la salud mental como depresión, ansiedad o insomnio, entre otros.

El costo social asociado a la violencia es enorme. En los distintos ámbitos de la actividad humana (en el trabajo, el hogar, la escuela, la

vida social y pública) el impacto de la violencia genera costos enormes de diversa índole; sólo en el ámbito laboral, la Organización Mundial de la Salud distingue costos directos, indirectos e intangibles de la violencia que incluyen desde los años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte relacionada con eventos de violencia, el ausentismo laboral y escolar, los accidentes, enfermedades diversas, y la indudable disminución de la creatividad y la productividad de las personas que viven en situaciones de violencia.

La violencia es un fenómeno social que está crecientemente presente en las preocupaciones y actividades de diversos actores sociales. En el ámbito de la academia, la violencia interesa a la filosofía, a la antropología, a la sociología, al derecho, a la pedagogía, y a las ciencias de la salud.

La sociedad civil organizada ha sido, sin duda, pionera en la lucha contra la violencia en el mundo entero, y ha convertido esta lucha en una de sus principales banderas. Las organizaciones de defensa de los derechos humanos han trabajado en el combate a la violencia estructural y a la violencia asociada al crimen organizado. El movimiento de las mujeres fue el primer denunciante de la violencia familiar y de género, empeñadas ellas en visibilizar la magnitud y la crueldad del abuso silenciado por el simple hecho de que ocurre en el ámbito "privado", pero que en realidad esconde la discriminación hacia las mujeres, los niños y niñas sometidos en un mundo patriarcal al abuso de los hombres y los adultos. El movimiento de mujeres logró que este problema, que todavía afecta profundamente la vida de millones de mujeres en el mundo entero y que limita seriamente las posibilidades de desarrollo humano de la mitad de la humanidad, se reconozca como un asunto prioritario en la agenda de los Estados y en las políticas públicas gubernamentales.

En México se han realizado crecientes esfuerzos desde la academia, la sociedad civil y, más recientemente, desde el quehacer público, para darle al problema de la violencia la relevancia que tiene y para buscar en conjunto soluciones que permitan en el corto y mediano plazos reducir su prevalencia y atender integralmente las consecuencias que produce en las distintas esferas de la vida de las personas afectadas y, en el largo plazo, eliminarla como forma de relación social entre los integrantes de la comunidad nacional. Estos esfuerzos se ven reflejados en múltiples publicaciones, eventos académicos de diversas naturalezas tanto nacionales como internacionales, así como cada vez más en Mesas de Coordinación y Grupos de Trabajo interinstitucional que incorporan tanto a instituciones gubernamentales como académicas y a organizaciones de la sociedad civil en el diseño, operación y seguimiento de programas de lucha contra la violencia desde diversas esferas del quehacer público.

Considerando las consecuencias más graves de la violencia interpersonal y autoinfligida, es decir, las muertes por homicidio y suicidio, la situación comparativa de México en el contexto mundial nos ubica con una tasa general de mortalidad por homicidios muy parecida a la calculada a escala global (8.8 defunciones por 100 000 habitantes); pero relativamente alta comparada con países desarrollados como Noruega, Francia y España. En cuanto al suicidio, la tasa general es relativamente baja (5.3 defunciones por 100 000 habitantes), comparada con países como Japón (19.5), Estados Unidos de América (13.9) o muchos de los países de Europa Oriental (con tasas por arriba de 30), aunque ha mostrado un crecimiento importante en los últimos 30 años (250%).

Tanto los homicidios como los suicidios son más frecuentes entre los hombres, y en el caso de los homicidios en su mayoría son resultado de violencia interpersonal que ocurre en espacios públicos, con frecuencia vinculados a eventos como riñas callejeras, asaltos o robos

y, desafortunadamente, en forma creciente a la operación del crimen organizado. Estas formas de violencia son las más reconocidas a nivel social y las que con mayor frecuencia reclaman atención por parte de la autoridad a través de programas de combate a la inseguridad; sin embargo, es necesario destacar que la violencia que ocurre en espacios privados, especialmente en los hogares, afecta a un conglomerado importante de la población, principalmente a las mujeres y a las niñas y niños; y conforme se va revelando progresivamente también a grupos en desventaja como son las personas adultas mayores y aquellas con capacidades diferentes. Estas formas de violencia resultan de la discriminación social de todos estos grupos y son, en general, mucho menos visibles y, por lo tanto, tradicionalmente han recibido menos atención por parte de la propia población y de las instituciones gubernamentales.

La violencia de pareja y de género es un fenómeno de gran relevancia en México, tanto por su magnitud e impacto en términos poblacionales como por la presencia de hechos extremos de discriminación de género como el feminicidio, que si bien han sido puestos en la agenda pública nacional a partir de los casos de mujeres asesinadas en Ciudad Juárez, las investigaciones recientes muestran que no se trata, por supuesto, de un fenómeno exclusivo de esa ciudad o del estado de Chihuahua, sino de una expresión de violencia misógina que ocurre en muchas más entidades federativas y que tiene profundas raíces culturales.

En años recientes se han realizado en México dos Encuestas Nacionales sobre violencia de pareja, una desarrollada por la Secretaría de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública entre octubre de 2002 y febrero de 2003, titulada "Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 2003" (ENVIM 2003) y la otra, realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en 2003, denominada "Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones Familiares" (ENDIREH 2003). Las poblaciones de estudio y los instrumentos de recolección de información tuvieron variaciones entre las dos Encuestas; la primera se realizó entre mujeres mayores de 15 años de edad usuarias de los servicios de salud de las tres principales instituciones públicas del sector, mientras que la segunda se realizó en mujeres unidas, de 15 años de edad y más, a las que se entrevistó en sus hogares. A pesar de estas diferencias las Encuestas revelaron datos muy consistentes en cuanto a la prevalencia de violencia física y sexual al interior de la pareja.

Los datos de la ENVIM 2003 reportaron una prevalencia general de violencia de pareja en los doce meses previos a la entrevista de 21.5%, siendo la forma de violencia más frecuente la psicoemocional, con 19.6%, seguida de la física con 9.8% y la sexual con 7%. La violencia económica se registró en esta Encuesta con 5.1%, cabe señalar que fue ésta la forma de violencia menos explorada por el instrumento de recolección de la ENVIM.

Los resultados de la ENDIREH reportaron cifras muy parecidas de violencia física (9.3%) y sexual (7.8%) de pareja; sin embargo, mostraron prevalencias considerablemente más altas de violencia psicoemocional (38.4%) y de violencia económica (29.3%), atribuibles principalmente a diferencias en los instrumentos de recolección y a las definiciones operacionales de caso.

En cualquier caso, queda claro que el problema de la violencia de pareja contra las mujeres es un problema de salud pública relevante tanto por su magnitud como por el impacto que tiene en la salud de ellas, quienes como parte de su condición de desventaja con frecuencia no buscan ayuda ni en el entorno familiar y social, ni mucho menos a nivel institucional. Además de las lesiones físicas, las mujeres maltratadas reportaron con gran frecuencia síntomas de

malestar emocional como insomnio, ansiedad, tristeza y nerviosismo; 47% de las afectadas dijeron que han sentido tener problemas emocionales que requerirían ayuda profesional.

La información antes presentada plantea diversos retos que la sociedad organizada debe abordar en conjunto con las instituciones públicas. Desde el sector salud, esa respuesta se compone de varias estrategias de atención que persiguen el objetivo común de deslegitimar el uso de la violencia en cualquiera de sus formas para la solución de los conflictos que surgen inevitablemente en las relaciones humanas, y atender de manera multidisciplinaria a las personas receptoras de la misma. Este propósito representa un reto enorme, pues implica un cambio en las estructuras de atención al problema, una aplicación expedita de normas, leyes y reglamentos aplicables, para lo cual se requiere la transformación de las concepciones tanto de quienes utilizan los servicios de salud, como de quienes los prestan, para comprender el problema y contribuir a su prevención y control.

La Secretaría de Salud de nuestro país, atendiendo la recomendación de la Asamblea Mundial de la Salud, ha desarrollado esfuerzos desde 1999 para la prevención y atención de la violencia en el ámbito de sus competencias, con la elaboración de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, que fue publicada y entró en vigor el 8 de marzo de 2000 y a partir de la cual se empezó a visibilizar el problema de la violencia familiar y, en particular, de la violencia de pareja como una causa relevante de problemas de salud.

A partir de 2002, y por primera vez en el sector salud en nuestro país, se diseña un programa específico de prevención y atención a la violencia familiar, sexual y contra las mujeres que inició por documentar, a través de la ENVIM 2003, la magnitud e impacto de la violencia contra las mujeres en la población usuaria de los servicios de salud y la que por definición, es quien –de manera más directa– es beneficiaria de los mismos y respecto de quienes debería de estarse aplicando lo previsto por la NOM-190-SSA1-1999, con la finalidad, además, de presentar los datos a los tomadores de decisiones de los distintos niveles de las instituciones del sector salud y buscar su apoyo para la instrumentación de las acciones del programa.

En seguida, primero la Coordinación del Programa Mujer y Salud y posteriormente el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se dieron a la tarea de diseñar un modelo de prevención y atención a la violencia en los espacios de salud, dirigido inicialmente a la violencia contra las mujeres, por considerar que era la menos visible y, por lo tanto, menos atendida en los espacios de salud. El desarrollo de este modelo retomó las experiencias existentes en el país para el abordaje del problema, tanto por parte de las organizaciones de la sociedad civil como de instituciones académicas y de algunas instituciones de salud que habían trabajado al respecto. Después de una fase piloto en cinco entidades federativas y su ajuste, se publicó, en tres tomos, con el nombre de Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual, uno (Estrategia) dirigido a las autoridades institucionales del más alto nivel, otro (Planeación) dirigido a los responsables de la coordinación de las actividades relacionadas con la prevención y atención a la violencia familiar y sexual; y el tercero (Operativo) dirigido a los profesionales de la salud en contacto directo con la población usuaria que vive en violencia y que incluye las herramientas que les permiten llevar al terreno de la práctica cotidiana los ordenamientos establecidos en la NOM-190-SSA1-1999 y les proporciona guías de acción ante diversas circunstancias de violencia.

Gracias al presupuesto etiquetado para este fin por la H. Cámara de Diputados, desde 2002 y hasta 2006, fue posible validar el modelo y extenderlo paulatinamente a los Servicios Esta-

tales de Salud de las 32 entidades federativas del país; a través de la celebración de convenios de colaboración con las Secretarías Estatales de Salud, sus equivalentes han transferido recursos federales para la instrumentación de servicios de prevención y atención a la violencia familiar y sexual, incluyendo en todas las unidades de salud la detección, la orientación, la consejería y la evaluación del riesgo en todas las personas afectadas, así como la atención especializada en Servicios o Centros Especializados de atención a la violencia establecidos en unidades de segundo nivel, los cuales proporcionan psicoterapia breve –entre otras modalidades de manejo de los casos de violencia detectados– y la referencia a otras instituciones, dependiendo de los servicios que requiera cada caso. A la fecha de publicación de este informe existen 223 servicios especializados de atención a la violencia, dependientes de la Secretaría de Salud.

Para los casos de violencia extrema en los que corre peligro la vida de las mujeres e incluso de sus hijos e hijas, se han establecido convenios de coinversión para la prestación de servicios de refugio, con 25 organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas que prestan esa clase de servicios y que cumplen con los requisitos establecidos en la convocatoria pública anual que para tal fin publica la Secretaría de Salud.

Entre los asuntos más controvertidos relacionados con la violencia de género, y que originan resistencias en el personal de salud, está el manejo y tratamiento de la violencia sexual, en particular de los casos de violación sexual. Por lo anterior, como parte del Modelo se incluyen las actividades que debe realizar el personal de salud en caso de una violación, dependiendo de la edad y sexo de la persona afectada, y se publicó y distribuyó una Guía para la Atención Médica a Personas Violadas, que incorpora las medidas de anticoncepción de emergencia, la profilaxis contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA, así como, en su caso, la interrupción del embarazo producto de una violación, misma que es legal en las 32 entidades federativas.

Se avanzó en la adaptación del Modelo al diagnóstico y manejo del maltrato infantil y juvenil, que representa el siguiente reto a abordar, dada la alta aceptabilidad de la violencia psicoemocional y física como forma de "corrección" de los padres hacia los hijos e hijas menores de edad que lamentablemente persiste en nuestra sociedad. Aunque la sensibilidad del personal hacia el maltrato infantil es mayor que la relacionada con la violencia de género –debido a la validación social del maltrato como forma de educación por parte de padres y tutores–, generalmente se detectan casos de violencia extrema y pasan desapercibidos casos de maltrato en niñas y niños que podrían detectarse de manera oportuna antes de llegar a producir mayores secuelas –las cuales redundarán en su vida adulta y han demostrado ser claros factores de riesgo para generar o recibir violencia de pareja o familiar.

Queda, sin duda, mucho por hacer para consolidar los servicios de atención a la violencia, en especial lograr que cada receptor o receptora de violencia reconozca en las instituciones de salud un recurso para su atención de manera respetuosa, que no la revictimice, que no cuestione la veracidad de los hechos que reporta y que le ofrezca alternativas para acceder a una vida sin violencia como parte de sus derechos humanos básicos.

El Informe Nacional sobre la Violencia y la Salud forma parte de las actividades desarrolladas por la Secretaría de Salud para visibilizar la magnitud e impacto de las diversas formas de violencia en la salud de las poblaciones humanas. La publicación de este documento responde en parte a la convocatoria de la Organización Mundial de la Salud que instó a los Estados Miembros, a partir de la publicación del

Informe Mundial sobre la misma materia, a realizar esfuerzos semejantes en el ámbito nacional para contar con esta información, con el fin de coadyuvar al diseño de las políticas públicas necesarias para atender este grave problema de salud pública.

La estructura del Informe incluye un primer capítulo introductorio que aborda aspectos generales, desde las definiciones conceptuales que se utilizarán en el resto del volumen, así como las fuentes de información disponibles sobre violencia y su impacto en la salud en nuestro país, la magnitud del problema y sus particularidades, según región y grupos poblacionales, y el impacto que tienen los hechos de violencia sobre los servicios de salud, incluyendo una reflexión sobre los costos derivados tanto de la atención de las consecuencias de la violencia, como del impacto de la misma en la vida de las personas.

El resto de la obra se divide en tres secciones temáticas y un anexo estadístico. La primera sección toma como eje de análisis el ciclo de vida y aborda en tres capítulos consecutivos la violencia contra los niños y las niñas, la violencia juvenil y la que se ejerce contra las personas adultas mayores.

La segunda sección se dedica a la violencia que ocurre en la vida cotidiana; en ella se incluyen capítulos dedicados a la violencia autoinfligida, incluyendo el suicidio y las conductas suicidas; a la violencia contra las mujeres, en particular la que se da en el contexto de la pareja; a la violencia sexual, independientemente de si ocurre entre integrantes de una pareja, conocidos o desconocidos, y la violencia institucional, incluyendo la que se presenta en el contexto de las instituciones de salud, aunque no exclusivamente. En esta sección se incluye un recuadro que aborda específicamente el fenómeno de los asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez, Chihuahua, que no podría haberse dejado de mencionar en un informe que pretenda tratar seriamente el tema de la violencia en México.

Si bien las dos secciones anteriores retoman de cierta manera los capítulos del Informe Mundial, aunque con enfoques que son especialmente pertinentes para México, la tercera sección reúne, bajo el título de Violencia colectiva, la que se produce en asociación con tres fenómenos que revisten especial importancia en el México de nuestros días: el narcotráfico, la migración y los conflictos por el control y la propiedad de recursos naturales.

Finalmente, el Anexo estadístico presenta información sobre mortalidad por homicidios y suicidios y su posición relativa respecto al resto de las causas de mortalidad, mortalidad por lesiones, según año de registro y sexo, defunciones por suicidio, según residencia habitual, año de registro y sexo; así como información sobre egresos hospitalarios por agresión, por sexo y tipo de agresión y egresos por lesiones intencionales, según naturaleza de la lesión, y sexo. Además, se proporcionan datos poblacionales de referencia.

Cabe destacar que esta obra es el resultado del esfuerzo de recopilación, sistematización y análisis de la información disponible en diversas fuentes, tanto del Sistema Nacional de Información en Salud como de instituciones del Sistema de Procuración de Justicia y de Asistencia Social, entre otros, por parte del grupo de investigadores que aceptaron el reto de elaborar este Informe con el propósito de aportar sus conocimientos y valiosa experiencia para la construcción de estrategias que nos permitan avanzar hacia una sociedad libre de violencia, tanto en los espacios públicos como en los privados, en las relaciones interpersonales, comunitarias y sociales y en los vínculos entre la autoridad y los ciudadanos.

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Índice

Capítulo I. Violencia y salud pública 1
Martha Híjar Medina

Violencia en el ciclo de vida

Capítulo II. Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad 19
Elena Azaola

Capítulo III. La violencia en la construcción de escenarios de salud en la población joven 53
Luis Botello Lonngi

Capítulo IV. Violencia y abuso contra las personas mayores 77
Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Violencia cotidiana

Capítulo V. Violencia de pareja contra mujeres en México: en busca de datos consistentes 123
Roberto Castro, Irene Cacique

Capítulo VI. Violencia sexual en México 167
Nadine Gasman, Laura Villa Torres, Claudia Moreno, Deborah L Billings

Capítulo VII. Epidemiología de la conducta suicida en México 205
Guilherme Borges, María Elena Medina Mora, Joaquín Zambrano, Gabriela Garrido

Capítulo VIII. Violencia institucional 241
Francisco Pamplona

Violencia colectiva

Introducción 293
Francisco Pamplona

Cap IX. Violencia, delincuencia y salud 299
José Antonio López Ugalde

Cap X. Migración internacional y violencia 323
José Luis Ávila

Cap XI. Violencia y recursos naturales en México 353
Fernando Rascón Fuentes

XII. Anexo estadístico 375
XIII. Cápsulas biográficas de los autores 429



Capitulo I

Violencia y Salud Pública

Capítulo I

Violencia y salud pública

Martha Híjar

I. Introducción

México inicia el siglo XXI con grandes avances y retos en el campo de la salud pública, dentro de los cuales se encuentra el grave problema de la violencia, en cualquiera de sus manifestaciones. Vivimos tiempos en los cuales la cotidianeidad, la inseguridad y la impunidad ante este fenómeno han disminuido nuestra capacidad de asombro y la credibilidad acerca de que es un problema que pueda prevenirse. Además, ahora hemos pasado del uso del término prevención al de protección. La sociedad ha reaccionado ante la ausencia de un ambiente seguro, desarrollando mecanismos de "protección" (portar armas de fuego, colocar sistemas de alarmas, cerrar calles, etc.) en el supuesto de que dichos mecanismos se interpondrán entre la fuente generadora de inseguridad y los individuos susceptibles de resultar dañados. Sentirse protegido, entonces, termina siendo lo mismo que sentirse seguro (Lozano 2000). Sin embargo, existen espacios donde la violencia se presenta fundamentalmente entre conocidos, en donde, además del impacto de este problema en diversas esferas de la vida, se impacta en la confianza de y entre los integrantes de la sociedad. Se atenta de esta forma contra el capital social, entendido éste como "aquellos rasgos de las estructuras sociales –como son los niveles de confianza interpersonal, las normas de reciprocidad y de ayuda mutua– que actúan como recursos para los individuos y facilitan la acción colectiva" (Kawachi 2000; Mohan 2004). Dentro de los atributos principales para que una sociedad cuente con capital social se encuentra el poseer redes institucionalizadas durables que incidan directamente en las acciones de los individuos, como puede ser la prevención de comportamientos antisociales y violentos. La presencia o ausencia de estos atributos, así como su intensidad, influyen en la calidad de vida de la comunidad. El deterioro del espacio físico y de las interacciones sociales han sido identificados como factores asociados a la violencia (Subramanian 2003; Sampson 1997), ya que influyen negativamente en las dinámicas interpersonales como son las relaciones, la confianza y la disposición a intervenir por el orden común. Diversos autores demuestran que la eficacia colectiva actúa como factor mediador de la violencia y describen la capacidad de una comunidad para activar los valores comunes de sus residentes y mantener controles informales efectivos para regular los niveles de violencia (Sampson 1997). Ejemplo de ello ha sido en nuestro país la marcha contra la inseguridad realizada en la Ciudad de México en el año 2004.

2. La parte visible y la invisible

Existen dos formas de materialización de la violencia: de un lado, la violencia que se presenta como hecho directo, tangible, que afecta la vida o integridad física de individuos o grupos de manera que sus manifestaciones se hacen cuantificables. En ella se inscriben actos como el homicidio, el suicidio, la violación, etcétera. Esa forma de violencia se reconoce como su manifestación visible. De otro lado, se tiene la violencia cuya causalidad se identifica directamente en las condiciones estructurales de la sociedad y sus consecuencias no se pueden atribuir a sujetos específicos ni se puede identificar su impacto fácilmente (Krug 2002). En el Reporte Mundial sobre Violencia se hace explícito este tipo de violencia al remarcar la imposibilidad de calcular el costo de la aflicción y dolor humanos, siendo ambos casi invisibles y poco medibles. En esta categoría se inscribe la violencia que se oculta en los lugares de trabajo e incluso en las instituciones médicas y sociales encargadas de atender a las personas. Muchas de las víctimas son demasiado jóvenes, o están muy débiles o enfermas para protegerse.

3. Tipos de violencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), a petición de la Asamblea Mundial de la Salud, elaboró una tipología de la violencia para caracterizar sus diferentes tipos y los vínculos entre ellos. Compartimos el hecho de que hay pocas clasificaciones taxonómicas y ninguna es completa (Krug 2002), pero consideramos que la propuesta por la OMS es hasta el momento la más completa e incluye los diferentes tipos de violencia que se reportan en este informe.

La clasificación propuesta divide a la violencia en tres categorías generales, según las características de los que la perpetran:

- **La violencia autoinfligida,** es aquella que una persona perpetra contra sí misma. Incluye ideación suicida, intentos de suicidio, también llamados "parasuicidio", y el suicidio consumado. En contraposición, el automaltrato incluye actos como la automutilación.

- **La violencia interpersonal,** es la violencia impuesta por otra persona o un número pequeño de individuos. Se divide en dos subcategorías: a) la violencia familiar y 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; b) la 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.

- **La violencia colectiva,** es la ejercida por el Estado, por contingentes políticos organizados, por tropas irregulares o por organizaciones terroristas. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más numerosos de individuos o por el Estado.

4. Fuentes y calidad de los datos

En cada uno de los capítulos contenidos en este informe se reitera el llamado a contar con información suficiente, oportuna y de calidad. Sin embargo, es importante reconocer que en nuestro país existen diversas fuentes en las cuales fundamentalmente se concentran datos de los efectos de la violencia en la salud física de los individuos. Poco o nada se está haciendo para comenzar a registrar lo referente al impacto de este problema sobre la salud mental. Sin embargo, es importante reconocer que durante los pasados cinco años se han hecho verdaderos esfuerzos por contar con un sistema de información integrado donde, al menos, para el componente de lesiones y su gravedad, así como para los mecanismos del evento, los datos pertinentes ya están siendo sistemáticamente registrados en los servicios de salud. Existe en este libro un capítulo en el que se hace un análisis detallado de los aportes y limitaciones de algunas de las encuestas que se han aplicado en nuestro país en el tema específico de violencia de pareja.

En los cuadros IA y IB se presentan algunos ejemplos de fuentes periódicas disponibles y el tipo de información que proporcionan.

Cuadro IA. Fuentes sobre morbilidad por lesiones provocadas por hechos violentos

Nombre	Fuente	Periodicidad	Características de la información
ENSA Encuesta Nacional de Salud 2000 y 2005	Instituto Nacional de Salud Pública/ Secretaría de Salud	Cada cinco años *Actualmente se esta levantando la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2005-2006)	La ENSA incluyó en sus cuestionarios de adultos (20 años de edad y más), adolescentes (10 a 19 años) y niños (0 a 9 años) secciones de accidentes y agresiones, en las cuales se puede encontrar la siguiente información: • Tipo de accidente en los 12 últimos meses (lugar, daño a la salud) • Daño a la salud por agresión, robo o asalto en los 12 últimos meses • Agresión o violencia, según motivo de la agresión y lugar • Persona que atendió la agresión o violencia • Agresión o violencia (bajo el efecto del alcohol, drogas, etcétera) En la versión 2005 de esta Encuesta ya se incluyó un apartado especial para conocer la prevalencia de eventos violentos en la población de adultos mayores
Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño	Instituto Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud	2002-2003	La Encuesta incluyó una sección denominada atención por lesiones en accidentes automovilísticos y otras lesiones

Cuadro 1B. Fuentes de información para el componente de mortalidad por violencia

Nombre	Fuente	Periodicidad	Características de la información
INEGI/SSA	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud	Anual	Recaba todas las muertes que se ***registraron*** en el país durante el año estadístico que se esté trabajando. En estas bases de datos se pueden obtener datos generales de las defunciones, como: sexo, edad, lugar de residencia habitual, causa de muerte, etcétera. Es la base de datos ***oficial*** de mortalidad
SEED	Sistema Epidemiológico, Estadístico de las Defunciones	Anual	Es un subsistema de información con el que cuenta la Secretaría de Salud, que permite dar seguimiento epidemiológico y estadístico a la mortalidad. En él se registran las muertes ***ocurridas*** en el año. A diferencia de la base de datos del INEGI, este sistema provee bases de datos actualizadas, con dos o tres meses de retraso respecto al año calendario. Además, proporciona una mayor información acerca de las características de la muerte, debido a que se captura todo el certificado de defunción
SIS	Subsistema de Prestación de Servicios	Mensual	El Subsistema de Prestación de Servicios de la Secretaría de Salud, está integrado por dos componentes: el institucional y el comunitario. En él se registran actividades proporcionadas para la atención a la salud de la población. Los datos que capta este sistema tienen una periodicidad mensual y se publican por entidad federativa tres meses después del corte en el nivel local El personal de estadística en el estado aplica criterios de verificación a la base de datos; los responsables de los diferentes programas validan las cifras a nivel jurisdiccional y estatal, antes de ser enviadas a la Dirección General de Información en Salud Entre los apartados que integran los informes de unidades médicas se encuentra el de Atenciones por Lesión, en el que se capta el tipo de evento y se desglosa la población por grupo de edad y sexo

5. Magnitud del problema

Ya habiendo señalado las limitaciones que se tienen en cuanto a la información con que se cuenta para medir el impacto de los hechos violentos en nuestro país es importante señalar que, si bien las tasas de mortalidad representan un dato agregado de los daños a la salud provocados por la violencia, tradicionalmente se han empleado como un indicador útil para analizar la carga que imponen las lesiones relacionadas con la violencia, vigilar los cambios en el tiempo, identificar grupos y comunidades de riesgo y para hacer las comparaciones a escala nacional o regional. En el presente informe se incluyen, además, otros indicadores del problema como son los resultados de encuestas específicas realizadas en México, en el tema de violencia.

- **En la Región de las Américas**

Los diversos cambios ocurridos en América Latina en la última década del siglo XX han colocado a la violencia como un problema central de la salud pública en la Región. De hecho, según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS (Krug 2002) la Región es la zona más violenta del mundo; si consideramos las tasas de homicidios como un indicador significativo encontramos que en la Región se registra una tasa de 16 a 17 homicidios por cada 100 000 habitantes, es decir, alrededor de ocho veces más que la tasa de homicidios registrada en Europa o hasta 16 veces más que las tasas registradas en países asiáticos como Japón, China o Corea.

La tasa de homicidios de América Latina en su conjunto es más del doble de la tasa de los Estados Unidos de América (EUA); como Región se le calcula una tasa de 21.3 homicidios por cada 100 000 habitantes; sin embargo, esta tasa tiene variaciones significativas cuando se analiza por regiones, por ejemplo, en el Cono Sur, excluyendo a Brasil, la tasa se calcula en 4.2 por cada 100 000 habitantes para 1995, la cual es la más baja; no obstante, para ese mismo periodo Centroamérica mostraba una tasa de 27.6 por cada 100 000 habitantes, y los países andinos, de 39.5 por cada 100 000 habitantes. Colombia es una realidad substancialmente distinta dentro de la Región. Considerado el país más violento del mundo, en él la tradición de violencia se extiende por más de medio siglo y tiene diversos orígenes, entre los que resaltan las guerrillas sociales, las rivalidades políticas y la lucha por el poder entre grupos de narcotraficantes. La tasa de homicidios en Colombia es cuatro veces mayor que la de América Latina en su conjunto y se ubica en 70 por cada 100 000 habitantes (Londoño 2000).

- **La situación en México**

Como ya se mencionó, el índice de mortalidad por homicidios que se presenta en la Región es seis veces mayor al que presentan los países desarrollados, pero en algunos lugares de nuestro país es todavía mayor, por ejemplo, en el estado de Guerrero es de 50 por 100 000 habitantes. En el contexto de América Latina México ocupaba en 1997 el sexto lugar, dado que su tasa de homicidios fue de 19.8 por 100 000 habitantes, por abajo de Colombia 65.1, Brasil 27.7, Cuba 23.5, Puerto Rico 28.6, y Venezuela con 23.2. Sin embargo, para el año 2004 la tasa de muertes por homicidio en nuestro país bajó a 17.4 por cada 100 000 habitantes, correspondiendo 87% de ellas al sexo masculino (INEGI 2004).

La situación de la mortalidad por causas violentas (homicidio y suicidio) presenta patrones diferentes según el grupo de edad, el sexo y la entidad federativa. En un intento por dar cuenta de forma más detallada de este problema, a continuación se presentan los datos agregados (cuadros II y III) en lo que a muertes por homicidio se refiere, y en los cuadros IV y V a lo que se

observa para el suicidio. En los cuadros se marcan con negrillas los estados con las tasas más altas, siendo fundamental señalar que el análisis por grupo de edad y sexo da cuenta de la dimensión de problemas claramente diferenciados y que han sido tratados en algunos de los capítulos de este libro. Por otro lado, también se requiere destacar que las tasas se generan según la entidad de residencia de la persona que falleció y no de la entidad en donde ocurrió la defunción.

En los cuadros II y III se observa que el Estado de México presenta las tasas más altas de muertes por homicidio, tanto en niños como en niñas menores de 5 años de edad.

Para el grupo de menores de entre 5 y 14 años de edad, la tasa más alta para el sexo masculino se observa en el estado de Chihuahua, y para el femenino se presenta en el estado de Oaxaca.

En el grupo de jóvenes de 15 a 29 años de edad los estados de Chihuahua, Baja California y Sinaloa presentan la tasa más alta en el sexo masculino. Para el sexo femenino, nuevamente el Estado de México reporta la tasa más alta en este grupo de edad.

A partir de los 30 y hasta los 59 años de edad el estado de Guerrero presenta las tasas más altas en el sexo masculino, duplicando la media del estado y triplicando la nacional. En el sexo femenino el estado de Nayarit reporta la tasa más alta en el grupo de 30 a 44 años de edad y el estado de Oaxaca presenta la más alta para el grupo de 45 a 59 años.

En el caso de los mayores de 60 años de edad el estado de Oaxaca presenta la tasa más alta para el sexo masculino y el de Quintana Roo para el femenino, con una tasa casi siete veces mayor que la media del estado y nueve veces más que la nacional.

Es importante señalar que el análisis de la mortalidad en los distintos grupos de edad señala diferentes tipos de violencia diferenciados por el sitio de ocurrencia, en el cual, mientras que para los jóvenes y adultos éstos ocurren en la vía pública, en el caso de los niños y los adultos mayores ocurren en su hogar.

En el caso de la mortalidad por suicidio (cuadros IV y V) se observa que en el grupo de 5 a 14 años de edad la tasa más alta se presenta en el estado de Aguascalientes, para el sexo masculino, y en el estado de Baja California Sur para el femenino.

En el grupo de edad de 15 a 29 es el estado de Campeche el que presenta las tasas más altas para ambos sexos.

En los grupos que van de los 30 y hasta los 59 años de edad es el estado de Tabasco el que reporta las tasas más altas en hombres, y Colima y Quintana Roo en las mujeres.

Campeche tiene la tasa más alta para el sexo masculino después de los 60 años de edad y, en el mismo grupo, Tabasco presenta la tasa más alta para las mujeres.

Cuadro II. Tasa de mortalidad por homicidios, por grupo de edad y sexo masculino, según entidad de residencia habitual, México, 2004

Homicidios	Hombres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 y más
Nacional	15.2	1.6	1.1	18.9	26.1	21.0	20.1
Entidad de residencia							
Aguascalientes	3.2	0.0	0.0	2.7	5.0	11.5	3.4
Baja California	27.1	0.0	0.7	**36.9**	50.8	28.3	19.7
Baja California Sur	10.3	0.0	0.0	13.7	11.4	24.0	14.3
Campeche	7.5	0.0	0.0	7.0	20.9	4.7	8.5
Coahuila de Zaragoza	7.3	0.0	0.0	12.0	12.7	4.0	8.0
Colima	15.1	**3.8**	1.7	7.1	32.7	22.1	34.0
Chiapas	9.0	0.4	1.1	10.4	13.9	17.9	22.8
Chihuahua	23.2	0.6	**2.8**	**39.7**	33.3	23.0	17.4
Distrito Federal	16.6	1.4	1.7	25.8	25.2	14.9	10.1
Durango	19.6	0.0	0.6	25.9	42.0	23.4	15.6
Guanajuato	6.7	0.0	0.3	10.3	8.6	11.2	12.1
Guerrero	32.9	0.6	**2.7**	32.3	**75.4**	**67.7**	**39.0**
Hidalgo	7.0	1.7	0.4	9.3	9.2	13.6	10.7
Jalisco	10.2	1.5	1.1	12.2	19.5	12.5	12.1
Estado de México	21.1	**5.7**	2.1	25.9	29.9	29.0	40.0
Michoacán de Ocampo	23.2	1.0	1.4	24.8	48.6	**42.8**	27.3
Morelos	15.8	1.3	0.6	14.4	35.7	19.5	20.2
Nayarit	22.0	0.0	0.0	26.8	30.9	37.9	**42.6**
Nuevo León	3.6	1.0	0.2	3.6	6.8	3.8	5.3
Oaxaca	29.3	0.5	**2.5**	28.0	**57.6**	**60.6**	**53.8**
Puebla	11.8	**3.3**	0.8	11.6	23.0	20.2	19.7
Querétaro de Arteaga	7.4	1.3	0.0	11.0	8.0	13.8	15.9
Quintana Roo	18.2	0.0	0.0	26.2	28.2	20.9	34.7
San Luis Potosí	10.3	1.7	0.0	13.3	16.2	15.5	21.3
Sinaloa	26.2	0.8	1.7	**36.3**	**53.3**	23.1	17.7
Sonora	18.5	1.7	0.0	27.6	33.2	18.7	11.4
Tabasco	9.2	1.0	0.0	12.7	12.9	16.6	14.0
Tamaulipas	11.0	1.3	0.0	16.0	20.2	9.9	6.3
Tlaxcala	5.9	1.9	0.0	7.6	9.3	9.2	8.8
Veracruz Llave	8.3	0.6	0.5	7.9	16.2	12.4	13.3
Yucatán	3.8	0.0	0.5	4.2	5.5	1.9	15.1
Zacatecas	12.7	1.4	0.0	15.0	22.3	21.3	23.6

No se incluyen defunciones no especificadas por sexo o edad, ni las defunciones de residentes en el extranjero

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática /Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones, 2004

Cuadro III. Tasa de mortalidad por homicidios, por grupo de edad y sexo femenino, según entidad de residencia habitual, México, 2004

Homicidios	Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 y más
Nacional	2.2	1.6	0.7	2.8	2.7	2.6	3.3
Entidad de residencia							
Aguascalientes	0.8	0.0	0.0	0.7	1.8	0.0	2.7
Baja California	2.8	1.5	**1.7**	3.7	3.9	2.5	1.2
Baja California Sur	1.7	0.0	0.0	**4.4**	0.0	0.0	6.5
Campeche	1.1	0.0	0.0	0.9	1.3	2.3	3.9
Coahuila de Zaragoza	2.1	0.9	0.0	3.2	3.6	1.9	1.0
Colima	1.7	0.0	**1.7**	**4.8**	0.0	0.0	0.0
Chiapas	1.2	0.9	0.4	1.7	1.4	1.4	2.4
Chihuahua	2.8	2.5	0.6	4.4	3.5	2.0	3.0
Distrito Federal	2.6	1.2	0.8	3.1	2.8	2.7	4.4
Durango	2.1	1.3	0.6	2.7	1.9	2.2	4.6
Guanajuato	0.9	1.6	0.0	1.1	0.8	0.7	2.0
Guerrero	3.5	1.2	1.3	3.5	**4.8**	7.8	4.4
Hidalgo	0.9	0.9	0.0	1.2	0.8	1.4	2.0
Jalisco	1.6	0.6	0.1	2.0	2.5	2.6	1.4
Estado de México	4.1	**4.4**	1.4	**5.5**	**4.6**	3.8	5.4
Michoacán de Ocampo	2.5	3.0	0.4	2.4	3.1	3.3	5.3
Morelos	2.0	2.6	0.0	2.1	2.7	0.0	6.7
Nayarit	4.5	**4.4**	1.0	3.5	**7.2**	**6.6**	**6.8**
Nuevo León	1.3	0.5	1.0	2.1	1.0	1.5	0.6
Oaxaca	4.4	1.1	**2.3**	3.9	5.3	**8.7**	**7.0**
Puebla	2.1	1.1	0.5	2.5	2.2	3.8	3.4
Querétaro de Arteaga	1.3	0.0	0.6	0.8	1.8	3.5	1.9
Quintana Roo	3.1	0.0	0.9	1.9	4.1	**6.2**	**19.5**
San Luis Potosí	1.0	0.0	0.0	1.2	1.7	1.4	1.8
Sinaloa	1.8	0.8	0.4	1.8	2.8	3.0	1.8
Sonora	1.7	**4.4**	0.0	2.1	1.9	0.7	2.1
Tabasco	1.5	1.0	0.5	2.6	1.4	0.9	1.6
Tamaulipas	1.7	1.4	1.0	3.3	1.7	0.5	0.0
Tlaxcala	2.4	6.0	0.9	1.3	4.5	1.7	2.4
Veracruz Llave	1.1	0.0	0.7	1.5	1.6	0.8	1.8
Yucatán	0.6	0.0	0.0	0.8	1.1	0.0	1.3
Zacatecas	1.2	0.0	**1.9**	1.0	0.7	0.0	4.5

No se incluyen defunciones no especificadas por sexo o edad, ni las defunciones de residentes en el extranjero

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática /Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones, 2004

Cuadro IV.

Tasa de mortalidad por suicidios, por grupo de edad y sexo masculino, según entidad de residencia habitual, México, 2004

Suicidios	Hombres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 y más
Nacional	6.5	0.0	0.9	9.4	9.0	7.9	11.0
Entidad de residencia							
Aguascalientes	10.4	0.0	**4.2**	**13.0**	16.1	13.5	16.9
Baja California	6.4	0.0	0.7	8.3	12.5	4.3	7.4
Baja California Sur	11.5	0.0	0.0	**16.5**	**19.5**	3.4	**28.5**
Campeche	14.7	0.0	**3.5**	**21.8**	17.2	11.7	**42.7**
Coahuila de Zaragoza	8.9	0.0	1.9	11.5	12.7	10.6	16.0
Colima	10.3	0.0	1.7	13.0	14.0	**16.6**	14.6
Chiapas	2.8	0.0	0.2	4.2	5.5	3.9	0.9
Chihuahua	11.4	0.0	1.1	17.4	14.6	11.5	24.3
Distrito Federal	6.3	0.0	0.9	8.9	8.9	5.9	7.7
Durango	6.6	0.0	0.0	11.6	8.0	5.8	13.9
Guanajuato	5.9	0.0	0.5	8.8	10.1	8.3	6.3
Guerrero	3.6	0.0	1.0	3.9	3.6	9.5	8.7
Hidalgo	3.0	0.0	0.4	4.8	4.4	4.5	2.4
Jalisco	8.6	0.0	0.4	13.1	13.6	9.5	11.7
Estado de México	3.0	0.0	0.7	5.3	2.9	2.8	4.6
Michoacán de Ocampo	5.9	0.0	0.8	9.7	7.3	8.4	7.6
Morelos	3.1	0.0	0.0	5.1	2.8	2.9	9.3
Nayarit	6.0	0.0	0.9	8.9	10.0	1.6	12.5
Nuevo León	8.6	0.0	0.5	12.9	10.7	11.0	14.0
Oaxaca	5.2	0.0	0.7	8.3	7.8	5.7	8.5
Puebla	5.0	0.0	1.3	7.7	7.2	5.6	6.9
Querétaro de Arteaga	7.3	0.0	0.6	13.9	11.1	3.8	4.6
Quintana Roo	9.0	0.0	2.6	13.7	8.4	15.2	19.9
San Luis Potosí	10.3	0.0	**3.2**	13.3	17.1	12.4	15.7
Sinaloa	5.5	0.0	0.7	5.9	8.9	8.3	10.8
Sonora	10.9	0.0	0.4	16.1	11.8	14.9	25.1
Tabasco	15.1	0.0	0.9	**20.3**	**24.0**	**18.4**	**29.8**
Tamaulipas	8.5	0.0	0.3	9.5	10.3	12.1	26.9
Tlaxcala	2.3	0.0	0.0	5.7	1.9	0.0	2.9
Veracruz Llave	5.7	0.0	1.1	7.7	6.4	10.0	9.8
Yucatán	13.1	0.0	1.1	**17.5**	**19.1**	**19.5**	19.6
Zacatecas	6.1	0.0	0.0	6.5	10.8	9.9	14.5

No se incluyen defunciones no especificadas por sexo o edad, ni las defunciones de residentes en el extranjero

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática /Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones, 2004

Cuadro V.

Tasa de mortalidad por suicidios, por grupo de edad y sexo femenino, según entidad de residencia habitual, México, 2004

Suicidios	Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 y más
Nacional	1.3	0.0	0.5	2.2	1.3	1.4	1.4
Entidad de residencia							
Aguascalientes	2.1	0.0	0.9	2.7	**2.7**	3.3	2.7
Baja California	0.9	0.0	0.3	1.5	0.9	0.0	2.3
Baja California Sur	1.7	0.0	**2.1**	3.0	1.7	0.0	0.0
Campeche	2.7	0.0	0.0	**7.3**	1.3	2.3	0.0
Coahuila de Zaragoza	0.7	0.0	0.4	0.3	1.8	0.6	1.0
Colima	2.1	0.0	0.0	1.2	**6.2**	2.7	0.0
Chiapas	0.9	0.0	0.2	2.1	0.5	0.5	0.8
Chihuahua	1.4	0.0	0.9	1.5	1.9	3.0	0.0
Distrito Federal	1.2	0.0	0.8	1.0	1.5	2.2	1.3
Durango	1.2	0.0	0.0	2.7	0.6	1.1	1.5
Guanajuato	1.0	0.0	0.5	1.6	1.0	1.4	1.5
Guerrero	1.5	0.0	0.8	2.4	2.4	0.0	2.2
Hidalgo	0.7	0.0	0.4	1.2	1.2	0.7	0.0
Jalisco	1.8	0.0	0.7	3.4	1.7	2.2	1.0
Estado de México	1.1	0.0	0.8	2.1	0.7	0.3	1.5
Michoacán de Ocampo	1.4	0.0	0.4	2.5	1.9	0.8	1.1
Morelos	1.4	0.0	0.6	2.5	0.5	2.8	1.3
Nayarit	1.4	0.0	1.0	2.8	2.1	0.0	0.0
Nuevo León	1.5	0.0	0.0	2.3	2.0	2.2	1.2
Oaxaca	0.6	0.0	0.2	0.7	0.6	0.9	1.2
Puebla	1.3	0.0	0.2	2.4	1.8	0.6	2.1
Querétaro de Arteaga	1.4	0.0	0.0	3.0	2.4	0.0	0.0
Quintana Roo	2.7	0.0	0.9	3.2	**3.3**	**6.2**	**4.9**
San Luis Potosí	1.0	0.0	0.0	2.7	1.3	0.0	0.0
Sinaloa	0.8	0.0	0.0	1.5	0.7	0.6	1.8
Sonora	0.9	0.0	0.0	0.9	1.5	2.0	1.1
Tabasco	2.5	0.0	0.5	**3.9**	1.4	**3.6**	**7.8**
Tamaulipas	1.4	0.0	0.0	2.6	1.7	2.7	0.0
Tlaxcala	1.5	0.0	0.0	2.5	0.9	3.4	2.4
Veracruz Llave	1.3	0.0	0.5	2.6	0.9	1.5	0.9
Yucatán	2.5	0.0	0.0	**4.7**	1.1	**3.5**	**5.0**
Zacatecas	1.0	0.0	0.0	1.0	2.1	1.2	1.5

No se incluyen defunciones no especificadas por sexo o edad, ni las defunciones de residentes en el extranjero

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática /Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones, 2004

A lo anterior habría que añadir los hechos violentos que producen daños físicos o mentales (discapacidades temporales o permanentes) a las víctimas y a sus familiares; por ejemplo, robos, asaltos, violaciones, secuestros, acoso, amenazas, abuso, etcétera. Sin embargo, es muy importante el análisis de este componente, ya que de acuerdo con lo estimado en otros países (Murria 1996) por cada hecho violento que culmina en la muerte existen 100 cuyas consecuencias no son fatales. En México no se sabe a ciencia cierta cuál es la relación, pero si se corrigieran las cifras nacionales con la razón anterior se registrarían anualmente alrededor de 1.6 millones de hechos violentos con daños físicos sin que éstos ocasionen la muerte (Lozano 2000).

7. Impacto en los servicios de salud

Como se mencionó, el impacto de la violencia sobrepasa los índices de mortalidad. En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud se midió la carga global de la enfermedad, dando como resultado que las lesiones por todas las causas, incluyendo las violentas, causaron 11.9% de los años de vida saludables (AVISA) perdidos, ajustados por discapacidad, en el mundo (Krug 2002). Esta realidad tiene un impacto directo en los servicios de salud, ya que repercute de manera significativa en la organización, funcionamiento y costos de los servicios de salud. Cuando se presentan lesiones físicas graves los servicios prehospitalarios y hospitalarios de urgencias son el primer sitio a donde acuden las víctimas. Las urgencias requieren una gran cantidad de suministros que exceden la planificación regular de los hospitales, y el uso de urgencia de los quirófanos ha retrasado en muchas ciudades la planificación de intervenciones quirúrgicas regulares de los distintos servicios (Híjar 1997; Híjar 2004).

8. Impacto económico

De acuerdo con estudios realizados en la Región de las Américas (Buvinic 1999) los costos provocados por la violencia, expresados como porcentaje del producto interno bruto, representaron en el caso de Brasil 1.9%, 5% en Colombia, 4.3% en El Salvador, 1.3% en México, 1.5% en Perú y 0.3% en Venezuela.

Los costos de la atención médica asociada con la violencia son difíciles de calcular, así como sus efectos en la productividad económica de los países. Sin embargo, algunos autores como Londoño y colaboradores (Londoño 2000), llaman la atención sobre el efecto de la violencia en la disminución del capital humano, en años perdidos por muerte prematura o discapacidad, por cuya causa las pérdidas en capital humano son casi tan grandes como todas las pérdidas materiales. La violencia tiene costos indirectos medidos sobre el impacto negativo en la inversión, la productividad, el consumo y el trabajo; son, incluso, superiores a los costos directos sobre la destrucción de la vida y de los bienes.

9. Conclusiones

El desarrollo teórico, conceptual y metodológico que se ha realizado desde la mirada de diversas disciplinas para estudiar y comprender el fenómeno de la violencia provocó que, hasta hace poco más de 10 años, la violencia fuera percibida a escala mundial como del quehacer exclusivo de los criminólogos y de los aparatos de justicia. La cara que presentaba la prevención de la violencia era la del oficial de policía, la del juez de la corte, la de los celadores en las cárceles. Además, la visión dominante era la de que encarcelando y castigando a los agresores se prevenían futuros comportamientos violentos en éstos. Afortunadamente, desde 1996, se publicó la primera resolución de la OMS en la que se hace un llamado a los países miembros a trabajar en la prevención de este grave problema. El trabajo realizado durante los últimos 10 años ha sido permanente y continuo, concretándose en el año 2002 en el Primer Informe Mundial sobre Violencia y Salud.

En octubre de 2005 se realizó la Segunda Reunión Mundial sobre Avances en la Prevención de la Violencia, en la que se llama a cambiar la perspectiva para hacer frente al problema a partir del uso de una visión multisectorial y multidisciplinaria, empleando la evidencia científica disponible que permita, a partir de la identificación de las múltiples causas que la generan, desarrollar estrategias bien planeadas desde la perspectiva de la salud pública.

México, en un esfuerzo por presentar el panorama de la violencia analizada por investigadores de diversas disciplinas, se dio a la tarea de generar el presente informe en el que se incluyen desde aspectos tan puntuales como el recuento de los daños y las tendencias en el ejercicio de la violencia en grupos específicos, hasta identificar cómo fenómenos sociales, como el de la migración o el cambio en las actividades productivas regionales, le han impreso características muy especiales a este problema en nuestro país.

En las recomendaciones que los autores de este libro hacen quedan claros, además, los retos que debe enfrentar México, si de verdad se quiere enfrentar la complejidad del fenómeno de la violencia desde sus distintas vertientes y en las que, además, existe una estrecha coincidencia con las recomendaciones emitidas por la OMS para prevenirla, entre las que destacan:

- Contar con un plan de acción nacional para prevenir la violencia.
- Mejorar e incrementar la capacidad de recolección de datos sobre causas y efectos de la violencia.
- Definir prioridades y apoyar la investigación de las causas, consecuencias, costos y prevención de la violencia.
- Promover la aplicación de acciones de prevención primaria.
- Reforzar las respuestas a las personas receptoras de violencia.
- Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas.
- Incrementar la colaboración e intercambio de información sobre la prevención de la violencia.
- Promover y supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales, de la legislación y mecanismos de protección de los derechos humanos.

Por último, no se debe olvidar que la violencia no sólo produce lesiones, sino que paraliza, mata y lastima a los individuos, las familias, las comunidades y a toda la sociedad, que está en todas partes y que nos afecta a todos, pero puede detenerse y prevenirse.

Referencias

Buvinic M, Morrison A. 1999. Violence as an obstacle to development. Washington: BID: 1-8.

Híjar M, Arredondo A, Carrillo C, Solórzano L. 2004. Injuries in public places: An epidemiological and costs analysis. Accid Anal Prev 36(1):37-42.

Hijar MC, López-López MV, Blanco J. 1997. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Salud Publica Mex 39(6):565-72.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática /Secretaría de Salud. 2004. Bases de datos de las defunciones, 2004. México, DF: INEGI.

Kawachi I, Berkman L. 2000. Social cohesion, social capital, and health. En: Berkman LF, Kawachi I, Ed. Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press: 174-90.

Krug E, Dahlberg L, James M, Zwi B, Lozano R. 2002. World Report on Violence and Health. Ginebra: WHO.

Krug E et al. 2002. Violence as a global public health problem. En: World Report on Violence and Health. Capítulo 1. Ginebra: WHO:1-22.

Londoño JL, Gaviria A, Guerrero R. 2000. Violencia en América Latina, epidemiología y costos. En: Asalto al desarrollo. Cap. 1. Washington: 1-57.

Lozano R, Híjar M, Zurita B. 2000. Capital lesionada, violencia en Ciudad de México. En: Asalto al desarrollo, Cap 5. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo: 205-31.

Mohan J, Barnard S, Jones K, Twigg L. 2004. Social capital, place and health: Creating, validating and applying small-area indicators in the modeling of health outcomes. Londres UK: Health Development Agency. Disponible en: http://www.hda.nhs.uk/evidence

Murray C, López A. 1996. Estimating causes of deaths: Methods and global regional applications for 1990. Chapter 3 Volume 1. En: Murray C, López A, Ed. The global burden of disease and injury series. Ginebra: WHO.

Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. 1997. Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. Science; 277:918-24.

Subramanian L, Kawachi I. 2003. Neighborhood differences in social capital: A compositional artifact or a contextual construct? Health Place; 9:33-44.



Violencia en el Ciclo de Vida



Capítulo II

Maltrato, Abuso y Negligencia Contra Menores de Edad

Capítulo II

Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad

Elena Azaola

Antecedentes históricos

Desde tiempos inmemoriales se ha hecho padecer a los niños todas las formas de violencia. Aunque no se sabe qué tan común era abandonar y dar muerte a menores, se conoce que el infanticidio era una práctica ampliamente aceptada en las culturas antiguas y prehistóricas. Lloyd de Mause, en su clásico *History of Childhood*, documenta que el infanticidio de hijos legítimos e ilegítimos era una práctica común en la antigüedad y hasta la Edad Media, tanto en Oriente como en Occidente (Gelles 2001; Newell 1999).

Desde entonces y hasta ahora los niños han sido mutilados, golpeados, vejados y explotados. Sin embargo, es igualmente importante subrayar que también existen antecedentes remotos de que se intentó poner límites a los derechos absolutos de los padres sobre los hijos. Es el caso, por ejemplo, de algunas leyes de protección a los menores de edad que datan del año 450 AC (Gelles 2001).

También la utilización de niños para la gratificación sexual de adultos ha sido una práctica muy difundida y aceptada en numerosas culturas. Por ello, no es extraño que la venta y la prostitución de niños sigan siendo un modo de vida bien documentado en prácticamente todos los países. El matrimonio con niñas, de igual modo, ha sido una práctica ampliamente difundida, mientras que la victimización de niños fue frecuente durante la Edad Media (Clark, Clark, Adamec 2001).

Con todo, y a pesar de que la primera Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños se creó en Nueva York en 1874 y varias más surgieron durante los siguientes 80 años, diversos estudios han hecho notar que el interés público hacia el maltrato infantil era muy escaso antes de 1960. Aunque con los antecedentes de los estudios de Caffey en 1946, de Silvermann en 1953, y de Wooley y Evans en 1955, no fue sino hasta 1962, cuando el doctor Kempe y sus colegas publicaron en *Journal of the American Medical Association* su trabajo acerca del síndrome del niño golpeado, cuando se inició la preocupación moderna por el abuso y la negligencia hacia los niños, la cual ha crecido y se ha difundido entre todos los países durante las últimas cuatro décadas (Gelles 2001).

El síndrome del niño golpeado surgió cuando el doctor Kempe y sus colegas comenzaron a prestar atención a algunas manifestaciones clínicas que podían percibirse a simple vista en el cuerpo de algunos niños menores de cinco años de edad, tales como hematomas, heridas y cicatrices. Poco después estos médicos, auxi-

liándose de estudios radiológicos, pudieron detectar en los niños fracturas simples o múltiples en huesos largos y cabeza. El seguir de cerca estos casos les permitió determinar que la causa de las alteraciones detectadas y estudiadas eran los traumatismos derivados del maltrato físico que sufrían. Posteriormente, desde diversas disciplinas se han efectuado estudios que han permitido complementar los hallazgos médicos y ofrecer una visión integral del fenómeno (Osorio y Nieto 1990, citado por González-Azaola *et al* 1993).

Los conocimientos que desde entonces se han producido han permitido arribar a la conclusión de que hoy cualquier individuo, desde que nace, tiene un riesgo más elevado de sufrir diversos tipos de violencia y abuso, incluyendo la muerte, al interior de su hogar que en las calles (Gelles 1990; Newell 1999). Igualmente importante es el hecho de que la violencia familiar tenga una incidencia que supera, por mucho, la de cualquier otro tipo de delito.

Por ello, no es de extrañar que, en 1999, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimara que, a escala mundial, 40 millones de niños de entre 0 a 14 años de edad sufrían maltrato o negligencia (Clark, Clark, Adamec 2001). Sin embargo, también hizo notar que la falta de una definición única, las definiciones ambiguas y las diferentes disposiciones que en cada país existen para reportar los casos de maltrato o negligencia infantil no permiten hacer las comparaciones internacionales (Belsey MA 1993, citado por Newell 1999).

En México todavía no se cuenta con un registro nacional adecuado de todos los casos de maltrato infantil reportados a las distintas autoridades (salud, educación, protección a la infancia o justicia). Es decir, no hay manera de saber si los casos que reporta uno de estos sectores son los mismos registrados en otro. De igual modo, no debe olvidarse que sólo llegan a conocimiento de las autoridades los casos más severos, mientras que la mayor parte no son notificados, y quedan, por tanto, fuera de los registros.

En los incisos que siguen, primero haremos una breve revisión sobre lo que han dicho los especialistas acerca del maltrato infantil, y después abordaremos algunas fuentes y datos que nos permiten formarnos una idea acerca de la magnitud y las características de la violencia que se ejerce contra los niños en nuestro país.

Definición de conceptos

Existen numerosas definiciones de lo que es el maltrato infantil. Nosotros hemos adoptado para este informe la que ha propuesto la Organización Mundial de la Salud:

"El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder" (OPS/OMS 2003).

La mayor parte de los especialistas distinguen hoy cuatro tipos de maltrato infantil: a) maltrato físico; b) maltrato psicológico o emocional; c) abuso sexual, y d) negligencia. Las definiciones de cada tipo varían dependiendo de si han sido elaboradas desde el campo jurídico, en el cual lo que intentan es identificar y castigar al agresor, o desde el campo de la salud, en cuyo caso se busca brindar atención a las víctimas. Generalmente, estas últimas son más amplias que las primeras (Ireland 2002), pues tienen también la posibilidad de diseñar medidas de prevención.

Veremos a continuación los rasgos específicos de cada tipo de maltrato.

Maltrato físico

El castigo corporal a los niños es una práctica legalmente sancionada y culturalmente aceptada en la gran mayoría de los países. De hecho, el castigo físico hacia los niños es la única forma de violencia interpersonal consentida por la ley. Sin embargo, si tales castigos dejan huellas que permanecen, entonces se les considera maltrato (Clark, Clark, Adamec 2001).

Factores de riesgo

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, "un factor de riesgo es toda característica o circunstancia determinable de una persona o grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, está asociada a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorable de tal proceso" (citado por Bisig y Laje 2000).

Numerosos estudios han demostrado que los niños de todos los grupos étnicos y clases sociales son o pueden ser sujetos de maltrato físico. Sin embargo, hay ciertos factores sociales y demográficos que presentan una asociación más alta con el abuso físico; por ejemplo: padres solos, bajos niveles de ingreso, así como cualquier otro factor que incremente el estrés en la familia –la presencia de niños con discapacidades o enfermedades médicas complejas, hijos no deseados, niños hiperactivos, hijos de padres que atraviesan situaciones difíciles como el divorcio, la pérdida del empleo, o padres que tienen expectativas poco realistas sobre sus hijos (Perry, Mann, Palker, Ludy-Dobson 2002).

Consecuencias

El maltrato físico produce tanto daños físicos como emocionales y sociales. En el primer caso, los daños que se pueden ocasionar van desde los rasguños, heridas, cortadas, quemaduras, fracturas y heridas internas, hasta la muerte. La consecuencia inmediata es el dolor, pero los daños pueden permanecer mucho más allá de las cicatrices. Los niños pequeños están más expuestos a sufrir daños neurológicos de largo plazo incluyendo: irritabilidad, letargia, temblores y vómitos. En el síndrome de sacudimiento los niños pequeños pueden sufrir desde sordera o ceguera permanentes, parálisis y coma, hasta la muerte (Perry, Mann, Palker, Ludy-Dobson 2002).

En cuanto a las consecuencias psicológicas, diversos estudios han mostrado que los niños que sufren maltrato físico tienen mayores dificultades para el desempeño escolar, el autocontrol, la valoración de su propia imagen y el establecimiento de relaciones sociales, comparados con aquellos que no lo han sufrido. Hobbs *et al* mostraron que los niños maltratados experimentan muchos más problemas en casa, en la escuela, entre pares y en la comunidad, en comparación con los que no lo son (Hobbs CJ 1999, citado por Perry *et al* 2002). Las consecuencias emocionales a largo plazo pueden resultar devastadoras pues estos niños tienen mayor riesgo que otros de generar vínculos de dependencia con el alcohol o las drogas.

Aunque menos visibles, en su desempeño social pueden presentar dificultad para establecer amistad con pares, pobre capacidad para establecer vínculos sociales, pobres habilidades de conocimiento y lenguaje, desconfianza, complacencia excesiva con figuras de autoridad y tendencia a resolver problemas interpersonales de manera violenta. Es por ello que los especialistas han insistido en que el maltrato infantil, a largo plazo, afecta tanto a familias como a comunidades (Perry, Mann, Palker, Ludy-Dobson 2002).

Maltrato psicológico o emocional

El maltrato psicológico o emocional ocurre cuando los padres o las personas responsables del cuidado de un niño le causan o pueden causar, por acción u omisión, serios trastornos, tanto en el comportamiento, como cognitivos, emocionales o mentales (DePanfilis, Salus 1992). El maltrato psicológico no requiere la presencia de daños físicos; con sólo presenciar la violencia en la familia o experimentar abandono, rechazo o explotación, se considera que el niño ha estado expuesto a comportamientos que constituyen abuso o maltrato psicológico (Ireland 2002). La mayoría de los expertos coinciden en que el maltrato psicológico debe involucrar un patrón de comportamiento destructivo por parte de un adulto, no un incidente aislado.

De acuerdo con el doctor Garbarino, existen cinco categorías de comportamientos que constituyen maltrato psicológico: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper (Garbarino 1998).

Consecuencias

Las huellas que el maltrato emocional deja en el psiquismo del niño se constituyen en un obstáculo que inhibe, coarta, limita y, en casos extremos, paraliza completamente su desarrollo. Aun cuando no se llegue a tales extremos, aquellos gestos que implican una falta de reconocimiento para el niño o su humillación en cualquier forma, suponen una gran dosis de sufrimiento, difícil de medir o de cuantificar, pero que indudablemente producen efectos que truncan sus posibilidades de alcanzar un desarrollo pleno.

Este tipo de abuso puede resultar muy difícil de reconocer y a menudo puede confundirse con perturbaciones emocionales o psicológicas del menor de edad. Sin embargo, existen algunos elementos que ayudan a distinguir entre las perturbaciones que éste puede padecer por otros motivos y las ocasionadas por el maltrato psicológico. Los padres de menores perturbados típicamente reconocen el problema y buscan ayuda para resolverlo; en cambio, los padres que abusan psicológicamente de los niños a menudo se presentan despreocupados y culpan a éstos del problema.

Abuso sexual

El abuso sexual ocurre entre un menor y un adulto que es el padre, cuidador o responsable de la niña o el niño. Típicamente involucra la explotación sexual del menor o sirve para gratificar o estimular sexualmente al adulto. El abuso sexual abarca un amplio rango de comportamientos que pueden incluir o no los contactos de naturaleza sexual. Los actos que no involucran dicho contacto incluyen: los comentarios de índole sexual, el exhibicionismo y la masturbación, el vouyerismo y la exposición a material pornográfico. Los actos de contacto, en cambio, incluyen: el contacto sexual, la penetración digital o con objetos y el intercambio sexual (Ireland 2002). Los abusos sexuales ocurren preponderantemente al interior de la familia en todos los grupos étnicos y clases sociales (Clark, Clark, Adamec 2001).

La mayoría de las definiciones de abuso sexual infantil establecen dos criterios básicos para identificar el abuso: a) la coerción, dado que el agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor, y b) la asimetría de edad, ya que el agresor debe ser significativamente mayor que la víctima,

aunque no necesariamente mayor de edad (Horno y Santos 2001).

La asimetría de edad determina otras asimetrías también presentes: la anatómica; la relativa al desarrollo y especificación del deseo sexual (que no se especifica ni se consolida hasta la adolescencia); la de afectos sexuales (el fenómeno de la atracción en prepúberes tiene menos connotaciones sexuales); la de habilidades sociales, y en la experiencia sexual. Por todo ello, ante una diferencia significativa de edad, no se garantiza la verdadera libertad de decisión, lo que configura el factor de coerción siempre presente en esta clase de abuso (López, del Campo, citados por Horno y Santos 2001).

Debe tomarse en cuenta que el componente sexual de esta forma de maltrato hace que tanto su detección, como la revelación e incluso la persecución de este tipo de delitos, sean más difíciles, dado que aluden a aspectos íntimos de las personas sobre los que suele prevalecer la reserva, al tiempo que subsisten numerosos mitos y creencias (Horno y Santos 2001).

Un conjunto de falsas creencias que subsisten en torno a los abusos sexuales, a pesar de que numerosos estudios han demostrado lo contrario, son: a) que sólo los sufren las niñas; b) que hoy en día se dan más casos que en el pasado; c) que quienes los cometen son enfermos psiquiátricos; d) que no se dan en todos los sectores sociales; e) que los niños no dicen la verdad; f) que los niños pueden evitar los abusos; g) que los agresores son casi siempre desconocidos; h) que los efectos son casi siempre muy graves, y j) que son poco frecuentes (López, del Campo, citados por Horno y Santos 2001).

Factores de riesgo

Algunos factores de riesgo asociados con el abuso sexual que han sido identificados y que pueden presentarse en los padres o cuidadores, son: discapacidad psíquica grave; consumo de alcohol o drogas; historia previa de abusos; falta de establecimiento de vínculo o deficiencias relacionales afectivas entre los padres y el niño o la niña; falta de redes de apoyo psicosocial; aislamiento de la familia; problemas de desencuentro o ruptura familiar; desempleo o pobreza, y falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona (Horno y Santos 2001).

Consecuencias

Existe un número significativo de efectos que alteran el funcionamiento del menor a corto plazo. El efecto más comúnmente experimentado es el síndrome de estrés postraumático. Los síntomas de este síndrome caen en tres conjuntos: a) revivir el evento traumático; b) negación del mismo o de hechos asociados a él, y c) hiperactividad psicológica. Si el abuso no es efectivamente enfrentado, el desorden provocado por dicho síndrome puede devenir en un problema crónico, comprometiendo severamente el bienestar del niño (Domínguez, Nelke, Perry 2002).

Varios factores pueden incidir en incrementar o disminuir la angustia provocada por el abuso, a saber: el tipo de abuso, las características del niño y las del ambiente donde se desarrolla. Los niños que se desenvuelven en un ambiente donde encuentran un mayor apoyo y comprensión por parte de otros familiares pueden enfrentar mejor las situaciones de abuso. La mayor angustia en los padres se asocia con una reacción similar por parte de los niños. Los estudios sugieren que las consecuencias psicológicas negativas del abuso persisten en el tiempo y permanecen en la edad adulta. Las mujeres que sufrieron abusos tempranos tienen dos veces más probabilidad de suicidio que las que no los sufrieron. Asimismo, las personas que padecieron estos abusos tienen cuatro veces más probabilidad de sufrir desórdenes psiquiátricos y tres veces más de consumir substancias, en comparación con quienes no los experimentaron (Domínguez, Nelke, Perry 2002).

Negligencia

Muchos estudios han hablado de la negligencia con la que suele abordarse el tema de la negligencia, sobre todo si se toma en cuenta que suele ser el tipo de maltrato más frecuente, no obstante que es el menos visible, y sobre el que menos se habla. Es también el más pobremente caracterizado.

La negligencia es la forma de maltrato que consiste en el fracaso repetido por parte de los padres, cuidadores o de las personas responsables del cuidado de un niño o una niña, para proporcionarle los estándares mínimos de alimentación, vestido, atención médica, educación, seguridad y afecto, es decir, la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales (Clark, Clark, Adamec 2001).

Algunos estudios longitudinales han mostrado que la negligencia puede ocasionar daños emocionales más severos y duraderos que el maltrato físico. Asimismo, han revelado que los niños que han sufrido negligencia o han sido abandonados presentan mayores problemas de salud que los que han padecido maltratos físicos o abuso sexual (Clark, Clark, Adamec 2001).

Pueden constituir negligencia física el abandono o expulsión del niño de la casa; la ausencia de supervisión; el fracaso en proporcionar cuidados necesarios a la salud; las condiciones de insalubridad severas en el hogar o de higiene personal en el niño y la nutrición o vestimenta inadecuadas. La desatención a las necesidades emocionales del niño; la violencia doméstica o permitirle el consumo de drogas o alcohol revelan, en cambio, negligencia emocional. La negligencia educativa incluye ausencias crónicas e inexplicables de la escuela; el fracaso en inscribir al niño o el ignorar sus necesidades educativas, lo que le puede ocasionar que nunca adquiera habilidades básicas, abandone la escuela o presente comportamientos disruptivos continuamente. Cabe agregar que, mientras los abusos físicos pueden canalizarse hacia un niño de la familia, la negligencia, en cambio, suele afectar a todos (Ireland 2002).

Factores de riesgo

Es indudable que la pobreza puede afectar la capacidad de los padres para satisfacer las necesidades físicas de sus hijos. Sin embargo, por sí misma la pobreza no es una razón suficiente para etiquetar a los padres como negligentes. Algunos estudios muestran que la mayoría de los niños que forman parte de familias pobres no sufren negligencia. A menudo las condiciones deficientes de los niños mejoran cuando existen programas que proveen la ayuda que requieren. Es por ello que la incapacidad de la sociedad para proveer un nivel mínimo adecuado de sobrevivencia a los niños ha sido también llamada 'maltrato o negligencia social' (Clark, Clark, Adamec 2001).

Consecuencias

En muchos casos los daños que provoca este tipo de maltrato tienden a subestimarse en detrimento de otros más visibles. Sin embargo, diversos estudios han mostrado lo inapropiado de esta actitud pues la negligencia en etapas tempranas puede ocasionar daños severos, crónicos e irreversibles.

Cuando hay negligencia, el desarrollo se ve trastornado y, a menos que se intervenga para remediarla, los déficit se acumulan y siguen influenciando negativamente el desarrollo subsecuente del niño. El resultado es una cadena de problemas pues el crecimiento sano y el desarrollo se ven seriamente comprometidos.

Los problemas son más severos si ello ocurre cuando el cerebro es aún inmaduro y debe desarrollarse más rápidamente. Los resultados específicos dependerán de la duración de la negligencia, del momento en que ocurre y de su naturaleza, así como de la duración de las medidas correctivas que se adopten. A menudo quedarán secuelas tanto físicas como emocionales (Perry, Colwell, Schick 2002).

Aunque la negligencia se halla altamente correlacionada con la pobreza, debe distinguirse entre el fracaso del cuidador para proveer los cuidados necesarios dada la falta de recursos, la enfermedad o las normas culturales, y la negativa o el rechazo conscientes del cuidador para proveerlos. En cualquiera de los dos casos el niño requerirá del apoyo comunitario y de las políticas de bienestar social para satisfacer sus necesidades. El porcentaje de niños que se halla por debajo de la línea de pobreza se encuentra en esta situación, lo que supone que tiene carencias más o menos significativas para satisfacer adecuadamente todas sus necesidades físicas, emocionales, educativas y de salud. Como resultado, sus logros se verán comprometidos, limitando su capacidad para contribuir plenamente en el tejido social interdependiente. Al final todos sufren las consecuencias de darles un trato negligente (Perry, Colwell, Schick 2002).

Efectos de la violencia

Para concluir esta parte, quisiéramos insistir en los efectos que tiene ejercer violencia sobre los niños. Todos los expertos coinciden en que las actitudes violentas que se manifiestan en la edad adulta tienen su origen en el seno familiar, generalmente durante los primeros años. La evidencia obtenida a partir de investigaciones muestra que las formas de disciplina violentas y humillantes son importantes predictores para el desarrollo de actitudes y acciones violentas desde una edad temprana (Newell 1999). No hay duda de que experimentar directamente la violencia o el abandono durante la infancia incrementa considerablemente las posibilidades de que quienes los sufrieron muestren un comportamiento violento en etapas posteriores.

Una vez expuestos los principales hallazgos y conceptos que sobre el maltrato infantil han formulado los especialistas, exploraremos los datos que se tienen sobre este fenómeno en nuestro país.

La violencia contra los menores de edad en México

Comenzaremos por exponer un breve panorama acerca de la situación de la infancia en nuestro país.

De acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2004 existían en el país 33 000 000 de menores de 14 años de edad que representaban 31% de la población total (Conapo 2002).

De los menores de edad del país, 60% vive por debajo de la línea de pobreza; 2 100 000 niños de entre 5 a 14 años de edad no asisten a la escuela y sólo 1 de cada 3 menores de 14 años de edad es derechohabiente de los servicios de salud. Asimismo, 18% de los niños menores de cinco años de edad (1 500 000 niños) presentan retraso en su crecimiento y 29 niños de cada 1 000 mueren antes de cumplir los cinco años de edad[1].

1 Datos proporcionados por el Programa de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2004.

En el aspecto educativo, 4.5% de los niños que tienen entre 8 y 14 años de edad no saben leer ni escribir y aunque 92% de los menores de 6 a 14 años asisten a la escuela, 20% de los que ingresaron a la educación básica en el ciclo escolar 1999-2000, no logran completarla y sólo 87% de los que concluyeron la primaria ingresaron a la secundaria. De estos últimos, 22% desertaron antes de poder concluir la secundaria (INEGI 2000; SEP 2000).

Por otra parte, se calcula que en el país trabajan aproximadamente 4000 000 de menores de entre 12 a 18 años de edad que representan 25% del total de este grupo de la población; de ellos, 42% trabaja en actividades agrícolas, 23% en el sector de servicios, 17% en el comercio y 14% en la construcción. Aproximadamente la mitad no recibe ingresos porque trabaja en unidades familiares de producción (INEGI 1999). Esta situación empeora para las mujeres jóvenes que trabajan en actividades agrícolas, entre las cuales 3 de cada 4 no reciben ninguna remuneración.

Son muchos los niños que en el país enfrentan situaciones similares a las que se describen en el siguiente relato.

"Iván, a sus 9 años, sabe que si no logra juntar 100 pesos diarios malabareando como payasito en un crucero o contando chistes pelados en los camiones, no puede regresar a su casa, porque su madre no le dará de comer, no lo dejará dormir en su cama, pero además, con mucha probabilidad, lo golpeará". [2]

Por su parte, "Las hermanas Karina, Erica y Jazmín trabajan en la Central de Abastos de Iztapalapa, donde llegan cuando aún no amanece. Recogen papel y cartón de cajas de frutas y verduras; por cada kilo ganan 40 centavos, así que deben comenzar muy temprano, antes de que llegue la competencia. No asisten a la escuela, sus padres emigraron hace dos años de la Huasteca hidalguense, para trabajar en el centro de acopio más grande de América Latina...". [3]

No puede desconocerse que la situación que enfrenta la infancia ocurre dentro de un contexto económico que se caracteriza por la concurrencia simultánea de pobreza, elevada concentración de la riqueza y retroceso en las condiciones de vida que han tenido lugar en nuestro país durante los últimos 25 años. Respecto a la concentración de la riqueza, baste señalar que 40% de la población con ingresos más bajos percibe apenas 11% de los ingresos, en tanto que 20% de la población con ingresos más altos percibe 57% del ingreso total (Unicef 2002). Y, en cuanto a la pobreza, en el año 2000 el Banco Mundial estimó que 43% de la población subsiste en México con menos de dos dólares al día mientras que 18% percibe menos de un dólar diario.

Bajo un panorama como el descrito, es claro que las oportunidades de que todos los niños vean satisfechas sus necesidades básicas y logren un desarrollo pleno de sus capacidades se ven seriamente comprometidas. De ahí que podamos hablar de condiciones de maltrato o negligencia social, dada la incapacidad de la sociedad para proveer un nivel mínimo adecuado de sobrevivencia a los niños (Clark, Clark, Adamec 2001). O bien, puede hablarse de condiciones de violencia estructural. Esto último es particularmente claro para sectores de la infancia que enfrentan las condiciones más desventajosas: los niños indígenas, los migrantes, los institucionalizados, los que viven en las calles y los sexualmente explotados. Son estos niños y niñas los que se hallan mayormente expuestos a sufrir toda clase de abusos, malos tratos, abandono, vejaciones y violencia, como lo muestran los siguientes testimonios.

2 *Reforma*, 30-IV-2004.

3 Revista *Contralínea,* N° 22, enero, 2004.

Desde los 11 años de edad ***Alma*** *ejerce la prostitución en Garibaldi. Ella dice: "Mi madrastra y mi papá me golpeaban mucho, por eso me escapé de la casa cuando tenía ocho años. Ese día unos chavos me violaron... luego estuve un tiempo en una casa para niños de la calle; después viví con un señor que me puso a trabajar en esto. Él me pegaba y me dejaba sin comer...".*

Mónica *tiene 15 años de edad. Ella dice: "Nací en Milpa Alta... nunca me llevaron a la escuela. Mi papá siempre estaba con sus amigos y mi mamá recoge botella y cartón. Mis hermanas trabajan por aquí igual que yo... A los nueve años me inicié a trabajar en esto en un bar. Tengo un niño de dos años. El papá de mi hijo no quiso responder; dijo que no era hijo suyo... Él me golpeaba y tomaba mucho" (Azaola 1998).*

Aunque casos como los anteriores ocurren, la mayor parte de las veces, sin que los diferentes registros que existen en el país logren dar cuenta de ellos, veremos a continuación los datos que sobre maltrato infantil arrojan algunos de estos registros.

Casos de maltrato atendidos por instituciones de protección a la infancia

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a través de las Procuradurías de Defensa del Menor y la Familia, se encarga de atender y registrar los casos de maltrato infantil en el país. Sin embargo, del total de los municipios de la república, sólo una cuarta parte (612) cuentan con procuradurías de este tipo.

El cuadro I muestra el número de casos de maltrato, por tipo, que fueron atendidos por el DIF en diferentes años, entre 1998 y 2002.

Cuadro I. Casos de maltrato a menores de edad denunciados en la República Mexicana durante 1998, 1999 y 2002

Tipo	1998	1999	2002
Maltrato físico	8 201	8 162	7 118
Abuso sexual	1 018	1 044	1 123
Abandono	1 669	1 704	1 474
Maltrato emocional	4 218	5 236	4 744
Omisión de cuidados	4 565	4 516	5 338
Explotación sexual comercial	65	110	64
Negligencia	1 615	2 592	3 080
Explotación laboral	181	644	257
No clasificado	1 626	1 036	-
Total	**23 109**	**25 046**	**24 563**

Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 1998-2002

En 2002, último año para el que se tienen datos, del total de casos denunciados, sólo en 14% de ellos (3 355) se dio parte a las autoridades de procuración de justicia. Los maltratos fueron dirigidos casi en la misma proporción en contra de niños (51%) que de niñas (49%). Los tipos de maltrato, de acuerdo con el orden de frecuencia en el que fueron denunciados, pueden apreciarse en el cuadro II.

Cuadro II. Tipos de maltrato infantil atendidos durante 2002 por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Tipo de maltrato	%
Físico	32
Abandono	23
Omisión de cuidados	20
Abuso sexual	13
Emocional	6
Explotación laboral	5
Negligencia	1
Explotación sexual comercial	0.3

Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2002

El cuadro III muestra quiénes son los responsables de los casos de maltrato por orden de frecuencia. Las madres aparecen en primer lugar; debe tomarse en cuenta que son ellas quienes en mayor medida se ocupan de los hijos, por lo que tienen mayores probabilidades de incurrir en malos tratos.

Cuadro III. Responsable del maltrato infantil en los casos atendidos durante 2002 por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Responsable del maltrato	%
Madre	47
Padre	29
Ambos padres	5
Padrastro	5
Madrastra	3
Tíos	3
Abuelos	2
Otros	5

Fuente: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2002

Por lo que se refiere a los casos reportados en el Distrito Federal, durante los últimos tres años (2000-2002), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) ha recibido un promedio de 1 400 casos de maltrato infantil por año; es decir, un promedio de cuatro casos por día. De los menores maltratados 56% son niños y 44%, niñas.

En el siguiente inciso veremos los casos de maltrato notificados por las instituciones de salud.

Casos de maltrato atendidos por el sistema de salud

Al sistema de salud llegan, sin duda, los casos más severos de maltrato infantil. En algunos, el maltrato puede provocar daños irreversibles e inclusive la muerte, como lo muestran los relatos siguientes.

"Debido a las graves lesiones que presentaba en el cráneo por golpes ocasionados por sus padres bajo el pretexto de que el pequeño se había ido a dormir sin pedir permiso, además de haber sido violado por un tío, Jorge, de cinco años, murió en las instalaciones de la Cruz Roja de Tijuana". En la cama de al lado se encontraba "Manuel, un niño de seis años, internado en la Cruz Roja con algunas lesiones provocadas por golpes, quien se mantenía en estado crítico y con riesgo de tener daños cerebrales irreversibles". [4]

En México, durante la década de los 80, se registraron 2 939 muertes por homicidio sólo entre el grupo de menores de 0 a 4 años de edad. Durante ese mismo periodo hubo un promedio anual de 4 533 niños de entre 0 y 4 años de edad que murieron en el país por causas accidentales o violentas. Estos datos permitieron arribar a la conclusión de que, en promedio, un niño menor de cinco años de edad es asesinado cada dos días en nuestro país y que por lo menos una tercera parte de los homicidios cometidos en contra de menores de edad tiene como antecedente diversas formas de maltrato (Híjar-Medina et al 1994).

Si, en cambio, se toma en cuenta a los menores de entre 0 a 14 años de edad llama la atención que, en números absolutos, sigue habiendo prácticamente el mismo número de niñas y niños muertos por homicidio durante el periodo de 1991 a 2002 que los que hubo entre 1979 y 1990, como se aprecia en el cuadro IV.

Cuadro IV. Homicidios de menores de 0 a 14 años de edad, por sexo. 1979-2002

Periodo	Masculino	Femenino	Sexo no especificado	Total	Tasa x 100 000 Masculino	Tasa x 100 000 Femenino
1979-1990	4 973	2 338	83	7 394	2.5	1.2
1991-2002	4 727	2 589	35	7 351	2.3	1.3
Total general	9 700	4 927	118	14 745	2.4	1.3

Fuente: Sistema de Información en Salud, 2002

4 *Reforma*, 21-I-2004.

Es decir, que mientras en el periodo de 1979 a 1990 hubo un promedio de 616 niños y niñas que murieron cada año por homicidio, en el de 1991 a 2002 fueron 613, lo que significa que en México, desde hace ya casi 25 años, mueren asesinados regularmente dos menores de 14 años de edad cada día.[5] Otro punto que llama la atención es el incremento en el número de niñas muertas por homicidio, en comparación con los niños, lo que se aprecia más claramente en las tasas por 100 000 habitantes, ya que mientras la tasa para los niños comenzó siendo de 2.5 en 1979 y descendió a 2.3 para 2002, en las niñas fue de 1.2 en 1979 y de 1.3 para 2002.

El cuadro V muestra las entidades en que han tenido lugar el mayor y el menor número de muertes por homicidio en menores de entre 0 a 14 años de edad durante el periodo de 1979 a 2002.

Cuadro V. Entidades con el mayor y el menor número de muertes por homicidio en menores de edad de entre 0 a 14 años , durante el periodo 1979-2002

Las cinco entidades con el mayor número de muertes por homicidio de menores		Las cinco entidades con el menor número de muertes por homicidio de menores	
Estado de México	5 405	Baja California Sur	21
Distrito Federal	870	Yucatán	48
Oaxaca	824	Campeche	50
Michoacán	762	Aguascalientes	66
Guerrero	706	Colima	70

Fuente: Sistema de Información en Salud, 2002

Quizás el peso de estas cifras se aprecia mejor cuando se las compara con las que existen en otros países que cuentan con un nivel de desarrollo similar, en algunos casos, o superior, en otros, al nuestro. De los países que aparecen en el cuadro VI, México ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, por su tasa de muertes por homicidio en menores de 15 años de edad, y el sexto por su tasa de muertes por suicidio.

5 1.68 niños y niñas por día durante el periodo de 1979 a 1990 y 1.67 niños y niñas por día para el periodo de 1991 a 2002.

Cuadro VI. Defunciones por homicidio y suicidio en menores de 15 años de edad, según varios países, en el año 2000

Países	Homicidios	Tasa x 100 000	Suicidios	Tasa x 100 000
Costa Rica	6	0.5	2	0.2
Ecuador	50	1.2	28	0.7
México	474	1.4	118	0.4
Nicaragua	14	0.6	12	0.5
Panamá	9	0.9	2	0.2
Perú	35	0.4	6	0.1
Uruguay	11	1.3	4	0.5
Venezuela	133	1.6	35	0.4
Kuwait	3	0.5	0	0.0
Croacia	4	0.5	3	0.4
República Checa	10	0.7	12	0.8
Finlandia	8	0.9	2	0.2
Hungría	19	1.2	11	0.7
Karajazán	12	0.7	17	1.0
Polonia	27	0.4	46	0.7
Rumania	35	0.9	29	0.8
Eslovaquia	4	0.4	4	0.4
Reino Unido, Escocia	7	0.7	6	0.6

Fuente: Elaborado por Rafael Lozano, con base en estadísticas de salud de diversos países, 2000

Otro estudio, llevado a cabo con base en las estadísticas de salud proporcionadas por los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés), de la que México forma parte, se encontró que la principal causa de muerte entre los niños de entre 1 a 14 años de edad, en los países desarrollados, son las lesiones, las cuales representan 40% del total de las muertes en ese grupo de edad. En efecto, un total de 20 000 niños mueren cada año en los países miembros tanto a causa de accidentes de tráfico, lesiones intencionales, ahogamientos, caídas, quemaduras, envenenamientos y otros accidentes. México y Corea del Sur, entre los países miembros, son los que tienen las tasas más altas de muerte por heridas en niños menores de 14 años de edad. Estas tasas resultan ser 3 o 4 veces más elevadas que las del resto de los países que pertenecen a la OECD (Unicef 2001). El estudio muestra que los riesgos son mayores en los países que tienen niveles más altos de pobreza. Las muertes por heridas en niños también se asocian positivamente con las siguientes variables: padres solteros; bajos niveles de escolaridad materna; embarazos adolescentes; vivienda pobre; familias numerosas y uso de alcohol o drogas entre los padres. Se estima que en los países en desarrollo mueren cada año por heridas más de 1 000 000 de menores de 15 años de edad.

En lo que se refiere a muertes intencionales en niños de entre 1 a 14 años de edad, México también ocupó el primer lugar entre los países de la OECD, con una tasa de 2.9 por 100 000 durante el periodo 1991-1995.

En cuanto a las diferencias por sexo que se observan en los países miembros de la OECD,

los niños de entre 1 a 14 años de edad tienen más muertes por heridas que las niñas, a razón de 1 por 1.73.

En México la tasa es de 13.7 para las niñas y de 25.6 por 100 000 para los niños.

En un segundo estudio que se realizó entre los países miembros de la OECD, para el periodo 1996-2000, México volvió a ocupar el segundo de los tres últimos lugares, junto con Estados Unidos de América y Portugal, por el número de niños muertos a causa de malos tratos. En efecto, durante dicho periodo, México tuvo un total de 4 974 muertes de menores de 14 años de edad ocasionadas por maltrato.[6]

El estudio hace notar que las muertes infantiles por maltrato representan apenas una proporción muy pequeña del total de los casos de maltrato. Así, por ejemplo, pudo documentarse que en Australia, durante la década de 1990 a 1999, por cada caso de muerte infantil por maltrato, hubo 150 casos de maltratos físicos comprobados (UNICEF 2003). Si la misma proporción fuera válida para México, significaría que cada semana habría 2 850 niños que habrían sufrido maltratos físicos graves.

Una de las conclusiones que se obtuvo en dicho estudio fue la de que los países que tienen las tasas más bajas de muertes infantiles por maltrato (España, Grecia e Italia) tienen también tasas bajas de muertes por violencia entre adultos y, a la inversa, que aquellos que tienen altas tasas de muerte por maltrato infantil (Estados Unidos de América, México y Portugal) también tienen tasas excepcionalmente altas de muertes por violencia entre adultos.

Asimismo, se encontró que la pobreza y el estrés, así como el abuso de alcohol y drogas, son los factores que aparecen más clara y consistentemente asociados con el maltrato y la negligencia de los padres hacia los niños (UNICEF 2003).

Por su parte, el Sistema de Información en Salud arroja los siguientes datos acerca del número de defunciones de menores de entre 0 a 14 años de edad por homicidio y por suicidio en México, durante 2002 (cuadro VII).

Cuadro VII. Defunciones por violencias (homicidio y suicidio) en menores de entre 0 a 14 años de edad, por sexo. México, 2002

Grupos de edad	Niños Suicidios	Niños Homicidios	Niñas Suicidios	Niñas Homicidios
0 –1 año	0	44	0	35
1 a 4 años	0	67	0	47
5 a 9 años	7	38	1	30
10 a 14 años*	96	113	62	51
Total	**103**	**262**	**63**	**163**

Fuente: Sistema de Información en Salud, 2002. México
* No incluye las defunciones de niños cuya residencia habitual era el extranjero ni la no especificada

6 Es preciso tomar en cuenta que, dado que la mayor parte de las muertes por maltrato a niños no quedan etiquetadas en los registros bajo este rubro, el estudio resolvió agregar a las muertes registradas bajo este concepto en todos los países las de muertes infantiles por causas desconocidas (UNICEF 2003).

Lo anterior significa que durante 2002 hubo 591 muertes por violencia en menores de entre 0 a 14 años de edad, 425 de las cuales fueron por homicidio y 166 por suicidio. Es decir, que poco más de la cuarta parte –28%– de las muertes por violencia en menores de 14 años de edad fue-ron por suicidio, proporción que resulta sumamente elevada y preocupante y que hay que destacar como un fenómeno emergente en nuestro país.

Por lo que se refiere a los homicidios, si se analizan las tasas promedio del tipo de agresión que sufrieron los menores y que les provocaron la muerte durante el periodo 1998-2002, destacan diferencias importantes, según la edad de los niños, como lo muestra el cuadro VIII.

Cuadro VIII. Las tres principales causas de defunción por homicidio entre los niños de 0 a 14 años de edad, según tasa promedio y grupo de edad. México, 1998-2002

Causa	Menores de un año	1 – 4 años	5 – 9 años	10 –14 años
Ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación	1°	3°	2°	2°
Negligencia y abandono	2°	-	-	-
Ahogamiento y sumersión	3°	1°	3°	-
Disparo de armas de fuego y (otras armas) no especificadas	-	2°	1°	1°
Agresión con objeto cortante	-	-	-	3°

Fuente: Sistema de Información en Salud, 2002

Por lo que se refiere al número de atenciones que se registraron en el sistema de salud para población abierta, como consecuencia de lesiones provocadas por violencia familiar, se encontró lo siguiente (cuadro IX):

Cuadro IX. Atención por lesiones a consecuencia de violencia familiar en menores de entre 0 a 14 años de edad, por sexo. México, 2002

Grupos de edad	Total	Niños	Niñas
Menores de un año	105	42	63
Un año	145	62	83
2 a 4 años	305	148	157
5 a 9 años	535	289	246
10 a 14 años	685	317	368
Total	**1 775**	**858**	**917**

Fuente: Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. México, DF: SSA; 2002

Sin embargo, el número total de niños lesionados en los que se reconoció la violencia familiar (1 775), contrasta fuertemente con los 291 383 casos atendidos por lesiones etiquetadas como 'accidentales' entre los menores de 0 a 14 años de edad durante el mismo año. Es decir que, como lo han señalado prácticamente todos los estudios sobre el tema, es más que probable que muchas de las lesiones clasificadas como accidentales hayan sido, en realidad, consecuencia de actos de violencia ocurridos en la familia.

El cuadro X informa sobre el número de niños atendidos a causa de lesiones provocadas por violencia fuera de su familia o bien de lesiones cuya causa se desconoce.

Cuadro X. Atenciones por lesiones a consecuencia de violencia o por causa no especificada, según grupos de edad. México, 2002*

Grupo de edad	Lesiones por violencia	Lesiones por causa no especificada
Menores de un año	184	346
Un año	344	584
2 a 4 años	1 172	1 519
5 a 9 años	2 701	2 398
10 a 14 años	3 904	2 229
Total	**8 305**	**7 076**

Fuente: Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud para Población Abierta. México, DF: SSA; 2002
* No incluye violencia familiar

Según el cuadro anterior, los más de 15 000 casos de violencia que presumiblemente sufrieron los menores de 14 años de edad fuera de su familia permiten volver a poner en duda que sólo 1 775 hubieran resultado lesionados como consecuencia de la violencia familiar. Más aún, como lo sugiere el estudio realizado para los países de la OECD, habría que considerar que la mayor parte de las lesiones por causas no especificadas pueden haber sido ocasionadas por la violencia familiar.

Adicionalmente a las anteriores cifras, el sistema de salud a población abierta reporta haber atendido a 1 957 niños de entre 0 a 14 años de edad por lesiones que fueron etiquetadas como autoinfligidas, es decir, por intentos de suicidio. Como numerosos estudios lo han mostrado, en muchos de estos intentos también subyacen malos tratos y abusos por parte de la familia, como lo manifiesta el caso de Alexia.

"A sus nueve años de edad, Alexia prefirió quitarse la vida que seguir soportando los abusos sexuales de su padrastro, Arturo, de 21 años. Le dijo a su abuelita Rosa que se quería ir al cielo para cuidar a sus hermanitos de que no les siguiera pasando lo que a ella le sucedía, pero su abuelita no le entendió. También les dijo a sus amigas que se quería morir para ya no sufrir 'las cochinadas de Arturo', pero ellas lo guardaron como un secreto. El 15 de diciembre, la niña salió corriendo de su casa, se arrojó al paso de un microbús y murió al instante bajo las llantas del vehículo". [7]

7 La Jornada, 24-II-2002

De hecho, los casos de suicidio entre niños y niñas y adolescentes se han incrementado en México de manera notoria durante los últimos años. Los estados con las más altas tasas de suicidio entre adolescentes, son: el Distrito Federal, Colima y Baja California. Cabe también destacar que las niñas intentan más el suicidio que los niños aunque lo logran más estos últimos debido a que recurren a métodos más certeros y violentos.

En el Distrito Federal se ha registrado un incremento importante en el número de suicidios de menores de edad durante los últimos años. De acuerdo con la Procuraduría General de Justicia, en 2001 tuvo conocimiento de 11 casos mientras que en 2002 le fueron reportados 36, es decir, que los casos de suicidio se incrementaron más de tres veces tan sólo en un año. Esta última cifra supera la de los homicidios dolosos de menores que, en 2002, fueron 32, mientras que habían sido 18 en 2001, o sea que también se habían incrementado en poco menos del doble durante el mismo periodo.

Existen otros casos en los cuales el suicidio, o los intentos de suicidio por parte de los padres, se conjugan con el homicidio de los hijos. Estos casos son más frecuentes entre las madres quienes pueden dar muerte a sus hijos en un intento, más que paradójico, de ponerlos a salvo de abusos y violencias o de situaciones de desamparo frente a las cuales, dadas determinadas circunstancias, no encuentran otras salidas (Azaola 2001).[8]

Algunos estudios clínicos sobre maltrato infantil

En el área clínica se han dado a conocer pocos estudios en el país acerca de los casos de maltrato a niños. Destacan, sin embargo, una serie de estudios publicados por un grupo de médicos, encabezados por el doctor Arturo Loredo-Abdalá, quien ha venido atendiendo este tipo de casos en la Clínica de Atención Integral del Niño Maltratado, del Instituto Nacional de Pediatría, ubicada en el Distrito Federal. A continuación resumiremos los hallazgos que han publicado en diversas revistas especializadas.

En uno de los estudios publicados, que se refiere a 252 casos atendidos entre 1990 y 2000, se reportan los siguientes datos: 52% de las víctimas son niñas y 48% niños. En cuanto a los tipos de maltrato, 138 casos fueron de maltrato físico (55%); 56 de abuso sexual (22%); 35 de deprivación emocional y social (14%); 11 por síndrome de niño sacudido (4%); 10 por síndrome de Münchausen (4%) y dos casos de ritualismo satánico (1%).

En 13% de los casos el maltrato derivó en enfermedad crónica o incapacitante y en cinco casos (2.3%) produjo la muerte.

En cuanto a los responsables, 90% fueron familiares, 4% no familiares y en 6% no se supo. En 10% de los casos se detectó alguna enfermedad psiquiátrica en los responsables (Trejo *et al* 2002).

Otro de los estudios se refiere a 150 niños maltratados que fueron atendidos en la Clínica durante el periodo 1998-1999. Entre los niños maltratados se detectaron lesiones y cicatrices antiguas en 62% de los casos; 57% presentaron malas condiciones de higiene; 16% inmunizaciones incompletas; 35% talla baja; 27% desnutrición y 17% bajo rendimiento escolar; 35% de los niños convivían con padrastros o madrastras.

En cuanto a los padres, 55% presentaron alcoholismo o drogadicción; 85% tardaron en solicitar atención médica; 59% dijeron que sus hijos no habían sido deseados y 45% señalaron

8 En un estudio llevado a cabo entre mujeres sentenciadas por homicidio en la Ciudad de México se documentan casos de este tipo.

que también habían sufrido maltrato siendo niños (Trejo *et al* 2002).

En cuanto a los 13 casos de Síndrome de Münchausen, o sea de enfermedades inducidas o fabricadas en el niño por un adulto, se encontró lo siguiente: ocho eran niños y cinco niñas de entre 4 meses y 13 años de edad. En todos los casos las enfermedades habían sido inducidas por las madres. El tiempo promedio que requirió el diagnóstico fue de 10 meses. El síndrome se expresó de la siguiente manera: cuatro casos de intoxicaciones inducidas; cuatro de fiebre; tres de falsas acusaciones de abuso sexual y dos de diarrea crónica. En cuatro casos las madres habían padecido eventos similares siendo niñas y en otros cuatro había hermanos que también habían sido afectados (Trejo *et al* 2002).

Casos de maltrato atendidos por el sistema de justicia

Veremos ahora los delitos que reportan las instituciones de procuración de justicia en los que las víctimas son menores de edad que han sido agredidos o violentados de una u otra manera.

Por el delito de violencia familiar hubo 942 personas consignadas durante 2002, de las cuales 119 fueron mujeres (Arango y Lara 2003).

En cuanto al delito de sustracción de menores, que se refiere a aquellos casos en los que uno de los padres se lleva a los hijos, generalmente por conflictos relacionados con la tutela, se reportaron 502 personas que fueron sentenciadas en el país por este delito entre 1996 y 2001.

Sobre tráfico de menores, que implica trasladar a un menor de un lugar a otro para obtener ventajas económicas, hubo 130 personas sentenciadas entre 1996 y 2001 en 18 entidades del país que reportaron este delito.

Asimismo, entre 1996 y 2001 hubo 357 personas sentenciadas por robo de infante. En cambio, tan sólo en 2002, hubo 1 565 personas sometidas a proceso por este delito. Los estados donde se llevaron más procesos por esta causa, fueron: Estado de México, San Luis Potosí y Oaxaca.

Por otro lado, algunos datos relativos al Distrito Federal proporcionados por la Procuraduría General de Justicia de la entidad, indican que durante 2003 hubo un total de 18 menores de edad que fueron secuestrados en la ciudad.

Asimismo, esta Procuraduría atendió, entre 2000 y 2002, un promedio de 8 500 casos de violencia familiar por año. Durante el mismo lapso, reportó que 150 niños por año habían sido abandonados en el Distrito Federal. Ello quiere decir que tres niños son abandonados cada semana en los hospitales y otros lugares públicos de la ciudad. De hecho, 70% de ellos son abandonados en las calles. De entre los niños abandonados, 10% tienen alguna incapacidad, 40% son recién nacidos y 60% son niñas. De acuerdo con la Procuraduría los niños abandonados son, en muchos casos, producto de una violación.

Por lo que se refiere a delitos sexuales, entre 1997 y 2003 fueron denunciadas un total de 53 000 violaciones cometidas en contra de menores de edad en el país. Ello equivale a un promedio de 7 600 violaciones por año, es decir, 21 cada día.[9]

"El chorro de sangre que salía de entre sus piernas revelaba que Luisa no había sufrido una lesión accidental con la palanca de velocidades, como Víctor le ordenó que dijera, afirmó llorosa Ana, quien a sus 16 años espera un bebé, cuyo padre es el militar que violó e hirió a su hermanita de 8 años de edad". [10]

9 Datos proporcionados por Rafael Ruiz Harrell.
10 *El Universal,* 19-II-2002.

En cuanto a abusos sexuales, en 2002 hubo 1 161 personas consignadas por este delito en el ámbito nacional.

Asimismo, entre 1990 y 2001 hubo en el país 462 personas que recibieron una sentencia por el delito de incesto. Por corrupción de menores, en cambio, fueron sentenciadas 2 861 personas en México durante el mismo periodo.[11]

Por otra parte, en lo que se refiere a los delitos que se relacionan con la negligencia en contra de menores, hubo 747 personas sentenciadas por el delito de omisión de cuidados, en todo el país, entre 1996 y 2001.

Asimismo, por el delito de incumplir obligación alimentaria, fueron sentenciadas 1 389 personas entre 1999 y 2001, en tanto que 3 844 fueron sometidas a proceso por esta causa. Sin embargo, este delito lo reportan sólo unas cuantas entidades mientras que el de incumplir obligación familiar lo informan todas, siendo que, entre 1990 y 2001 hubo 12476 personas sentenciadas, mientras que 26 947 estuvieron sujetas a proceso por esta causa. Tan sólo en 2002 fueron presentadas por este delito 4 099 personas en todo el país.[12]

Maltrato institucional

El maltrato institucional a niños se define como "cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados y de la actuación de los profesionales al amparo de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño. Se incluye la falta de agilidad en la adopción de medidas de protección o recursos" (Horno y Santos 2001).

Un caso que resulta ilustrativo es el que citamos más arriba relativo a la niña de ocho años de edad que fue violada. Su hermana relató el recorrido que tuvieron que hacer para lograr que recibiera atención:

"Desde las 12 de la noche llevamos a mi hermana a un hospital de La Tolva en donde no la quisieron atender porque sangraba mucho. Luego nos fuimos al Centro de Justicia de Naucalpan, en donde tampoco la pudo ver un médico legista… Al Ministerio Público llegamos cerca de las 2 de la mañana. Ahí me querían dejar detenida porque decían que yo soy la amante del que la violó… A la pequeña la trasladaron durante la madrugada a la Cruz Roja, en donde tampoco la atendieron porque no había un médico especialista. Luego la trajimos aquí, –al Hospital Ruiz Castañeda, del Instituto de Salud del Estado de México– y no nos querían atender pese a que ya había perdido mucha sangre; nos mandaban al Hospital de la Mujer". [13]

De hecho, los casos de maltrato institucional a menores son, hasta donde sabemos, bastante frecuentes en nuestro país, no obstante que no existen estudios donde hayan sido documentados de manera sistemática. Existe, sin embargo,

11 El delito de corrupción de menores comprende a quien procure, facilite o induzca a un menor de 18 años de edad a cometer cualquier delito, mediante actos sexuales, o bien que lo induzca a la mendicidad, la prostitución, ebriedad, toxicomanía o algún otro vicio.

12 Es preciso señalar que los datos anteriores no abarcan todos los delitos en los que los menores de edad han resultado agredidos o violentados, sino sólo aquellos en los que el tipo delictivo en sí mismo indica que la víctima es un menor de edad. Ello quiere decir que seguramente se cometen en el país muchos más delitos en contra de menores que los señalados, sólo que las estadísticas de procuración de justicia no permiten saberlo en la medida en que no proporcionan información acerca de las víctimas.

13 *El Universal,* 19-II-2002.

información dispersa que permite suponer que se trata de un serio problema.

Un ejemplo que podríamos referir es el de la situación de los consejos tutelares para menores infractores, recientemente dada a conocer en un informe elaborado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Después de visitar los 54 establecimientos de este tipo que hay en México, el informe refiere que "se detectaron casos graves de sobrepoblación, golpes y maltratos, falta de clasificación y separación en áreas de tratamiento, nula motivación para participar en actividades educativas, inexistencia de actividades ocupacionales, insuficiencia de personal técnico, centralización de los establecimientos, carencia de servicio médico y de reglamentación interna, falta de áreas específicas para mujeres y sus hijos" (CNDH 2003).

Asimismo, el informe señala que en diversos centros para menores encontraron a los niños ubicados en celdas con rejas o puertas metálicas e inclusive en uno de ellos encontraron estancias con mallas metálicas que semejan jaulas para animales. En muchos centros, los menores se quejaron de recibir golpes y malos tratos por parte del personal de custodia y en un centro encontraron a algunos enfermos de varicela que permanecían encerrados en habitaciones sin ningún tipo de mobiliario.

Por lo que se sabe, es posible que en otras instituciones (albergues, hogares para niños de la calle, hospitales psiquiátricos, etc.) también existan situaciones de maltrato y abuso a niños, si bien no tan extremas como las descritas.

También en las instituciones educativas se conoce de casos de malos tratos y abusos sexuales, en ocasiones muy graves, no obstante que no existe información que permita conocer la magnitud del problema a escala nacional. En el Distrito Federal, por ejemplo, autoridades del sistema educativo informaron que, entre 2001 y 2002, hubo 54 casos de abuso sexual a niños que ocurrieron en las escuelas y que les fueron reportados. Asimismo, se tienen los datos siguientes sobre los casos de maltrato y abuso sexual a niños ocurridos en instituciones educativas del Distrito Federal durante 2003 y hasta mayo de 2004 (cuadro XI).

Cuadro XI. Expedientes iniciados por abuso sexual y maltrato a menores de edad, por nivel escolar. Distrito Federal, enero de 2003 a mayo de 2004

Nivel escolar	Total
Inicial	3
Preescolar	40
Primaria	158
Secundaria	126
Media Superior	30
Especial	13
Total general	**370**

Fuente: Sistema Electrónico de Atención Ciudadana de la Secretaría de la Función Pública, 2004

Como puede apreciarse, la mayoría (77%) de los casos reportados ocurrieron en los niveles de primaria y secundaria, los que ciertamente concentran a la mayor parte de la población escolar. El cuadro XII muestra el tipo de conductas que fueron reportadas.

Cuadro XII. Expedientes iniciados por abuso sexual y maltrato a menores de edad, por tipo de conducta. Distrito Federal, enero de 2003 a mayo de 2004

Conductas	Total
Hacer uso de violencia sin causa legítima	35
Maltrato y prepotencia	218
Abuso sexual	42
Acoso sexual	34
Conductas inmorales	13
Violación	1
Total general	**370**

Fuente: Sistema Electrónico de Atención Ciudadana de la Secretaría de la Función Pública, 2004

Aunque llama la atención que se considere que puede haber un uso legítimo de la violencia en las escuelas así como las categorías poco precisas que se emplean para tipificar los casos, pareciera que si los agrupamos resultaría que 74% se refiere a maltrato, quizás predominantemente físico, mientras que 26% hace referencia a agresiones de índole sexual.

Por otro lado, también ha habido casos ocurridos en escuelas de diferentes entidades de la República en las cuales los niños han sufrido de abusos sexuales motivados por fines comerciales, como lo muestra el siguiente recuadro.

En una escuela de la ciudad de Cuernavaca se descubrió que varios empleados, encubiertos por maestros y directores, utilizaron a 27 niños de entre 4 a 6 años de edad para elaborar material pornográfico que producían para comerciar en Estados Unidos de América (EUA). Los dueños de la escuela cuentan con denuncias previas por delitos sexuales en San Diego y Miami, y huyeron al estado de Florida. Casos semejantes de elaboración de material pornográfico para ser comercializado en EUA se han encontrado también en escuelas del Estado México, así como en Veracruz, Querétaro y el Distrito Federal.[14]

14 *El Universal*, 24-IV-99; *La Jornada*, 18-VIII-99.

Maltrato reportado por los niños en encuestas

Dado que a los registros oficiales llega siempre sólo una pequeña proporción de los casos de maltrato infantil que realmente ocurren, en numerosos países se elaboran estudios y se levantan encuestas que permiten tener un panorama más completo acerca del fenómeno. Por estos estudios se sabe que, cuando se pregunta a los propios niños, los porcentajes en que refieren maltrato resultan ser considerablemente más elevados que cuando se pregunta a los adultos.

En México ha habido dos ejercicios recientes de consulta a niños y adolescentes que se han emprendido de manera paralela a las elecciones federales y legislativas en los años 2000 y 2003, los cuales han arrojado los datos más importantes y representativos con los que se cuenta hasta ahora para poder estimar la magnitud del maltrato infantil en México. En la consulta del año 2000, en la que participaron 4 000 000 de niños, niñas y adolescentes de entre 6 a 17 años de edad, a la pregunta ¨me tratan con violencia¨ respondieron lo siguiente (cuadro XIII):

Cuadro XIII. Me tratan con violencia

Ámbito	% de niños y niñas de 6 a 9 años de edad	% de niños y niñas de 6 a 9 años de edad
Familia	28	28
Escuela	32	32
Lugar donde vivo	(no se preguntó)	(no se preguntó)

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

Las cifras son sumamente elevadas y preocupantes, ya que casi una tercera parte de los niños y niñas de 6 a 9 años de edad señaló que es tratado con violencia tanto en su familia como en la escuela (Azaola 2003)[15]. Es decir, dado que en el año 2000 había, en números redondos, 9 000 000 de niños y niñas de 6 a 9 años de edad, esto significa que, tan sólo entre los de esa edad, casi 3 000 000 dijeron que estaban siendo tratados con violencia en su casa y en la escuela.

De igual modo, casi una tercera parte de los niños y niñas de esa edad reportó abusos de autoridad por parte de su familia mientras que poco más de la tercera parte los reportó en su escuela y en el lugar donde viven, como se aprecia en el cuadro XIV.

15 Estas cifras resultan muy elevadas, especialmente si se las compara con las que se han obtenido con instrumentos similares en otros países.

Cuadro XIV. Abusan de su autoridad

Ámbito	% de niños y niñas de 6 a 9 años de edad	% de niños y niñas de 10 a 13 años de edad
Familia	28	17
Escuela	36	20
Lugar donde vivo	36	27

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

Son también preocupantes algunas diferencias que se reportaron entre el medio rural y el urbano y entre los sexos. La percepción del maltrato en la familia es más acentuada (35%) entre los niños de 6 a 9 años de edad que viven en el medio rural que en el urbano (27%). De igual forma, en las escuelas de cada 4 niñas de 6 a 9 años de edad se sienten maltratadas en el ámbito urbano, mientras que en el rural es 1 de cada 3.

Asimismo, los niños de entre 6 a 9 años de edad que viven en ámbito rural perciben que, frente a un desacuerdo, los adultos recurren a los insultos o golpes en un porcentaje más elevado que los niños del ámbito urbano, como se aprecia en el cuadro XV.

Cuadro XV. Los adultos recurren a golpes o insultos, según los niños de 6 a 9 años de edad

Ámbito	% Rural	% Urbano
Familia	33	26
Escuela	31	22

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

También son los niños de 6 a 9 años de edad, del medio rural, los que refieren recibir mayor violencia por parte de sus pares (cuadro XVI).

Cuadro XVI. Los niños más grandes se aprovechan o sacan ventaja de los más chicos

Ámbito	% Rural	% Urbano
Familia	39	27
Escuela	43	35

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

Entre los niños de 10 a 13 años disminuyeron los porcentajes de quienes refirieron que son tratados con violencia. Sin embargo, de nueva cuenta, un mayor porcentaje de niños del medio rural de esta edad reportó sufrir violencia (cuadro XVII).

Cuadro XVII. Me tratan con violencia (niños de entre 10 a 13 años de edad)

Ámbito	% Rural	% Urbano
Familia	12	9
Escuela	15	12
Lugar donde vivo	15	13

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2000. Consulta Infantil y Juvenil

Por lo que se refiere a los resultados que se obtuvieron en la Consulta efectuada en 2003, en la que participaron 3 000 000 de niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años de edad, los niños de 6 a 9 años de edad volvieron a reportar cifras más elevadas de maltrato que los de mayor edad (cuadro XVIII).

Cuadro XVIII. Maltrato en la familia y en la escuela (niños de 6 a 9 años)

Ámbito	Me pegan %	Me insultan %	Abusan de mi cuerpo %
Familia	28	14	3.5
Escuela	16	16	3.5

Fuente: Instituto Federal Electoral. 2003. Consulta Infantil y Juvenil

Las anteriores son las cifras que corresponden al promedio nacional. Los estados que se distinguen por tener los más elevados porcentajes de maltrato son: Guerrero, Oaxaca, Michoacán, Chiapas, Durango y Nayarit. Los dos primeros se distinguen porque obtuvieron los índices más altos de maltrato de todos los tipos al interior de la familia. En la escuela, los estados que reportaron los índices más altos de maltrato son: Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Guanajuato y Durango.

Por lo que toca a las características más frecuentes de los padres de los niños que maltratan, se encontraron: que son menores de 20 años o tienen entre 20 y 30 años de edad y que no tienen escolaridad o tienen sólo la primaria. De ahí que los resultados de la Consulta, señalen: "Aparentemente, a medida que se incrementa el nivel de escolaridad y la edad de las madres y padres, existen mejores condiciones en la familia para enfrentar la crianza y resolver los conflictos sin recurrir a golpes e insultos". No obstante, refieren que encontraron un ligero incremento en el maltrato entre los hijos de padres que cuentan con nivel de posgrado (IFE 2003).

Otro dato que llamó la atención es que el abuso sexual fuera reportado ligeramente por más niños que niñas y también que, de nueva cuenta, fueran los niños más pequeños los que más dijeran haberlo sufrido. Destaca que un porcentaje significativo (12%) de los niños que reportaron esta clase de abuso dijeron que no asisten a la escuela. Ello, sobre todo, si se compara con el porcentaje de niños que dijeron no asistir a la escuela y no haber recibido esta clase de abusos (3.3%). Entre los que sí van a la escuela y reportaron este tipo de abuso, 3.5% van a una escuela pública y 2.7% a una privada.

Los padres de los niños que dijeron haber sido sexualmente abusados tienen, por lo general, más baja escolaridad, consumen con mayor frecuencia alcohol o drogas y sus hijos son los que en mayor proporción dijeron que sus padres no los quieren.

Al preguntarles a los niños por qué piensan ellos que los maltratan, 40% respondió que se debe a que sus padres tienen problemas y se desquitan con ellos; 23% a que sus padres consumen alcohol o drogas y 22% a que sus padres no los quieren.

Y, sobre qué pueden hacer los adultos para no maltratar a los niños, estos últimos respondieron: que aprendan a respetarnos, 50%; eliminar la violencia en la televisión, 37%; que las autoridades nos defiendan, 30% y que existan lugares donde los niños puedan pedir ayuda, 29%.

Otra encuesta, que levantó el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el Distrito Federal en el año 2000, confirma los datos obtenidos en la Consulta Infantil y Juvenil. En efecto, la encuesta también señala que la violencia está presente en uno de cada tres hogares de la zona metropolitana de la Ciudad de México, es decir, en 1 400 000 de hogares.

De hecho, en 99% de dichos hogares se reportó violencia emocional; en 16% intimidación; en 11% violencia física y en 1% abuso sexual. La encuesta informó, asimismo, que 45% de las víctimas fueron los hijos y 39% los cónyuges, en tanto que 50% de los agresores fueron los jefes de familia y 44% su cónyuge.

Un dato que resulta preocupante es que 88% de los entrevistados hubiera referido que consideran a la violencia en la familia como un asunto privado. Ello revela, cuando menos, un gran desconocimiento acerca de las leyes que prohiben la violencia en la familia o, en el peor de los casos, que estas prácticas siguen gozando de un alto nivel de aceptación social.[16]

16 En el Distrito Federal, la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar fue aprobada por la Asamblea Legislativa en 1996 y reformada en 1998 y 2001. En su última reforma, el Artículo 3° estipula que "se entiende por violencia familiar todo acto u omisión intencional de un miembro de la familia contra otro, que atente contra su dignidad, su libertad, su integridad –física, psíquica o sexual o su patrimonio–, aún cuando no se produzca un resultado material e independientemente del lugar donde suceda." Otras diecinueve entidades de la república también han aprobado leyes para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar y el resto cuenta con iniciativas de ley o bien ha efectuado otras modificaciones a sus Códigos Civiles y de Procedimientos Penales.

A continuación resumiremos los datos más importantes que hemos expuesto en los incisos anteriores y a partir de los cuales nos será posible formular enseguida algunas conclusiones y recomendaciones.

Principales datos

- Entre los casos de maltrato infantil que atiende el DIF, la mayor proporción (32%) corresponde a casos de maltrato físico. Le siguen en orden de importancia numérica la omisión de cuidados (23%) y el maltrato emocional (20%).
- Durante 2002, el sistema de salud atendió a 1 775 menores de 14 años de edad por lesiones ocasionadas por violencia familiar, así como a 8 305 por lesiones provocadas por actos de violencia ocurridos fuera de la familia. También, a 7 076 que sufrieron lesiones por causas no especificadas y a 1 957 por lesiones autoinfligidas. En conjunto, entonces, el sistema de salud atendió a 19 113 menores de 14 años de edad por hechos de violencia durante 2002.
- En algunas entidades, las tasas de suicidio entre menores se han triplicado durante los últimos años, superando, en algunos casos, las tasas de muerte por homicidio.
- En el Distrito Federal, cada semana han sido abandonados, en promedio, tres niños durante el periodo 2000-2002.
- Han sido violados diariamente en el país 21 menores de edad, durante el periodo 1997-2003.
- Fueron sentenciadas por incumplir obligaciones familiares 12 476 personas, durante el periodo 1990-2001.
- Según los resultados de la Consulta Infantil y Juvenil realizada en el país en 2000, el 28% de los niños y niñas de entre 6 a 9 años de edad dijeron que son tratados con violencia en su familia, y 32% en sus escuelas. La violencia reportada por los niños y niñas fue mayor en todos los casos entre los del medio rural que en el urbano.
- En la Consulta efectuada en 2003, de nueva cuenta 28% de los niños y niñas de 6 a 9 años (es decir, 3 000 000 de entre los de esa edad) dijeron que en su casa los golpean y 16% (1 500 000) señalaron que lo mismo ocurre en sus escuelas. Asimismo, 3.5% de los niños y niñas (105 000) dijeron que han sufrido abusos sexuales tanto en su casa como en la escuela.

Conclusiones

México tiene niveles de violencia en contra de los niños y las niñas que superan considerablemente los de los países desarrollados. Ello significa que requiere redoblar sus esfuerzos para diseñar una política que enfrente de manera integral el problema. En dicha política deberán confluir y articularse de manera coordinada tanto el sector de salud como el educativo, el de protección a la infancia, el de justicia y el de los organismos de la sociedad civil.

Los datos que hemos expuesto nos confrontan con un escenario que no podría explicarse sin que existiera un alto nivel de tolerancia para la violencia que se ejerce en contra de los niños y de las niñas en nuestro país. La imposición de castigos físicos o el maltrato verbal, por ejemplo, siguen siendo prácticas cotidianas que gozan de niveles altos de aceptación, por lo que deberán empeñarse mayores esfuerzos tanto para desterrar estas prácticas como para promover formas de trato no violentas y respetuosas de la dignidad de los menores de edad. En este sentido, resultan significativos los altos niveles de violencia reportados por los menores

de edad en las consultas efectuadas de forma paralela a las elecciones, tanto en el ámbito familiar como en el escolar. Al mismo tiempo, destaca la notoria desproporción del escenario que se dibuja tras estos datos, respecto del que es posible trazar con los que son captados por los distintos registros oficiales.

Entre los fenómenos más preocupantes y que requieren de los esfuerzos coordinados de todos los sectores, se encuentran tanto las altas tasas de muerte por violencia así como el incremento que han tenido las tasas de suicidio entre los menores de edad en nuestro país. Ello sin olvidar que, como lo ha mostrado claramente el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OPS/OMS 2003), por detrás de los casos más extremos que ocasionan la muerte, siempre existen muchos más que, aunque resulten menos visibles y menos dramáticos, implican dosis cotidianas de dolor que causan severos daños y disminuyen de manera drástica las posibilidades de una vida sana y plena. De igual modo, no por tratarse de un fenómeno frecuente dejan de preocupar los casos de negligencia o de omisión de cuidados así como los de abandono.

No debe olvidarse que, como lo han señalado prácticamente todos los estudios, la violencia hacia los niños y las niñas tiene consecuencias funestas que imponen grandes costos. En primer lugar porque les coarta o limita sus potencialidades para alcanzar un desarrollo pleno, pero también y de manera irremediable, al provocar daños en su capacidad para vincularse de manera sana. Más temprano que tarde aquellos que se hayan más próximos se ven afectados al igual que la comunidad y la sociedad, los que, de una forma u otra, habrán de pagar el costo de su desamor, su descuido o su indiferencia.

Recomendaciones[17]

1. Elaborar, ejecutar y supervisar un plan de acción de carácter integral y nacional para prevenir todo tipo de violencia en contra de los niños y las niñas. Este plan deberá contar con el consenso y estipular los mecanismos de coordinación entre los sectores de salud, protección a la infancia, educación y justicia, así como deberá establecer las tareas específicas que cada uno habrá de desarrollar. Asimismo, deberá contar con metas y mecanismos de evaluación precisos.

2. Diseñar programas de prevención y atención específicos para las zonas rurales de los estados donde los menores de edad han reportado los niveles más altos de maltrato.

3. Adoptar las medidas necesarias para ampliar y profundizar los conocimientos que se tienen acerca del fenómeno de la violencia hacia los niños y las niñas en nuestro país y poner estos conocimientos al alcance del personal de los distintos sectores que atienden o reciben denuncias de estos casos. Asimismo, se requiere incrementar la capacidad que este personal tiene para recolectar y registrar adecuadamente los datos.

4. Mejorar tanto la cobertura como la calidad de los servicios que brindan atención a los niños y niñas víctimas de violencia e integrar en los mismos la perspectiva de género.

5. Promover y supervisar el estricto cumplimiento de las leyes nacionales y de los trata-

17 Algunas de las recomendaciones han sido elaboradas a partir de las propuestas por el Informe Mundial sobre la Violencia (OPS/OMS 2003), así como por: Un México apropiado para la infancia y la adolescencia (Gobierno de la República 2002). Ello, con el fin de subrayar las coincidencias con dichos informes y evitar la dispersión de los esfuerzos y los compromisos institucionales.

dos internacionales que protegen a los niños y a las niñas en contra de todas las formas de violencia.

6. Emprender, como ya se ha hecho en otros países, investigaciones cuidadosas que arrojen luz sobre la proporción de muertes o lesiones en menores de edad que, habiendo sido etiquetadas como accidentales o cuya causa se desconoce, han sido en realidad provocadas de manera intencional como resultado de actos de violencia.

7. Adoptar las medidas necesarias para que las instituciones de salud apliquen en todos lo casos que se requiera la *Norma Oficial Mexicana* relativa a los *criterios para la atención médica de la violencia familiar*. Ello contribuiría a mejorar la cobertura y la calidad de los registros de todos los casos de maltrato infantil que conocen estas instituciones. Al mismo tiempo, deberá explorarse la posibilidad de crear un registro semejante para los casos que se conocen en el ámbito educativo, sea que tengan origen en éste o en la familia.

8. Promover y difundir de la manera más amplia, particularmente a través de los medios y del sistema educativo, el Sistema Nacional de Orientación y Canalización Telefónica para Mujeres, Niñas y Niños en Situación de Violencia, servicio que proporciona apoyo emocional, intervención en crisis y asesoría médica y legal las 24 horas durante los 365 días del año, a través de la línea telefónica 01-800-911-25-11.

9. Diseñar estrategias multidimensionales dirigidas a contrarrestar los casos de negligencia, ya que en ellos confluyen factores sociales, económicos, psicológicos y médicos que comprometen la habilidad de los responsables del niño o de la niña para satisfacer plenamente sus necesidades (Perry, Colwell, Schick 2002). Cualquier estrategia de intervención que contemple una sola de las medidas indicadas, tendrá resultados escasos.

10. Diseñar, ejecutar y supervisar un sistema de coordinación entre instituciones públicas y privadas para promover una mayor eficacia de las acciones en beneficio de las niñas y niños maltratados.

Referencias

Arango-Durán A, Lara C. 2003. Delitos contra la salud en México, 1985-2001. En: Instituto Nacional de Ciencias Penales. Sistema de Información Delictiva: la estadística de Seguridad Pública en México. México, DF: INACIPE. Disponible en: http://www.seguridadpublicaenmexico.org.mx+Arango+A,+Lara+C+sistema+de+informacion+delictiva+Inacipe+2003.

Azaola E. 1998. Prostitución infantil. En: IV Informe Sobre los Derechos y Situación de la Infancia en México. México, DF: Colectivo Mexicano de Apoyo a la Niñez: 297 - 315.

Azaola E. 2001. El delito de ser mujer. 2ª. edición. México, DF: Plaza y Valdés.

Azaola E. 2003. Violencia intrafamiliar y maltrato infantil. México, DF: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Belsey MA. 1993. Child abuse: Measuring a global problem. World Health Stat Q 46(1).

Bisig NE, Laje MI. 2000. Abandono de menores. Un enfoque jurídico-sociológico. Uruguay: Instituto Ayrton Senna.

Clark RE, Freeman-Clark J, Adamec C. 2001. The encyclopedia of child abuse. 2nd Edition. Nueva York (NY): Facts on File:203-8.

Comisión Nacional de Derechos Humanos. 2003. Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de los internos en los centros de menores de la República Mexicana. México, DF: CNDH; 8 de julio de 2003.

DePanfilis D, Salus MK. 1992. A coordinated response to child abuse and neglect: A basic manual. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect. Disponible en: http://www.calib.com/nccanch/pubs/usermanuals/basic/.

Domínguez RZ, Nelke CF, Perry BD. 2002. Child sexual abuse. En: Encyclopedia of crime and punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; vol. 1: 202-7.

Garbarino J. 1998 August. Psychological maltreatment is not and ancillary issue. Brown University Child Adolesc Behav Lett 14(8):2-4.

Gelles RJ. 1990. Methodological issues in the study of family violence. En: Straus, Gelles, Ed. Physical violence in American families. New Brunswick (NJ): Transaction Publishers.

Gelles RJ. 2001. Child abuse - An overview. En: Clark RE, Freeman-Clark J, Adamec C. 2001. The encyclopedia of child abuse. 2nd Edition. Nueva Cork (NY): Facts On File: XI-XXIV.

Gobierno de la República. 2002. Un México apropiado para la infancia y la adolescencia. Programa de Acción 2002-2010. México, DF: Gobierno de la República.

González G, Azaola E, Duarte P, Lemus JR. 1993. El maltrato y el abuso sexual a menores. Una aproximación a estos fenómenos en México. México, DF: UAM - UNICEF – COVAC: 26-7.

Híjar-Medina M *et al*. 1994. Mortalidad por homicidio en niños. México 1979-1990. Salud Publica Mex 36:529-537.

Hobbs CJ, Hanks H, Wynne JM. 1999. Child abuse and neglect: A Clinical's Handbook. 2d ed. Nueva York (NY): Churchill Livingstone.

Horno-Goicoechea P, Santos-Núñez A. 2001. Abuso sexual infantil. Madrid: Save the Children: 14-7.

Instituto Federal Electoral. 2000. Análisis estadístico de los resultados de la consulta infantil y juvenil 2000 (base de datos). México, DF: IFE.
Disponible en: http://www.ife.org.mx/InternetCDA/BibliotecaVirtual/index_deceyec.jsp.

Instituto Federal Electoral. 2003. Consulta infantil y juvenil 2003. Resultados finales de opinión. México, DF: IFE.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2000. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México, DF: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)/Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). 1999. Encuesta Nacional de Empleo. México, DF: INEGI.

Ireland TO. 2002. Child maltreatment. En: Encyclopedia Crime & Punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; vol. 1:185-91.

Newell P. 1999. Niños y violencia. En: UNICEF. Innocenti Digest. Florencia, Italia: UNICEF: 5, 15.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas, de la Organización Mundial de la Salud. 2003. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, DC: OPS/OMS.

Perry BD, Colwell K, Schick S. 2002. Child neglect. En: Encyclopedia Crime & Punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; vol. 1:192-6.

Perry BD, Mann D, Palker-Corell A, Ludy-Dobson C. 2002. Child physical abuse. En: Encyclopedia crime & punishment. Thousand Oaks: Sage Publications; vol. 1:197-201.

Programa de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. 2001. Child deaths by injury in rich nations. Florencia: UNICEF Innocenti Research Centre; Innocenti Report Card 2.

Programa de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. 2002. Estado mundial de la Infancia. Nueva York (NY): UNICEF.

Programa de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. 2003. Child maltreatment deaths in rich nations. Florencia: UNICEF Innocenti Research Centre; Innocenti Report Card 5.

Secretaría de Educación Pública. 2000. Estadísticas: ciclos escolares 1991-1992, 1999-2000. México, DF: Secretaría de Educación Pública. Disponible en: http://www.sep.gob.mx/wb2/sep/sep5691_mijas.

Secretaría de Salud. 2000. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000.

Trejo J, Loredo-Abdalá A, Castilla-Serna L. 2002. Diagnóstico de maltrato físico en niños: indicadores clínicos y sociales. Acta Pediatrica Mex 23(4):261, 413.

Trejo J, Pérez J, Loredo-Abdalá A. 2002. Síndrome de Münchausen por poder. Enfermedades inducidas y/o fabricadas en el niño por un adulto. Comportamiento clínico de los menores y sus perpetradores. Acta Pediatrica Mex 23(6):412-3.



Capítulo III

La violencia en la construcción de escenarios de salud en la población joven

Capítulo III

La violencia en la construcción de escenarios de salud en la población joven

Luis Botello
Lonngi

Introducción

En la experiencia cotidiana de la población joven están presentes íconos, discursos y prácticas sociales que indican que conviven frecuentemente con la violencia sin que la mayor parte de las veces la llamen de este modo. Nombres de calles, monumentos, homenajes oficiales, himnos nacionales, actos chauvinistas, etcétera comúnmente están o estuvieron marcados por acciones violentas donde la dominación/subordinación es el común denominador.

Los juicios hacia la violencia son contradictorios. Por una parte, se le justifica si las razones que la motivan son socialmente admirables, dignas, necesarias, encomiables... como con frecuencia lo han sido, por ejemplo, las guerras "justas", las guerras de independencia o las guerras preventivas. Dependiendo del lugar en el que se esté situando la violencia puede tomar múltiples matices, entre ellos que se le perciba como genocidio o, por el contrario, como un acto libertario. Pero puede resultar ilegible o hasta ofensivo que alguien nos critique o desapruebe por admirar expresiones de nuestro contexto que están marcadas por la violencia. Es probable que no estemos de acuerdo con esas críticas y que sintamos que nos invaden nuestra persona y colectividad, ya que son parte de las bases a partir de las cuales nos hemos formado como sujetos, y la propia percepción de lo que somos tiene estrecha relación con estos parámetros. Además, en este mismo proceso es común que hayamos aprendido a nombrar todo ello de una forma socialmente aceptable.

Ésta es una de las primeras condicionantes a partir de las cuales los jóvenes incorporan lentes con los que observan diferentes prácticas violentas –las propias y las de los demás–. Un aspecto que hace más complejo este fenómeno radica en que también hemos aprendido que éticamente la violencia es justificada. Sí, aprendemos que bajo ciertas circunstancias se justifica. Este aprendizaje proviene desde el Estado mismo, el cual tiene el derecho formal para ejercerla; es considerado el aparato legítimo para ello, basándose principalmente en el criterio ético de "evitar un mal mayor."

Este proceso social amplio está interrelacionado con los espacios microsociales concretos en la vida de los jóvenes, no sólo en la relación que se crea entre los sujetos y el Estado, sino entre los propios sujetos que interactúan cotidianamente con base en patrones específicos de relación. Por ejemplo, que un joven evalúe una determinada práctica cotidiana agresiva como "necesaria y útil" para el otro, puede estar vin-

culada con coordenadas con las que se evalúa una práctica a escala más amplia. Un ejemplo de ello es el hecho de justificar la agresión de un sujeto frente a otro o de un grupo frente a otro, considerando que se hace por el bien del agredido.

Al mismo tiempo los jóvenes se ven influenciados por diferentes circunstancias de su realidad inmediata interpersonal, por ejemplo, si observan violencia entre sus padres y hermanos, si el logro de los objetivos o metas de las personas de su entorno está asociada a la violencia y a la agresión, si se sienten presionados por sus grupos de amigos a ser agresivos, etcétera. Estos fenómenos nos indican que se van conformando formas de evaluar las propias prácticas y las de los otros.

Al analizar diferentes maneras en las que se expresa la violencia se mantiene un común denominador: que en la violencia están presentes condiciones de asimetría entre los sujetos.

No obstante, la reflexión acerca de la violencia no nos debería sugerir la idea de un decreto; afirmaciones definitivas que dejan la sensación de que lo único que hace falta es que el resto de las personas las entendamos. Más bien, lo que sucede es que la violencia es un término arbitrario que intenta dar cuenta de una multitud de prácticas de los sujetos, pero que hasta ahora conceptual y metodológicamente no hay una respuesta satisfactoria que dé cuenta de la amplitud, alcances y límites de lo que abarca este término y de lo que se quiere decir a través este concepto. Esta realidad, no debería extrañarnos, ya que incluso surgen problemas para distinguir nítidamente la violencia de otras prácticas que desarrollan los sujetos para el logro de objetivos y de sentirse partícipes activos de su entorno (sin que estos logros y participación activa de su vida estén, por ejemplo, vinculados a la dominación o al control sobre otro). Esto, por supuesto, no quiere decir que no se tenga una posición respecto al tema; más bien, de lo que se trata es de no colocarse en lugares engañosamente seguros donde se tiende a simplificar las concepciones sobre la violencia y analizarlas de manera lineal; y sobre todo, que se corre el riesgo de no identificar y problematizar aspectos importantes tales como: la violencia está entrelazada y sostenida por aspectos valorados para muchos sujetos. La violencia habita componentes importantes de identidad en algunos sujetos. Es una falsa dicotomía moderna clasificar tajantemente a las personas como "violentas" y "no-violentas", ya que es frecuente encontrar componentes híbridos que nos constituyen como personas, y que dan cuenta de que es posible la coexistencia, paradójica, de la violencia con, por ejemplo, aspectos democráticos en nuestra vida, etcétera.

Si analizamos diferentes componentes de la salud en la población joven se observa que ahí se despliegan prácticamente todas las formas de violencia. En este capítulo hemos seleccionado algunos de estos escenarios para dar cuenta de cómo la violencia se hace presente. Analizamos la violencia que se produce desde un escenario estructural donde se observan aspectos más globales de orden macrosocial, hasta aspectos como la violencia en el noviazgo, la que se enmarca en la esfera relacional cara a cara. Hemos retomado el rango de edad que sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) para definir a la población joven: 10 a 29 años. Un elemento importante es que en varios escenarios incluimos un análisis de la construcción de la masculinidad que nos permite mirar otros ángulos de este fenómeno.

Primer escenario: violencia estructural, pobreza y salud vistas desde la realidad de la población joven

La violencia estructural está definida como aquella que se produce por los grandes desequilibrios económicos y sociales en los países y regiones, y que tiene efectos objetivos como la exclusión y marginación de sectores de la población, lo que se muestra, entre otros aspectos, por las diferencias importantes en el acceso a los recursos y en la calidad de vida de las personas. La pobreza existente en países en desarrollo como México debe ser entendida como efecto de la desigualdad estructural que produce y mantiene desequilibrios en diferentes ámbitos vitales. La asimetría es la condición base que define a cualquier tipo de violencia; la pobreza es un ejemplo drástico de ello, de un desequilibrio estructural continuo donde parte de la "herencia" otorgada a las nuevas generaciones incluye un bono significativo de violencia estructural.

Una de las expresiones más evidentes de esta violencia estructural en México son las condiciones materiales y el acceso a recursos y oportunidades en la cotidianidad de las mujeres y hombres jóvenes. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y Mexfam (CONAPO 2004, FMPF 2002),en nuestro país los jóvenes son considerados, junto con las mujeres, los sectores más pobres de la población; de hecho, para los jóvenes la pobreza es el problema que reconocen como el más importante que tiene México (ENJ 2000). Las condiciones en las que viven los jóvenes indican que son objeto de la violencia estructural con consecuencias en diferentes ámbitos importantes como el de la salud.

En México, entre 35 a 40% de jóvenes de entre 15 a 19 años de edad viven en hogares de extrema pobreza (Santos-Preciado 2003). Si se toma como referencia la bibliografía sobre los efectos de la inadecuada nutrición en la población se puede afirmar que cuando la pobreza no mata en los primeros años de vida, en la adolescencia y juventud hace más susceptible a los sujetos de mantenerlos en estado de desnutrición, lo que disminuye las posibilidades del desarrollo óptimo de sus capacidades haciéndolos más proclives a la dependencia y subordinación. En el estudio más reciente del Instituto Mexicano de la Juventud (ENJ 2005) se menciona que la población joven ingiere solamente "alguna vez a la semana" alguno de estos alimentos: fruta, verdura, cereal, carme roja o blanca. En la zona sur y en la zona norte del país existen índices importantes de anemia entre las mujeres jóvenes a partir de los 12 años de edad: 23.3% en la zona sur y 22.3% en la zona norte (INEGI 1999). En el grupo de mujeres en edad fértil (12 a 49 años de edad) que incluye a gran parte de la población joven, los hallazgos de la encuesta mostraron consumos dietéticos deficientes de zinc, vitamina A, hierro, folato y vitamina C (Santos-Preciado 2003). En la población de 12 a 19 años de edad se reportan en el país más de dos millones de adolescentes de ambos sexos con anemia.6 En este mismo estudio se afirma que la nutrición es una de las determinantes del desempeño físico, mental, de la productividad, del rendimiento intelectual y de capacidad para el trabajo.

Además de tomar en cuenta los diferentes hábitos alimenticios fuertemente ligados a costumbres regionales y locales, no debemos perder de vista que estos datos indican que la población joven en México no se nutre con una dieta mínima para un desarrollo óptimo.

Otro aspecto en el que la violencia estructural afecta a los jóvenes radica en dos de los aspectos centrales para el desarrollo y movilidad social de los sujetos: la instrucción y el empleo. Según datos de la Conferencia Económica para América Latina (CEPAL 2004) los dos principales

problemas que enfrenta la población joven (10 a 29 años de edad) en México son el desempleo y subempleo, por una parte, y la deserción escolar y la baja calidad educativa, por la otra –en ese orden de importancia–. En particular, los jóvenes de 15 a 17 años de edad son el sector que presenta el más alto índice de deserción escolar (42.4%), lo que nos habla de un rango de edad crucial de ruptura para hombres y mujeres jóvenes en sus posibilidades de desarrollo. Estas edades casi coinciden con aquella en la cual los jóvenes tienen su primer trabajo –se concentra entre los 17 y 18 años–, tanto para mujeres, como para hombres; no obstante, la mitad de ellos y ellas comienzan su vida productiva entre los 13 y 16 años de edad.

Los jóvenes de 12 a 29 años de edad que han trabajado son prácticamente la mitad (49.5%) y lo hacen en condiciones de desventaja. El 58.3% de los jóvenes que trabajan no cuenta con un contrato laboral (ENJ 2005), incluso aquellos que cumplen con 40 horas o más de jornada laboral.5 El trabajo al cual se incorporan es mayoritariamente de tiempo completo (56%) lo cual limita sensiblemente la continuidade escolar de los jóvenes.

Para los hombres y las mujeres jóvenes la mayor razón por la que consideran que están sin trabajo es "porque no hay empleo" en el país. No obstante, el empleo y el desempleo parecen repercutir de manera diferente en, por ejemplo, algunos aspectos de la salud mental de mujeres y hombres jóvenes. La etapa entre los 14 y 27 años de edad es aquella en la cual aparecen por primera vez la mayoría de los trastornos psicológicos, en especial los relacionados con la ansiedad, el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas, al igual que los trastornos afectivos. En la literatura especializada se registra que para las mujeres jóvenes el desempleo repercute fundamentalmente en estados de depresión, mientras que en los hombres jóvenes su efecto se observa en la baja autoestima y el abuso de alcohol. En un estudio realizado en el estado de Chiapas, en México, con jóvenes de 11 a 15 años de edad se encontró que una variable muy asociada a la posibilidad de padecer depresión en los varones fue el temor a perder el empleo. En el caso de las mujeres, aquellas que dijeron no contar con vivienda propia tuvieron una probabilidad significativamente mayor de padecer depresión, en comparación con las que temían perder el empleo (Cantoral 2002).

La violencia estructural que afecta a los jóvenes a partir del acceso al empleo está articulada con componentes de género. En México, para los hombres jóvenes "ser trabajador" es la primera referencia de definición de sí mismo, mientras que para las mujeres jóvenes "ser mujer" es la referencia de autoidentificación más importante (ENJ 2000). En este sentido,9 afirma que "se es mujer y se es madre", "se es trabajador y se es hombre". Siguiendo los hallazgos de esta encuesta juvenil podemos afirmar que "trabajar" –desde una concepción de ser proveedor de otros y "cabeza de familia"- es un mandato que todavía está fuertemente incorporado entre los varones jóvenes. Por su parte, para las mujeres el mandato de género tradicional de ser cuidadora de otros –trabajo no asalariado– sigue influyendo en una parte importante de las jóvenes: 15.3% de las mujeres que dejan la escuela no buscan trabajo porque se espera de ellas –y de hecho lo hacen– que se queden en casa al cuidado de un familiar (ENJ 2005).

Un tercer aspecto ligado fuertemente a la violencia estructural es la migración juvenil. En México las tasas de desempleo son más altas entre la población joven que en el resto de la población (Negrete-Prieto 2001). Las estimaciones indican que el número anual de nuevos "demandantes de empleo" –potenciales migrantes– seguirá siendo muy significativo en los próximos años, con una oscilación de 1 a 1.2 millones de personas (CONAPO 2004). También se indica que más de 28% de los migrantes a

Estados Unidos de América (EUA) tienen entre 15 y 24 años de edad, en su gran mayoría son solteros, con una escolaridad promedio de 7.1 grados aprobados. Si tomamos estas cifras crudamente se tendrán potencialmente cerca de 112 000 jóvenes migrantes anualmente, toda vez que del millón de personas demandantes de empleo cerca de 400 000 son quienes sí cruzan cada año la frontera.

Si bien la migración juvenil es un fenómeno complejo que incluye las diferencias de la migración interna y la externa, por diferencias importantes por género, por los contrastes de la migración proveniente de las zonas rurales y urbanas, por la migración temporal y permanente, etcétera, los jóvenes en condición de migración están en seria desventaja y se ven expuestos a diferentes riesgos, entre los que destacan: las mujeres jóvenes son susceptibles de ser forzadas a intercambios sexuales desde el trayecto mismo, con probabilidad de infecciones de transmisión sexual, embarazos involuntarios y abortos en condiciones sanitarias inadecuadas y, en varias ocasiones, a formar parte de redes de explotación sexual. Mientras que los varones, que siguen siendo el porcentaje más alto de la población migrante, modifican diversas prácticas sexuales lo que repercute en problemas de salud sexual y reproductiva, ya que se reporta que aumentan las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, con implicaciones importantes en su salud y en la de su pareja.

Tanto para mujeres como para hombres jóvenes migrantes el acceso a los servicios de salud es prácticamente inexistente, lo que eleva el grado de vulnerabilidad en la salud para este sector de la población. La población joven en condición migrante hace evidente la falta de respeto a sus derechos humanos, en general, y al derecho a la salud, en particular. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México (OACNUDH 2003) afirma que la migración afecta a quienes se desplazan, porque facilita abusos, discriminación y malas condiciones de trabajo, vivienda y salud, lo cual, junto con el desarraigo y la inseguridad, puede generar o agudizar problemas de salud mental; al tiempo que potencialmente puede contribuir a la expansión de enfermedades infecciosas.[1] Por ello se afirma que la migración es un factor de riesgo para la salud de la población (SS 2006); en especial esto se evidencia en lo referente a la salud reproductiva de la población joven.

Segundo escenario: la violencia y su vínculo con las enfermedades y muertes de jóvenes

La forma de morir y de enfermar de las mujeres y hombres jóvenes muestra aspectos importantes de cómo está conformada la calidad y estilo de vida en este sector de la población. Si bien, como afirma el CONAPO (CONAPO 2006) uno de los logros sociales más importantes en México ha sido el descenso de la mortalidad y de la morbilidad en la población en general,[2] las defunciones y enfermedades entre la población joven muestran que muchas de ellas están estrechamente relacionadas con conductas y situaciones de riesgo que son previsibles, por tanto se podrían desarrollar diferentes estrategias para evitarlas. En este sentido,

1 Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México, 2003. Estrategia de Cooperación con México de la OPS/OMS para el periodo 2005-2009.

2 En 1970 la mortalidad era de 10.0 por mil habitantes, mientras que para 2004 se estimó en 4.5. OMS/OPS 2005. Estrategias de cooperación.

analizar la información por sexo nos permite identificar posibles vínculos con la violencia.

Yunez y Zubarew (Yunes 1999) afirman que no existe registro sistemático en América Latina de las formas no letales de violencia. En la mayor parte de los países de la región no se han implementado sistemas de vigilancia epidemiológica de hechos violentos. Sin embargo, resultados de investigaciones aisladas permiten apreciar el espectro y la frecuencia significativamente mayor de estas lesiones que, aunque no matan, determinan las condiciones y la calidad de vida futura de adolescentes y jóvenes.

Si se toman las principales causas de egresos hospitalarios de los hombres jóvenes mexicanos tenemos que las heridas provocadas intencionalmente están entre los motivos más importantes. En el grupo de edad de 15 a 19 años las agresiones con objeto cortante representan la cuarta causa, tendencia que se incrementa conforme aumenta la edad, ya que en los rangos de edad de 20 a 24 y de 25 a 29 años este tipo de agresión representa la segunda causa (cuadro I).

Cuadro I Principales causas externas de egresos hospitalarios, excluyendo defunción. México, 2005

Causas	Egresos		
	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años
Exposición a factores no especificados	1155	1209	1075
Otras caídas en el mismo nivel	718	518	489
Ocupante de automóvil lesionado o accidentes de transporte	659	814	581
Agresión con objeto cortante	574	825	645

Fuente: Base de datos. Secretaría de Salud, 2005

Las prácticas de los hombres jóvenes relacionadas con las lesiones y fracturas intencionadas nos permiten advertir que este sector de la población está visiblemente más expuesto a situaciones violentas externas en los espacios públicos. Esto coincide con estudios a gran escala que indican que los hombres jóvenes son el sector de la población más expuesta a la violencia callejera tanto como autores o como víctimas, con consecuencias y secuelas importantes para su salud (OPS 2003).

Para muchos hombres jóvenes las secuelas que dejan las lesiones menores sufridas por un evento violento pueden significar triunfos y motivos de orgullo por haber salido librados de ello; estas marcas en el cuerpo se resignifican como auténticos trofeos y evidencias de batallas pasadas. La masculinidad estereotipada se convierte en un factor de riesgo para la salud porque ofrece coordenadas de lo que deben hacer los jóvenes para obtener el estatus social de un "hombre de verdad", lo que en nuestra cultura está asociado a prácticas de riesgo, agresión contra otros, y al descuido y poca atención al cuidado del cuerpo. Podemos afirmar que una vida ligada a la masculinidad estereotipada hace más proclive a un hombre joven a desarrollar conductas violentas.

Respecto a las mujeres jóvenes, los datos sobre las causas de egreso hospitalario están relacionadas principalmente con la salud reproductiva. Cabe destacar que el "aborto no espe-

cificado", en tres sectores de edad registrados (15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años), se ubica dentro de las tres principales causas (cuadro II), pero no se ofrecen datos de, por ejemplo, los motivos por los cuales las mujeres abortan y hasta qué punto ello podría estar relacionado con la violencia.

Cuadro II Principales causas de egreso hospitalario, en mujeres. México, 2005

Causas	Egresos 15 a 19 años	Egresos 20 a 24 años	Causas	Egresos 25 a 29 años
Parto único espontáneo	114 448	139 270	Parto único espontáneo	91 001
Aborto no especificado	15 124	19 648	Parto único por cesárea	15 067
Parto único por cesárea	14 431	19 823	Aborto no especificado	14 056
Atención materna por desproporción conocida o presunta	9 261	10 546	Atención materna por anormalidades conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	8 158
Falso trabajo de parto	7 948	9 259	Atención materna por desproporción conocida o presunta	6 811

Fuente: Base de datos. Secretaría de Salud, 2005

Sin embargo, la bibliografía especializada permite advertir la existencia de un vínculo entre violencia y diferentes problemas de salud, y de salud reproductiva. Si bien no vamos a profundizar sobre el "aborto no especificado", ni tampoco sobre la violencia contra las mujeres –este tema se analiza en otro capítulo–, sí queremos destacar algunos aspectos. En los hospitales, diferentes padecimientos clínicos no se registran vinculados a eventos violentos, pero pueden estar relacionados directamente con éstos. Al analizar la investigación de Henry Espinoza y colaboradores (Espinoza 2003) la violencia es una de las principales causas por las cuales las mujeres enferman alrededor de sus embarazos.

Según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) si se comparan con las mujeres no maltratadas, las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves. Investigaciones en Noruega revelaron que el dolor pelviano crónico está asociado significativamente a una historia de violencia en el hogar. Un estudio en EUA determinó que haber sido víctima de maltrato en la niñez o de actos violentos duplicaba la probabilidad de que una mujer padezca de problemas menstruales graves, infecciones de transmisión sexual o de infección de las vías urinarias; la violencia en el hogar triplicaba su probabilidad. Otras investigaciones en EUA han indicado que las pacientes que sufren del síndrome de intestino irritable, comparadas con las que tienen la enfermedad inflamatoria del intestino, de menor gravedad, tenían mayor probabilidad de haber padecido alguna forma de victimización sexual. Se ha sugerido que la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas se puede deber, en parte, a la inmunidad reducida debido al estrés que provoca el maltrato. Por otra parte, también se le ha responsabilizado del autodescuido y de una mayor proclividad a tomar riesgos (OMS/OPS 2003).

En el contexto de la violencia no tan nítidamente identificable que caracteriza a la violencia en la pareja juvenil –que se explicará en el siguiente apartado–, podemos advertir que varios de los síntomas mencionados pueden presentarse en una gran cantidad de mujeres jóvenes mexicanas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (INEGI 2003) más de la mitad de las mujeres jóvenes que viven en pareja en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, han sufrido al menos un incidente de violencia en los últimos 12 meses: 56% en edad de 15 a 19 años, 51% en el rango de 20 a 24, y 53% en la edad de 25 a 29 años. Además, en una encuesta realizada en México con mujeres jóvenes se encontró que 50% viven situaciones de violencia en sus noviazgos.[3]

Referente a la muerte de la población joven, dentro de las principales causas de muerte de los hombres, las agresiones (homicidio) ocupan los primeros lugares: en la edad de 10 a 14 años es la tercera causa de muerte, y va en aumento conforme la edad. En la etapa de 15 a 19 años representa la segunda causa de muerte. Pero en el segmento de 25 a 29 años este tipo de agresión es la principal causa de defunciones en los hombres jóvenes (cuadro III).

Cuadro III Principales causas de egreso hospitalario, en mujeres. México, 2005

Rango 10 a 14 años de edad			Rango 15 a 19 años de edad		
Descripción	**Defunciones**	**%**	**Descripción**	**Defunciones**	**%**
Total	2 145	100	Total	5 142	100
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	215	10.0	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	943	18.3
Leucemia	155	7.2	Agresiones (homicidios)	677	13.2
Agresiones (homicidios)	117	5.5	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	376	7.3
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	116	5.4	Ahogamiento y sumersión accidentales	272	5.3
Ahogamiento y sumersión accidentales	114	5.3	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	263	5.1

Rango 20 a 24 años de edad			Rango 25 a 29 años de edad		
Descripción	**Defunciones**	**%**	**Descripción**	**Defunciones**	**%**
Total	7 147	100	Total	7 943	100
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	1 328	18.6	Agresiones (homicidios)	1 253	15.8
Agresiones (homicidios)	1 162	16.3	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	1 144	14.4
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	568	7.9	VIH/SIDA	563	7.1
Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	311	4.4	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	517	6.5
VIH/SIDA	272	3.8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	350	4.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/ Secretaría de Salud. Base de datos de las defunciones 2005. Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la población en México, 2000-2050

3 Encuesta "Amor… es sin violencia". Instituto de las Mujeres DF. 2005.

Para las mujeres también las agresiones están dentro de las principales causas de muerte, pero es importante resaltar que en números absolutos las defunciones por esta causa son significativamente menores que las de los hombres. Por ejemplo, en las edades comprendidas entre 20 a 24 años las muertes por agresiones en las mujeres suman 151, mientras que para los hombres en ese mismo grupo de edad suman 1 162 (cuadros III y IV).

Cuadro IV Principales causas de muerte, en mujeres. México, 2005

Rango 10 a 14 años de edad			Rango 15 a 19 años de edad		
Descripción	**Defunciones**	**%**	**Descripción**	**Defunciones**	**%**
Total	1 499	100	Total	2 355	100
Leucemia	142	9.5	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	282	12.0
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	117	7.8	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	160	6.8
Agresiones (homicidios)	65	4.3	Agresiones (homicidios)	136	5.8
Nefritis y nefrosis	62	4.1	Leucemia	119	5.1
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	58	3.9	Nefritis y nefrosis	118	5.0

Rango 20 a 24 años de edad			Rango 25 a 29 años de edad		
Descripción	**Defunciones**	**%**	**Descripción**	**Defunciones**	**%**
Total	2 676	100	Total	2 965	100
Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	248	9.3	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	243	8.2
Agresiones (homicidios)	151	5.6	VIH/SIDA	140	4.7
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	112	4.2	Agresiones (homicidios)	129	4.4
Leucemia	109	4.1	Diabetes mellitus	117	3.9
Nefritis y nefrosis	107	4.0	Nefritis y nefrosis	111	3.7

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Base de datos de las defunciones 2005. Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la población en México, 2000-2050

Cabe destacar que los porcentajes de muertes violentas respecto al total de defunciones en los hombres jóvenes son muy altos. El máximo porcentaje lo concentra el rango de 20 a 24 años de edad, con un total de 67.2. En el caso de las mujeres jóvenes los porcentajes oscilan en el 30, encontrando su máximo en el intervalo de edad de 15 a 19 años, con un porcentaje de 37.7.20

En los adolescentes y jóvenes se presentan las mayores diferencias de la mortalidad entre hombres y mujeres, tanto por las principales causas de muerte, como por el número de defunciones. Por ejemplo, en 2004, por cada muerte de mujeres de 15 a 24 años de edad, ocurrieron 2.4 decesos de hombres del mismo grupo de edad (CONAPO 2006).

Si estos datos los analizamos a la luz de las investigaciones podemos afirmar, por una parte, que los hombres jóvenes son el sector de la población que muere más por motivos de vio-

lencia, siendo actores y víctimas. Por otra parte, las defunciones por agresiones de los hombres están presentes, principalmente, en los espacios públicos, mientras que las muertes en las mujeres se centrarían principalmente en los espacios privados.

Tercer escenario: Violencia presente en la pareja juvenil, embarazo adolescente y bandas juveniles

Violencia en la pareja juvenil

Existen dos características que diferencian la violencia en el noviazgo de las parejas jóvenes de la violencia doméstica adulta. Por una parte, las prácticas violentas que se producen en estos espacios son "sutiles" y no están investidas de la contundencia con la que algunas prácticas violentas suelen presentarse en los espacios domésticos. Por otra parte, se caracteriza porque se evidencian la influencia y el peso del grupo social en mujeres y hombres jóvenes.

La violencia en la pareja juvenil se caracteriza porque, si bien hay casos de extrema violencia, como ocurre en otros tipos de violencia, se basa fundamentalmente en el desarrollo de "prácticas tenues", aquellas que no necesariamente se catalogan como agresiones físicas evidentes, sino que son prácticas de agresión física no severas y de agresión psicológica, que no son fácilmente detectables incluso por quienes participan en ellas. Esta "sutileza" permite que la violencia en la pareja juvenil no se haya considerado aún como un problema serio para la salud en esta etapa de la vida, no obstante sí lo es.

De hecho, en varias investigaciones la violencia en el noviazgo tiende a ser analizada como un reflejo de lo que se exhibe en las relaciones adultas abusivas. En un estudio realizado con jóvenes por el Instituto de las Mujeres del Distrito Federal en 2004 se encontró que las mujeres y hombres jóvenes no identifican de forma clara que las formas como se desarrollaban sus noviazgos eran violentas, con consecuencias tales como violaciones recurrentes, infecciones de transmisión sexual, displacer, baja autoestima, deserción y escaso rendimiento escolar, trastornos alimenticios, inestabilidad emocional, embarazos precoces, utilización de sustancias adictivas y suicidios. Cabe señalar que un aspecto importante que influye para que la violencia en el noviazgo no esté catalogada como grave, es que este tipo de violencia no se acompaña del dramatismo y espectacularidad mediática que la agresión física suele tener cuando ocurre en espacios familiares.

En el noviazgo existe también la violencia cruzada (agresión mutua de los sexos). Estudios con estudiantes norteamericanos afirman que entre 20 y 50 % de los hombres y de las mujeres relataron que ya habían tenido algún tipo de agresión física durante el noviazgo (Promundo Institute 2001). No obstante, diferentes investigadores están prestando atención a la violencia de los hombres jóvenes contra sus parejas por las consecuencias más serias para la mujer. En México, en comunidades rurales y urbanas estudiadas, es frecuente que en relaciones de noviazgo se presente la violencia como una forma de control hacia la mujer que suele ir acompañada de rabia, celos y prácticas de los hombres derivadas de los roles sexuales estereotipados (Rodríguez 2002, Gutmann 2000).

También en nuestro país, en la Encuesta "Amor… es sin violencia" (GDF 2005) se encontró que 5 de cada 10 mujeres jóvenes mencionaron que viven situaciones de violencia en sus noviazgos. En este mismo estudio se encontró que 30% de las encuestadas cuando tienen conflictos con su pareja "se quedan en

silencio" por temor a hacer un comentario o reclamo que moleste o enoje a su compañero." El 16% expresó que cuando hay conflictos en la relación se presentan gritos o insultos, golpean algún objeto o a ellas. El 15% de las encuestadas expresó que en su relación actual "les han tocado alguna parte del cuerpo sin su consentimiento,""las han presionado para tener relaciones sexuales" o "las besan sin su consentimiento." La mitad de los hombres jóvenes entrevistados celan a sus parejas y esto provoca discusiones constantes que, en la mayoría de los casos, terminan en violencia.

Las características más importantes de la violencia en el noviazgo son los pellizcos, pequeños golpes, cachetadas suaves, empujones, descalificaciones, prohibiciones de salir con amigas y amigos, manipulaciones que tienen como común un control sutil, pero efectivo de la movilidad y deseos de la pareja.

Respecto a la influencia del grupo social para los hombres jóvenes en el contexto del noviazgo, se tiene que tener presente que, en especial, desde el inicio de la adolescencia, la vida grupal es fundamental para la consolidación de la identidad. Para Kaufman (Kaufman 1989), la adolescencia es la etapa donde están en proceso de afianzarse los bastiones de la identidad en las personas. En ninguna otra etapa de la vida el grupo es tan importante para los hombres jóvenes, ya que es el espacio público de igualación, comparación, contraste, rechazo y aceptación. El grupo social es un fuerte referente de socialización de los mandatos de género, tanto de lo que deben hacer los hombres jóvenes para ser aceptados como parte del grupo, como lo que deberían hacer las jóvenes en relación con ellos.

Los diferentes comportamientos que tienen los hombres jóvenes respecto a lo que espera el grupos social son "actuaciones" del joven de los mandatos que ha introyectado de su grupo social. En este sentido, estas prácticas son una "*performance*" (actuaciones), porque se actúa una normativa de género masculino que los hombres jóvenes han apropiado y la han hecho suya como orientadora de acciones interactivas y en escenarios imaginados de relación, que son referencia tanto para las relaciones que establecen entre ellos mismos, como para las que se desarrollan con las mujeres jóvenes. En el tema de género, los hombres jóvenes actúan guiados por la mirada introyectada del grupo. Si en el grupo se maneja una normativa masculina estereotipada donde están claramente delimitadas las fronteras entre los comportamientos de mujeres y hombres, ello influirá como fuente de conflicto y, en varias ocasiones, de violencia con las mujeres jóvenes, y entre los propios hombres a través de burlas y devaluaciones por no cumplir con los mandatos masculinos. Esta relación del grupo social y las prácticas de los hombres muestran una enorme dependencia del joven a la norma masculina del grupo, situación que es paradójica, ya que la independencia es una característica que comúnmente se adjudica a los hombres como parte de su supuesta "naturaleza". Lo cierto es que en esta etapa los hombres jóvenes son especialmente susceptibles a que les afecte el no cumplimiento de las normas que circulan en su grupo, lo que puede ocasionar serias dudas en el joven respecto a la percepción que tenga de sí mismo.

Por su parte, las mujeres y hombres jóvenes establecen relaciones en las que no es sencillo diferenciar los comportamientos agresivos de los que no lo son. La influencia de la percepción del grupo de referencia de las jóvenes también puede ser muy significativa. Por ejemplo, la opinión del grupo de amigas de no dejar una relación puede ser importante, sobretodo, cuando el novio es un chico encantador y popular frente a este grupo de referencia de la chica. Probablemente para ella pueda resultarle más difícil reconocer que está siendo violentada por alguien que frente a otros es lindo y carismático.

Además, hay que tomar en cuenta que por la naturaleza del ciclo de la violencia puede resultar difícil para la mujer joven tomar un decisión toda vez que el joven se muestra arrepentido, pide disculpas y parece que todo vuelve a su cause. Pero el ciclo de la violencia es, como su nombre lo indica, cíclico, y nos permite comprender cómo es que el arrepentimiento de los hombres que han violentado a una mujer suele ser el preámbulo de un nuevo evento violento. Esta característica puede no ser fácilmente identificable para las mujeres jóvenes, sobretodo, si su grupo acepta a su novio y alienta continuar la relación, sin importar cómo la chica la está viviendo en lo cotidiano.

A la manera de Kaufman (Kaufman 1989), es importante no olvidar que la gran mayoría de hombres jóvenes no son violentos. No obstante, la violencia que se produce en el noviazgo está llamando poderosamente la atención, y puede convertirse en un área estratégica de investigación/acción para prevenir la violencia en estos grupos de edad, y también para anticipar y prevenir futuros escenarios violentos en etapas adultas.

Un aspecto al que no se le ha prestado la suficiente atención es la violencia juvenil que se produce en el marco del embarazo adolescente. Las razones por las que está oculto este tipo agresiones tienen elementos comunes como los que hemos mencionado en la pareja joven pero, además, presenta características especiales que vamos describir a continuación.

Violencia y embarazo adolescente

La violencia en el embarazo adolescente es un tema poco investigado y documentado, y no hay muestras claras de que tenga repercusión en la elaboración de políticas públicas de salud. Basado en un análisis multivariado de riesgo de violencia física en el embarazo, Stewart define que un factor de riesgo para las mujeres durante la gestación es ser joven, ya que las hace más susceptibles a ser golpeadas (OMS/OPS 1998).

La bibliografía especializada muestra una correlación entre el embarazo de las adolescentes y la violencia que se produce en el noviazgo. Si bien los estudios no son concluyentes acerca de que la violencia en el noviazgo aumenta los índices de embarazo en las adolescentes, debemos tomar en cuenta que una mujer que vive violencia en su noviazgo tiene menos posibilidades de negociar y utilizar algún método anticonceptivo con su novio, por ello es probable que un acto violento como relaciones sexuales forzadas terminen en un embarazo.

En México, al igual que en países como Bangladesh y Sudáfrica, esta dificultad para negociar es especialmente importante de tomar en cuenta, ya que la aceptación del compañero es la variable individual de mayor fuerza para el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres (Heise 2000). En EUA 26% de las adolescentes embarazadas reportaron ser víctimas de abuso físico por parte de sus novios, y 50% de las que reportaron el abuso manifestaron que las golpizas comenzaron o se intensificaron al saber que estaban embarazadas.

En una investigación realizada en colonias populares de Saltillo, Coahuila, se mostró que para las jóvenes estudiadas la experiencia de la juventud se vincula, entre otros factores, a situaciones de violencia de la pareja. Además, las relaciones sexuales y el embarazo fuera del matrimonio no eran esperados, pero lo aceptaban como un "adelanto" de lo que iba a suceder en sus vidas (Mayén-Hernández 2004). Los efectos del maltrato en el embarazo son tanto físicos como emocionales. Las mujer desarrolla un cuadro de estrés asociado a depresión, angustia y sentimientos de aislamiento (Mayén-Hernández 2004). En este sentido Webster afirma que las redes de apoyo de la mujer maltratada durante el embarazo son más débiles que en las no maltratadas (OMS/OPS 1998). Si a esto le

agregamos que la estigmatización de las relaciones sexuales en el noviazgo sigue siendo un problema con el que deben sortear las jóvenes respecto a los valores locales restrictivos de los lugares donde viven, entonces se visualiza un escenario muy desfavorable para las jóvenes embarazadas: pocas o nulas redes sociales de apoyo y protección, sentimientos de culpa por relaciones sexuales fuera del matrimonio que las hace más susceptibles a tomar decisiones no acertadas sobre su vida de pareja, y a aceptar condiciones asimétricas con tal de evitar la presión y el estigma social.

Estas circunstancias hacen más probable que ellas permanezcan en una relación abusiva, lo que nos puede indicar que es probable que antes, durante y después del embarazo sean frecuentes los eventos violentos. Por otra parte, cuando se produce un embarazo no deseado, muchas mujeres tratan de resolver su dilema por medio del aborto. En los países en donde el aborto es ilegal, costoso o difícil de obtener, como en México, las mujeres pueden recurrir a abortos ilegales, a veces con consecuencias mortales (OMS/OPS 1998).

También el embarazo puede iniciar o intensificar la violencia contra las jóvenes, especialmente si el compañero está desempleado o ve al niño como un rival que le quitará el tiempo y la atención de la mujer (Gender & Diversities Institute 2003). Esta realidad nos confirma y amplía la tesis planteada anteriormente en el sentido de que un hombre con una vida ligada a una masculinidad estereotipada y rígida es un factor de riesgo para la salud, que se amplía a la de la mujer, toda vez que modelos de estilos de vida tajantemente diferenciados no permiten reconocer cómo la otra persona está viviendo y sintiendo una realidad como el embarazo en la cual ambos están involucrados.

Violencia y bandas juveniles

La relación "natural" que con frecuencia se hace de juventud y violencia ha sido una asociación simplista de la complejidad de la violencia, sus causas y su relación con grupos poblacionales como la juventud. El fenómeno de las bandas juveniles debemos observarlo como uno de los efectos del crecimiento de las urbes de países en desarrollo que muestran los retos entorno a la marginalidad y a las escasas salidas para el empleo y desarrollo para la juventud. Es decir, estas agrupaciones juveniles están ligada a los efectos de la violencia estructural, dentro de la cual se les confiere un "lugar" social en desventaja, no obstante esta violencia estructural no determina de forma definitiva los caminos ni las transformaciones de estas agrupaciones. Los jóvenes, sobretodo pobres, son los que integran estos grupos donde se generan estilos de vida y donde los jóvenes crean y recrean modos específicos de percepción de su entorno.

Berthier (Berthier 2002) afirma que cuando se habla de bandas en México se hace referencia a jóvenes de sectores populares quienes, principalmente durante la década de los ochenta y de los noventa, del siglo XX, se autonombraron como tales, con el fin de buscar una forma propia de identidad.[4] En este sentido, diferentes expertos coinciden en que la violencia de algunas bandas juveniles debemos analizarla desde una reacción grupal en la búsqueda de identidad en un medio que los ha excluido.

Las bandas permiten a los jóvenes contrarrestar un medio social hostil al agruparse y

4 Este autor sugiere que en la actualidad es más acertado hablar de "agrupación juvenil" o "tribus", ya que las bandas como fenómeno social tienen un contexto que se delimita principalmente en las décadas de los 80 y 90. No obstante, hemos dejado el término porque consideramos, por una parte, que agrupaciones juveniles siguen autodesignándose así y, por otra, por que la "banda" continúa siendo una referencia en el imaginario social como la "base" de formas de organización juvenil "punketas" "pandilleros", "darketos", etcétera. En este sentido, también problematizar y resignificar la "base" pone en tensión las ideas que se tienen de los jóvenes y sus múltiples formas de organizarse.

conformar un espacio de pertenencia y aceptación. Desafortunadamente, la banda es visible o nombrable socialmente cuando transgrede una norma social, y de inmediato se la cataloga como "violenta", pero difícilmente se hace una separación de conceptos, transgredir no es sinónimo de violencia y, además, que socialmente no se tiene presente las causas estructurales que promueven la conformación de las bandas. Al desestimar el análisis crítico de este fenómeno social, el Estado opta por "mayor seguridad" frente a lo que se cataloga como peligroso; la "solución" policial resulta la vía lógica para un razonamiento lineal. ¿Quién ahora, por ejemplo, tiene presente lo que significó, sobretodo en las décadas de los 80 y 90, la organización juvenil llamada Consejo Popular Juvenil de Santa Fe, en el DF, la que agrupó diferentes bandas de la zona que se organizaron para ofrecer salidas de capacitación para el trabajo, entre otras acciones, a través de múltiples talleres de formación y capacitación; donde, además, se impartían talleres de sensibilización para el cuidado de la salud, entre muchas otras actividades como las artísticas? ¿Por qué no se difundió con esa fuerza mediática esta experiencia exitosa de estos jóvenes "violentos", para dar cuenta de cómo los jóvenes se organizan entorno a prioridades de capacitación, empleo, salud y arte, con una visión crítica de su condición de jóvenes excluidos de las oportunidades formales de desarrollo?

En la lógica social de no visualizar estrategias positivas de grupos estigmatizados socialmente se pierden de vista muchos otros aspectos de aprendizaje de lo juvenil. Por ejemplo, en los últimos años ha llamado poderosamente la atención a los expertos el fenómeno denominado "Resiliencia", que se refiere a cómo personas en medios desfavorables no se involucran en actos delictivos o en adicciones. Es decir, son las estrategias positivas que los jóvenes desarrollan para superar adversidades a pesar de que su entorno es desfavorable. La resiliencia es sacar a la luz y analizar los mecanismos personales y grupales a través de los cuales se hace frente positivamente a un medio hostil.

En el terreno de la salud, por ejemplo en la prevención de la infecciones de transmisión sexual (ITS), para algunos jóvenes es central la protección, ya que lo ligan a que un embarazo o una ITS como el SIDA los dejaría fuera de cualquier oportunidad de "seguir adelante" en un medio que no les ofrece ninguna salida, y de conseguir un mejor trabajo. La prevención, en este caso, es posible porque está ligada fuertemente a la necesidad de cumplir un objetivo, de contar con un empleo y de evitar a toda costa situaciones que los alejarían de esta remota, pero posible alternativa.[5]

Un aspecto poco visualizado de las bandas es la participación de las mujeres jóvenes. Arteaga (Arteaga 2001) afirma que hasta 25% de los integrantes de las bandas está conformado por mujeres, y su papel suele ser marginal, pasivo y secundario; situación que reproduce los papeles tradicionales desiguales entre mujeres y hombres en la sociedad. No obstante, para muchas jóvenes la entrada a la banda significa tener un grado de conciencia de esta división desigual entre sexos, en particular muchas de ellas critican la idea tradicional de las mujeres, ya que sus actividades de chavas banda rompen con actividades tradicionales asignadas a ellas. Para Arteaga (Arteaga 2001) la participación de las jóvenes, sobretodo en las bandas Punk, se debe a la búsqueda del acceso al mundo "externo", el que para la gran mayoría de ellas resulta inaccesible y prohibido.

Otra característica importante de resaltar de las bandas juveniles, y que con frecuencia es

5 Esta experiencia fue explorada y evaluada por coordinadores del programa "Gente Joven," de Mexfam, en diferentes agrupaciones juveniles de la zona de Santa Fé en el DF, en el año 1999.

alentado por sectores de la sociedad, se refiere a la violencia institucional de la que son objeto, sobre todo a través de las agrupaciones policiales. No es frecuente que se mencione que los integrantes de las bandas juveniles son objeto de extorsiones por parte de algunos policías, quienes condicionan a los jóvenes a entregarles dinero para que no sean agredidos. El Estado ha cristalizado a través de estos procedimientos una violencia institucional y una forma específica de control. Todo nos indica que el ser joven y estar en grupo dispara los estereotipos institucionales que se tienen de los jóvenes, lo que es suficiente razón para que la policía esté alerta y con opción para reprimir. En diferentes estudios se encontró que la policía figuraba entre los principales perpetradores de violencia contra los jóvenes (OPS 2003).

Es necesario problematizar las concepciones estereotipadas acerca de la juventud y, en especial, aquellas que la asocian a la violencia, así como identificar cómo sectores amplios de la juventud, sobre todo los pobres, son objeto de violencia estructural que marca los márgenes de desarrollo, movilidad, agrupación, acceso cultural y cuidado de la salud para este sector de la población.

Autonomía y las posibilidades para escenarios saludables en la población joven

Un sujeto autónomo es un reto para la violencia y sus diferentes niveles de expresión. En la población joven esta afirmación es especialmente importante, ya que es el sector que concentra prácticamente todas las expresiones de violencia.

Los procesos a través de los cuales las personas logran autonomía permite advertir las vicisitudes que se presentan para la movilidad, acceso a los recursos y posibilidades de desarrollo. Estos procesos de autonomización son movimientos de acomodo y dislocación que se dan de forma simultánea, ya que, por una parte, la autonomía se refiere a los mecanismos de "amoldamiento" que permiten conocer cómo el sujeto se adapta y amolda a su contexto –lo que nos indica que hay condiciones y realidades sociales que sujetan a las personas– y, por otra parte, muestra la cualidad que tienen los individuos para retar, fisurar y trastocar ese contexto. Por esta razón la autonomía no es un lugar o un estado a donde llegue el sujeto, sino un proceso que tensiona la libertad del sujeto en su contexto interactivo.

En los diferentes escenarios de la salud tratados a lo largo de este capítulo, podemos advertir que la autonomía de la población joven está en permanente tensión con realidades estructurales, socioculturales, de género, de acceso y control de recursos, etcétera que la delimitan y que, en algunos casos, la violencia es protagonista y marca la pauta interactiva. No obstante, en otros casos, la violencia se trastoca, lo que nos permite advertir que también existen procesos alternativos en curso, como es el caso de muchos jóvenes que no son violentos en contextos violentos y en condiciones de fuerte desventaja social.

La autonomía, vista desde las posibilidades de mejorar la salud de mujeres y hombres jóvenes, se convierte en un eje de análisis que concibe a la salud como un proceso donde la población joven puede mantener y reforzar aspectos que le perjudican; pero también un espacio donde se replantean y modifican favorablemente la salud y el autocuidado a partir de reestructurar sus relaciones en diferentes niveles: con sus iguales jóvenes, con sus relaciones interpersonales como la pareja, con instituciones como la familia, la escuela y el trabajo, y con el acceso y control de recursos.

Recomendaciones

En el ámbito internacional existen varias estrategias que se ha comprobado tienen repercusión para disminuir la violencia en la población joven. Entre ellas se encuentran:

- El aumento de la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) tiende a estar relacionado con una baja en el nivel de violencia.
- Un sistema de justicia efectivo, donde la sociedad hace cumplir la ley, actúa como factor disuasivo contra la violencia. En este sentido, el ejercicio de un buen gobierno tiene efectos positivos para la prevención.
- Desarrollar socialmente formas no violentas para resolver los conflictos repercute positivamente en la prevención.

En las edades de 15 a 19 años es efectivo el desarrollo de programas de desarrollo social; incentivar a los jóvenes para que completen la escuela secundaria y el bachillerato; actividades extracurriculares; capacitar a los prestadores de servicios de salud para que identifiquen a los jóvenes en alto riesgo de violencia, con el fin de canalizarlos a los servicios pertinentes; reducción de la disposición del alcohol; disminución de la exhibición de la violencia en los medios; prohibir el tráfico de armas de fuego a los jóvenes, en especial desactivando las bandas organizadas que operan en el mercado negro, y mejorar los sistemas judiciales y policiales, entre otros.

En las edades de 20 a 29 años son efectivos los incentivos para continuar su formación educativa a nivel superior; orientación vocacional; programas para fortalecer los vínculos familiares y laborales; programas recreativos; reducción de la disponibilidad del alcohol; reducción en la desigualdad de ingresos; programas de creación de empleos para los desempleados crónicos; control sobre las armas de fuego y desactivar el mercado negro, y mejorar los sistemas judiciales y policiales, entre otros.

Por otra parte, una tarea importante en cada región o país es identificar localmente los componentes que están involucrados en la "resiliencia" que muchos jóvenes desarrollan como estrategias para contrarrestar positivamente sus contextos desfavorables. En este sentido, es conveniente prestar atención a aspectos tales como: identificar lo que sustenta las formas diversas como la población joven resuelve problemas de la vida diaria (aunque no estén relacionados directamente con violencia); elementos que trastocan los modelos estereotipados de ser "hombre" o "mujer" que socialmente son aceptados e incorporados como patrones de conducta; identificar formas asertivas de hacer frente a dudas y temores personales; aspectos familiares, sociales y escolares que favorecen reconocer que el respeto de sí mismo está interrelacionado con el respeto hacia el otro; a partir de qué mecanismos se modifica la percepción del cuerpo y del autocuidado como elemento central de la relación con sí mismo; qué sustenta las formas lúdicas de relación –en el sentido de formas movibles, variables– que desarrollan algunas mujeres y hombres jóvenes frente a formas rígidas y estereotipadas. Asimismo, identificar aspectos que favorecen que la población joven establezca una distancia entre lo que espera su grupo de referencia y lo que cada joven espera de sí, y precisar aquellos elementos que permiten que mujeres y hombres jóvenes se asuman como sujetos de derecho para establecer una relación crítica frente al Estado, su entorno interpersonal, social, político y comunitario.

Como podemos observar, todo lo anterior está vinculado a procesos que favorecen la autonomía de las personas.

Finalmente, es importante implementar programas que profundicen el análisis de las relaciones de género en el ámbito local y el desarrollo de estrategias efectivas que orienten hacia nivelar las asimetrías; dotar de cuotas de participación para los jóvenes en los espacios donde se toman decisiones sobre las políticas que directamente les afectan, e incorporar capacitación a los prestadores de servicios de salud para ofrecer unos más amigables y acordes con la edad en la que se encuentra la población joven.

Referencias

Arteaga C. Identidades y relaciones de género de chavos banda en la Ciudad de México. Un estudio de caso exploratorio en la delegación de Tlalpan. Informe final del concurso: Culturas e identidades en América Latina y el Caribe. Programa Regional de Becas. CLACSO; 2001.

Berthier H. De las bandas a las tribus urbanas. De la trasgresión a la nueva identidad social. Centro de Investigaciones y Estudios superiores en Antropología Social. Desacatos, primavera-verano 2002; (009): 57-71.

Cantoral G, Méndez M, Nazar A. Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. Línea de género y salud reproductiva. Población y Salud. México, DF: ECOSUR; 2002.

Conferencia Económica para América Latina. La juventud en Iberoamérica. Tendencias y urgencias. XII Conferencia iberoamericana de ministros de juventud. Guadalajara, México, 4 y 5 de noviembre de 2004.

Consejo Nacional de Población. Estimaciones con base en el Estudio Binacional México-EU sobre Migración, Comission Reform. USA y SER. México, DF: CONAPO; 2004.

Consejo Nacional de Población. Comunicado de prensa 34 / 06. Viernes 11 de agosto de 2006. México, DF: CONAPO; 2006.

Espinoza H, Hernández B, Campero L, Walker D, Reynoso S, Langer A. Muertes maternas por aborto y por violencia en México: narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación. Perinatol Reprod Hum 2003; 17: 193-204.

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar. Programa Gente joven. México, DF: Mexfam; 2002.

Gender & Diversities Institute. Violencia en adolescentes. Florida, USA: Gender & Diversities Institute; 2003.

Gobierno del Distrito Federal. Encuesta "Amor… es sin violencia". México, DF: Instituto de las Mujeres; 2005. Gobierno del Distrito Federal.

Gutmann M. Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón. México, DF: Ed. El Colegio de México; 2000.

Heise L. La carga oculta de salud. Consecuencias de la violencia de género para la salud. Síntesis de los trabajos realizados por IESE; 2000.
Disponible en: http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/violencia.html

Hijar-Medina M, López-López MV, Blanco-Muñoz J. La violencia y sus repercusiones en la salud: reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Publica Mex* 1997; 39(6): 565-572.

Hijar-Medina M *et al*. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. *Salud Publica Mex* 2003; 45(4):252-258.

Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud 2000 (ENJ-2000). México, DF: Instituto Mexicano de la Juventud; 2000.

Instituto Mexicano de la Juventud. Encuesta Nacional de Juventud 2005 (ENJ-2005). Resultados preliminares. México, DF: Instituto Mexicano de la Juventud; 2005.

Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática. Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2003.

Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Base de datos de defunciones 2005.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de mortalidad 2005.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos de la muestra censal.

Kaufman M. Hombres, placer, poder y cambio. República Dominicana: Ed. CIPAF; 1989.

Mayén-Hernández B. Un acercamiento al embarazo en la adolescencia: de la visión médica a los estudios de género. México, DF: Afluentes; 2004.

Negrete-Prieto R. Notas. Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática. Revista de información y análisis. Num 15 julio-septiembre. México, DF: INEGI; 2001.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México. Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Humanos en México. Estrategia de cooperación con México de la OPS/OMS para el periodo 2005-2009. México, DF: ACNUR; 2003.

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública;

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. USA: OMS/OPS; 1998.

Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación científica y técnica No. 588. Washington, DC: OPS; 2003.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia de cooperación con el país. México, DF: OPS/OMS; 2005.

Promundo Institute. De la violencia a la convivencia. Serie: Trabajando con hombres jóvenes. Brasil: Ed. Organización Panamericana de la Salud OPS, & IPPF; 2001.

Reguillo R. Jóvenes y esfera pública. En: Jóvenes mexicanos del siglo XXI. México, DF: Instituto Mexicano de la Juventud; 2002.

Rodríguez G, De Keijzer B. La noche se hizo para los hombres. México, DF: Ed. EDAMEX y Population Council; 2002.

Santos-Preciado JI et al. The epidemiologic transition among adolescents in Mexico. Salud Publica Mex 2003; 45(suppl.1): S140-S152.

Secretaría de Salud. Boletín de práctica médica efectiva. Sección: factores poblacionales de riesgo para las ITS. Abril, 2006. México, DF: SSA. INSP.

Thornton TN, Craft CA *et al*. Best practices of youth violence prevention: A sourcebook for community action. EUA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2002.

Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la Región de las Américas. Rev Bras Epidemiol 1999; 2(3).



Capítulo IV

Violencia y Abuso Contra Personas Mayores

Capítulo IV

Violencia y abuso contra las personas mayores

Luis Miguel
Gutiérrez Robledo

Introducción

Los adultos mayores, en razón de su deterioro funcional y pobre capacidad de adaptación, son más vulnerables a la victimización en sus más variadas formas. La violencia ocurre con mayor probabilidad en el entorno inmediato, como una forma más de violencia intra-familiar, y probablemente por ello permanece oculta. La violencia contra los adultos mayores ha despertado el interés tanto de los especialistas en salud pública como de la esfera médico-legal, y será abordada desde ambas perspectivas.

Este trabajo se enfoca en la violencia intrafamiliar y en la que ocurre en el ámbito institucional, y abordará colateralmente el tema de la violencia criminal. Se describen las razones por las cuales el problema es aún invisible y cómo podemos estimar su magnitud a partir de indicadores indirectos, lo que puede hacerse para mejorar su detección y prevención y, por último, las modalidades de intervención posibles en los distintos niveles de acción y prevención.

La primera llamada de atención nos llega del Reino Unido (Burston 1975) y es seguida por una oleada de publicaciones. Aunque la mayor parte de las referencias provienen de países posindustriales, cada vez hay más evidencia de que el problema ocurre por igual en todos los países donde la población está envejeciendo (Krug *et al* 2002). La información publicada en el reporte *Voces ausentes* (WHO/INPEA 2002) sustenta nuestro supuesto. En México podemos anticipar un crecimiento del maltrato en razón del envejecimiento poblacional, cuyas proyecciones ha establecido con gran precisión el Consejo Nacional de Población (CONAPO 1999). Cabe agregar que la población envejeciente en nuestro medio se encuentra en situación de desventaja pues son desproporcionadamente más pobres y sólo una pequeña parte (menos de 20%) recibe pensión (Ham 2003).

Antecedentes históricos. En la naturaleza no hay ningún caso de cuidado de los ejemplares ancianos de una especie. Al parecer, como lo asevera el psicólogo norteamericano Leo Simmons "el hombre es el único animal que puede ser conducido, en ocasiones, a hacerse cargo de sus progenitores" (Hugonot 2003). Tal realidad nos pone en una situación a primera vista desventajosa.

El maltrato a las personas mayores se engloba dentro de la violencia doméstica o familiar en la que se incluyen el maltrato infantil y la violencia de género. Estas categorías tienen aspectos comunes, pero también específicos

para cada una de ellas. El maltrato a los mayores es la última categoría por la que se han preocupado los investigadores (Reay 2002). Sin embargo, el fenómeno en cuestión no es nuevo en su naturaleza: es función de modalidades étnicas, geográficas, modos de vida, valores morales y modos de organización social o medicosocial diferentes. Sólo podemos imaginar lo que sucedía entre los hombres primitivos. Lo que sin duda ha cambiado en nuestros días es su frecuencia, dado el incremento sustancial de las víctimas potenciales y de sus posibles agresores.

La violencia intrafamiliar sigue siendo un tema tabú en nombre del respeto de la intimidad y la privacidad de la familia. Pero, poco a poco, lo que se consideraba propio de un estilo de vida, ya no lo es más. Así ha sucedido con la violencia contra los niños o las mujeres. En relación con los viejos, la primera mención en el ámbito académico médico data de 1975 (Burston 1975) con la publicación del célebre reporte Granny battering en el *British Medical Journal*. Ya entonces, el autor se dice sorprendido frente a la indiferencia de los profesionales de la salud, y propone a los interesados en la violencia contra los niños aproximarse al tema. Desde entonces, un número creciente de publicaciones testimonian del interés suscitado, en particular en el ámbito de la gerontología y las ciencias sociales. Si bien el tema está cada vez más presente en el ámbito de la medicina, la generación de guías clínicas para su abordaje es relativamente reciente (AMA 1992).

La violencia contra los adultos mayores y los derechos humanos. La atención cada vez mayor que se ha venido prestando a los derechos humanos y la creciente sensibilización respecto de los derechos de los hombres y las mujeres de mayor edad han llevado a considerar la violencia contra estas personas como una cuestión de derechos humanos. Este es un marco que permite señalar a la atención del público las cuestiones relacionadas tanto con el maltrato como con la discriminación. Además, es un marco eficaz para combatir todo tipo de abusos y para promover también los derechos económicos y sociales de las personas de edad avanzada.

En sociedades como la mexicana, las personas de mayor edad comprenden un sector desproporcionado de los pobres y de los más pobres entre los pobres (Ham 2003). La eliminación de la pobreza y la reducción de la violencia son objetivos prioritarios para la salvaguarda de los derechos humanos en la tercera edad. La discriminación por razón de edad es uno de los medios con los que se niegan o violan los derechos humanos de las personas de mayor edad. Los estereotipos negativos y la denigración de las personas de mayor edad pueden traducirse en una falta de preocupación social por estas personas, el riesgo de marginación y la privación de la igualdad de acceso a oportunidades, recursos y derechos (San Miguel 1999).

Definición y tipología

Los intentos de definición han venido cargados de problemas y dificultades, especialmente donde la línea entre la posible víctima y el responsable del maltrato está borrosa, en los casos donde es sutil, o cuando ese maltrato no produce una inmediata disminución de la calidad de vida de la persona mayor (Papadopoulos 2000; Gordon 2001). Esto se debe, en parte, a que algunos autores han elaborado tipologías sin desarrollar previamente una conceptualización. Respecto a la tipología, en función del autor se han establecido diferentes clasificaciones, sin uniformidad entre ellas, y por tanto hay contradicciones; por ejemplo, en las

cifras reportadas de incidencia de los tipos de maltrato. Es así como algunos autores encuentran que el maltrato físico es el más común, mientras que para otros lo es el psicológico (Henderson 2002; Hudson 1986).

Para avanzar en el conocimiento y en la formulación de políticas es necesario alcanzar un consenso tanto en la definición del maltrato y negligencia como en su clasificación. En aras de tal consenso adoptamos la definición y tipología que la organización *Acción contra el maltrato al mayor,* del Reino Unido, ha elaborado y que fuera adoptada por la Red Internacional para la Prevención del Abuso y Maltrato a los Ancianos (INPEA, por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas:

El maltrato al mayor es un acto, único o reiterado; u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza (INPEA 1995).

La definición precisa, además, un contexto cultural; por ejemplo, en algunas sociedades tradicionales, por los usos y costumbres, las viudas mayores están sujetas al abandono y a la "apropiación de patrimonio". Los ritos del duelo para las viudas, en el sureste mexicano (Reyes 2002) pueden incluir violencia y pérdida patrimonial. Estos actos son costumbres arraigadas en la estructura social y es preciso tenerlas en cuenta en el amplio contexto del maltrato al mayor.

En ese mismo documento se adjudican al maltrato al mayor las siguientes categorías:

Maltrato físico. Implica una acción (golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación, etc.) que causa daño o lesión física de forma intencional (Reay 2002; Adelman 1998; Sengstock 2002; Ahmad 2002; Lafata 2001). Esta acción puede ser llevada a cabo por parte de otros o de uno mismo (Bass 2001).

Maltrato psicológico. Dentro de este tipo se incluyen la agresión verbal, el uso de amenazas (de institucionalización, por ejemplo), el abuso emocional, provocar malestar psicológico, aislarle de amigos y familiares o de sus actividades cotidianas, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido contra una persona mayor (Bass 2001; Sengstock 2002; Wolf 1998; Ahmad 2002; Lafata 2001). También se consideran maltrato psicológico el negarle la oportunidad de participar en la toma de decisiones que conciernen a su vida, e infantilizarlo, es decir, tratar a la persona mayor como si fuese un niño (Adelman 1998; Lafata 2001).

Maltrato económico. Implica el robo o el uso ilegal de las propiedades o recursos de una persona mayor, dando como resultado un perjuicio para ella y un beneficio para otro (Adelman 1998; Sengstock, 2002; Wolf 1998; Ahmad 2002; Brandl 2002). La violencia económica con el fin de obtener el control de los bienes de las personas de mayor edad puede, en algunos contextos, verse agravada por la existencia de estructuras económicas, sociales y políticas que la toleran o fomentan indirectamente. En los casos en que poseen bienes significativos, como una pensión o el título de propiedad de una vivienda, a veces son presiona-das para que renuncien a sus derechos sobre estos bienes.

Abuso sexual. Consiste en cualquier contacto de carácter sexual para el que la persona mayor no haya dado su consentimiento (Wolf 1998), bien porque haya sido forzado (Bass 2001), bien porque no sea capaz de dar su consentimiento (Sengstock 2002; Brandl 2002) o porque el contacto sexual tenga lugar mediante engaño (Bass 2001). El abuso sexual puede ir desde el exhibicionismo hasta las relaciones sexuales, incluyendo caricias orales, anales o vagina-

les, además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas (Lafata 2001; Ahmad 2002; Brandl 2002). Algunos autores incluyen el abuso sexual dentro del maltrato físico (Sengstock 2002; Brandl 2002; Bass 2001; Adelman 1998); otros lo describen como una categoría independiente (Lafata 2001; Gordon2001; Ahmad 2002).

Abandono. Implica el abandono de una persona mayor por parte de una persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o por parte de la persona que posee la custodia. Hay quienes incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de negligencia (Bass, 2001; Brandl, 2002), mientras que otros se refieren al abandono como categoría independiente (Lafata, 2001).

Negligencia. Por su frecuencia y consecuencias, merece consideración específica. Es un acto de omisión (Reay 2002), fallo –intencional o no– en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (negligencia en la higiene personal, malnutrición, deshidratación, etc.) por parte del cuidador (Lafata 2001; Brandl 2002; Ahmad 2002). Se pueden distinguir varias categorías (Bass 2001):

- Física. El cuidador no proporciona a una persona mayor los servicios y productos necesarios para un funcionamiento físico óptimo (Sengstock 2002; Bass 2001).

- Emocional / psicológica. El cuidador no suministra el apoyo o la estimulación social y emocional adecuada y necesaria para una persona mayor (Bass 2001).

- Económica o material. El cuidador no utiliza los fondos o recursos que son necesarios para proporcionar una óptima calidad de vida a la persona mayor. Cabe también una clasificación en razón de la intencionalidad: **a) activa**, cuando no se proporciona el cuidado necesario de forma intencional en un intento de castigo (Ahmad 2002; Lafata 2001); **b) pasiva**, cuando el cuidador involuntariamente no proporciona el cuidado necesario, debido a que ignora las necesidades de la persona bajo su responsabilidad o tiene incapacidad real para completar la tarea, quizás por problemas de salud (Ahmad 2002; Lafata 2001), y **c) autonegligencia**, la persona mayor pone en peligro su propia salud o seguridad, ya que no se da a sí mismo lo necesario. Es común en el contexto de un deterioro cognoscitivo con un sistema de apoyo inadecuado (Ahmad 2002; Bass 2001; Lafata 2001).

Violación de los derechos básicos. La violación de los derechos humanos a menudo está relacionada con el maltrato psicológico y consiste en privar a la persona mayor de lo que legalmente le corresponde, desde el derecho a la intimidad hasta la libertad de opción religiosa o de voto (Sengstock 2002; Wolf 1998). Se ignoran los derechos de la persona mayor y su capacidad de tomar decisiones, negándole, por ejemplo, su autonomía a la hora de decidir respecto al cuidado de su salud y a otras cuestiones personales –como el matrimonio–, o ingresándole sin su consentimiento en una residencia, impidiéndole asistir a la iglesia, o violando su correspondencia (Lafata 2001). Estas circunstancias son frecuentemente observadas en la vida institucional (Gutiérrez-Robledo 1996; Hegland 1992).

Causalidad y factores de riesgo

Las personas de edad más vulnerables al maltrato suelen ser aquellas con cierto grado de dependencia y pérdida de autonomía. Los individuos en situación de riesgo suelen padecer impedimentos psíquicos o físicos, debido a condiciones como la demencia senil o la discapacidad física. Otros factores de riesgo incluyen la pobreza, el hecho de no tener hijos, vivir solo y estar socialmente aislados. La convivencia con un cuidador con patología mental asociada, o que padece mala salud mental debido al uso indebido de medicamentos, alcohol o drogas, representa también una situación de alto riesgo (Lau 1979).

La discriminación por motivo de edad y de género también influye en la vulnerabilidad de las personas de mayor edad. Éstas están expuestas a malos tratos por el deterioro de los valores familiares, que debilitan los lazos intergeneracionales, y por los cambios en el tamaño de la familia que afectan su capacidad para cuidar de ellos. Estos factores se agravan cuando existen políticas de segregación basadas en la edad, que limitan el acceso de las personas mayores al empleo, y cuando no hay sistemas de pensiones suficientes. La migración de los hijos adultos a las ciudades o al extranjero aumenta la vulnerabilidad al maltrato y el abandono de las personas de mayor edad que permanecen en zonas rurales donde el apoyo de la familia resulta primordial para su bienestar (Douglas 1987; Block 1979).

Factores individuales

Relativos al agresor. Es más probable que quienes ejercen violencia física tengan trastornos de personalidad y problemas asociados con el abuso del alcohol, comparados con la población general (O'Leary 1997) y tienen más probabilidades de padecer problemas de salud mental y de abuso de sustancias que los miembros de la familia de los ancianos u otros cuidadores, que no son violentos o propensos a maltratar a los demás (Homer 1990). Las dificultades económicas del agresor son un factor de riesgo importante. El resentimiento de los miembros de la familia debido a los gastos generados por la atención de la persona mayor también puede desempeñar un papel en este tipo de maltrato. La situación de dependencia del agresor, por lo general un hijo adulto que depende de sus padres ancianos, es otro factor de riesgo (Pillemer 1989).

Relativos a la víctima. Se asume que las deficiencias cognoscitivas y físicas de las personas mayores maltratadas están asociadas estrechamente con los factores de riesgo de maltrato. Sin embargo, hay indicios de que los ancianos maltratados no serían necesariamente más débiles que sus pares no maltratados, y que el maltrato podía ser aun menor, especialmente en los casos de maltrato físico y verbal (Pillemer 1989). En el caso de la demencia no se ha podido demostrar que un mayor deterioro sea un factor de riesgo (Paveza 1992). El género puede ser determinante, pues es posible que las mujeres mayores hayan sido objeto de opresión durante toda su vida (Pillemer 1988).

Factores relacionales. Se ha postulado que el nivel de estrés del cuidador es un factor de riesgo asociado al maltrato del anciano (Homer 1990), pero, probablemente, la calidad de la relación a través de la vida es un factor causal de mayor peso (Cooney 1995). En los afectados de demencia, las acciones violentas del paciente

pueden ser factores desencadenantes de la violencia del cuidador. En estas circunstancias la violencia resulta de la acción recíproca de varios factores: estrés, relación premórbida, alteraciones del comportamiento del enfermo y agobio o depresión del cuidador. Aunque el maltrato puede ocurrir cuando la persona que lo inflige y la que lo sufre viven separados, el riesgo es mayor al convivir bajo el mismo techo y peor en condiciones de hacinamiento (Pillemer 1992).

Factores comunitarios y sociales. El aislamiento social se asocia con el maltrato (Grafstrom 1994), pero ello puede ser causa y consecuencia. Las normas culturales y las tradiciones, así como los prejuicios contra la vejez y la cultura de la violencia, también desempeñan un papel importante. Las personas mayores tienden a ser vistas como una carga social y por ello están en riesgo de ser consideradas menos merecedoras de los programas de apoyo gubernamental que otros grupos vulnerables, e incluso de la atención familiar, y son, además, presa fácil para la explotación. Las transformaciones políticas y económicas ocurridas en el país, como la depauperación creciente, el desempleo, la falta de servicios de salud y la exteriorización de una actitud agresiva, especialmente por parte de los jóvenes, han creado condiciones que aumentan el riesgo de maltrato del anciano.

Diagnóstico situacional

Magnitud y visibilidad del problema. La eficaz detección depende de la comprensión que se tiene de este problema en una comunidad, así como del reconocimiento de los indicadores y los efectos manifiestos de la violencia. Tanto los profesionales como los legos en la materia pueden no detectar los abusos. Sin una formación al respecto, sólo llamarán la atención los casos graves. Las personas de edad víctimizadas, que no utilizan los servicios médicos o sociales, difícilmente pueden hacerse notar. Además, enfrentan barreras sicológicas y situacionales a la hora de denunciar: el miedo a ser ingresado en una institución, el deseo de proteger al perpetrador (con frecuencia un familiar cercano), la sensación de deshonra y de vergüenza y la percepción por parte de la propia víctima de que el maltrato es algo normal o merecido. Las personas con impedimentos cognoscitivos o con poca capacidad de comunicación muchas veces no pueden siquiera informar con claridad sobre el maltrato. Por todo ello, es difícil conocer la dimensión exacta del problema.

Los ámbitos. Se da tanto en el entorno institucional como en el doméstico. El maltrato en el ámbito doméstico es comúnmente perpetrado por un miembro de la familia, que suele ser el principal encargado de cuidar a la persona de mayor edad. En épocas de rápido cambio social, con cambios en los usos tradicionales del respeto y las costumbres establecidas acerca del cuidado de los mayores, la violencia doméstica contra ellos se hace patente y resulta de las tensiones sociales y económicas que sufren los hogares con escasos recursos, donde los miembros de edad constituyen una carga para su entorno. En países que, como México, se encuentran en transición demográfica, los cambios económicos han contribuido al deterioro de los servicios de salud y del alojamiento (Ham 2003).

Por otra parte, el maltrato se ha asociado con el cuidado a largo plazo en instituciones. En el ámbito institucional en México, las tasas de internamiento en hogares de ancianos son probablemente inferiores a 1%. El cuidado de las personas mayores en instituciones especializadas ya no se considera inadmisible (Gutié-

rrez-Robledo 1996), sino que las familias lo ven, cada vez más, como una opción posible y con frecuencia necesaria. Los asilos patrocinados por el Estado, grandes instituciones semejantes a los antiguos asilos de pobres de Europa, se han transformado en establecimientos más pequeños, en raras ocasiones incluso con personal profesional multidisciplinario. Otros hogares están a cargo de las comunidades religiosas y algunos más han sido creados por los inmigrantes. Las deficiencias de este sistema asistencial, incluidas la mala capacitación y la sobrecarga laboral, redundan en una mala atención. El frecuente deterioro de las instalaciones contribuye a hacer aún más difíciles las relaciones entre el personal de estos centros y los residentes, y a favorecer el maltrato. Una encuesta realizada al personal de un hogar de ancianos en un estado de los Estados Unidos de América permitió constatar que 36% del personal de enfermería y de servicios generales declaró que en el curso del último año había presenciado al menos un incidente de maltrato físico contra un residente cometido por otro miembro del personal, mientras que 10% admitió haber cometido al menos un acto de maltrato físico. Asimismo, 81% de la muestra había observado al menos un incidente de maltrato psíquico contra un residente durante el año anterior, y 40% reconoció también haber cometido actos de ese tipo (Pillemer 1990). Estos resultados indican que, probablemente, el maltrato de los residentes de edad avanzada en las instituciones sea un fenómeno aún más generalizado de lo que se cree.

Las cifras

En la comunidad. México, como la mayoría de los países emergentes, sólo ha tomado conciencia de este problema en los últimos años. En la actualidad hay pocas fuentes directas para obtener información sobre la frecuencia del maltrato a ancianos. La información más específica, aunque sucinta, proviene de la Ciudad de México. Estos datos fueron obtenidos a partir de información recopilada por el Grupo de Trabajo para la Atención y Prevención de la Violencia Dirigida a Personas Adultas Mayores, en el Distrito Federal (DF), y se presentan en los cuadros I y II. En el primero, destaca el registro de sólo 193 denuncias en el último año en la Red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (RUAPVI). Fueron un poco más numerosas las quejas administrativas en la Procuraduría Social y, de acuerdo con la Procuraduría General de Justicia del DF (PGJDF), hubo 197 denuncias por homicidio, lesiones, violación o abuso sexual. En los casos denunciados de maltrato predomina la afectación de las mujeres y en las averiguaciones previas la de los varones. Destaca de estas cifras su pequeñez, sobre todo cuando se les compara con otras fuentes de datos. Para este propósito revisamos la información recabada para el seguimiento del Programa de Apoyo Alimentario a Adultos Mayores, en cuya ficha de entrevista se incluyeron dos preguntas relacionadas: ¿algún familiar o persona cercana lo trata mal o lo hace sentir muy mal? y ¿alguna persona lo trata mal físicamente? Los resultados se presentaron en la sesión ordinaria del Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores.[1]

La respuesta afirmativa a la primera pregunta se dio en 5% de los casos, y a la segunda en 0.7% (cuadro II). Como referencia para contextualizar

1 Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores. 2004. Acta de la XVI sesión ordinaria del Consejo Asesor para la Integración, Asistencia, Promoción y Defensa de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores. México, DF, 12 de mayo de 2004.

estas cifras, el Reporte Mundial sobre la Violencia y la Salud en su capítulo 5º (Krug *et al* 2002) hace referencia a cinco encuestas realizadas en el último decenio en cinco países desarrollados (Pillemer 1988; Podnieks 1992; Kivelä 1992; Ogg 1992; Comijs 1998). Los resultados indican una tasa de violencia que se sitúa entre 4% y 6%. En el estudio de Finlandia se comprobó que había mayor proporción de víctimas femeninas (7.0%) que masculinas (2.5%), mientras que en el estudio británico no se hizo ningún desglose por edad o sexo. En una encuesta reciente sobre la violencia doméstica en Canadá (Canadian Centre for Justice Statistics 2000) se determinó que en los cinco años anteriores 7% de las personas mayores había experimentado alguna forma de maltrato emocional, 1% había sido víctimas de abuso económico y 1% había sufrido maltrato físico o agresiones sexuales a manos de los niños, las personas que las atendían o el cónyuge. Las cifras coinciden, y son muy semejantes a las observadas en la Ciudad de México.

Es así que más de 10 000 personas en el DF habrían sufrido alguna forma de maltrato, cuando tan sólo se han registrado 193 denuncias en el área especializada de la RUAPVI y sólo se han abierto 197 averiguaciones previas en la PGJDF.

Otra fuente de información es el Sistema Nacional de Información en Salud –SINAIS– de la Dirección General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud. Esta fuente nos ofrece información detallada de las causas de mortalidad, y en el cuadro III aparece la información relativa a la mortalidad por causas externas, estratificada por grupos de edad y sexo. En el cuadro IV se detallan, de las muertes por homicidio, aquellas ocurridas por negligencia y maltrato. Es destacable que la fracción correspondiente a este tipo de homicidio crece de 0.4% a 18.4% en los diferentes estratos de edad y es sistemáticamente mayor entre las mujeres (tres veces en el grupo de 85 años y más).

A través del tiempo, los homicidios de adultos mayores han presentado en su conjunto una tendencia descendente (figura 1) siguiendo la tendencia general de la incidencia de homicidios en la población mexicana que después de alcanzar su nivel máximo en 1986 de 17 por 100 000 habitantes (SSA 2001) ha venido decreciendo. A pesar de esta tendencia general, al analizar la de las tasas de mortalidad por homicidio relacionado con abandono y negligencia, éstas no sólo no disminuyen sino que muestran una tendencia creciente en 1999 (figura 2), para luego estabilizarse, pero sin disminuir. Esta constatación es muy significativa y debe considerarse además en el contexto de una creciente violencia criminal en contra de este grupo de edad, particularmente en la Ciudad de México, donde los homicidios de ancianos dependientes y altamente vulnerables se presentan cada vez con mayor frecuencia. Han sido 12 los asesinatos con estas características ocurridos de septiembre de 2003 a abril de 2004, seis de ellos en la Delegación Benito Juárez, de la Ciudad de México (*Reforma 2004*). La entidad con una mayor tasa de homicidios en hombres de mayor edad es el Estado de México y en el caso de las mujeres la tasa más elevada se observa en Colima. Las tasas alcanzan valores más elevados en función del nivel de marginación de las localidades, esto es válido en particular para los hombres, entre quienes la tasa alcanza el doble en las zonas de alta marginación.

Más allá de la violencia con consecuencias fatales, podemos aproximarnos a la estimación de la magnitud de la violencia física que resulta en lesiones, mediante el análisis de la información estadística del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA). Las cifras relativas al tema, para el año 2002, se muestran en los cuadros V al VII. Más de 90% de las lesiones atendidas correspondieron a accidentes. De las lesiones intencionales reportadas, una proporción significativa –20% para los

hombres y 46% para las mujeres– se originó en episodios de violencia intrafamiliar. Las lesiones ocurrieron con mayor probabilidad en el hogar, entre las mujeres y en igual proporción en la vía pública para los varones. Setenta por ciento de las lesiones intencionales ocurrieron en tan sólo nueve estados (Chihuahua, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco y Veracruz) y 70% de las lesiones intencionales por violencia intrafamiliar ocurrieron en sólo siete estados (Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí y Tabasco). En las lesiones intencionales fue poco frecuente la utilización de un arma, acaso instrumentos punzocortantes, pero en general prevalecieron los golpes con objetos contundentes o con los puños. El perpretador fue un familiar o un conocido en 2 de cada 3 casos de lesión intencional.

En las instituciones de cuidados prolongados. A pesar de que existe alguna bibliografía sobre la calidad de la atención en las instituciones, y que los casos de maltrato de ancianos han sido bien documentados en los informes de investigaciones gubernamentales (Gutiérrez-Robledo 1996; Gutiérrez-Robledo 2000), no hay datos nacionales sobre la prevalencia o la incidencia del maltrato en el ámbito institucional. Aun en el contexto internacional la información es escasa y fragmentaria. Una manera indirecta de estimar la prevalencia de esta problemática en nuestras instituciones es a través de la observación del respeto sistemático o no de los derechos humanos de los residentes.

La vida en colectividad impone problemáticas que no podemos negar. Pero un cierto número de medidas aplicadas en forma rutinaria atentan en forma abusiva contra la libertad y los derechos de los ancianos residentes. La limitación se da más en el aspecto sistemático de la aplicación de las medidas, que en su naturaleza. Cuando revisamos los resultados de la encuesta realizada por nuestro grupo en el Distrito Federal (Gutiérrez-Robledo 2000) observamos cómo, por ejemplo, la limitación al derecho de conservar posesiones se da frecuentemente aduciendo razones de seguridad o de higiene. Estas posesiones son un punto de referencia de la libertad y, por otra parte, son testimonios del reconocimiento de su individualidad dentro de una colectividad. En todas las instituciones se encuentran graves limitaciones para mantener la posesión de objetos, vestido o valores.

En la evaluación encontramos con frecuencia, además, limitaciones habituales a la libertad de circular a voluntad dentro del establecimiento. Ya sea por sobreprotección o "seguridad", estos derechos frecuentemente son limitados. Es común que se limite la circulación dentro y fuera del establecimiento, que las puertas estén cerradas con llave o que rijan horarios inapropiadamente estrictos.

En cuanto a la comunicación, con frecuencia la desorganización es tal que los ancianos deben recurrir a un miembro de la institución para comunicarse con el exterior. Por ejemplo, el teléfono sólo está dentro de la dirección o de la sala de enfermería, no hay buzón para correo ni un sistema eficiente para transmitir mensajes a la familia.

El derecho a la intimidad también suele estar limitado, y es indispensable para recobrar el derecho al pudor, a las relaciones sentimentales y a tener una vida sexual. Es común que no se facilite medio alguno a las personas para crear una intimidad, que ningún lugar tenga la posibilidad de cerrarse con llave, que no haya posibilidad de aislamiento dentro del baño, ni ninguna separación entre las camas de una recámara colectiva.

En cuanto a los derechos de prácticas cívicas y religiosas, las limitaciones son frecuentes. En general, las personas pueden ejercer sus derechos, pero sin una diversidad de medios. Usualmente estas medidas no son puestas a

disposición más que de manera excepcional, (elecciones presidenciales, Navidad, Pascuas, etc.). Es usual que ninguna medida sea prestada por el establecimiento para facilitar el ejercicio de estos derechos.

En cuanto al derecho a la información y a la participación es poco frecuente que la información sea puesta a disposición de las personas. La existencia de medios de información sobre la vida del establecimiento con, por ejemplo, un periódico interno, es excepcional. Respecto a los medios de comunicación con el medio exterior lo usual es el acceso a la televisión en común. La adaptación para personas discapacitadas entra en este rubro y con frecuencia no es respetada, pues más de la mitad de las instituciones evaluadas corresponden a casas habitación apenas adaptadas y sin ascensor.

En cuanto a la participación, no encontramos en ningún caso una instancia formal en donde los ancianos o sus representantes participen. No se considera su punto de vista de consulta ni deliberativo. No existen comisiones para evaluar temas tan diversos como los menús, las salidas, la animación o, más importante aún, la gestión cotidiana del establecimiento, donde los residentes pudiesen expresarse con o sin la presencia de personal.

La figura 3 ilustra el resultado de la evaluación de las instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el DF, en el año 2000. Las deficiencias son más graves en función de la creciente dependencia de los ocupantes y lo son particularmente en los rubros de respeto, derechos y libertades y, sobre todo, en la posibilidad de participación en la vida institucional. Cuando estos datos se analizan según que las instituciones sean gubernamentales, amparadas por la Junta de Asistencia Privada o privadas con fines lucrativos es claro cómo en estas últimas la calidad de la atención y el respeto a los derechos de las personas son más pobres. A través de esta información se hacen visibles algunos aspectos de la cruda realidad que vive este segmento de nuestra sociedad. El gobierno tiene una significativa cuota de responsabilidad al no existir normas específicas sobre las cuales estos establecimientos hayan de supervisarse para evaluar su funcionamiento. No existe siquiera una nomenclatura básica para denominar estos lugares.

Otro eslabón crítico de la cadena de responsabilidad es el que da cuenta de los sostenedores o dueños de estos establecimientos. Es clave tener en cuenta que este fenómeno existe en todos los rangos sociales. Los empresarios que promueven estos centros han encontrado su "nicho de mercado" y llevan adelante un "negocio" que se basa con frecuencia en el pago que hace el propio adulto mayor con su jubilación o pensión. Aquí sí, el sistema opera a la perfección: el adulto mayor firma un poder, el administrador del servicio cobra su pensión y todo el sistema se hace cómplice de una realidad que esconde luego situaciones de abuso y maltrato repudiables. La información disponible en estas encuestas (Gutiérrez-Robledo 1996; Gutiérrez-Robledo 2000) posibilita una primera etapa de intervención al tener ya conocimiento de la naturaleza y dimensiones del problema y una aproximación a su caracterización.

Las tasas probables de maltrato de los ancianos, tanto en los ámbitos comunitarios como institucionales, son sin duda mayores de lo que permiten inferir las estadísticas generales recopiladas sobre los actos de violencia y aquellos derivados de las estadísticas de salud. Algunas de las discrepancias se deben a que el maltrato de los ancianos no ha sido reconocido como tal hasta recientemente. Además, en el caso de las defunciones, tanto en el ámbito institucional como en la comunidad, se atribuyen muchas veces a causas naturales, accidentes o motivos indeterminados, cuando en realidad habrían sido consecuencia del maltrato o el descuido.

Consecuencias y costos. Los efectos del maltrato de las personas de edad avanzada han sido documentados en una variedad de estudios efectuados en distintos contextos (Lachs 1998). Las consecuencias del maltrato también sirven de indicadores, con el fin de ayudar en su detección. Los efectos pueden ser acumulativos cuando se cometen múltiples tipos de maltrato. Para los ancianos, las consecuencias pueden ser especialmente graves al ser más débiles y vulnerables que los adultos jóvenes. Aun una lesión en apariencia leve puede causar daños graves y permanentes. Muchos ancianos sobreviven con ingresos limitados, de modo que la pérdida de una suma de dinero, por pequeña que sea, puede tener un impacto significativo. Posiblemente vivan aislados, solos o atribulados por alguna enfermedad, y en ese caso están más expuestos a convertirse en blanco de algún fraude. Las consecuencias y los costos financieros y humanos, directos e indirectos, del maltrato a las personas de edad avanzada se estiman considerables, si bien todavía no se conocen del todo. Los costos directos serían los relacionados con la prevención y las intervenciones –la provisión de servicios, los procedimientos penales y de justicia, los cuidados institucionales y los programas de prevención, educación e investigación–. Los costos indirectos y humanos son los que derivan de la merma de la productividad, el deterioro de la calidad de vida, el dolor y el sufrimiento emocionales, la desconfianza y la pérdida de la autoestima, la discapacidad y aun la muerte prematura.

Hay estudios empíricos que han señalado las consecuencias que pueden tener a largo plazo para la salud física y psíquica los malos tratos a las personas de mayor edad (Gorman 1999). Entre ellas figuran los daños permanentes como consecuencia de lesiones físicas, la dependencia a drogas o alcohol, el deterioro de la respuesta inmune, los trastornos alimentarios crónicos y la desnutrición. También, la tendencia al autoabandono, la depresión, las tendencias suicidas, la ansiedad y aun la muerte. Las consecuencias dependen del tipo de heridas o daños infligidos, y de la intencionalidad, gravedad, intensidad, frecuencia y duración de los malos tratos. El acceso a los servicios médicos y sociales también afecta a los resultados finales (Comijs 1998). En México no hay ningún estudio que estime específicamente el impacto de este grave problema social.

Políticas y acciones públicas vigentes

La legislación y las políticas nacionales vigentes en torno al envejecimiento tienen carencias que se manifiestan al no garantizar plenamente el cumplimiento de los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales de las personas de edad avanzada. Aun cuando se han elaborado leyes especializadas para este sector específico de la población su impacto ha sido limitado, debido a sus orígenes más de índole política que de orden jurídico y por carecer del financiamiento necesario para la instrumentación de las acciones que deben normar. Todavía no ha sido posible dejar de lado la visión asistencialista para adoptar un nuevo enfoque más acorde con el respeto de los derechos humanos de los ciudadanos de mayor edad. La erradicación de la discriminación por edad y la protección contra la violencia vendrán más probablemente de un cambio cultural que de la promulgación de leyes especializadas que, además, duplican funciones de otras ya vigentes. A continuación se enumeran los programas y las políticas vigentes, con especial énfasis en los aspectos relacio-

nados con el tema de la violencia y la salud de las personas mayores.

Programa de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. En julio de 1995 se crea en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) un equipo de trabajo especializado para atender específicamente las quejas de este grupo. A pesar de ello, en la actualidad no existe una supervisión sistemática de las violaciones de los derechos humanos contra las personas de mayor edad. En sus informes de labores no aparecen sistemáticamente registradas las quejas específicamente formuladas por personas adultas mayores. Tal tarea aparece ya como impostergable y así lo reconoce la CNDH desde 1999 (San Miguel 1999). Actualmente, esta Comisión vela por los derechos de las personas de mayor edad en tres aspectos: la atención a quejas (cuadro VIII), la promoción y la difusión de tales derechos y mediante la colaboración con otras instituciones. La atención a quejas inicia con las actividades de la CNDH, la difusión, desde 1991, con el primer simposio sobre Derechos Humanos en la Tercera Edad. Además, ha desarrollado una serie de cursos y talleres de capacitación y ha publicado los folletos: Principales derechos de la tercera edad y Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, amén de cinco cartillas sobre temas específicos, calendarios y dos libros. En el rubro de la colaboración interinstitucional destacan sus relaciones con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (Asatashvili 2003).

Programa del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. El 25 de junio de 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, antes Instituto Nacional de la Senectud –INSEN–). Con esta Ley el Instituto se transforma en el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones. Sus principales objetivos son proteger, atender, ayudar y orientar a las personas de la tercera edad, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. En lo que a la protección contra la violencia y la discriminación se refiere, además de las acciones educativas emprendidas en conjunto con la CNDH, los adultos mayores reciben los servicios del INAPAM a través de alguno de los cinco Departamentos de Asesoría Jurídica en igual número de entidades. Este servicio también se ofrece en los cuatro Centros de Atención Integral, así como en las representaciones estatales y municipales del INAPAM. A través de estos servicios se proporciona orientación jurídica, gestoría administrativa y representación legal ante los tribunales a las personas de 60 años de edad y más. No existe un registro formal de estas actividades ni estadísticas de sus resultados.

Además, hay en el INAPAM una Procuraduría de Defensa al Anciano, que en principio conoce de las quejas de violencia y discriminación. Infortunadamente no conserva registro formal alguno de sus acciones (INAPAM 2004).

Grupo de Trabajo para la Atención y Prevención de la Violencia Dirigida a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. Dentro de la Secretaría de Desarrollo Social se ha promovido la creación del Grupo de Trabajo para la Atención y Prevención de la Violencia Dirigida a Personas Adultas Mayores. Dicho grupo tiene representantes de Desarrollo Social, Salud y Secretaría de Seguridad Pública, así como de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, de la Dirección General de Equidad y Desarrollo Social, de la Dirección de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (DAPVIF), del

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES-DF), de la Procuraduría Social, de la Comisión de Derechos Humanos del DF y del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (DIF-DF). Asimismo, participan los responsables de las 16 Unidades de Atención y Prevención a la Violencia Familiar (UAPVIF) e instituciones no gubernamentales. El grupo trabaja en la elaboración de un modelo de intervención para atender la violencia y el maltrato de las personas adultas mayores. El plan de acción incluye la difusión de la información estadística y técnica, elaboración de un informe con los datos proporcionados por cada una de las instancias participantes y el seguimiento a través de los coordinadores de las UAPVIF, con el fin de desarrollar una red institucional. Se ha creado un seminario permanente para el desarrollo de una política pública al respecto.

Legislación. Fue hasta las reformas del 14 de agosto de 2001 cuando por primera vez se consideró constitucionalmente la prohibición de la discriminación por motivos de edad. El Estado mexicano ha llevado a cabo algunas acciones en favor de los adultos mayores al reconocer sus necesidades y requerimientos especiales, así como su vulnerabilidad, los cuales crecen a medida que la población envejece. México dirige su legislación para el beneficio de las personas de mayor edad mediante una serie de normas, actualmente dispersas en ordenamientos legales para la población en general. El interés del Estado a este respecto tiene más que ver con el ámbito asistencial y de salud que con reformas que modifiquen sustancialmente la calidad de vida de estas personas. No fue sino recientemente cuando se tomó en consideración la necesidad de crear una normatividad específica y, en particular una ley contra la discriminación por edad.

En lo que se refiere al derecho a la integridad física y protección contra la discriminación y la violencia las leyes específicas vigentes se enumeran y describen a continuación.

La discriminación viola la Constitución en su Artículo primero, el cual prohibe la discriminación "por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas". Al respecto, nuestra legislación supera a la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Las legislaciones del Distrito Federal, Aguascalientes y Chiapas también han prohibido la discriminación por edad. Para la protección contra la victimización se han creado leyes en materia de violencia intra-familiar en toda la república. En el caso del DF existe la Ley de Asistencia y Prevención contra la Violencia Intrafamiliar, pionera en su naturaleza. Vincula a los sectores educativo, social y de salud para establecer acciones dirigidas a erradicar el problema y proteger al más vulnerable (Artículo 17). En el resto de la república existen leyes homólogas. La gravedad de la violencia intrafamiliar ha llevado a su tipificación como delito en el Código Penal Federal y se le sanciona con pena de prisión según el Artículo 343 bis del mismo. El abandono también está tipificado dentro del delito de abandono de persona enferma a quien se tiene obligación de cuidar (Artículo 355 del Código Penal Federal). Otras muchas formas de maltrato se pueden configurar como delitos: el fraude, el abuso de confianza, el robo entre parientes, los delitos sexuales, etcétera. Sin embargo, su tratamiento es común para personas de todas las edades.

Las instituciones de salud se encuentran actualmente facultadas para reportar a las autoridades correspondientes aquellas situaciones de violencia o malos tratos en contra de la población de mayor edad que atienden (Artí-

culo 171 de la Ley General de Salud). Además, para facilitar el acceso a la justicia y evitar que las personas de mayor edad tengan obstáculos en el proceso penal se cuenta con una Ley Federal de Defensoría Pública que, en su Artículo 15, fracción II, garantiza la preferencia en la prestación de los servicios de defensoría a trabajadores pensionados o jubilados. Del mismo modo, las personas de mayor edad que sean indiciadas por un delito podrán hacer valer su edad como atenuante. El Artículo 52 fracción V del Código Penal Federal así lo señala.

El ordenamiento civil no contempla en nuestro país el factor de la edad para que a alguien se le considere adulto mayor. Las leyes dirigidas específicamente a este grupo poblacional son la referencia al respecto y definen los 60 años de edad como el límite correspondiente.

En lo que toca a los derechos y obligaciones de la familia en este ámbito, la ley subraya el peso que tiene la familia para las personas de mayor edad y el derecho de éstas a vivir en su seno antes que ingresar a alguna institución de asistencia social. La obligación de alimentar a los padres es compartida con la que se tiene de alimentar a los propios hijos. El Código Penal Federal en su Artículo 336 bis sanciona con pena de cárcel esta omisión. Los Códigos Familiares de distintos estados presentan posiciones divergentes al respecto; es así como en el estado de Hidalgo se señala que los adultos mayores y las personas con discapacidad son responsabilidad del Estado; contrariamente, en Zacatecas, tal Código en su Artículo 728 señala que los mismos tienen derecho a la protección integral, pero por cuenta y a cargo de la familia.

De manera específica, la situación de los adultos mayores es protegida y regulada desde diversas disposiciones legales. De las entidades federativas, Campeche fue la primera que publicó en 1993, en el periódico oficial del estado, una ley especializada bajo el nombre de Ley de Protección a Minusválidos y Senescentes. Cuentan con legislación semejante solamente los estados de Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, el Distrito Federal, San Luis Potosí y Yucatán.

Destaca el caso específico de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal, pues es el antecedente directo de la Ley Federal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Esta Ley en su Artículo primero señala como objeto el garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, y subraya su derecho a la protección física, mental y social. El Artículo 5 es en particular relevante pues subraya la importancia del respeto a la integridad física, psicoemocional y sexual y la protección contra toda forma de explotación. Hace énfasis también en la obligación de la familia a otorgar en primera instancia protección respaldada por la comunidad, la sociedad y las instituciones federales, estatales y municipales. Menciona el derecho a vivir sin violencia de cualquier tipo y a recibir protección jurídica gratuita por parte del Estado. El Artículo 9 subraya el rol principal de la familia en la prevención del abuso, de la explotación, el aislamiento, y la violencia en todas sus formas, así como de actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos. Las violaciones a este Artículo serán sancionadas de acuerdo con el Código Penal o Civil vigentes en la entidad de residencia. Por último, en el Artículo 18 se pone énfasis en la responsabilidad social de brindar tratamiento y detección oportuna de enfermedades crónicas degenerativas, neoplasias y discapacidades funcionales.

Se señala al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) como responsable de otorgar asistencia jurídica gratuita, y se menciona el papel que la Procuraduría General de Justicia debe tener acerca de la atención preferencial de los delitos relacionados con la violencia y todos los tipos de abuso. Asimismo, la Ley establece la responsabilidad del INAPAM como órgano supervisor, gestor y contralor.

Sin embargo, queda por legislarse de manera específica respecto a la violencia contra los adultos mayores y por establecerse los mecanismos para la protección de las víctimas y la creación de las estructuras necesarias a este propósito. Un vacío particularmente relevante es el relativo a la normatividad correspondiente a las instituciones de cuidados prolongados.

Modalidades de intervención y prevención

La prevención del maltrato a los ancianos plantea a los profesionales serios problemas. Esto obedece a que los efectos de la violencia física y psicológica sobre la salud de un adulto mayor se ven exacerbados por el deterioro funcional. Además, es más difícil para los ancianos evadirse de una relación de maltrato o tomar las decisiones apropiadas debido a la depresión o a las deficiencias cognoscitivas que pueden sufrir. Infortunadamente, es común que el agresor sea la única compañía con que cuenta la persona maltratada. El mayor dilema estriba en lograr un equilibrio entre el derecho a la autodeterminación de la persona de más edad y la necesidad de adoptar las medidas necesarias para poner fin a la situación de maltrato. Con el fin de prevenir o hallar remedio para tales situaciones se han elaborado estrategias y programas de intervención en los diversos contextos en los que se producen los casos de violencia y maltrato.

Principios básicos para la intervención. Los modelos de intervención se han desarrollado en distintos ámbitos: el modelo de red social, el de promoción y mediación, el derivado de los programas vigentes de violencia intrafamiliar, el de intervención de trabajo social y el de intervención legal. Sea cual fuere su forma se admite que toda intervención debe partir de asumir la responsabilidad de asistir a la víctima, mediando un consentimiento informado y respetando la capacidad de elegir y el principio de autonomía (incluyendo el derecho a rehusar la asistencia). En general, se sugiere elegir la alternativa menos restrictiva, que respete el derecho individual a la privacidad y la autodeterminación. A este respecto, (Tomita 1982) la libertad es más importante que la seguridad. Los mayores deben por ellos mismos tomar sus decisiones a menos que su tutela haya sido explícitamente delegada en una tercera persona. El personal de salud debe privilegiar al adulto mayor en situaciones de conflicto de intereses entre el mismo y su cuidador. El uso de los recursos legales ha de verse como una última opción, el apoyo interdisciplinario es crucial, los protocolos de procedimientos han de ser desarrollados cuidadosamente y con sensibilidad y el conocimiento profesional debe ser aplicado con base en valores claros y explícitos. La atención a los cuidadores requiere de tacto y diplomacia y debe incluírseles como parte integral de un programa de evaluación y asistencia geriátrica global (Homer 1990).

Una variedad de respuestas para combatir los distintos tipos de maltrato de las personas de mayor edad han sido propuestas. Entre ellas figuran programas de sensibilización del público y de los profesionales, legislación nueva, acciones judiciales y programas de intervención y prevención. Hasta ahora, en nuestro medio las respuestas al maltrato de las personas de mayor edad se han centrado en actividades de sensibilización, de promoción del respeto y la dignidad de estas personas y, por lo tanto, de protección de sus derechos. Algunas medidas específicas incluyen la regulación de la atención de los casos, la detección oportuna de los casos de maltrato y la planificación de los cuidados,

la protección y el tratamiento. Dichas medidas no han sido aún desarrolladas en México, salvo excepción, quizás en el marco de programas piloto o de investigación.

Los principios en los que debe basarse toda intervención de esta índole incluyen las consideraciones éticas, los derechos humanos y los valores de libertad, autonomía, justicia, responsabilidad, intimidad, respeto y dignidad. Los sistemas jurídicos, las normas de desarrollo social y humano y los organismos profesionales y de servicios han de ser movilizados al servicio de estas intervenciones.

Educación y campañas de sensibilización pública. En los países donde se han aplicado, la educación y las campañas de sensibilización pública han sido muy útiles para informar a las personas acerca del maltrato de los ancianos. Deben dirigirse no sólo a los profesionales de las diversas disciplinas relacionadas, sino también a los investigadores, los educadores y los encargados de formular las políticas.

La educación y la sensibilización de la opinión pública son necesarias. El objetivo es informar al público sobre los diversos tipos de maltrato, cómo identificarlos y adónde se puede acudir para obtener ayuda. Quienes tienen contacto frecuente con ancianos son los destinatarios más importantes de este tipo de educación. Los programas de educación orientados directamente a las personas mayores suelen ser más eficaces cuando la información acerca del maltrato forma parte de un tema más amplio, como puede ser el envejecimiento o la atención a los problemas de salud. Los medios de comunicación pueden ayudar a modificar las actitudes actuales hacia las personas mayores y reducir los estereotipos vigentes, transmitiendo una imagen más positiva y dándoles un lugar más destacado. La necesidad de crear una conciencia en el público acerca de la violencia contra las personas de mayor edad se refleja en la amplia cobertura que dan los medios de comunicación a los actos graves de violencia y los casos flagrantes de abandono. Los medios de comunicación están desempeñado un papel crítico, ahora que se hace necesario señalar a la atención del público el maltrato de las personas de mayor edad y fomentar las correspondientes respuestas normativas. En México, en los últimos años, los programas de sensibilización y educación han adoptado un enfoque centrado en los derechos humanos (Asatashvili 2003). Se han incluido sesiones de información y educación, programas de apoyo a las personas de mayor edad y a sus defensores para hacer valer sus derechos. Para prevenir el maltrato, ahora habría que desarrollar estrategias de planificación para la futura protección de las personas mayores vulnerables. Los programas educativos vigentes se han propuesto educar fundamentalmente a la comunidad, falta ahora ampliar los esfuerzos para dotar a abogados, políticos, agentes encargados de hacer cumplir la ley, asistentes sociales y profesionales de la salud para que puedan detectar casos de maltrato y abandono y prestar asesoramiento al respecto, con el fin de lograr intervenciones eficaces. Ya se han elaborado materiales para ayudarles en este esfuerzo. Contamos con programas de educación desarrollados por la CNDH y existen instrumentos de detección de situaciones de maltrato o maltrato potencial y protocolos de intervención que pueden ser aplicables en nuestro contexto (anexo 1).

En países como Francia, Japón y los Estados Unidos de América se han establecido líneas telefónicas de ayuda, con el fin de educar a los usuarios sobre el maltrato de las personas de mayor edad y sobre los recursos disponibles, y de remitirles a organismos de ayuda. En México tal fue el caso de la hoy desaparecida "Línea Dorada" que formaba parte del servicio LOCATEL, del Distrito Federal.

Se deberá favorecer la participación de organizaciones no gubernamentales que ofrecen

programas de sensibilización y educación en distintos contextos. Los programas de desarrollo comunitario que atienden a las necesidades y preocupaciones de las personas de mayor edad, como ha sido el caso del Programa de Apoyo Alimentario, del Gobierno del DF, también han contribuido a aumentar la sensibilización, al identificar la importancia del problema, y pueden contribuir a educar al público en general sobre el tema.

Legislación, mecanismos de protección e intervención legal. La mayoría de los países no han adoptado una legislación específica sobre el maltrato a los ancianos. Comúnmente, los aspectos generales del maltrato están contemplados en el derecho penal o en las leyes sobre los derechos civiles y de propiedad, la violencia familiar o la salud mental. La aprobación de una legislación específica sobre el maltrato a las personas mayores supone un compromiso mucho más firme. Sin embargo, aun donde tal legislación existe es raro que se llegue a un proceso penal, sobre todo porque las personas mayores generalmente son renuentes a iniciar un proceso contra su propia familia o no están en condiciones de hacerlo por razones de salud. En el otro extremo del espectro, hay países donde los médicos, asistentes sociales, enfermeros y otros profesionales similares están obligados por ley a denunciar cualquier presunto caso de maltrato, abandono o explotación de una persona de mayor edad. La eficacia de esta obligación es cuestionable en razón de los principios básicos arriba enunciados y, además, porque en tal contexto los profesionales se tornan reacios a denunciar, lo que se traduce también en un escaso cumplimiento de la ley (Wolf 1996). También se reconoce que en situaciones en las que una persona de mayor edad sufre problemas de salud mental, y necesita asesoramiento, el recurrir a una ley de tal naturaleza podría estar contraindicado. En algunos países, la sensibilización respecto del maltrato de las personas de mayor edad y los cambios en la política social han conducido a la aprobación de legislación nueva que tipifica como delito el maltrato de las personas de mayor edad y aumenta las penas para algunos delitos cometidos contra estas personas. Tal ha sido el caso en México en lo que se refiere a la violencia intrafamiliar en su conjunto, pero carecemos aún de una legislación específica para los casos de maltrato a los adultos mayores. Además de la creación y eventual aprobación de leyes y reglamentos, falta, sobre todo, establecer sistemas para su ejecución. Los servicios de defensoría de estas personas y estructuras como las comisiones sobre el envejecimiento pueden prestar asistencia para atender quejas. En México esto sería la responsabilidad de la Procuraduría para la Defensa del Anciano, del INAPAM.

Tamizaje para la detección oportuna. El empleo de cuestionarios estandarizados para la detección del maltrato ha sido recientemente revisado (Fulmer 2004). De los instrumentos disponibles, el mejor calificado por el panel de especialistas fue el Cuestionario de Detección del Maltrato a Personas Mayores, de Hwalek-Sengstock (Sengstock 2002; Wolf 2000). Esta prueba es una medida de autoevaluación, y es completada por la propia persona mayor (anexo 1).

Servicios sociales. En general, los países que prestan servicios a las personas mayores maltratadas, descuidadas o explotadas lo han hecho por conducto de la red de servicios sociales y de salud existentes. Muchas veces estos casos suponen problemas médicos, jurídicos, éticos, psíquicos, financieros, de fiscalización y ambientales. Se han elaborado normas y protocolos para ayudar a los médicos y a los asistentes sociales y generalmente se les proporciona capacitación especial. Estos servicios suelen

operar en colaboración con grupos de trabajo, organizaciones de voluntarios, privadas y de beneficencia que prestan servicios de asesoramiento, imparten capacitación, elaboran modelos de legislación e identifican las deficiencias del sistema (Hugonot 2003). Muchas veces, estos servicios cuentan con líneas telefónicas de ayuda para recibir denuncias de malos tratos (Action on Elder Abuse 1997; Yamada 1999). Los refugios de urgencia y los grupos de apoyo especiales para las personas de edad maltratadas son relativamente nuevos. Constituyen un ámbito donde las víctimas pueden conversar sobre sus experiencias, fortalecerse psíquicamente para superar sus miedos, sus dudas, el estrés y la ansiedad, y mejorar su autoestima.

Servicios de salud. Los profesionales de la medicina vienen desempeñando un papel protagónico en la difusión pública del problema. Ciertamente, los médicos habían quedado rezagados respecto de los trabajadores sociales y los profesionales de la enfermería. Tal ha sido el caso mexicano. En nuestro ámbito es excepcional que los hospitales cuenten con programas de intervención en favor de las personas mayores maltratadas.

El personal de salud puede desempeñar un papel clave en los programas orientados a detectar el maltrato. El médico es quien está en mejor posición para detectar los casos de maltrato, debido a la confianza que la mayoría de las personas de mayor edad depositan en él. Sin embargo, muchas veces no es capaz de diagnosticarlo porque este tipo de situaciones no son parte de su adiestramiento formal o profesional y, en consecuencia, no figuran en su lista de diagnósticos diferenciales.

En las salas de urgencias, además, se presta escasa atención a las necesidades especiales de las personas mayores. Los profesionales de la atención de salud a menudo se sienten más cómodos tratando a los jóvenes que a los ancianos y muchas veces prestan poca atención a las inquietudes de estos últimos. En México, ningún departamento de urgencias emplea protocolos para detectar y tratar los problemas de maltrato de las personas mayores, y rara vez intentan abordar las cuestiones relacionadas con la salud mental o los signos del maltrato a los ancianos, como la depresión, los intentos de suicidio o el abuso del alcohol o drogas (Sanders 1992).

Instituciones medicosociales de cuidados prolongados. En el ámbito institucional las intervenciones deben incluir mecanismos oficiales de respuesta a las denuncias de maltrato y abandono de los residentes. La certificación de los proveedores de estos servicios, el establecimiento de normas de atención y de requisitos para la operación y para la contratación de personal, así como las inspecciones periódicas de las residencias han de ser condiciones obligatorias. El éxito de los programas de intervención en entornos institucionales depende del compromiso que mantenga la dirección de un centro con la calidad de los cuidados, las buenas condiciones de trabajo y la creatividad en la solución de problemas. Los criterios para la contratación de personal que excluyan a los candidatos con historial de malos tratos y seleccionen a aquellos que demuestren empatía con las personas de mayor edad y capacidad de sobrellevar el estrés y de afrontar las situaciones de conflicto pueden desempeñar un papel importante.

En el entorno comunitario las intervenciones incluyen la provisión de cobijo y otros servicios sociales a las víctimas de malos tratos. Los servicios de voluntariado, los grupos comunitarios, las organizaciones religiosas y los programas de apoyo a las familias también han desempeñado una labor activa de apoyo a las víctimas de maltrato. Este apoyo puede incluir, entre otras cosas, servicios a domicilio,

guarderías para adultos y programas de cuidados temporales. Existen ejemplos de algunos contextos europeos y norteamericanos donde se han establecido albergues y hogares para los casos urgentes.

En los ámbitos más desfavorecidos, el maltrato a las personas de mayor edad forma parte de un panorama más amplio de pobreza y otros problemas de derechos humanos. Estas circunstancias suelen ir acompañadas de una escasa detección de los casos, una ausencia de estructuras y mecanismos formales de respuesta y una falta de recursos para combatir la violencia contra estas personas o para ayudarlas a prevenirla. Las intervenciones para corregir los factores sociales, económicos y políticos que conducen a la violencia en estos contextos tenderían a mejorarles las condiciones generales de vida y a reducir la violación de sus derechos.

En estos contextos de extrema pobreza ya existen ejemplos de intervenciones basadas en los derechos en auxilio de las personas de mayor edad. Las organizaciones no gubernamentales usualmente desempeñan una labor importante en estas iniciativas. Por ejemplo, en el barrio de Tepito, en la Ciudad de México (Abiegas 2004), se han fortalecido las organizaciones de adultos mayores, con el fin de mejorar los medios de vida y su seguridad física, mientras que la vulnerabilidad de las mujeres de mayor edad se ha reducido mediante la mejora de sus recursos físicos, humanos y sociales. Los programas de alfabetización de estas personas han demostrado ser eficaces para reducir la vulnerabilidad a la explotación y fortalecer el conocimiento de sus derechos, el acceso a servicios y la capacidad de superar la discriminación y resistir a la violencia. Otras intervenciones que tienen como objetivo educar y mejorarles la salud, desarrollarles la capacidad de generar ingresos, mejorarles el activo y reducirles su vulnerabilidad frente a un entorno hostil han sido también exitosas (HelpAge 2002).

Organizaciones y grupos promotores. La Red Internacional para la Prevención del Abuso y Maltrato a los Ancianos –INPEA– tiene miembros afiliados en casi todo el mundo. En numerosos países hay comités y sociedades nacionales que desempeñan una labor activa. México no está formalmente afiliado. Los objetivos de la red son: sensibilizar a la opinión pública, fomentar la educación y la capacitación, organizar campañas en favor de las personas de mayor edad maltratadas y descuidadas, y promover las investigaciones sobre las causas, las consecuencias, el tratamiento y la prevención del maltrato a los ancianos.

En nuestra región, el Comité Latinoamericano para la Prevención del Maltrato a los Ancianos ha hecho una campaña intensa para llamar la atención sobre este problema, y proporciona capacitación en las reuniones regionales y nacionales. En México, donde apenas estamos tomando conciencia de ello, no existe aún una representación de estos grupos. Otros países de la región, como Argentina, Brasil y Chile han pasado a la etapa de legitimación y de adopción de medidas. En Buenos Aires, Argentina, el Programa Proteger, que se ocupa exclusivamente de los casos de maltrato de ancianos, se inició en 1998 como parte de los programas de la Secretaría de Promoción Social, Dirección General de la Tercera Edad. Los profesionales y otros trabajadores que participan en este Programa reciben capacitación en gerontología durante un período de seis meses, en el que se hace hincapié en la prevención de la violencia y en las intervenciones en los casos de maltrato de ancianos. Proteger también tiene una línea telefónica de ayuda gratuita.

En el Brasil, el apoyo oficial a las actividades de capacitación en materia de maltrato a ancianos ha estado a cargo de los ministerios de Justicia, y de Salud y Previsión Social. En Chile, como resultado de la labor de la Comisión Interministerial de Prevención de la Violencia Intrafami-

liar, en 1994 se aprobó una ley contra la violencia en la familia (Mehrotra 1999). Esta ley abarca todos los actos de violencia en el hogar, con inclusión de los dirigidos contra los ancianos.

Recomendaciones

Esta revisión ha detectado varias áreas de preocupación, las cuales, además, son susceptibles de una respuesta normativa. La información disponible muestra cómo los derechos de las personas de mayor edad están en peligro de ser violados en una serie de contextos económicos, institucionales, comunitarios y familiares. Por otra parte, a pesar de que el maltrato a los ancianos por los miembros de la familia, los prestadores de asistencia y otros se comprende mejor en la actualidad que hace 25 años, se necesita aún una base de conocimientos más sólida cuando se trata de elaborar una política, planificar o formular un programa. Todavía se desconocen muchos aspectos del problema, incluidas sus causas y consecuencias, y el grado en que ocurre; por ejemplo, para elaborar la más reciente propuesta de guía clínica para abordarlo (Nelson 2004), los autores, luego de revisar 1 084 resúmenes y seleccionar 72 publicaciones para su análisis, encontraron que, de éstas, ninguna establecía grupos comparativos ni medición específica de desenlaces luego de las intervenciones propuestas. Hasta la fecha, las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones no han producido resultados útiles.

La vulnerabilidad de las personas de mayor edad a la violencia se reducirá ayudándolas a mantenerse activas y productivas para seguir contribuyendo a la sociedad, la comunidad y la familia. Para ello debe alentarse a la sociedad a seguir fomen-tando un clima contrario a la discriminación por razones de edad, en el que se reconozcan y apoyen los derechos de estas personas a la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad. Estas serán las más eficaces acciones de prevención primaria.

A partir de estas constataciones generales, formulamos las siguientes recomendaciones específicas.

Promoción, educación y campañas de sensibilización pública

1. La educación y la sensibilización de la opinión pública, con el objetivo de informar sobre los diversos tipos de maltrato, cómo identificarlos y adónde se puede acudir para obtener ayuda.

2. Desarrollo de campañas educativas dirigidas a los profesionales de las diversas disciplinas relacionadas, a los investigadores, los educadores y los encargados de formular las políticas.

3. La ampliación y fortalecimiento del Programa Nacional de Promoción y Difusión de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores, de la CNDH, con la inclusión de los profesionales (abogados, políticos, agentes encargados de hacer cumplir la ley, asistentes sociales y personal de salud) en programas orientados a la detección y el tratamiento.

4. La creación de líneas telefónicas de ayuda, aprovechando la infraestructura existente en algunas localidades, como el servicio de LOCATEL, en el Distrito Federal.

Legislación, mecanismos de protección e intervención legal

1. La aprobación de una legislación específica que tipifique como delito el maltrato de las personas de mayor edad y aumente las penas

de manera específica y no sólo en el marco general de la violencia intrafamiliar.

2. Redacción y amplia difusión de una Carta de derechos y responsabilidades de los residentes de los centros de cuidados prolongados.

3. Desarrollo de una normatividad específica para las instituciones de cuidados prolongados para los adultos mayores. Tal normatividad se requiere como prerrequisito para el desarrollo de un sistema de certificación análogo al actualmente vigente para los hospitales.

4. Fortalecimiento de los servicios de defensoría de las personas de mayor edad, en particular de la Procuraduría para la Defensa del Anciano, del INAPAM.

Modalidades de intervención y prevención

1. Programa de prevención primaria, con énfasis en el primer nivel de atención.

2. Elaborar un paquete educativo sobre el maltrato al mayor para la formación de los profesionales sanitarios de atención primaria, con base en la información disponible generada por INPEA y centros especializados (anexo 1).

3. Programa de detección oportuna a través del personal de salud. El médico es quien está en mejor posición para detectarlo con estrategias de tamizaje, mediante el empleo de cuestionarios estandarizados.

4. Se recomienda seguir un abordaje protocolizado (anexo 2).

5. Atención a los cuidadores como parte integral de un programa de evaluación y asistencia geriátrica global. La prevención del maltrato pasa también por la ayuda a los potenciales agresores para resolver sus propios problemas.

6. Servicios sociales. Búsqueda, en conjunto con organizaciones no gubernamentales, de estrategias para la creación de refugios de urgencia y grupos de apoyo para las personas de mayor edad maltratadas.

7. Instituciones medicosociales de cuidados prolongados. La certificación de los proveedores de estos servicios, el establecimiento de normas de atención y de requisitos para la operación y para la contratación de personal, así como las inspecciones periódicas de las residencias han de ser condiciones obligatorias.

8. Desarrollo de mecanismos oficiales de respuesta a las denuncias de maltrato y abandono de los residentes, tales como investigaciones oficiales, supervisiones y sanciones específicas.

9. Elaborar programas de apoyo para mejorar las condiciones físicas y sociales de los establecimientos.

Investigación

1. Mejorar la base de conocimientos que ha de normar la política nacional y local, y elaborar directrices claras para el establecimiento de estrategias y programas de intervención y prevención.

2. Hay en particular un gran vacío de información respecto de los delitos cometidos en contra de este grupo de edad; las estadísticas correspondientes deben estratificarse por edad.

3. Hay que contribuir para afinar las definiciones, determinar la etiología y los efectos de los malos tratos en nuestro contexto. Quedan por realizar estudios cualitativos con objetivos claramente definidos, con el fin de entender la causalidad en las prácticas abusivas.

4. Llevar a cabo una encuesta nacional específica o, por lo menos, agregar información rela-

tiva al tema en la próxima Encuesta Nacional de Salud y en la próxima Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento en México para conocer la prevalencia del maltrato en las personas de edad.

Coordinación intersectorial

1. La coordinación intersectorial es necesaria a estos propósitos y constituye un requerimiento absoluto para la instrumentación de programas de acción. La creación de un comité en el ámbito federal, semejante al Grupo de Trabajo para la Atención y Prevención de la Violencia Dirigida a Personas Adultas Mayores, que opera en la Ciudad de México, podría ser una acción útil para promover la colaboración.

2. El progreso en la investigación y en la adopción de medidas no podrá lograrse sin un compromiso político, una base sólida en materia de derechos humanos y un apoyo jurídico favorable a la eliminación del maltrato a las personas de mayor edad. Las resoluciones intersectoriales pueden proporcionar una plataforma de acción nacional y una base de iniciativas para garantizar que se protege contra la violencia y los malos tratos a las personas de mayor edad.

Referencias

Abiegas P. 2004. Disponible en: www.comparte.org.mx.

Action on elder abuse. 1997. Hearing the despair: The reality of elder abuse. Londres.

Adelman R, Siddiqui H, Foldi N. 1998. Approaches to diagnosis and treatment of elder abuse and neglect. En: Hersen M, Van Hasselt VB. Handbook of clinical geropsychology. Nueva York (NY): Plenum Publishing Company: 557-67.

American Medical Association. 1992. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Washington, DC: AMA.

Ahmad M, Lachs MS. 2002. Elder abuse and neglect: What physicians can and should do. Cleveland Clin J Med 69(10):801-8.

Asatashvili A, Borión-López Coterilla I. 2003. Panorama actual de los derechos humanos de las personas de edad: la situación de México frente a los compromisos internacionales. México, DF: Comisión Nacional de los Derechos humanos.

Bass DM, Anetzberger GP, Ejaz FK, Nagpaul K. 2001. Screening tools and referral protocol for stopping abuse against older Ohioans: A guide for service providers. J Elder Abuse Neglect 13(2):23-38.

Block MR, Sinnott JD, Ed. 1979. The battered elder syndrome: An exploratory study. College Park (MD): University of Maryland Center on Aging.

Brandl B, Horan. 2002. Domestic violence in later life: An overview for health care providers. Women´s Health 35(2/3):41-54.

Burston GM. 1975. Granny battering. BMJ 592:6-10.

Canadian Centre for Justice Statistics. 2000. Family violence in Canada: A statistical profile 2000. Ottawa: Health Canada.

Comijs HC et al. 1998. Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. J Am Ger Soc 46:885–8.

Consejo Nacional de Población. 1999. Proyecciones de la población de México 1995-2050. México, DF: CONAPO. 27 pp.

Cooney C, Mortimer A. 1995. Elder abuse and dementia: A pilot study. Int J Soc Psychiatry 41:276–83.

Douglas RL. 1987. Domestic mistreatment of the elderly – Toward prevention. Washington, DC: Criminal Justices Services Program Department, American Association of Retired Persons.

Fulmer T, Guadagno L, Bitondo C, Connolly MT. 2004. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. J Am Ger Soc 52(2):297.

Gordon RM, Brill D. 2001. The abuse and neglect of the elderly. Int J Law Psychiatry 24:183-97.

Gorman M, Petersen T. 1999. Violence against older people and its health consequences: Experience from Africa and Asia. Londres: HelpAge International.

Grafstrom M, Nordberg A, Winblad B. 1994. Abuse is in the eye of the beholder. Scand J Soc Med 21:247–55.

Gutiérrez-Robledo LM, Reyes-Ortega G, Rocabado F, López-Franchini J. 1996. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. Salud Publica Mex 38(6):487-500.

Gutiérrez-Robledo LM. 2000. Diagnóstico sobre requerimientos asistenciales de la población de adultos mayores institucionalizados en el Distrito Federal. México, DF: Gobierno del DF/Secretaría de Desarrollo Social.

Ham R. 2003. El envejecimiento en México, el siguiente reto de la transición demográfica. México, DF: El Colegio de la Frontera Norte/Miguel A. Porrúa Ed. 219 pp.

HelpAge Internacional. 2002 junio. Violencia, abuso y maltrato. Horizontes 59.

Henderson D, Buchanan JA, Fisher JE. 2002. Violence and the elderly population: Issues for prevention. En: Schewe PA, Ed. Preventing violence in relationships: Interventions across the life span. Washington, DC: American Psychological Association.

Hegland A. 1992. Defusing conflict. Abuse prevention strategies. Contemp Long Term Care 15(11):60-2.

Homer AC, Gilleard C. 1990. Abuse of elderly people by their carers. BMJ 301:1359–62.

Hudson MF. 1986. Elder mistreatment: Current research. En: Pillemer KA, Wolf RS. Elder abuse. Conflict in the family. Dover (MA): Auburn House Publishing Company.

Hugonot R. 2003. La vieillesse maltraitée. París: Dunod. 6 pp.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. 2004. Disponible en: www.inapam.gob.mx [2004 junio 23].

Kivelä SL. 1992. Abuse in old age: Epidemiological data from Finland. J Elder Abuse Neglect 4:1–18.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, Ed. 2002. World Report on Violence and Health. Chapter 5. Abuse of the elderly. Ginebra: WHO.

Lau E, Kosberg JI. 1979. Abuse of the elderly by informal care providers. Aging 297:10-15.

Lachs MS et al. 1998. The mortality of elder mistreat-ment. JAMA 20:428–32.

Mehrotra A. 1999. Situation of gender-based violence against wom-en in Latin America and the Caribbean: National report for Chile. Nueva York (NY): Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Lafata MJ, Helfrich CA. 2001. The occupational therapy elder abuse checklist. En: Helfrich CA. Domestic abuse across the lifespan: The role of occupational therapy. The Haworth Press.

Nelson H, Nygren P, McInerney I, Klein J. 2004. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence. Ann Intern Med 140(5):387-96.

O'Leary KD. 1997. Through a psychological lens: Personality traits, personality disorders, and levels of violence. En: Gelles RJ, Loeske DR, Ed. Current controversies on family violence. Thousand Oaks (CA): Sage: 7–30.

Ogg J, Bennett GCJ. 1992. Elder abuse in Britain. BMJ 305:998–9.

Papadopoulos A, La Fontaine J. 2000. En: Papadopoulos A, La Fontaine J, Ed. Elder abuse. Therapeutic perspectives in practice. United Kingdom: Winslow Press.

Pillemer K, Finkelhor D. 1988. Prevalence of elder abuse: A random sample survey. Gerontologist 28:51–7.

Paveza GJ et al. 1992. Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. Gerontologist 32:493–7.

Pillemer KA. 1989. Risk factors in elder abuse: Results from a case–control study. En: Pillemer KA, Wolf RS, Ed. 1986. Elder abuse. Conflict in the family. Dover (MA): Auburn House Publishing Company: 239–64.

Pillemer KA, Moore D. 1990. Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. J Elder Abuse Neglect 2:5–30.

Pillemer KA, Suitor JJ. 1992. Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? J Gerontol 47:S165–S172.

Podnieks E. 1992. National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. J Elder Abuse Neglect 4:5–58.

Reay AM, Browne KD. 2002. The effectiveness of psychological interventions with individuals who physically abuse or neglect their elderly dependents. J Interpers Violence 17(4):416-31.

Red Internacional para la Prevención del Abuso y Maltrato a los Ancianos-INPEA. 1995 May-June. What is elder abuse. Action Elder Abuse Bull 11.

Reforma 2004. Disponible en: www.reforma.com. [2004 junio 28].

Reyes L. 2002. Envejecer en Chiapas. Etnogerontología zoque. México, DF: IEI-UNACH, PROIMMSE, UNAM.

San Miguel-Aguirre E. 1999. Los derechos humanos en la tercera edad. México, DF: Comisión Nacional de Derechos Humanos. 5 pp.

Sanders AB. 1992. Care of the elderly in emergency de-partments: Conclusions and recommendations. Ann Emerg Med 21:79–83.

Secretaría de Salud, Gobierno del DF. Disponible en: www.salud.df.gob.mx/programas/adultos_mayores/index.html [2004 junio 2].

Secretaría de Salud. 2001. Mortalidad 1999. México, DF: SSA, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

Sengstock MC, O´Brien JG. 2002. Identifying and treating domestic abuse in the elderly: A training program for health and social service professionals. Disponible en: http://hometown.aol.com/mcsengstoc/eldabuse.htm. [2004 junio 21].

Tomita SK. 1982. Detection and treatment of elderly abuse and neglect. A protocol for health care professionals. Psy Occup Ther Geriatr 2(2):37-50.

World Health Organization – WHO / Red Internacional para la Prevención del Abuso y Maltrato a los Ancianos - INPEA. 2002. Missing voices: Views of older persons on elder abuse. Ginebra: WHO.

Wolf RS. 1996. Elder abuse: Mandatory reporting revisited. En: Cebik LE, Graber GC, Marsh FH, Ed. Violence, neglect, and the elderly. Greenwich (CT): JAI Press: 155–70.

Wolf RS. 1998. Domestic elder abuse and neglect. En: Nordhus I, VandenBos G, Berg S, Fromholt P, Ed. Clinical geropsychology . Washington, DC: American Psychological Association: 161-5.

Wolf R. 2000. Risk assessment intruments. Special Research Review Section. National Center on Elder Abuse Newsletter. Disponible en: www.elderabusecenter.org/research/risk.html.

Yamada Y. 1999. A telephone counseling program for elder abuse in Japan. J Elder Abuse Neglect 11:105–12.

Anexo 1

Cuestionario de detección del maltrato a personas mayores, de Hwalek-Sengstock (The Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test –EAST–)

Está compuesto por 15 ítems, que discriminan entre personas mayores que se encontraban en una situación de maltrato, personas mayores que habían informado de maltrato, pero que posteriormente no fue confirmado, y un grupo de control. Este cuestionario es un instrumento de autoevaluación; es decir, lo completa la propia persona mayor.

Cuestionario de detección del maltrato a personas mayores, de Hwalek-Sengstock

1. ¿Alguien pasa tiempo con usted, para ir de compras o al médico? (no)
2. ¿Está ayudando a alguien? (sí)
3. ¿A menudo se siente triste o solo? (sí)
4. ¿Quién toma las decisiones relacionadas con su vida; por ejemplo, decidir con quién debe vivir o dónde debe vivir? (otro)
5. ¿Se siente incómodo con alguien de su familia? (sí)
6. ¿Puede tomar usted mismo su medicación? (no)
7. ¿Siente que nadie le quiere a su alrededor? (sí)
8. ¿Alguien de su familia bebe mucho? (sí)
9. ¿Alguien de su familia hace que permanezca en la cama o le dice que usted está enfermo cuando usted sabe que no lo está? (no)
10. ¿Alguien le ha forzado a hacer cosas que no quería hacer? (sí)
11. ¿Alguien le ha cogido cosas suyas sin pedirle su consentimiento? (sí)
12. ¿Confía en la mayor parte de su familia? (no)
13. ¿Alguien le ha dicho que usted da demasiados problemas? (sí)
14. ¿Tiene suficiente intimidad en casa? (no)
15. ¿Alguien cercano ha intentado recientemente herirle o hacerle daño? (sí)

Al final de cada pregunta, entre paréntesis, se indica la respuesta que se relacionaría con el maltrato. Por lo tanto, el maltrato está asociado con la respuesta "no" a las preguntas 1, 6, 12 y 14; con la respuesta "otro" al ítem 4 y, con la respuesta "sí" al resto de los ítems. Extraído de Sengstock, MC, O´Brien JG. 2002. Identifying and treating domestic abuse in the elderly: A training program for health and social service professionals.
Disponible en: http://hometown.aol.com/mcsengstoc/eldabuse.htm.

Anexo 2 Protocolo de intervención para personal de salud

La observación de cualquiera de los signos siguientes obliga a investigar la situación del paciente, con el fin de determinar la posibilidad de que sea víctima de maltrato (Lachs 1995).

- El anciano tarda en solicitar atención médica cuando se lesiona o enferma.
- Las explicaciones del anciano o de la persona que lo cuida sobre las lesiones que presenta son vagas o inverosímiles.
- Las versiones del paciente y de la persona que lo cuida sobre los antecedentes clínicos difieren.
- La asistencia frecuente a los servicios de urgencia porque una afección crónica ha empeorado, a pesar de que se ha indicado un plan de atención y el paciente cuenta con los recursos necesarios para cumplirlo en su hogar.
- La presencia de una persona de edad con deficiencias funcionales en la consulta sin que la acompañe la persona que la cuida.
- Los hallazgos paraclínicos, por ejemplo, niveles subterapéuticos de fármacos –denotando falta de apego a la prescripción– son incongruentes con el relato del paciente.

En presencia de alguno de los indicadores señalados, el médico o el trabajador de la salud deben (Mount Sinai 1988):

- Entrevistar por separado al paciente solo y a su cuidador, preguntándole directamente al primero, si ha sido objeto de actos de violencia física, si se han restringido sus movimientos o si lo han descuidado.
- Prestar especial atención a la relación entre el paciente y el presunto agresor, y a la conducta de ambos.
- Efectuar una evaluación geriátrica integral del paciente, con inclusión de los aspectos médicos, funcionales, cognoscitivos y sociales.
- Hacer el familiograma y el inventario de las redes sociales del paciente, tanto formales como informales.

Recuadro 1. El abandono de persona

Laureano Reyes Gómez

El maltrato al anciano es un tema tabú. Pocas veces es denunciado, por el temor natural a sufrir mayor represión por parte del agresor, quien generalmente suele ser un familiar o "cuidador". La variedad de castigos infligidos al anciano cubre un amplio espectro –desde la esfera psicológica, económica y física, que incluye actos de privación ilegal de la libertad, entre otras muchas formas de maltrato.

Una práctica común a la que se recurre hoy es el abandono físico de la persona, y para ejemplificar el hecho voy a ilustrar un caso real, sucedido en julio de 1997, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. La fuente de información es oficial, y se deriva de la denuncia levantada ante el agente del Ministerio Público, practicada por Catalina López, trabajadora social adscrita al Hospital Regional Dr. Rafael Pascacio Gamboa. La denuncia en referencia dice así:

Se realiza visita a la Procuraduría, para dar parte al [Agente] *del Ministerio Público en turno, para reportar el caso de la paciente* [registrada por sus familiares con nombre falso, bajo la identidad de Cándida Hidalgo, de 80 años de edad], *ya que se debe a un abandono de persona. La paciente ingresó desde el día 20 de junio del presente* [1997], *acompañada de dos señoras, a quienes les informó el médico* [después de consulta y auscultación] *que se la podían llevar, ya que no presentaba ninguna enfermedad,* [que la anciana requería de cuidados y atenciones por parte de la familia]; *ellas,* [las acompañantes], *comentaron que* [sólo] i*ban a traer el carro para recoger* [a la paciente] *y no regresaron* [más], *por lo que no dieron más datos en cuanto a dirección y otros* [datos generales]. *Por lo que se procedió a entrevistar a la paciente de edad avanzada,* [quien al darse cuenta de todo cuanto sucedía decidió no volver con los suyos, ocultando información] *no obteniendo suficientes datos* [de localización de familiares]. *Por lo mismo, nada más dijo,* [a tirabuzón], *que vivía en* [Frontera] *Comalapa* [Chiapas], *por lo que se realizó* [sic] *llamadas* [telefónicas] *a la presidencia de la misma, encontrándose a una sobrina, quien* [a su vez] *nos informó de otro sobrino, el Sr. Sarael Hidalgo, que vive en la Colonia Independencia, Municipio de Comalapa, quien* [a su vez] *nos proporcionó información sobre la nieta de la misma* [de, "Cándida Hidalgo"], *a Arabely Villatoro Hidalgo, que vive en Comitán* [Chiapas], *tiene venta de pizzas a un lado del hospital del mismo lugar, y su nieto, el Sr. Marcotulio Villatoro Hidalgo, quien vive aquí en* [la Ciudad de] *Tuxtla, en la* [calle] *4ª. Poniente Sur, Número 1740, a quienes visitamos llevando a la paciente, y la esposa negó tener algún parentesco con él* [con Marco Tulio], *pero los vecinos informaron lo contrario. La suegra* [del señor Marcotulio Villatoro] *dijo que la hermana* [de "Cándida Hidalgo"] *trabaja en* [la línea de autobuses] *transportes Bochil. Se realizó la visita a la señora Aidé Villatoro Hidalgo, quien dijo que la desconocía* [y en consecuencia tampoco aceptó que quedara bajo su cuidado, y la paciente fue vuelta al hospital en la ambulancia], *por lo que se procede a levantar la demanda formalmente (firma al calce, Catalina López Chambe).*

Historias como éstas son cada vez más comunes. Doña "Cándida" estuvo consciente de que su abandono fue planeado con bastante anticipación y a detalle por parte de los suyos. Ante semejante situación, se hicieron las gestiones

correspondientes para que fuera aceptada en la casa de asilo. Justo el día cuando se notificó su aceptación y traslado al asilo de ancianos, Doña "Cándida" falleció. A decir del personal de enfermería, "se dejó morir de tristeza", rehusando probar alimentos y medicinas. Nueve días posteriores a la denuncia, el 28 de julio de 1997, "la paciente de la cama número uno", como era conocida por el personal médico, era enterrada en la fosa común, sin nombre. Nadie reclamó su cuerpo. Finalmente, los familiares de la anciana habían logrado su propósito: murió sola y abandonada.

Ignoramos cuántos ancianos en situación de abandono hay en Chiapas, pero al parecer el número es creciente, y no hay programas de atención a este sector, o son apenas incipientes. En nuestros estudios hemos detectado tres "tiraderos" de viejos, que en orden de importancia son: la choza del anciano en el rancho o pueblo, donde les dejan algún alimento hasta que mueren de inanición; la iglesia en las ciudades, donde después del oficio religioso son abandonados, y los hospitales, donde una vez internos, no son reclamados, como el caso antes referido. De vez en vez suele escucharse en los pueblos unidades motorizadas anunciando los generales de algún anciano abandonado o perdido, para que lo reclamen sus familiares; con frecuencia son esfuerzos vanos.

El anciano es de por sí una persona vulnerable a sufrir maltrato, pero la situación es más crítica cuando se conjugan tres esferas muy temidas: pobreza extrema, enfermedad crónica y soledad en sus diversas modalidades. Cuando la economía es de subsistencia, los pocos recursos son destinados a la gente en etapa productiva. La atención a padecimientos propios o asociados a la vejez son nulos o escasos, los que al no tener cura siguen su curso "normal". Muy en especial son temidos varios padecimientos, entre otros, la ceguera, los infartos, la demencia senil, los cánceres malignos, las incontinencias, los cuadros reumáticos agudos y los derrames cerebrales. Sin embargo, el temor a la experiencia de la soledad y el rechazo de la sociedad a este grupo de edad hace de la vejez una etapa crítica o "triste"; muchos prefieren la muerte, antes que sufrir una agonía prolongada, caracterizada por dolor, marginación y rechazo social. Aunque la práctica del abandono de persona no es privativa de familias que viven en situación de pobreza extrema, este fenómeno también se registra en núcleos familiares no del todo pobres, como es el caso de Doña Cándida, en el cual buscaron, a través de actos concertados, despojar de sus propiedades a la anciana mediante la marginación y la exclusión social. A la anciana la hicieron sentir un estorbo, una carga para la familia y la condenaron a la muerte social.

En la ancianidad, cuando los lazos afectivos y solidarios son débiles, la probabilidad de sufrir maltrato se incrementa. Mientras el anciano es capaz de ser autosuficiente y se mantiene lúcido, sobrevive por sus medios; sin embargo, en la medida en que depende de la ayuda de terceros para sobrevivir y sus facultades mentales van a menos, de igual manera la atención que se le presta corre el riesgo de disminuir. Al importunar con sus continuos achaques es probable que la atención se convierta en desatención y maltrato. Es más fácil que los pocos familiares con que pueda contar el anciano le brinden alguna ayuda en especie, pero no le destinarían tiempo para su atención y cuidado, orillando al anciano, la mayoría de las veces, a sobrevivir de la caridad o de los servicios asistenciales –como el asilo–. Ante semejante panorama es fácil comprender los datos estadísticos arrojados en el *Anuario Estadístico de Chiapas, 2002*, el cual reporta para el año 2000, en relación con la población adulta mayor, un total de 894 muertes por envenenamiento accidental y por exposición a sustancias nocivas, y para 2001 registró sólo un caso de suicidio en el intervalo de edad de 65 y

más años, y 78 lesiones autoinfligidas intencionalmente –43 de ellas provocadas en el hogar–. El fenómeno del envejecimiento en Chiapas apenas empieza, sólo 4.5% de su población tiene 65 y más años de edad ¿Qué calidad de vida se le depara a este sector poblacional?

Recuadro 2. Maité, enfermera especialista relata su experiencia visitando las casas de retiro en el Distrito Federal

En el estudio que hicimos en el año 2000 hubo una constante: 90% de los ancianos se quejaron por las diferentes formas de maltrato. No creo que sea casualidad, sino una situación sistemática, resultante de no corregir a fondo los problemas que existen. El primero y más grave de ellos es la falta de personal calificado, de lo cual se deriva la mayor parte de las situaciones anómalas. Frecuentemente, en el interior del país el reclutamiento del personal es de boca a oreja; es decir, vienen con el gancho de no pagar comida ni casa a cambio de ayudar a cuidar a unos pacientes mayores y "eso es muy fácil....." a la hora de enfrentarse a los pacientes vienen los problemas y los malos tratos.

Violencia oral. La indiferencia es una de las formas más brutales de violencia. No les hablan y no hay respuesta alguna a sus peticiones; cuando uno se acerca a los pacientes inmediatamente se da cuenta de que tienen "hambre de piel", quieren sentirse seres humanos y recordar lo que son. También están las malas palabras o las burlas.

Violencia física. El uso de la fuerza para que se vistan, coman o hagan lo que tengan que hacer a la velocidad que el cuidador quiere, pues si está encargado de ver a 10 pacientes no va a querer detenerse mucho con cada uno de ellos. El amarrarles a las camas o a las sillas es común. La explicación usual es: "como es muy inquietito.....no se vaya a hacer daño, así lo estamos protegiendo...". Tengo la certeza de que hay muchísimas caídas por los hematomas que tenían algunos de ellos, y que los accidentes no son notificados y mucho menos tratados; también he visto cómo se presentan fracturas que nunca son tratadas y derivan en complicaciones que los pueden llevar fácilmente a la muerte.

El uso de rejas para cortarles la libre deambulación es común, pues dice el personal que labora en estos lugares que es más fácil tenerlos juntos y no dispersos. Causa aflicción constatar lo expuestos que están los residentes al robo de sus escasísimas pertenencias –pequeños anillos o joyitas de valor meramente sentimental, el poco dinero al que puedan tener acceso, o algunos alimentos, como galletas o refrescos, etcétera, que les puedan llevar sus familiares cuando van a visitarlos–. No falta la frase de justificación por el cuidador: "como no se da cuenta.....lo puedo tomar". El anciano vive en una constante zozobra acerca de qué será lo siguiente que le quiten, y es común verles traer consigo cargando todo el tiempo lo que consideran de valor, o bien, viven con candados en sus cajones, ropero o lo que tengan asignado para guardar sus pertenencias.

Al visitar estos lugares, casi de inmediato supimos y vimos que la ética en estos lugares no tiene cabida, que todos estos problemas derivan del personal que labora en estos sitios, quienes a pesar de tener, en ocasiones, por escrito diversas reglas para una vida de calidad y normas de seguridad para los residentes y sus pertenencias no las conocen ni las respetan.

Me llama poderosamente la atención la indiferencia de las autoridades hacia la falta de reglamentación para combatir todas estas anomalías dentro de los asilos que he visto, tanto en instituciones del gobierno como en las privadas. Las reglas existen. ¿Por qué no se aplican? ¿O no existen?

Cuadro I.

Información recopilada por el Grupo de Trabajo para la Atención y Prevención de la Violencia Dirigida a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal. México

Fuente	Período	Naturaleza de la queja	Número de casos	
			Mujeres	Hombres
Red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar www.equidad.df.gob.mx/cuerpo/viole.html	Enero-diciembre 2003	Violencia o maltrato	60-69 años de edad 101 70 años y más 57	60-69 años de edad 17 70 años y más 18
	TOTAL		**158**	**35**
			Ambos sexos	
Procuraduría Social www.prosoc.df.gob.mx/	Enero-diciembre 2003	Quejas por abusos relacionados con orientación administrativa, problemas condominales o de arrendamiento	60-69 años de edad 349 70 años y más 167	
	TOTAL		**516**	
			Mujeres	**Hombres**
Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal www.pgjdf.gob.mx/	Enero-marzo 2004	Homicidio, lesiones, violación, abuso sexual	60-69 años de edad 38 70 años y más 26	60-69 años de edad 95 70 años y más 38
	TOTAL		**64**	**133**

Cuadro II. Prevalencia de abuso y maltrato en adultos mayores de la Ciudad de México, 2004

Fuente	Variable	Pregunta	Mujeres		Hombres		Total	
			n	%	*n*	%	*n*	%
Secretaría de Salud del Distrito Federal www.salud.df.gob.mx	Respuestas a la cédula de identificación de riesgos de salud de las personas adultas mayores 2003 (N = 250 976 150 585_ y100 391_)	¿Algún familiar o persona cercana lo trata mal o le hace sentir mal?	8 908	5.9	3 694	3.68	12 602	5
		¿Alguna persona lo trata mal físicamente?	1 221	0.81	542	0.54	1 763	0.7

Cuadro III. Mortalidad por causas externas y tipos de lesiones, por grupo de edad y sexo. México, 1998-2001

Código CIE-10 Lesiones	X60-X84 Autoinfligidas			X85-Y09 Agresiones			Y10-Y34 Intención no determinada			Y10-Y34 Intención no determinada			Y35-Y36 Operaciones de guerra			Subtotal			Subtotal otras*			Total		
Sexo	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
60-64	322	40	362	1092	166	1258	390	70	460	390	70	460	1	0	1	1805	276	2081	4175	1210	5385	5980	1486	7466
65-69	284	40	324	820	145	965	341	72	413	341	72	413	0	0	0	1445	257	1702	3833	1303	5136	5278	1560	6838
70-74	252	24	276	623	134	757	254	65	319	254	65	319	1	0	1	1130	223	1353	3428	1351	4779	4558	1574	6132
75-79	210	16	226	403	105	508	200	60	260	200	60	260	0	0	0	813	181	994	3004	1513	4517	3817	1694	5511
80-84	154	15	169	187	80	267	122	40	162	122	40	162	0	0	0	1457	135	1592	1011	1451	2462	2468	1586	4054
85 +	123	13	136	218	136	354	133	85	218	133	85	218	0	0	0	474	234	708	3049	3389	6438	3523	3623	7146
Total	1345	148	1493	3343	766	4109	1440	392	1832	1440	392	1832	1	0	1	6129	1306	7435	19495	10217	29712	25624	11523	37147

* V01-V99, W00-W99, X00-X59, Y40-Y89
Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) 2002
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión

Cuadro IV.

Homicidios en general, y por negligencia y maltrato, por grupo de edad y sexo. México, 1998-2001

Grupo de edad	Negligencia y maltrato (% del total) H	M	T	Total de homicidios H	M	T
60-64	4 (0.4)	1 (0.6)	**5 (0.4)**	1092	166	**1258**
65-69	2 (0.2)	4 (2.8)	**6 (0.6)**	820	145	**965**
70-74	12 (1.9)	7 (5.2)	**19 (2.5))**	623	134	**757**
75-79	11 (2.72)	7 (6.7)	**18 (3.5)**	403	105	**508**
80-84	8 (4.3)	14 (17.5)	**22 (8.2)**	187	80	**267**
85 +	24 (11.0)	41 (30.1)	**65 (18.4)**	218	136	**354**
Total 60 y más	**61 (1.8)**	**74 (9.6)**	**135 (3.28)**	**3343**	**766**	**4109**

Fuente Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2002

Cuadro V A.

Atención por lesiones en población masculina mayor de 60 años de edad, según tipo de lesión, por grupo de edad. México, 2002

Tipo de lesión	Total	60 - 64 años	65 - 69 años	70 - 74 años	75 - 79 años	80 - 84 años	85 años y más
Accidental	91.71	89.9678738	91.4335664	92.2844527	92.888563	93.5363248	94.34889435
Intencional: violencia intrafamiliar	0.98	1.12441589	1.16550117	0.79014641	0.8797654	0.96153846	0.552825553
Intencional: otra violencia	4.28	5.73890187	4.44832945	3.71833604	3.59237537	2.83119658	2.027027027
Autoinfligido	0.53	0.58411215	0.52447552	0.65070881	0.32991202	0.58760684	0.307125307
Desastre natural	0.14	0.17523364	0.21367521	0.116198	0.25659824	0.16025641	0.245700246
Se ignora	1.42	1.43107477	1.32090132	1.74297002	0.98973607	1.22863248	1.781326781
No especificado	0.87	0.97838785	0.89355089	0.69718801	1.06304985	0.69444444	0.737100737
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2002

Cuadro V B.

Atención por lesiones en población femenina mayor de 60 años de edad, según tipo de lesión, por grupo de edad. México, 2002

Tipo de lesión	Total	60 - 64 años	65 - 69 años	70 - 74 años	75 - 79 años	80 - 84 años	85 años y más
Accidental	94.62	94.3557208	93.9650609	95.0800237	94.9251248	95.0932287	95.41241891
Intencional: violencia intrafamiliar	1.18	1.31262306	1.48226575	1.24481328	0.91514143	1.12855741	0.695088044
Intencional: otra violencia	1.39	1.75016408	1.95870831	1.09662122	1.24792013	0.88321884	0.78776645
Autoinfligido	0.33	0.39378692	0.21175225	0.2667457	0.41597338	0.29440628	0.509731233
Desastre natural	0.08	0.0875082	0.05293806	0.11855365	0.16638935	0	0.046339203
Se ignora	1.08	0.87508204	1.03229222	1.12625963	1.2063228	1.27576055	1.204819277
No especificado	1.22	1.22511485	1.29698253	1.06698281	1.12312812	1.32482826	1.343836886
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2002

Cuadro VI.

Atención por lesiones en población mayor de 60 años de edad. México, 2002

Descripción de la lesión	Totales H	M	T	Consulta externa H	M	Urgencias H	M	Hospitalización H	M	No especificado H	M
Accidental	20660	17350		7252	6017	13281	11213	127	119	-	-
Violencia intrafamiliar	222	218		81	106	141	111	0	1	-	-
Intencional otra violencia	966	256		243	96	720	158	3	2	-	-
Autoinfligido	120	62		24	9	93	52	3	1	-	-
Desastre natural	42	15		15	5	25	10	2	0	-	-
Total Nacional	22527	18323		7674	6276	14525	11705	139	126	189	216

Fuente Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2002

Cuadro VII.

Atención por lesiones intencionales en población mayor de 60 años de edad. México, 2002

Tipo de lesión en agresión intencional	Agresor: Familiar n	%	Conocido n	%	Desconocido n	%	Total n	%
Hombres								
Violencia intrafamiliar	178	80	26	11.7	18	8.3	222	100
Otra violencia	73	7.5	391	(40.5)	502	(52)	966	(100)
Subtotal	251	(21.1)	417	(35.1)	520	(43.8)	1188	(100)
Mujeres								
Violencia intrafamiliar	194	(90)	14	(6.4)	10	(4.6)	218	(100)
Otra violencia	24	(9)	99	(39)	133	(52)	256	(100)
Subtotal	218	(46)	113	(23.8)	143	(30.2)	474	(100)
Total ambos sexos	469	(28.2)	530	(31.9)	663	(39.9)	1662	(100)

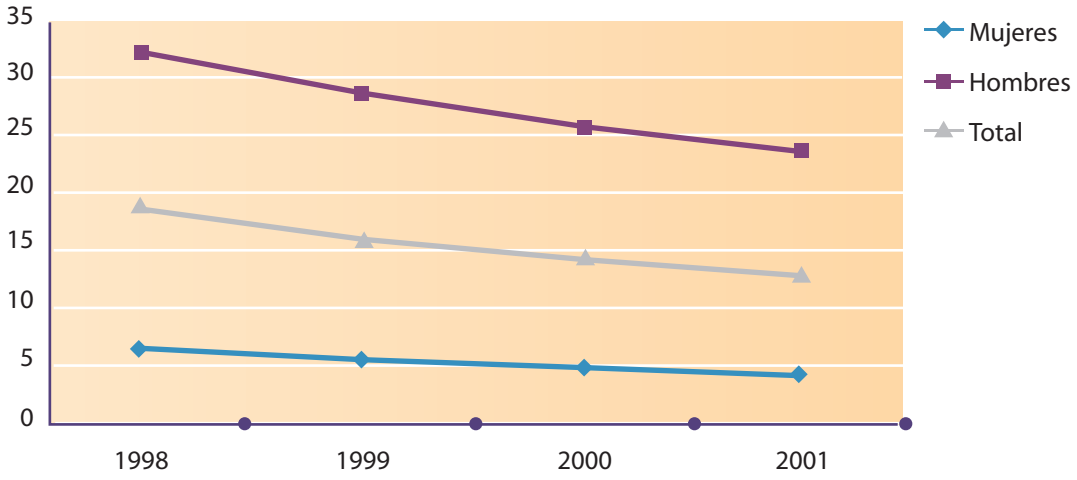
Fuente Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2002

Cuadro VIII. Quejas recibidas en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México, marzo 1995 - mayo 2003

Autoridad	Número de quejas
Instituto Mexicano del Seguro Social	73
Dirección General de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación	19
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	19
Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Estado de Veracruz	7
Otras instituciones con menos de seis quejas	133
Total	251

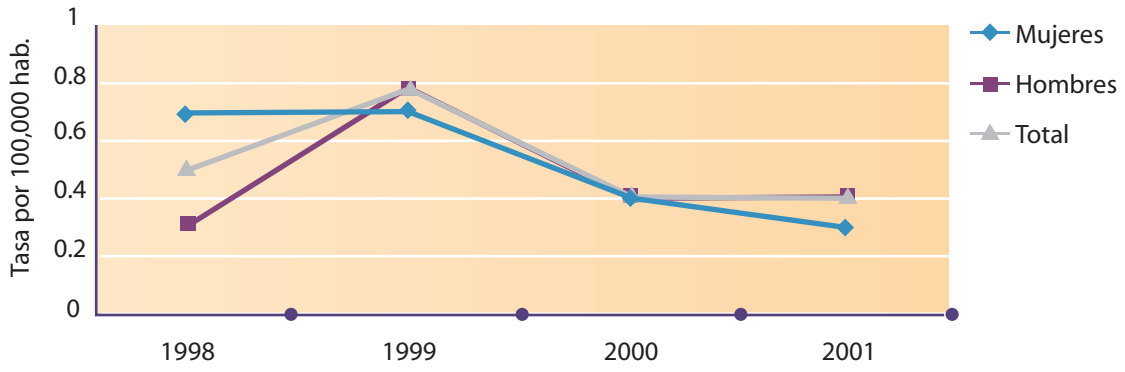
Fuente: Registro de la Dirección General de Quejas y Orientación, Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México, 1995-2003

Figura 1. Mortalidad por homicidios en general, en mayores de 60 años de edad, por año



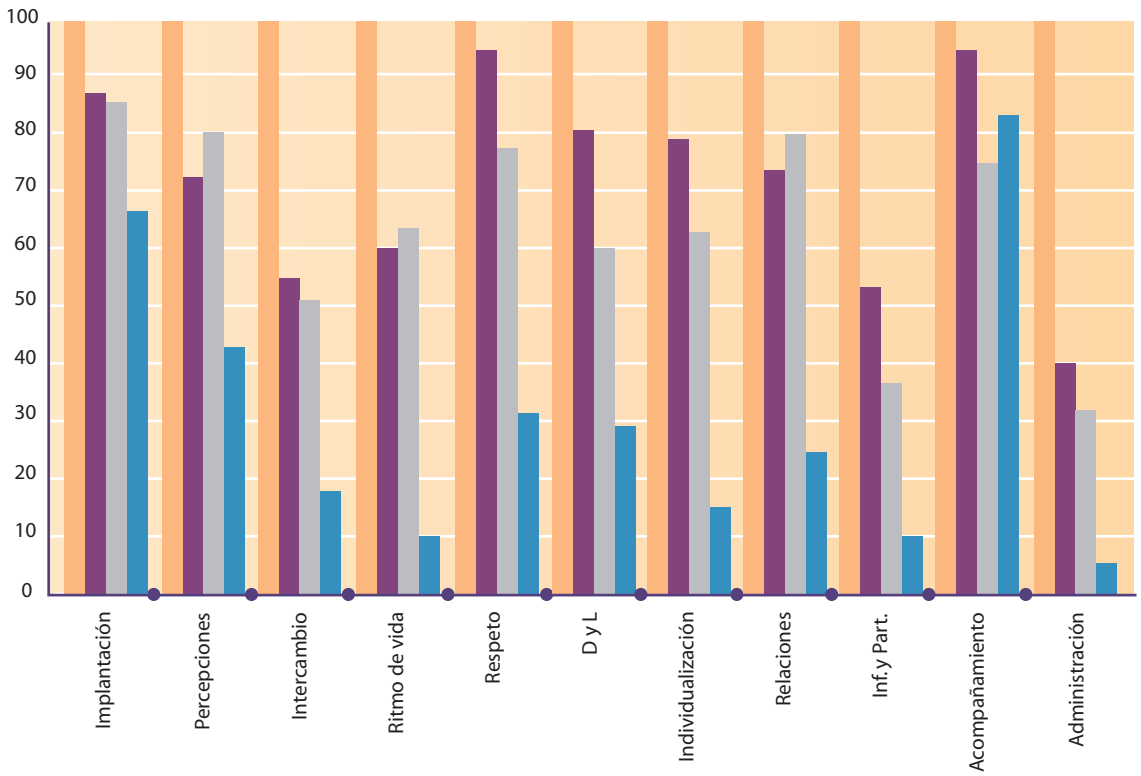
Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2002

Figura 2. Mortalidad por homicidios por abandono y negligencia, en mayores de 60 años de edad, por año



Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2002

Figura 3. Evaluación de las instituciones de cuidados prolongados en el Distrito Federal. México, 2000



Calificación en los distintos rubros de la evaluación de instituciones: valor de referencia (amarillo) para los ancianos independientes (morado)
Parcialmente dependientes (gris) y dependientes (azul)
D y L: derechos y libertades, Inf y Part: información y participación

Fuente: Gutiérrez-Robledo LM. 2000. Diagnóstico sobre requerimientos asistenciales de la población de adultos mayores institucionalizados en el Distrito Federal. México, DF: Gobierno del DF, Secretaría de Desarrollo Social



Violencia Cotidiana



Capítulo V

Violencia de Pareja contra Mujeres en México: en busca de datos consistentes

Capítulo V

Violencia de pareja contra mujeres en México: en busca de datos consistentes

Roberto Castro
Irene Casique

Introducción

La violencia contra las mujeres es objeto de estudio desde hace por lo menos 20 años en Norteamérica y Europa, y en nuestro país desde principios de la década de los noventa (Ríquer, Saucedo y Bedolla 1996). Este auge ha tenido lugar bajo el impulso que se ha dado a la investigación y acción sobre este problema desde diversos organismos internacionales y de salud (ONU 1995; OEA 1994). En estos trabajos se ha insistido en que la violencia contra las mujeres es también un problema de salud pública (OPS 1994), que puede llegar a representar la pérdida de hasta una quinta parte de los años de vida saludables en su período reproductivo entre las mujeres afectadas (Heise 1994), además de otros efectos nocivos sobre su salud (Koss, Koss y Woodruf 1991). Se sabe que la violencia sigue un patrón de escalamiento que explica cómo las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas tengan un riesgo mayor de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes, en comparación con aquellas violentadas por desconocidos (Council on scientific affairs 1992), lo que a su vez se traduce en demandas específicas de servicios de salud por parte de estas mujeres (Heise 1994; Startk y Flitcraft 1991; Cokkinides *et al* 1999).

El problema de la violencia contra las mujeres y la ubicación de sus raíces deben ser abordados desde una *perspectiva de género*, esto es, desde un enfoque que parta de cuestionar la desigualdad social existente entre hombres y mujeres, y busque en dicha inequidad las causas fundamentales del problema (Bedregal, Saucedo y Ríquer 1991). *Género* es una categoría analítica que hace referencia al conjunto de creencias culturales y suposiciones socialmente construidas acerca de lo que son los hombres y las mujeres, y que se usan para justificar este tipo de desigualdad. *Violencia de género*, a su vez, es la que ejercen los hombres en contra de las mujeres, apoyados en el conjunto de normas y valores que les dan privilegios e impunidad. En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) definió a la violencia contra las mujeres como

"Todo acto de violencia *basada en la pertenencia al sexo femenino*, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" (Economic and Social Council 1992; cursivas nuestras).

La violencia de género participa del mismo atributo sociológico que otras formas de discriminación, tales como el racismo o el desprecio a los adultos de la tercera edad, por mencionar sólo dos ejemplos: se basa en una relación de poder desigual y se ejerce contra los integrantes de un grupo socialmente devaluado. Y, al mismo tiempo, contribuye a perpetuar dicha desigualdad. La existencia de marcadas normas de género, que establecen los roles socialmente aceptables para hombres y mujeres, proporciona la justificación social para el uso de la violencia en la pareja, cuando alguno de ellos –mayoritariamente la mujer– no cumple con los roles socialmente asignados o de alguna manera transgrede las normas ante los ojos de su compañero (Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999).

Desde una perspectiva sociológica, la cuestión fundamental es identificar las causas de la violencia contra las mujeres. La hipótesis siempre subyacente es que si se conocen los mecanismos que dan lugar a la violencia de género, entonces estaremos en mejores condiciones de prevenirla. La definición de la ONU arriba citada tiene la doble virtud de ubicar a la desigualdad de género en la raíz del problema, y de señalar que la violencia se presenta en los ámbitos tanto público como privado de la vida. Pero es menester profundizar más en las causas de este problema.

La violencia de género puede adquirir diversas modalidades. Una de ellas se refiere a la que ocurre al interior de la pareja. La investigación reciente ha demostrado fehacientemente que mientras la calle es el lugar de más riesgo para los hombres, el hogar lo es para las mujeres, pues es en este ámbito donde sufren la mayoría de las agresiones y lesiones que reciben (Tjaden y Thoennes 2000; Crowell y Burguess 1996). Convencionalmente se distinguen tres formas de violencia hacia la mujer por parte de su pareja: violencia física, violencia emocional, y violencia sexual; y recientemente han comenzado a aparecer esfuerzos que miden también la violencia económica.

Es importante estudiar la violencia contra mujeres en la pareja, porque de esa forma generamos información importante en dos sentidos diferentes: por un lado, en términos del *problema de salud pública* que constituye dicha forma de violencia (Heise, Pitanguy y Germain 1994); pero por otro, en términos del *problema sociológico* que constituye la violencia de género, de la cual la violencia de pareja contra mujeres es una de las varias formas particulares que aquélla adquiere. Al estudiar desde una perspectiva sociológica el problema de la violencia contra mujeres en la pareja, se nos impone la obligación de no perder de vista su pertenencia a un patrón más general. Como veremos, no hacerlo así nos pone en riesgo de reducir la búsqueda de explicaciones a los atributos individuales de las mujeres (por ejemplo, edad, escolaridad, número de hijos, ocupación, etc.) y, a veces, de sus parejas, pero perdiendo de vista las características sociológicas del contexto del que son parte tales mujeres y sus parejas.

Durante los últimos 15 años diversos países han impulsado estudios empíricos sobre la violencia de género. México no ha sido la excepción. En este país, una primera generación de encuestas destaca simultáneamente tanto por su carácter pionero como por su alcance limitado. Se trata de encuestas de carácter local o regional, desarrolladas por organizaciones civiles o por investigadores universitarios. Sin pretender ser exhaustivos, a modo de ejemplo podemos citar encuestas que en la década pasada se realizaron en algunas zonas de Jalisco (Ramírez y Uribe 1993), en algunas áreas de la Ciudad de México (COVAC 1995), en Guanajuato (Tolbert y Tomero 1996), y en Durango (Álvaro, Salvador, Estrada et al 1998). A partir de 1998, el tema de la violencia doméstica comenzó a

ser incorporado bien como un pequeño conjunto de preguntas específicas, o bien como un módulo especializado dentro del cuestionario, en encuestas sociodemográficas y de salud de alcance nacional. Destacan en ese sentido la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente 1998, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (ENSARE); la Encuesta Nacional de Salud 2000, de la Secretaría de Salud (SSA) (ENSA-2000); la Encuesta Nacional de la Juventud 2000, del Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE) (ENAJUV), y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003, de la Secretaría de Salud (ENSAR). Finalmente, en el año 2003 se realizaron las primeras dos encuestas de carácter nacional abocadas específicamente a la medición de la violencia doméstica contra las mujeres: la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, de la Secretaría de Salud (ENVIM) (Oláiz, Rico, Del Río 2003), y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003, del Instituto Nacional de las Mujeres (ENDIREH) (Castro, Ríquer, Medina 2004).

La difusión de los hallazgos de estas encuestas, en relación con la violencia doméstica contra las mujeres, ha permitido dar sustento a la demanda política, esgrimida por el movimiento feminista, en el sentido de que el Estado debe intervenir en la prevención de esta forma de violencia, en tanto que se trata de un verdadero problema social.[1] Al aparecer las cifras sobre la magnitud de la violencia de género se han logrado avances en los esfuerzos por dejar de lado aquella noción de que lo que ocurre en casa es sólo un asunto privado, y se ha podido argumentar con mejores fundamentos que esa violencia de pareja, que muchos individuos pueden percibir como un problema meramente personal, en realidad presenta patrones y regularidades típicas de un fenómeno colectivo. La violencia de género es un problema social que demanda políticas de Estado y programas de acción institucionales para prevenirla.

Al mismo tiempo, sin embargo, el debate público sobre la magnitud del problema de la violencia de pareja contra las mujeres se ha caracterizado por un manejo más bien discrecional de los datos. Al divulgar los resultados de las encuestas, los medios suelen prestar poca atención a las restricciones metodológicas de cada una de ellas, dando lugar a generalizaciones que con frecuencia son inadecuadas. Este panorama se complica con el hecho de que los datos que ofrecen las diversas encuestas no siempre coinciden entre sí o simplemente no son comparables. Ello ha dado por resultado que la información pública que existe sobre este problema sea disímil, inconsistente y, a veces, hasta contradictoria.

Las variaciones, en términos de cifras, que se presentan entre las diversas encuestas se deben, en buena medida, a las diferencias que existen respecto a la forma como se preguntan las cuestiones relacionadas con la violencia. Es decir, cada encuesta ha c*onstruido su objeto* en forma independiente, de manera no necesariamente comparable con las demás. Además, el enfoque predominante, hasta la fecha, ha sido de carácter *empírico*, lo que significa que la mayoría de estas encuestas participan del atributo que mencionábamos más arriba: al carecer de un anclaje teórico en el *corpus* sociológico, la mayoría de ellas han sido diseñadas para facilitar la búsqueda de asociaciones entre la violencia y las características sociodemográficas de la mujer y de su pareja. Es decir, la mayoría de las encuestas han planteado el problema de la violencia de pareja como un atributo de los individuos, más que como un

1 Así lo demuestran los cambios en los códigos penales de varios estados de la república, así como el desarrollo de diversos programas de atención a mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar.

problema interaccional,[2] más como un rasgo de ciertas mujeres y sus parejas en un determinado momento, que como un fenómeno social de carácter dinámico que evoluciona a lo largo del tiempo.

El problema de la comparabilidad entre las encuestas no es exclusivo de este país. Por el contrario, tanto en Europa (Kury, Obergfell-Fuchs y Woessner 2004), como en Estados Unidos de América (EUA) (Bachman 2000), y Canadá (Johnson y Bunge 2001), han comenzado a publicarse diversos análisis comparativos entre varias encuestas, con el fin de identificar tanto datos relativamente "estables" y factores de riesgo asociados a la violencia de pareja (Thompson, Saltzman y Johnson 2003), como los principales problemas y limitaciones metodológicas que impiden la generación de datos más confiables. También en esos contextos se ha dado el fenómeno de la generalización de los datos en el debate público (Hagemann-White 2001), así como el de la construcción diferencial del objeto de estudio por las diversas encuestas y fuentes de información (Gelles 2000). Y en todos los casos el denominador común es el creciente llamado a tomar con las debidas reservas los datos que producen las encuestas, y a unificar en lo posible la forma de medición de la violencia de pareja en los estudios subsecuentes.

A pesar de que ya contamos en México con varias encuestas nacionales que han explorado de una forma u otra el problema de la violencia de pareja contra las mujeres, hasta el momento no se ha realizado ningún análisis comparativo entre ellas. El contenido de este capítulo es un primer paso en esa dirección. Nos proponemos, en primer lugar, mostrar algunas coincidencias y divergencias existentes entre varias encuestas sobre la magnitud y la severidad de la violencia de pareja contra las mujeres. En segundo lugar, queremos argumentar aquí que es indispensable que los formuladores de políticas públicas y programas sociales, así como los activistas que integran las diversas organizaciones civiles que luchan por la erradicación de la violencia de género se *formen* en la interpretación y el uso de los datos que producen las encuestas, y se familiaricen con las divergencias que suelen presentarse entre ellas. No es conveniente basar la solicitud de un mayor presupuesto para un estado que determinada encuesta identifica como de muy alta prevalencia de violencia de género, o la evaluación de un programa de prevención de la violencia y atención a mujeres víctimas de violencia de pareja en una cifra que puede variar significativamente de una encuesta a otra. Y, en tercer lugar, llamar la atención sobre la importancia de posibles encuestas subsecuentes sobre el tema para que adopten un "núcleo" de preguntas comunes, que garanticen una construcción comparable del objeto de estudio y permitan, por lo tanto, una mejor evaluación y seguimiento de las cifras. Sostenemos, en última instancia, que junto a la necesidad de realizar *periódicamente* encuestas nacionales sobre violencia de género, se debe incentivar el desarrollo de *consumidores inteligentes* de la información disponible.

2 Sólo recientemente algunas encuestas han comenzado a incorporar esfuerzos de medición de aspectos como el grado de libertad de la mujer al interior de la pareja, su nivel de autonomía, su capacidad de decisión en asuntos importantes, la forma como se divide el trabajo en el hogar, etcétera. Pero, como en el caso de la medición de la violencia, estos esfuerzos han sido hechos también de manera independiente entre sí.

Caracterización de las encuestas

El análisis que presentamos en este capítulo se basa en los datos producidos por cuatro encuestas nacionales, todas ellas diferentes entre sí (cuadro I). Dos de ellas (ENSARE y ENSAR) tenían como objetivo explorar sobre todo cuestiones de salud reproductiva, pero incluyeron un módulo de preguntas sobre violencia en la pareja. Las otras dos, en cambio, tenían como objetivo primordial generar datos sobre la violencia de pareja que sufren las mujeres en este país (ENVIM y ENDIREH). Al mismo tiempo, dos de estas encuestas (ENSARE y ENVIM) fueron realizadas entre la población usuaria de los servicios de salud; la primera, por tanto, es representativa de la población femenina[3] de 12 a 54 años de edad, usuaria de los servicios de salud urbanos del IMSS en el país; la segunda es representativa de la población femenina de 15 años de edad y más, usuaria de los servicios de salud del IMSS, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y de la SSA del país. Las otras dos, en cambio, son encuestas de hogares, por lo que sus resultados tienen mayor representatividad a escala nacional: la ENSAR es representativa de todas las mujeres de 15 a 49 años de edad de este país; la ENDIREH lo es de las mujeres de 15 años de edad y más que tienen pareja y que conviven con ella. Esta última, además, es la primera encuesta nacional de hogares que se realiza en este país y en América Latina, sobre el problema de la violencia de pareja contra las mujeres.

El cuadro II presenta una síntesis comparativa de las principales características de estas encuestas, en función del interés de este capítulo: la violencia de pareja contra las mujeres. Como puede apreciarse, cada una de las cuatro encuestas presenta características propias, lo que dificulta la comparación de resultados entre sí. Además de las diferencias ya mencionadas, hay que señalar que dos de las encuestas omiten toda medición sobre violencia económica (ENSARE y ENSAR),[4] mientras que las otras dos la incluyen, además de la violencia emocional, física y sexual. La ENVIM incluyó dos preguntas para medir violencia económica, mientras que la ENDIREH incluyó seis; esta diferencia repercute directamente en la calidad de las mediciones que a ese respecto cada una puede hacer. A diferencia de la ENSARE y la ENSAR, tanto la ENVIM como la ENDIREH incluyen preguntas sobre la frecuencia con la que se presentan las diversas formas de violencia, lo que permite calcular índices de severidad de las mismas. La ENDIREH, sin embargo, no incluyó estas preguntas en relación con la violencia sexual, por lo que, como veremos, el cálculo que se puede hacer sobre la severidad de esta forma de violencia es más limitado.

Por otra parte, la ENSARE es una encuesta esencialmente urbana, mientras que las otras tres encuestas sí permiten una diferenciación

3 La ENSARE incluyó también una muestra de población masculina usuaria de servicios de salud. Y dicha población también fue interrogada sobre la violencia de pareja que ejercen y que sufren, lo que la constituye en una encuesta pionera en este país. En este capítulo, sin embargo, sólo nos referiremos a la muestra femenina de esta encuesta.

4 La ENSARE y la ENSAR, además, incluyen preguntas acerca de la violencia que ejercen las mujeres contra sus parejas. Si bien no retomaremos esta información en este capítulo, se trata de esfuerzos pioneros que se inscriben dentro de lo que se recomienda actualmente en la literatura internacional: estudiar la violencia doméstica en su carácter interaccional, deponiendo los análisis unidireccionales (es decir, aquellos estudios que se centran sólo en la violencia que se ejerce contra las mujeres), sin perder de vista, por supuesto, el carácter asimétrico y desfavorable para las mujeres de la violencia de pareja (Swan y Snow 2002; Das Dasgupta 2002; Kimmel 2002; Worcester 2002).

por tipo de localidad (rural/urbana).[5] La muestra de la ENVIM es representativa de las usuarias de los servicios de salud mencionados para cada estado de la república, mientras que la ENSAR sólo incluyó muestras estatales para ocho estados, y la ENDIREH para 11 (cuadro II). La ENVIM cuenta con una muestra autoponderada, mientras que las otras tres encuestas cuentan con ponderadores para expandir los resultados al tamaño de la población que representan. Algunas características sociodemográficas de las mujeres analizadas en cada una de estas encuestas se sintetizan en el cuadro III. Se aprecia en dicho cuadro que la variable en la que difieren más las diversas encuestas entre sí es la de "estrato socioeconómico", precisamente porque cada una se orientó a muestras de población diversas (cuadro I). Por otra parte, la ENVIM es la encuesta más urbana, mientras que la ENSAR 2003 es la que presenta la proporción más alta de población rural. La ENDIREH reporta la proporción más alta de mujeres que trabajan fuera del hogar, mientras que la ENSAR 2003 reporta la proporción más baja. En términos de edad media de las mujeres y número de años de escolaridad, las cuatro encuestas son bastante parecidas entre sí.

Estrategias para facilitar el análisis comparativo

Es importante señalar que tres de las cuatro encuestas (ENSARE-98, ENVIM y ENDIREH) coinciden en cuanto al período de referencia (*últimos 12 meses*). La ENSAR 2003, en cambio, indaga si la entrevistada ha sufrido violencia *alguna vez*. Ello, desde luego, constituye una limitante adicional para nuestro intento de análisis comparativo, si bien no lo vuelve imposible.

El cuadro IV muestra las diversas formas de violencia que fueron exploradas por el conjunto de las cuatro encuestas; permite visualizar la variabilidad que existe entre las encuestas respecto al tipo y número de tópicos explorados para cada forma de violencia. Para el análisis que sigue podríamos haber elegido comparar sólo ítems de violencia que fueron preguntados en las encuestas (por ejemplo: "¿la ha atacado con un arma de fuego?"). Sin embargo, dada la gran variabilidad respecto a los ítems específicos que fueron explorados, una estrategia de este tipo nos limitaría en extremo el análisis comparativo que estamos intentando. Por ello, hemos preferido comparar cuatro formas generales de violencia, a partir de la forma particular en la que cada encuesta las exploró: la violencia física, la sexual, la emocional y la económica.

En términos de *violencia física*, las cuatro encuestas coinciden en tres formas específicas: golpes con la mano, agresiones con arma blanca y agresiones con arma de fuego. Las once formas de violencia restantes listadas en dicho cuadro fueron exploradas por tres o menos de las encuestas en cuestión. Sin embargo, a pesar de que no existe plena homogeneidad, a los efectos de este análisis se considera como "caso" (de mujer que sufre violencia física) a todas aquellas mujeres que reportaron haber sufrido al menos una de las formas de violencia señaladas en el cuadro, en los últimos 12 meses.

La *violencia sexual,* por su parte, fue medida de manera muy semejante por la ENVIM y la ENDIREH, y de forma más indirecta por las otras dos encuestas. Como en el caso de la violencia física, a los efectos de este análisis se considera "caso" a todas aquellas mujeres que reportaron al menos una forma de violencia sexual en los últimos 12 meses.

El caso de la *violencia emocional* es diferente a los dos anteriores. El cuadro III muestra los diferen-

5 Se definen como comunidades rurales a aquellas de hasta 2 500 habitantes, mientras que comunidades urbanas son aquellas de más de 2 500 habitantes.

tes ítems que exploraron las cuatro encuestas. Así, no podemos considerar como un "caso" de violencia emocional a una mujer que reporta simplemente un ítem de éstos. Necesitamos construir un indicador más sólido que ese solo dato.[6] Por ello, en el caso de la ENVIM y de la ENDIREH, el criterio fue que las mujeres hayan reportado al menos un incidente pero "varias" o "muchas veces", o bien varios incidentes aunque sea una sola vez. En el caso de la ENSARE y de la ENSAR, que no exploraron frecuencia de los incidentes (y en donde, por tanto, no es posible aplicar el criterio anterior), se determinó no considerar a las mujeres que reportaron sólo "gritos" y, simultáneamente, considerar como "casos de violencia emocional" a aquellas que reportaron dos o más incidentes.

La *violencia económica* sólo ha sido explorada por la ENVIM y la ENDIREH. Pero, como hemos visto, sus estrategias para hacerlo variaron considerablemente. Por tanto, como en la violencia emocional, en la ENDIREH el criterio para considerar a una mujer como "caso" (de violencia económica) es que haya reportado al menos un incidente, pero varias o muchas veces, o bien varios incidentes al menos una vez. En la ENVIM, frente a la imposibilidad de aplicar este criterio dado que cuenta con sólo dos preguntas, decidimos considerar como "caso" a cualquier mujer que haya reportado algún incidente.

Finalmente, los universos de población de las cuatro encuestas presentan cierta variabilidad entre sí. Para homogeneizar las muestras con fines comparativos, adoptamos la decisión de centrar nuestro análisis sólo en las mujeres de entre 15 y 49 años de edad que tengan pareja (unidas o casadas) y que convivan con ella.[7]

Prevalencia general de los diversos tipos de violencia

La figura 1 muestra las prevalencias de violencia, en sus diversas formas, de acuerdo con los resultados de las encuestas que estamos comparando. Llama la atención la homogeneidad de la prevalencia obtenida al medir la ***violencia física***: en tres de las cuatro encuestas fluctúa entre 10.3 y 11%. Sólo la ENSAR reportó una prevalencia superior (13.6%), aunque sigue siendo una cifra muy cercana a las anteriores. Consideramos que se trata de un *resultado consistente* [8] que puede ser utilizado como referencia para fundamentar políticas y programas de intervención.

A propósito de la ***violencia sexual***, es menester tomar en consideración que la medición realizada por la ENSAR y la ENSARE fue limitada e indirecta; de ahí que las prevalencias reportadas sean bajas. En cambio, el tipo de medición que hicieron las otras dos encuestas se asemejan mucho, y consecuentemente los resultados que ofrecen también son consistentes: la

6 Sin un filtro como éste, la prevalencia de violencia emocional puede ser muy alta, pues incluiría a mujeres que reportan, por ejemplo, que su marido les ha gritado. Los casos de este tipo, sin embargo, se parecen más a las mujeres que no reportaron ningún incidente de violencia, que a aquellas que reportaron muy severas formas de abuso. Para que el análisis de este tipo de encuestas nos acerque mejor a la caracterización de la violencia y a la identificación de sus principales causas, debemos "hilar más fino" en lo que a construcción de la variable dependiente se refiere.

7 Dado que la ENSAR 2003 incluyó sólo a mujeres de hasta 49 años de edad, debemos adoptar este límite para las cuatro encuestas. Si bien esta decisión implica ajustes en el tamaño de las muestras, como se puede apreciar en el cuadro III las muestras que nos quedan siguen siendo apropiadas para el análisis estadístico.

8 Cuando se recurre a la estadística, algunos autores suelen hablar de "datos duros" frente a cifras que se reiteran a lo largo de diversos estudios. En este capítulo, sin embargo, insistimos en que los datos sobre violencia contra las mujeres son función del tipo de instrumentos utilizados para generarlos. Por lo mismo, preferimos hablar de "datos consistentes".

prevalencia fluctúa entre 7.53% (ENVIM) y 8.3% (ENDIREH).

En contraste con la consistencia encontrada para las prevalencias de violencia física y violencia sexual, la medición de la prevalencia de la ***violencia emocional*** se presenta altamente problemática e inconsistente, precisamente porque las diversas encuestas presentan variaciones importantes respecto al tipo de preguntas utilizadas para explorarla. Sorprende que la prevalencia más baja sea la detectada por la ENVIM (21.77%), mientras que la más alta sea la de la ENDIREH (37.1%), siendo que los instrumentos de estas dos encuestas, sin ser del todo iguales entre sí, son los más parecidos al comparar a las cuatro encuestas conjuntamente. La ENSARE, por su parte, detectó una prevalencia de 24%, y la ENSAR de 30%. De lo anterior se desprenden dos comentarios: a) de las tres formas de violencia revisadas, la emocional es la que parece contar con una prevalencia más alta, lo cual es consistente con lo notificado en otros estudios en México (Castro 2004), y b) ya que la variación de la prevalencia emocional detectada por las cuatro encuestas es de más de 15 puntos porcentuales, estamos frente a un dato inconsistente que requiere de un mayor refinamiento en estudios subsecuentes.

Por último, la prevalencia de la ***violencia económica*** sólo fue medida por dos encuestas, y de manera muy diferente. La ENVIM incluyó dos preguntas sobre el tema, y obtiene una prevalencia de 5.4%, mientras que la ENDIREH, que incluyó seis preguntas, detecta una prevalencia de 30%. La correlación positiva entre número de preguntas y la magnitud de la prevalencia observada parece evidente, por lo que resulta claro que estamos frente a un tema para el que hay pocas mediciones (dos encuestas), y cuyos resultados son muy inconsistentes.

En resumen, las formas de violencia con más dificultades para su medición (emocional y económica) son las que más alta prevalencia registran entre las mujeres de 15 a 49 años de edad, unidas o casadas y que conviven con su pareja; mientras que las prevalencias de la violencia física y sexual son menores a la mitad de aquéllas y su medición es más consistente entre los instrumentos comparados. Esta observación resulta consistente con el problema que se está analizando, pues siendo la violencia una expresión específica de la dominación de género, cabe imaginar que ésta se expresa y se reproduce primordialmente por vías menos agresivas, pero no menos efectivas, que la violencia física y sexual: la violencia emocional y la económica son tácticas de dominación y sometimiento que se despliegan mucho más frecuentemente entre las mujeres de nuestro estudio, que la violencia física y sexual.

Prevalencia por tipo de localidad

La figura 2 presenta información también sobre prevalencias, pero estratifica por tipo de localidad (rural o urbana). La ENSARE no distingue entre población urbana y rural, por lo que no puede ser considerada en esta figura. Como en el caso anterior, la mayor consistencia entre las encuestas se observa respecto a la violencia ***física.*** Mientras que la ENDIREH y la ENVIM reportan la misma prevalencia para ambos tipos de localidad (alrededor de 11%), la ENSAR registra una prevalencia mayor en las ciudades (14%) que en las zonas rurales (11%; *ji*-cuadrada significativa, $p < .001$).

La información para la ***violencia emocional*** es menos consistente: dos de las tres encuestas (ENDIREH y ENSAR) documentan una mayor prevalencia en las localidades urbanas (38% vs 33%, y 32% vs 25%, respectivamente) y en am-

bos casos *ji*-cuadrada es significativa ($p< .001$); mientras que la ENVIM reporta lo contrario: 25% en el área rural y 21% en zonas urbanas, con *ji*-cuadrada significativa ($p< .001$).

En cuanto a la ***violencia sexual***, la prevalencia rural-urbana presenta variaciones entre las tres encuestas. La ENVIM reporta la misma prevalencia (7.5%) en ambos tipos de localidades; la ENDIREH informa una prevalencia ligera, pero significativamente mayor en las zonas rurales (9%) respecto a las urbanas (8%; *ji*-cuadrada significativa, $p<.05$); mientras que, de acuerdo con la ENSAR, la proporción de casos es mayor en las zonas urbanas (2.3%) que en las rurales (1.9%; *ji*-cuadrada significativa, $p<.001$), si bien, como hemos visto, esta última medición debe tomarse con mayor cautela.

Finalmente, la ***violencia económica***, según la ENDIREH, sigue el mismo patrón que la violencia emocional, al concentrarse mayoritariamente en las ciudades (31% vs 24%; *ji*-cuadrada significativa, $p<.001$), mientras que, de acuerdo con la ENVIM, la prevalencia es equivalente (5%) en ambos tipos de localidad. Como hemos señalado, este último dato debe tomarse también con mayores reservas, en la medida en que se sustenta en sólo dos indicadores.

Prevalencia por estrato socioeconómico[9]

Las cuatro encuestas coinciden en que la prevalencia decrece en la medida en que el estrato socioeconómico aumenta (figuras 3 y 4) tanto en lo que se refiere a la violencia ***física*** como a la ***sexual***, con excepción de la ENSAR, que reporta una prevalencia de violencia física ligeramente mayor en el estrato "bajo" respecto al estrato "muy bajo". Este patrón se presenta de manera repetida en varios casos. Las restantes tres encuestas, en cambio, presentan una tendencia sostenida a la baja a medida que aumenta el nivel socioeconómico del hogar.

La prevalencia de violencia ***física***, por estrato socioeconómico, es relativamente homogénea entre las diversas encuestas, con excepción de lo mencionado para la ENSAR. En cambio, la de violencia ***sexual*** se divide en dos grupos: por una parte, las encuestas que midieron de manera más sofisticada esta forma de abuso (ENVIM y ENDIREH) presentan datos altamente coincidentes, sólo que con los de la ENDIREH siempre ligeramente por arriba de los datos de la ENVIM. Por otro lado, las encuestas que midieron sólo indirectamente esta forma de abuso (ENSARE y ENSAR) presentan prevalencias más bajas, las cuales debemos tomar con mayor reserva; no obstante, los datos de las encuestas confirman una disminución en la proporción de mujeres que sufren violencia sexual a medida que se incrementa el nivel socioeconómico.

La violencia ***emocional***, por su parte, presenta un patrón de variabilidad más complejo que los anteriores. Como puede advertirse en la figura 5, cada una de las cuatro encuestas muestra un comportamiento específico. Sólo la ENVIM reporta una prevalencia sistemáticamente decreciente en la medida en que se asciende de estrato socioeconómico. Las restantes tres encuestas adoptan el patrón que hemos identificado en la ENSAR, en el sentido de un incremento en la violencia al pasar del estrato

9 La variable "estrato" permite clasificar a los hogares de las mujeres en cuatro grupos, de acuerdo con su nivel socioeconómico. Estos grupos son: "muy bajo", "bajo", "medio" y "alto". La metodología para la construcción de esta variable fue desarrollada por Carlos Echarri (comunicación personal), del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, de El Colegio de México. El algoritmo combina tres tipos de variables: la escolaridad de los miembros del hogar, el tipo de actividad que desempeñan y las condiciones materiales de la vivienda.

socioeconómico "muy bajo" al "bajo", y las tres, de manera paralela, documentan un descenso a un nivel más bajo que el punto de partida al pasar al estrato "medio". A partir de este punto las tres encuestas adoptan un patrón diferente: la ENSARE y la ENVIM reportan un decremento al pasar al estrato socioeconómico "alto"; la ENSAR muestra un cambio apenas perceptible, mientras que la ENDIREH reporta un nuevo incremento en la prevalencia de esta forma de violencia en el estrato socioeconómico "alto", más alta incluso que en el estrato "muy bajo". Estos resultados son también consistentes con lo que documentamos más arriba: la proporción de mujeres que sufre violencia emocional presenta un patrón muy inestable entre las diversas encuestas. Estamos, con toda claridad, frente a un problema metodológico, de medición.

Por último, la violencia ***económica*** (figura 6) también parece estar asociada de manera inversa al estrato socioeconómico. Las prevalencias notificadas por la ENVIM son más bajas porque dicha encuesta utilizó sólo dos reactivos para explorar esta forma de violencia. Con todo, se aprecia con claridad una tendencia a la baja en la medida en que se asciende de estrato. La ENDIREH, por su parte, reporta prevalencias superiores por estrato respecto a la ENVIM, y vuelve a presentar ese salto hacia arriba que hemos venido detectando al cambiar del estrato muy bajo al bajo, para luego descender de manera consistente.

Prevalencia por grupos quinquenales de edad (15 a 49 años)

En el caso de la violencia ***física*** por grupos quinquenales de edad, hay que advertir que las cuatro encuestas presentan un patrón claramente diferenciado entre sí (figura 7). La ENDIREH muestra que la prevalencia de violencia física desciende sistemáticamente al incrementarse la edad de las mujeres. La ENSARE, por su parte, también apunta en la misma dirección, si bien de una manera más irregular, pues hay incrementos en la prevalencia de esta forma de violencia en los grupos de edad de 30 a 34 y de 40 a 44 años.

La ENVIM muestra que la prevalencia de la violencia física tiende a mantenerse *constante* en todos los grupos de edad, siempre alrededor de 11%, mientras que la ENSAR contradice los resultados anteriores: la proporción de mujeres que sufre violencia física aumenta conforme se incrementa la edad de las mujeres. En consecuencia, la evidencia disponible no deja claro si aumenta o disminuye la prevalencia de la violencia física al aumentar la edad de las mujeres.

Por su parte, las variaciones en la prevalencia de la ***violencia sexual*** según grupos de edad parecen más claras (figura 8). Tanto la ENVIM como la ENDIREH coinciden en reportar una tendencia a la alza al incrementarse la edad, hasta llegar al grupo de 40 a 44 años, para luego descender ligeramente en el último grupo. La ENSARE y la ENSAR, por su parte, presentan prevalencias más bajas para cada grupo de edad (debido a que midieron este problema sólo indirectamente).

La ***violencia emocional***, presenta un panorama que hay que evaluar con cautela. Una primera inspección a la figura 9 muestra que las encuestas que midieron la prevalencia de la violencia emocional más limitadamente (con menos preguntas) ofrecen resultados contradictorios entre sí. En la ENSARE se presenta una correlación negativa entre La proporción de mujeres que sufren violencia emocional y grupos de edad. La prevalencia en la ENSAR, en cambio, se correlaciona positivamente con la edad. En contraste, tanto la ENVIM como la

ENDIREH reportan una prevalencia estable y constante (con pequeñas variaciones) en los diferentes grupos de edad. Estas últimas son las encuestas diseñadas específicamente para medir la violencia de pareja que sufren las mujeres; dada la coincidencia entre ambas en cuanto al nivel constante de la prevalencia de la violencia emocional en los diferentes grupos de edad (aunque difieran en la magnitud de la prevalencia por más de 10 puntos porcentuales, en promedio) tenemos buenos motivos para otorgar mayor credibilidad a sus datos; es decir, es probable que la proporción de mujeres que sufren esta forma de violencia sea constante en los diversos grupos de edad, si bien no sabemos con precisión su magnitud.

Por último, la prevalencia de la ***violencia económica*** no parece guardar una asociación identificable con los diferentes grupos de edad, de acuerdo con lo que reporta la ENDIREH. De acuerdo con la ENVIM, en cambio, la prevalencia parecería incrementarse conforme aumenta la edad.

Severidad de la violencia

Junto con la *prevalencia* de la violencia, el estudio de su *severidad* [10] es muy importante. La primera es una medida que nos permite diferenciar a las mujeres que tuvieron violencia de aquellas que no la tuvieron. La última, en cambio, nos permite diferenciar a las mujeres que sufrieron violencia, según el grado de severidad de cada una de las formas de violencia que experimentaron.

La pregunta que nos interesa explorar en esta sección es si la severidad de las diferentes formas de violencia varía (ya sea que se incremente o disminuya) en función del tipo de localidad (rural/urbano), el estrato socioeconómico, y los grupos de edad. Dado que sólo la ENVIM y la ENDIREH incluyeron preguntas para medir severidad, el análisis que sigue se centrará sólo en estas dos encuestas.

En el caso de los índices de severidad de la vio-lencia física, emocional y económica, se trata de índices *ponderados*, es decir, calculados según la metodología señalada en el recuadro 1. En cambio, el caso de la severidad de la ***violencia sexual*** presenta una complicación. La ENDIREH no preguntó por la frecuencia con que ocurre cada una de las tres preguntas con que se midió esta forma de violencia. Dado que la ENVIM también utilizó tres preguntas para medir violencia sexual (y dos de las tres preguntas de ambas encuestas son semejantes), podemos construir un *índice simple de severidad,* que consiste únicamente en la estimación del número de ítems de violencia sexual que reportó cada mujer, independientemente de su frecuencia. Este valor puede ir de 0 a 3, si bien en el análisis que sigue se presenta de manera estandarizada.

Como veremos enseguida, en ocasiones las encuestas reportan coincidencias en términos del *patrón* que presenta la severidad de la violencia por grupos de edad o por estratos, aunque difieran en términos del nivel de dicha severidad.

El cuadro V presenta las estadísticas descriptivas de los índices de severidad de las diver-

10 Aunque el término *severidad* puede ser un galicismo, preferimos mantener su uso en este trabajo en lugar del de *gravedad* por dos razones: primero, porque en la literatura sobre el tema se ha insistido en que *todas* las formas de violencia contra las mujeres son graves. La adopción de un término que califique como más o menos *graves* tales violencias podría facilitar una confusión conceptual inadmisible en este sentido. Y segundo, porque *severidad* es el término usado no sólo en la literatura anglosajona, sino también en la latinoamericana. No encontramos ninguna razón válida para distanciarnos del vocabulario científico actualmente en uso en este campo.

sas formas de violencia, calculados para ambas encuestas. Como se puede apreciar ahí, existen variaciones entre ambas encuestas en el rango de los índices de severidad de la violencia física y económica. De ahí la importancia de hacer el análisis comparativo subsiguiente (por estrato y grupos de edad) con índices estandarizados. El cuadro V muestra también el valor promedio de cada índice (no estandarizado), en cada encuesta, para aquellas mujeres de 15 a 49 años de edad, unidas o casadas, que sufrieron la forma de violencia respectiva. Como puede apreciarse, el valor promedio de la severidad de la violencia física, emocional y económica es relativamente *pequeño*, sobre todo si se atiende al valor máximo que puede llegar a tomar cada índice de severidad. Ello se debe a que sólo una baja proporción de mujeres (menos de 10%) informa niveles de severidad superiores a la mediana de cada índice. Como se puede apreciar en la última columna del cuadro, para todos los casos, salvo para la severidad de la violencia sexual en la ENVIM, sólo una tercera parte de las mujeres que sufrieron violencia presentan un índice de severidad mayor al valor promedio. El análisis que sigue se centra sólo en aquellas mujeres que tuvieron la forma de violencia correspondiente a cada índice.

Severidad de la violencia por tipo de localidad

La figura 10 permite comparar la severidad de las distintas formas de violencia por tipo de localidad (rural/urbano). Es muy importante tener presente que aunque se trate de índices estandarizados las escalas de las diferentes formas de violencia no son comparables entre sí. Es decir, de la figura 10 no se desprende que la violencia sexual es la que más severidad presenta, comparada con las otras formas de violencia; únicamente nos permite comparar entre encuestas y por tipo de localidad. Se aprecia entonces que para cada tipo de violencia la ENVIM registra una mayor severidad en el ámbito rural que en el urbano. La ENDIREH, en cambio, registra variaciones: mientras que este patrón de mayor severidad en el ámbito rural se presenta para la violencia física y sexual, lo contrario sucede para la violencia económica, al tiempo que la severidad de la violencia emocional es prácticamente idéntica en ambos medios.

Severidad de la violencia por estrato socioeconómico

Un dato revelador en el que coinciden ambas encuestas es que la severidad de la ***violencia física*** prácticamente no varía al comparar los diferentes estratos socioeconómicos entre sí (figura 11). Si bien parece apreciarse una tendencia a la baja en los primeros tres estratos, hay que advertir que la escala es tan pequeña que las variaciones entre estratos no parecen ser significativas. Es notable, incluso, el nivel de coincidencia entre ambas fuentes de información, tal como se refleja en la superposición de las líneas correspondientes.

La misma figura muestra el comportamiento de la severidad de la ***violencia sexual***. Se aprecia que ambas encuestas reportan tendencias opuestas. Mientras que la ENVIM encontró que la severidad de la violencia sexual se correlaciona positivamente con el estrato socioeconómico, la ENDIREH reporta justo lo contrario.

La ***violencia emocional***, por su parte, presenta una estabilidad muy semejante a la de la violencia física a través de los diversos estratos socioeconómicos (figura 12). En ambas encuestas (ENVIM y ENDIREH) parece apreciarse una

ligera tendencia a la baja en la medida en la que se asciende de estrato, pero en todo caso se trata de una variación menor.

Finalmente, la severidad de la ***violencia económica***, de acuerdo con la ENDIREH, tiende a mantenerse estable en todos los estratos socioeconómicos. En la figura correspondiente omitimos incluir la información de la ENVIM sobre severidad de esta forma de violencia, por las limitaciones ya señaladas.

Severidad y grupos de edad

La severidad de las diversas formas de violencia por grupos de edad presenta un patrón muy diferente al anterior (por estrato) y, en ocasiones, sorprendente. Una primera inspección a la figura 13 muestra que existe una ligera asociación positiva entre la severidad de la ***violencia física*** y la edad, de acuerdo tanto con la ENVIM como con la ENDIREH. Estos datos son relevantes, además, porque matizan lo que acabamos de mostrar para la *prevalencia* de la violencia física que disminuye sistemáticamente al aumentar la edad de las mujeres.

Sin embargo, no debemos perder de vista el carácter exploratorio de la descripción que estamos realizando en este capítulo. Un análisis subsecuente deberá *controlar* por diversas variables, es decir, determinar si existen otras variables que sean las que en realidad estén dando cuenta de esta aparente asociación positiva entre severidad de la violencia y edad; por ejemplo, variables como número de hijos, nivel educativo de las mujeres y de sus parejas, nivel de ingresos de las propias mujeres, razón de ingresos hombre-mujer, grado de libertad de las mujeres para la toma de decisiones, etcétera.

En el caso de la ***violencia sexual*** (figura 13), ambas encuestas vuelven a diferir. La curva de la ENDIREH muestra una ligera tendencia a la baja, pero resalta que entre los grupos de edad de 25 a 39 años hay un incremento en la severidad de esta forma de violencia. La ENVIM, en cambio, que para todos los grupos de edad detectó un nivel de severidad superior a la que detectó la ENDIREH, reporta también una asociación positiva: a mayor edad, mayor severidad de la violencia sexual.

La figura 14 muestra el comportamiento entre severidad de la ***violencia emocional*** y la edad de las mujeres, de acuerdo con la ENVIM y la ENDIREH; asimismo, el comportamiento de la ***severidad de la violencia económica*** por grupos de edad de acuerdo con la ENDIREH. En los dos casos se aprecia que existe una clara asociación positiva entre edad y severidad de la violencia, pues ésta se incrementa al incrementarse aquélla.

Frente a estos datos –que muestran que la severidad de la violencia física, emocional y sexual se incrementa con la edad– se abre una agenda de investigación que debe buscar la explicación de este fenómeno en las diversas variables contenidas en las encuestas. Como se mencionó, debemos evitar dar como un "dato duro" la aparente asociación que se presenta entre grupos de edad y severidad de la violencia, pues es necesario revisar esta relación controlando por otras variables, para verificar que no estamos frente a una asociación espuria. De particular importancia debe ser la incorporación, en el análisis de la violencia de pareja, de elementos como el tipo de relación que mantienen los integrantes de la pareja entre sí, el grado de libertad y autonomía de las mujeres, el tipo de división del trabajo al interior del hogar, y otras variables afines, que pueden estar jugando un papel importante en los niveles de prevalencia y severidad de la violencia doméstica. Finalmente, debemos mantener abierta siempre la posibilidad de que estos resultados sean un efecto metodológico, más que un

reflejo fiel de la realidad. Por ejemplo, hay que recordar que estos índices de severidad se han calculado únicamente entre aquellas mujeres que reportaron haber sufrido la forma de violencia respectiva. Por tanto, cabe la posibilidad de que las mujeres que han acumulado más años de experiencias de abuso por parte de la pareja tiendan con más facilidad a informar que un determinado incidente de violencia ha ocurrido "varias veces" o "muchas veces", independientemente de que al formularles la pregunta se les haya tratado de ubicar sólo respecto a los últimos 12 meses. La investigación subsiguiente deberá explorar esta hipótesis, junto con la búsqueda de explicaciones sobre el incremento de la severidad de estas formas de violencia.

Daños a la salud

La violencia de pareja contra las mujeres, además de ser un fenómeno social que exige intervenciones de diversa índole para prevenirlo, también es parte de un creciente problema de salud pública, al que podemos referirnos como "violencia intrafamiliar". En la literatura internacional se reporta que los daños que sufren las mujeres como consecuencia de la violencia de pareja son tanto físicos como sexuales, reproductivos, y emocionales (Heise y García-Moreno 2003). Además, la violencia de pareja puede tener también serias consecuencias económicas y afectar el patrimonio de las mujeres. Y, desde luego, en casos extremos la violencia de pareja puede llegar a producir la muerte de las mujeres. Las consecuencias de la violencia de pareja constituyen una realidad compleja, y las encuestas sólo pueden hacer mediciones limitadas de dicha complejidad.

Como lo hemos venido haciendo, nos interesa ahora comparar la información de las encuestas acerca de los daños que las mujeres reportan como consecuencia de la violencia de pareja. Tanto la ENDIREH como la ENVIM incluyeron una serie de preguntas que exploran si las mujeres sufrieron daños a la salud –sobre todo física– como consecuencia de la violencia que notifican. El cuadro VI muestra las frecuencias de lesiones que reportaron las mujeres según cada encuesta. En ambos casos, lo que más se menciona son "moretones o hinchazón".

Para este análisis, en ambas encuestas *sumamos* a todas las mujeres que contestaron positivamente a por lo menos una de las preguntas incluidas, a efectos de tener un indicador de la proporción de quienes han sufrido algún tipo de daño a la salud. De acuerdo con la ENDIREH, 11.5% de las mujeres de 15 a 49 años de edad, unidas o casadas, que sufrieron alguna forma de violencia (emocional, física, sexual o económica) durante los últimos 12 meses sufrieron también alguno o varios de los daños a la salud incluidos en el listado mencionado arriba. Este porcentaje se concentra mayoritariamente en el estrato socioeconómico bajo y en el ámbito urbano (*ji*-cuadrada significativa, $p < .05$), si bien se reproduce homogéneamente en la mayoría de los grupos de edad (entre 10% y 11%), excepto en el grupo de 40 a 44 años, donde la proporción es de 15%.

En el caso de la ENVIM, este porcentaje se eleva a 23% y no se registran diferencias estadísticamente significativas por estrato socioeconómico, ni por tipo de localidad (rural/urbano), ni por grupos de edad. Esta falta de diferenciación puede deberse a que la muestra de mujeres de esta encuesta es más homogénea (usuarias de servicios públicos de salud), que la de la ENDIREH (mujeres de todo el país). La mayor proporción de mujeres que reportaron daños en la ENVIM, a su vez, puede ser un efecto del tipo de mujeres que estudió esta encuesta.

Recordemos que se trató de una encuesta que se aplicó en los propios servicios de salud. Se sabe que la violencia se asocia a una mayor utilización de servicios; incluso la violencia sufrida en la infancia da lugar a una mayor utilización de servicios en la vida adulta (Heise y García-Moreno 2003). Ello por sí mismo hace que las probabilidades de que las mujeres entrevistadas reporten daños a la salud se incrementen, tanto porque pueden haber acudido a consulta precisamente por ese motivo, como porque el propio contexto (clínicas, centros de salud u hospitales) así lo favorece.

De tal manera que la proporción de mujeres que reportan daños a la salud como consecuencia de la violencia de pareja sigue siendo un dato en busca de precisión. De acuerdo con este primer análisis exploratorio, se trataría de una cifra que oscila entre 11% y 23%.

Conclusiones

En este capítulo hemos documentado la enorme variabilidad que existe en los datos sobre violencia de pareja contra las mujeres al comparar cuatro encuestas nacionales realizadas en este país en los últimos años. El cuadro VII presenta una síntesis de nuestros hallazgos. Se puede apreciar ahí que existe sólo un rubro donde las cuatro encuestas coinciden: la *prevalencia* general de la violencia física. También existen coincidencias, pero sólo entre dos encuestas (ENVIM y ENDIREH), en relación con la proporción de mujeres que sufren violencia sexual, por estrato y por grupos de edad. Estas mismas dos encuestas presentan coincidencias en términos de la *severidad* de la violencia física y emocional, tanto por estrato como por grupo de edad. El resto del cuadro ilustra la magnitud de las divergencias, parciales o totales, entre estas fuentes de información.

La principal conclusión, por lo tanto, se refiere a la necesidad que existe acerca de que los formuladores de políticas públicas tomen con reserva los datos sobre violencia de pareja contra las mujeres que producen las diferentes encuestas. Es fundamental conocer los alcances y las limitaciones metodológicas de cada una de ellas y, sobre todo, el universo de población que cada una de ellas representa. Un error común es la sobregeneralización de los resultados, esto es, asumir que los datos representan a todas las mujeres de este país, olvidando que en ocasiones se trata sólo de usuarias de servicios de salud, o bien de mujeres de sólo ciertos grupos de edad, o con ciertas características demográficas (sólo mujeres con pareja, por ejemplo).

Es crucial también aprender de las ventajas de cada encuesta para mejorar los diseños futuros. Una ventaja de la ENVIM, por ejemplo, es que midió frecuencia de violencia sexual, lo que facilita la construcción de un índice de severidad ponderado de esta forma de abuso; la ENDIREH, por su parte, midió mejor la violencia económica; la ENSARE midió la violencia hacia la mujer reportada por los hombres, y la ENSARE y la ENSAR, por su parte, midieron, directa o indirectamente, las conductas violentas en las que incurren las mujeres para con sus parejas masculinas, cuestiones que la investigación subsecuente deberá retomar. Y cada encuesta, a su vez, presenta errores de diseño y omisiones que deberán evitarse en el futuro.

Una de las principales ventajas que presenta este conjunto de encuestas es que han intentado medir, desde un principio, diversas formas de violencia (física, emocional, sexual, etc.). Esto contrasta con el panorama internacional, donde predominan los estudios sobre violencia física contra las mujeres. De hecho, no es casual que la violencia emocional y la económica, con todo y los problemas de medición y las dife-

rencias que identificamos entre las diversas encuestas, presenten prevalencias tan altas en comparación con la violencia física y la sexual. La evidencia disponible parece sustentar la hipótesis de que la violencia física se presenta en fases tardías, después de que otras formas de violencia han comenzado ya; lo que significa que los programas de prevención de la violencia física y sexual deben centrar sus esfuerzos en aquellas parejas que ya presentan formas de violencia emocional y económica. El problema está, como lo hemos mostrado, en que son justamente estas dos formas de violencia las que han presentado hasta ahora las mayores dificultades de medición y, por ende, las mayores inconsistencias.

Es necesario instituir un sistema de encuestas nacionales sobre violencia de pareja que periódicamente permitan apreciar la evolución de este problema. Dichas encuestas se enriquecerán en la medida en que adoptan una perspectiva más sociológica en la construcción de su objeto de estudio. Como lo señalamos, no hacerlo así nos lleva a reducir la búsqueda de las explicaciones de la violencia de género al ámbito de los atributos individuales de dichas mujeres y, a lo más, de sus parejas. Las nuevas encuestas deberán, por el contrario, incluir también variables que permitan medir los arreglos y los desequilibrios de género en los ámbitos familiar, comunitario y regional; esto es, necesitamos pensar en un diseño de encuestas *multinivel,* que permita hacer análisis combinando los diversos espacios de la realidad donde se insertan los individuos.

Las futuras encuestas deben también incluir nuevas variables que les permitan dar paso a mediciones sobre el tipo de relación que mantienen las parejas, la forma como se distribuye el poder y el trabajo, el grado de libertad y autonomía de las mujeres al interior de la pareja, y otras variables que permitan estudiar mejor los desequilibrios de género que pueden estar asociándose a la producción de la violencia. Investigaciones recientes han mostrado que ésta es una línea de indagación fructífera (Casique 2003). La ENVIM y la ENDIREH proporcionan elementos en esa dirección.

Y es necesario también adoptar un núcleo de preguntas básicas para cada forma de violencia que sean retomadas por las diversas encuestas, con el fin de facilitar la comparación de resultados. Además, algunas formas de violencia pueden tener prevalencias tan bajas (sin que por ello dejen de ser un problema social) que quizá requieran varias mediciones anuales consecutivas antes de que podamos contar con un dato confiable y comparable. Este sistema de encuestas debe incorporar, en lo posible, un componente cualitativo, pues es en el plano de las narrativas donde se encuentran las claves para interpretar mejor el sentido de las estadísticas. La ENVIM incluyó un estudio así con una submuestra de usuarias de servicios de salud, y la ENDIREH hizo lo propio con las entrevistadoras que participaron en el trabajo de campo. Se trata de fortalezas de ambas encuestas que ofrecen una promisoria ruta de análisis en el estudio de la violencia de pareja.

Mediante la comparación de diversas encuestas nacionales en este capítulo hemos argumentado que los datos sobre violencia de pareja de que disponemos en este país siguen siendo precarios y, a lo más, provisionales. Sin embargo, los problemas metodológicos no deben confundirnos: al margen de las variaciones que presenta su medición, es indiscutible que la violencia de pareja hacia las mujeres constituye un serio problema social y de salud pública que es necesario combatir. Así lo sugieren las evidencias disponibles. Además de las recomendaciones que hemos formulado para mejorar la medición de este problema, es urgente impulsar campañas de concienciación dirigidas al amplio público, que contribuyan a erradicar las diversas formas de *tolerancia social* que existen

frente a la violencia de género. Es indispensable también crear una extensa infraestructura de servicios de atención y apoyo a mujeres que sufren violencia de su pareja, teniendo en mente que todas las mujeres deben tener acceso a este tipo de servicios si lo requieren (y no sólo las que viven en las capitales de los estados, o las de cierto nivel socioeconómico). Junto a ello, es necesario impulsar todo un programa de educación y entrenamiento dirigido al personal médico y paramédico que labora en los servicios de salud, con el fin de capacitarlo para identificar, atender y referir competentemente todos los casos de violencia hacia las mujeres que se presenten en su consulta. Este tipo de programas educativos deben comenzar desde la formación universitaria, lo que implica la necesidad de impulsar una actualización de los currículos de medicina en todo el país, con el fin de dar cabida a este tipo de contenidos.

Lo mismo cabe decir respecto a la formación de especialistas en la defensa de los derechos de las mujeres, y en la aplicación de las leyes con equidad de género, sobre todo a partir de la puesta al día de los códigos penales que ha comenzado a ocurrir en diversos estados de la república. La agenda en ambos frentes –el de atención a víctimas y el legal– presenta importantes avances y requiere también de evaluaciones periódicas. Pero, sin duda, dichas evaluaciones serán siempre más sólidas si se cuenta con datos de mejor calidad sobre las características de la violencia de pareja contra las mujeres, así como sobre su evolución en el tiempo. Ésa es la contribución que pueden hacer las encuestas sobre el tema. De ahí la importancia de perfeccionar estas fuentes de información.

Referencias

Álvaro G, Salvador J, Estrada S, Terrones A. 1998. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Publica Mex 40(6):481-6.

Bachman R. 2000. A comparison of annual incidence rates and contextual characteristics of intimate - partner violence against women from the National Crime Victimization Survey (NCVS) and the National Violence Against Women Survey (NVAWS). Violence Against Women 6(8):839-67.

Bedregal X, Saucedo I, Ríquer F. 1991. Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres. En: Bedregal X, Saucedo I, Ríquer F. comp. Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres. México, DF: CICAM: 39-84.

Casique I. 2003. Trabajo femenino, empoderamiento y bienestar de la familia. En: nuevas formas de familia. Perspectivas nacionales e internacionales. Uruguay: UNICEF-Universidad de la República.

Castro R. 2004. Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

Castro R, Ríquer F, Medina ME, coord. 2004. Violencia de género entre las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. México, DF: Instituto Nacional de las Mujeres.

Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. 1999. Physical violence during pregnancy: Maternal complications and birth outcomes. Obstet Gynecol 95(5 Pt 1):661-6.

Council on Scientific Affairs. 1992. Violence against women: Relevance for medical practitioners. JAMA 267(23):3184-9.

COVAC. 1995. Encuesta de opinión pública sobre la invidencia de violencia doméstica. México, DF: COVAC, PGJDF, UNFPA.

Crowell N, Burguess AW. 1996. Understanding violence against women. Washington, DC: National Academy Press.

Das Dasgupta S. 2002. A framework for understanding women's use of nonlethal violence in intimate heterosexual relationships. Violence Against Women 8(11):1364-89.

Economic and Social Council. 1992. Report of the Working Group on Violence against Women. Viena: United Nations.

Gelles RJ. 2000. Estimating the incidence and prevalence of violence against women. Violence Against Women 6(7):784-804.

Hagemann-White C. 2001. European research on the prevalence of violence against women. Violence Against Women 7(7):732-59.

Heise L. 1994. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, DC: OPS.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. 1999. Ending violence against women. Population Reports, Serie L, No 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

Heise L, García-Moreno C. 2003. La violencia en la pareja. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, ed. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud: 95-132.

Heise L, Pitanguy J, Germain A. 1994.Violence against women: The hidden health burden. Discussion paper No 255.Washington, DC: World Bank.

Johnson H, Bunge VP. 2001. Prevalence and consequences of spousal assault in Canada. Can J Criminology 43(1):27-45.

Kimmel MS. 2002. Gender symmetry in domestic violence. A substantive and methodological research review. Violence Against Women 8(11):1332-63.

Koss M, Koss P, Woodruf W. 1991. Deleterious effects of criminal victimization of women's health and medical utilization. Arch Int Med (151):342-57.

Kury H, Obergfell-Fuchs J, Woessner G. 2004. The extent of family violence in Europe. Violence Against Women 10(7):749-69.

Organización de Estados Americanos. 1994. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar la Violencia contra la Mujer. Belem do Pará: OEA.

Oláiz G, Rico B, Del Río A, coord. 2003. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización de Naciones Unidas. 1995. Reporte preliminar de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer y Desarrollo. Beijing: ONU.

Organización Panamericana de la Salud. 1994. Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. Washington, DC: OPS.

Ramírez J, Uribe P. 1993. Mujer y violencia: un hecho cotidiano. Salud Publica MeX 35:148-60.

Ríquer F, Saucedo I, Bedolla P. 1996. Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública. En: Langer A, Tolbert K, ed. Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México. México, DF: Population Council / EDAMEX: 247-87.

Startk E, Flitcraft A. 1991. Spouse abuse. En: Resenburg M, Fenley MA, ed. Violence in America: A public health approach. Nueva York (NY): Oxford University Press: 140-56.

Thompson MP, Saltzman LE, Johnson H. 2003. A comparison of risk factors for intimate partner violence-related injury across two national surveys on violence against women. Violence Against Women 9(4):438-57.

Tjaden P, Thoennes N. 2000. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. Findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC: Department of Justice.

Tolbert K, Romero M. 1996. Violencia sexual y familiar en México. Resultados de una encuesta en San Miguel de Allende, Gto. Hombres y Familias 3:19-24.

Worcester N. 2002. Women's use of force. Complexities and challenges of taking the issue seriously. Violence Against Women 8(11):1390-415.

Cuadro I. Clasificación de las cuatro encuestas respecto a su tipo y área de especialización. Violencia de pareja contra mujeres en México

Área de especialización de la encuesta	Tipo de encuesta	
	De hogares	De usuarias de servicios de salud
Violencia de pareja	ENDIREH	ENVIM
Salud reproductiva (con un módulo de violencia intrafamiliar)	ENSAR	ENSARE

ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENSAR: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud
ENSARE: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social

Cuadro II. Principales características de las cuatro encuestas utilizadas. Violencia de pareja contra mujeres en México

	ENSARE	ENSAR	ENVIM	ENDIREH
Población objetivo	Población derechohabiente del IMSS	Encuesta Nacional de Hogares con muestra representativa también para ocho estados*	Mujeres que demandan servicios de salud en la SSA, el IMSS y el ISSSTE	Encuesta Nacional de Hogares con muestra representativa también en 11 estados**
Tamaño de la muestra	5 405 mujeres	20 925 mujeres	26 042 mujeres	34 184 mujeres
Características requeridas por la encuesta en las mujeres de la muestra	• Tener entre 12 y 54 años de edad • Ser derechohabiente del IMSS	• Tener entre 15 y 49 años de edad	• Tener 15 años o más de edad • Ser usuaria de servicios de salud de una de las tres instituciones	Tener 15 años o más de edad Tener pareja y convivir con ella al momento de la encuesta

Número de preguntas para medir prevalencia (P) y severidad (S) de la violencia

Tipo de violencia	P	S	P	S	P	S	P	S
Emocional	6	3	3	-	12	3	13	3
Física	6	1	4	1	10	3	8	3
Sexual	1	-	-	-	3	3	3	-
Económica	-	-	-	-	2	3	6	3

ENSARE: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social
ENSAR: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
* Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas
** Baja California, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, Sonora, Yucatán, Zacatecas

Cuadro III.

Características demográficas de las mujeres de 15 a 49 años de edad, unidas, de las cuatro encuestas. Violencia de pareja contra mujeres en México

	ENSARE 98 (n=2 770)	ENSAR 2003 (n=11 302)	ENVIM 2003 (n=16 750)	ENDIREH 2003 (n=26 513)
Edad				
Media	34.1	33.3	31.6	33.7
Desviación estándar	8.5	8.4	8.6	8.5
Años de escolaridad				
Media	8.3	7.6	7.7	7.5
Desviación estándar	3.6	3.9	3.8	4.4
Hijos nacidos vivos				
Media	2.9	3.1	*	1.0
Desviación estándar	1.6	1.9	*	0.3
Porcentaje de mujeres que trabajan	31.6	25.5	28.5	40.7
Distribución por tipo de localidad (%)				
Urbano	**	24.7	11.9	20.8
Rural	**	75.3	88.1	79.2
Distribución por grupos de edad (%)				
15-19	2.6	5.1	7.0	4.0
20-24	12.9	12.8	17.6	12.3
25-29	19.0	17.4	19.9	17.5
30-34	16.1	19.5	18.8	19.6
35-39	18.4	19.7	15.2	18.6
40-44	17.0	14.6	12.2	15.1
45-49	14.0	10.9	9.2	13.0
Distribución por estrato socioeconómico (%)				
Muy bajo	6.6	41.1	42.9	31.8
Bajo	52.7	37.2	44.3	41.1
Medio	28.3	14.6	9.4	15.5
Alto	12.4	7.1	3.4	11.7

* No se preguntó
** Encuesta únicamente urbana
ENSARE 98: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social
ENSAR 2003: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud
ENVIM 2003: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENDIREH 2003: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Cuadro IV. Preguntas sobre violencia incluidas en las encuestas. Violencia de pareja contra mujeres en México

	ENSARE	ENSAR	ENVIM	ENDIREH
Violencia física				
Empujones	*	*		*
Golpes con mano o puño	*	*	*	*
Golpes con objetos	*	*	*	
Patear	*	*		*
Tratado de ahorcar o asfixiar	*	*		
Agredido con arma blanca	*	*	*	*
Disparado un arma	*	*	*	*
Sacudir, zarandear o jalonear	*			
Torcer el brazo	*			
Quemado con cigarro u otra sustancia	*			
Amarrado		*		
Aventado algún objeto		*		*
Jalón de pelo		*		
Mordidas				*
Violencia sexual				
Exige tener relaciones, o hay relaciones sexuales forzadas cuando ella no tiene deseos	*	*		*
La ha obligado a hacer actos sexuales que no le gustan		*		
Ha usado la fuerza física para tener relaciones	*	*	*	

Cuadro IV. Preguntas sobre violencia incluidas en las encuestas. (continuación...)

	ENSARE	ENSAR	ENVIM	ENDIREH
Amenaza con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones	*			
Violencia emocional				
Dejado de hablar		*		
Avergonzado, menospreciado, humillado	*	*		*
Dicho que es fea	*	*		
Destruido/escondido cosas de usted	*	*		
Destruido/escondido cosas del hogar	*	*		
Amenaza con irse		*		
Amenaza con dañarla		*	*	
Amenaza con quitarle a los hijos		*		
Amenaza con correrla		*		
Se enoja porque no está listo el quehacer		*		
Se enoja porque no está lista la comida		*		
Se enoja porque cree que usted no cumple sus obligaciones		*		
La ha encerrado		*		
Le ha prohibido que la visiten		*		
Le deja todas las tareas del hogar y los hijos		*		

Cuadro IV. Preguntas sobre violencia incluidas en las encuestas. (continuación...)

	ENSARE	ENSAR	ENVIM	ENDIREH
La acusa de que lo engaña, o se ha puesto celoso o a sospechar de sus amistades	*	*		
Le hace sentir miedo	*	*		
Ha puesto a sus parientes contra usted		*		
La ignora, no le brinda cariño		*		
La ha amenazado con un arma blanca o de fuego	*	*		*
La ha amenazado con matarla, matarse, o matar a los niños	*	*	*	
Insultado	*			*
Amenazado con golpearla	*			*
Gritado			*	*
Violencia económica[1]				
Ha reclamado cómo gasta el dinero		*		
Ha sido tacaño o codo con los gastos de la casa		*		
La ha amenazado con que no le va a dar gasto o no le da	*	*		
Se ha gastado el dinero que se necesita para la casa		*		
Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes	*	*		
Le ha prohibido trabajar o estudiar		*		

1 Ni la ENSARE ni la ENSAR incluyeron preguntas sobre violencia económica
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud
ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENSAR: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud
ENSARE: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social

Cuadro V.

Estadísticas descriptivas de los índices de severidad por tipo de violencia, según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. México

Encuesta y tipo de violencia	Escala del índice de severidad	Mujeres de 15-49 años de edad, unidas, con violencia[1]		Proporción de mujeres cuyo índice de severidad es mayor a la media[1] %
		Promedio del índice	Desviación estándar	
ENVIM				
Física	0.0 - 25.05	3.5493	3.3909	35
Sexual	0.0 - 3.00	1.7795	0.8294	52
Emocional	0.0 - 22.82	3.2555	3.564	34
Económica	0.0 - 3.39	1.2342	0.7708	17
ENDIREH				
Física	0.0 - 20.14	3.0071	2.7474	37
Sexual	0.0 - 3.00	1.5227	0.7193	34
Emocional	0.0 - 22.61	3.0759	3.3317	32
Económica	0.0 - 10.04	2.2565	1.7587	33

1 Incluye sólo a las mujeres que sufrieron la forma de violencia respectiva (física, emocional, etc.)
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud
ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Cuadro VI.

Mujeres víctimas de violencia en la pareja que reportan daños a la salud como consecuencia de ésta, según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. México

ENVIM		ENDIREH	
Tipo de daño a la salud	**% de mujeres**	**Tipo de daño a la salud**	**% de mujeres**
Moretones	20.7	Moretones o hinchazón	8.5
Cortadas que requieren sutura	1.4	Cortaduras, quemaduras o pérdida de dientes	1.1
Quemaduras	0.6		
Pérdida de algún diente	0.7		
		Hemorragias o sangrado	1.7
Fractura de hueso	1.7	Fractura de hueso	0.9
Desmayo o pérdida de conciencia	2.5	Desmayos	1.9
Dolores en el cuerpo	13.1		
Daño durante o después de relaciones sexuales	3.3		
		Ardor o sangrado vaginal	2.0
Sangrado vaginal o anal	2.4	Aborto o parto prematuro	1.2
		Ya no puede mover alguna parte del cuerpo	0.5
Pérdida del uso o función de parte del cuerpo	0.9		
Ha requerido hospitalización	0.7		
Infección genital	2.8	Ha tenido que operarse	0.9
Ha tenido que operarse	0.3	Ha resultado lesionado algún familiar	0.8
		Ha fallecido algún miembro de la familia	0.2
Algún tipo de daño	23.0	Algún tipo de daño	11.5

ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud
ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Cuadro VII.

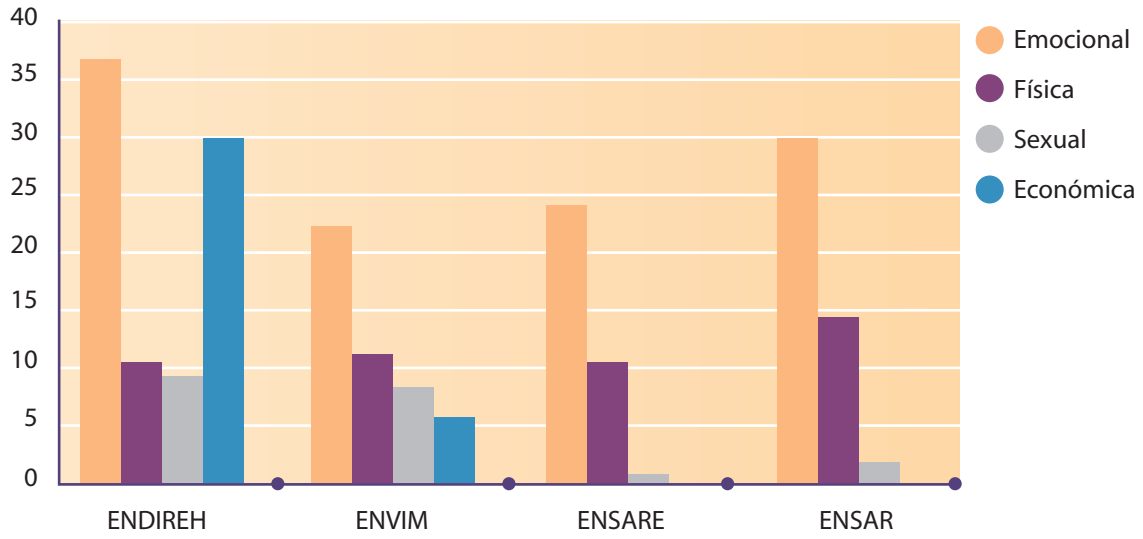
Información sobre prevalencia y severidad de la violencia que presentan las encuestas, según su grado de coincidencia o divergencia.* México

			Coincidencia alta	Coincidencia parcial	Divergencia alta
Prevalencias	General	Física	* (4)		
		Sexual	* (2)		
		Emocional			* (4)
		Económica			* (2)
	Rural/urbano	Física		* (3)	
		Sexual			* (3)
		Emocional		* (3)	
		Económica			* (2)
	Por estrato	Física		* (4)	
		Sexual	* (2)		
		Emocional			* (4)
		Económica		* (2)	
	Por edad	Física			* (4)
		Sexual	* (2)		
		Emocional		* (4)	
		Económica		* (2)	
Severidad**	General	Física		* (2)	
		Sexual			* (2)
		Emocional		* (2)	
	Rural/urbano	Física	* (2)		
		Sexual		* (2)	
		Emocional	* (2)		
	Por estrato	Física	* (2)		
		Sexual			* (2)
		Emocional	* (2)		
	Por edad	Física	* (2)		
		Sexual			* (2)
		Emocional	* (2)		

* El número entre paréntesis indica la cantidad de encuestas consideradas para cada rubro
** Se excluye a la violencia económica, porque ambas encuestas difieren sustantivamente en la forma como la midieron

Figura 1.

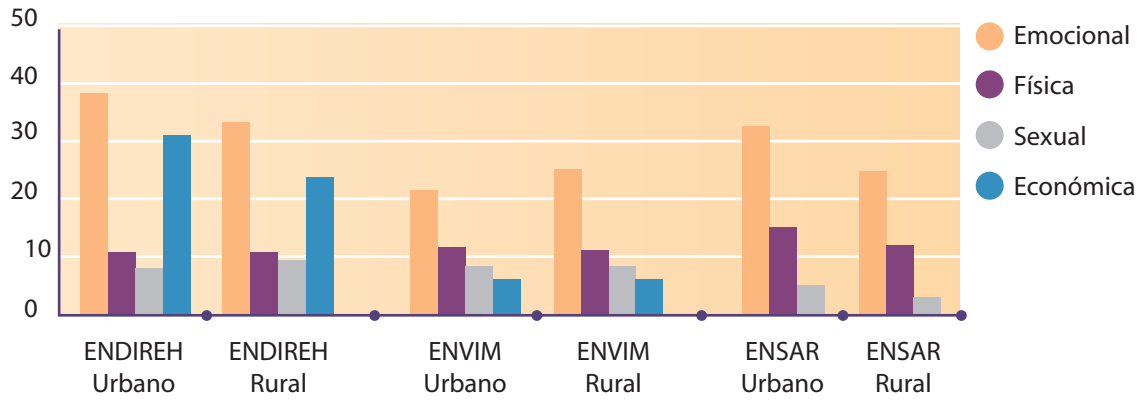
Prevalencia de diversas formas de violencia, según cuatro encuestas. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENSARE: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social
ENSAR: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud

Figura 2.

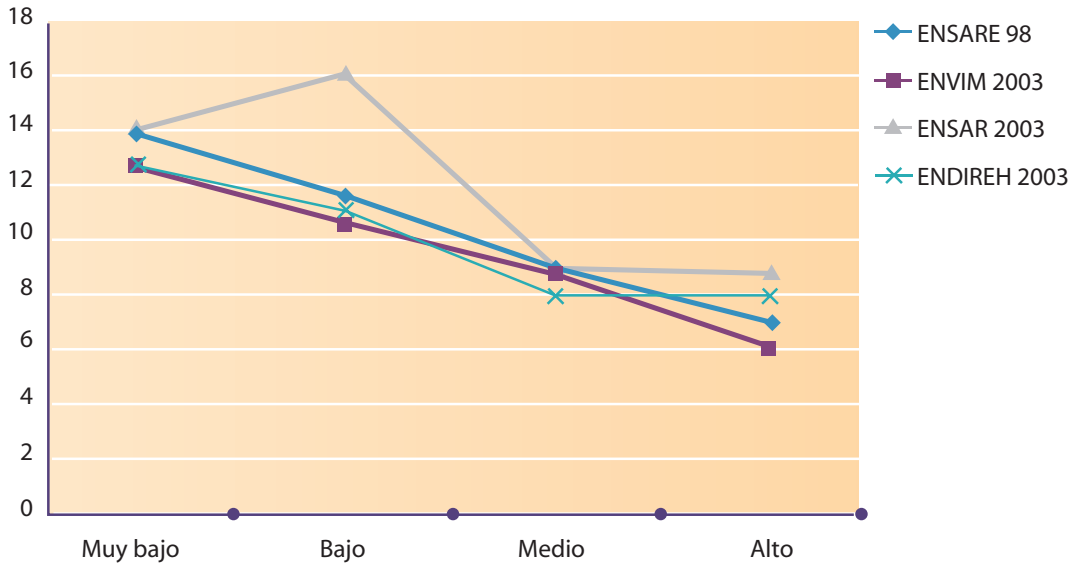
Prevalencia de violencia, por tipo de localidad, según tres encuestas. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENSAR: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud

Figura 3.

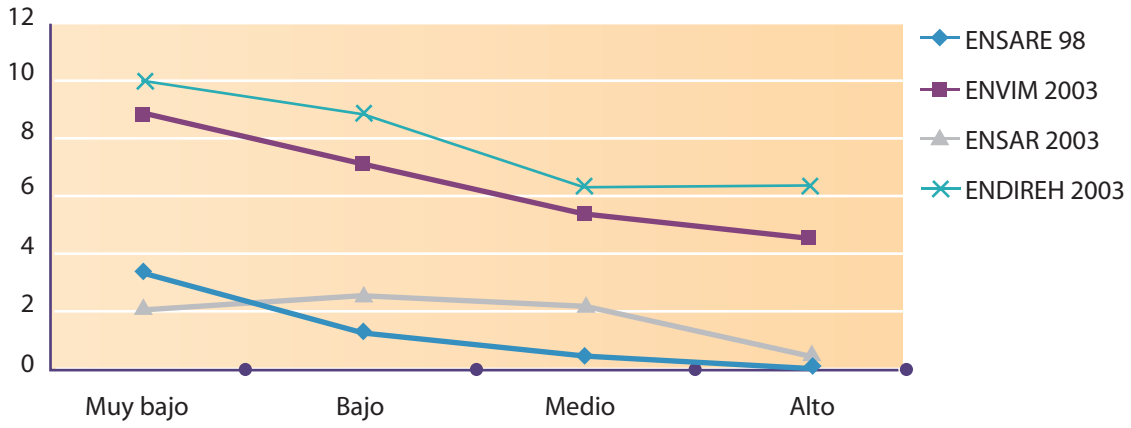
Prevalencia de violencia física, por estrato socioeconómico según cuatro encuestas. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENSARE 98: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social
ENVIM 2003: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENSAR 2003: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud
ENDIREH 2003: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Figura 4.

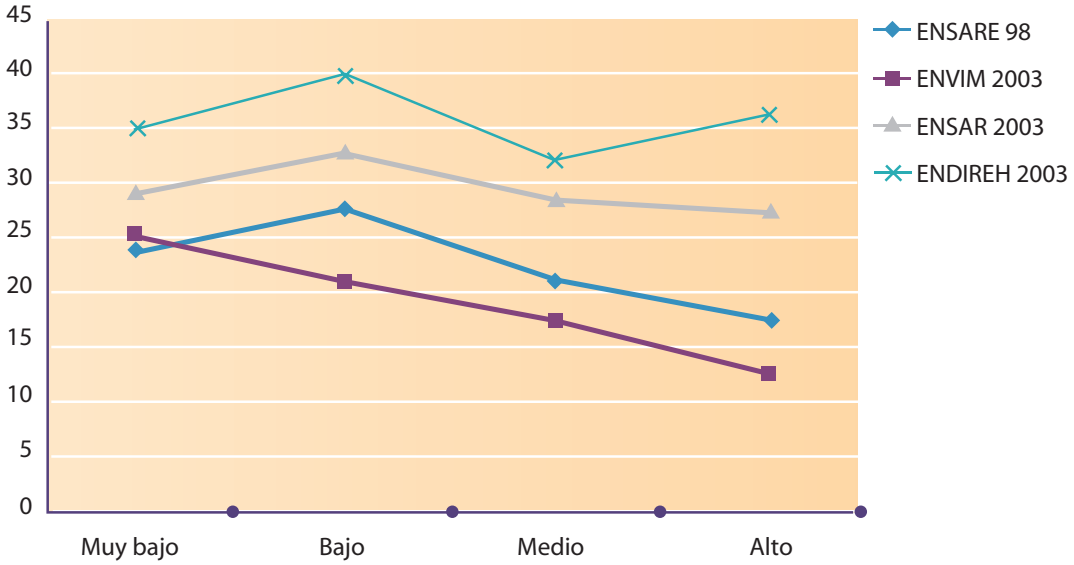
Prevalencia de violencia sexual, por estrato socioeconómico, según cuatro encuestas. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENSARE 98: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social
ENVIM 2003: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENDIREH 2003: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENSAR 2003: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud

Figura 5.

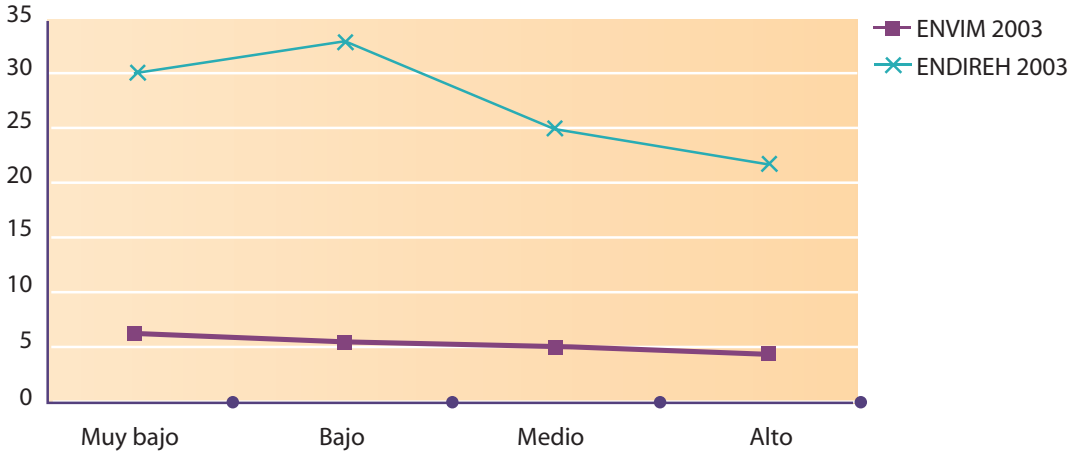
Prevalencia de violencia emocional, por estrato socioeconómico según cuatro encuestas. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENSARE 98: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social
ENVIM 2003: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENSAR 2003: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud
ENDIREH 2003: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Figura 6.

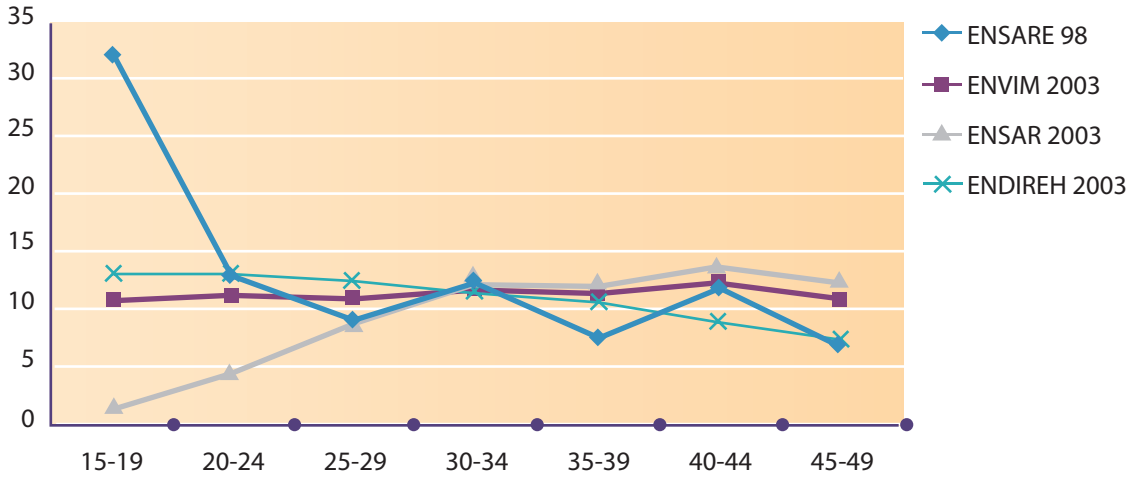
Prevalencia de violencia económica, por estrato socioeconómico, según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, y la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENVIM 2003: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENDIREH 2003: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Figura 7.

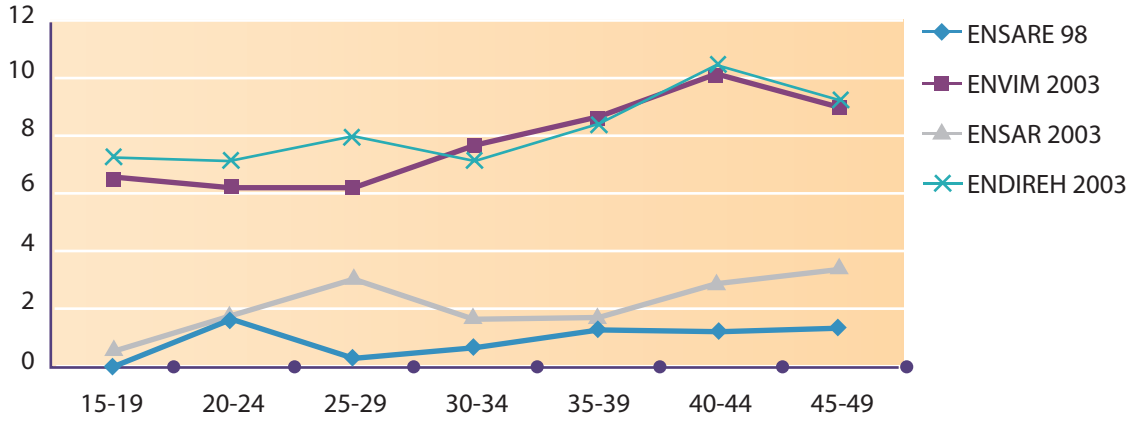
Prevalencia de violencia física, por grupos quinquenales de edad, según cuatro encuestas. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENSARE 98: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social
ENVIM 2003: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENSAR 2003: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud
ENDIREH 2003: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Figura 8.

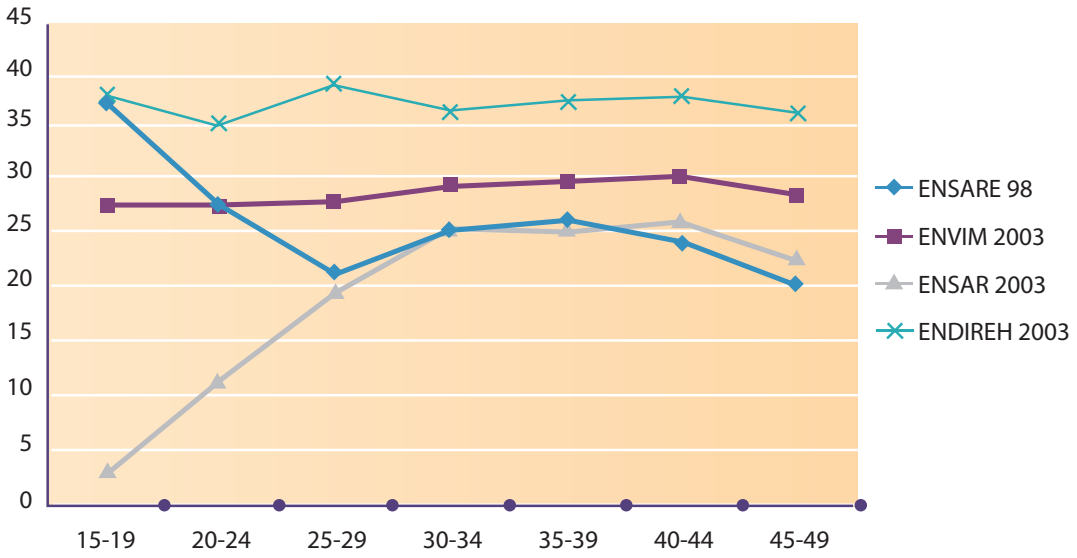
Prevalencia de violencia sexual, por grupos quinquenales de edad, según cuatro encuestas. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENSARE 98: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social
ENVIM 2003: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENDIREH 2003: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENSAR 2003: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud

Figura 9.

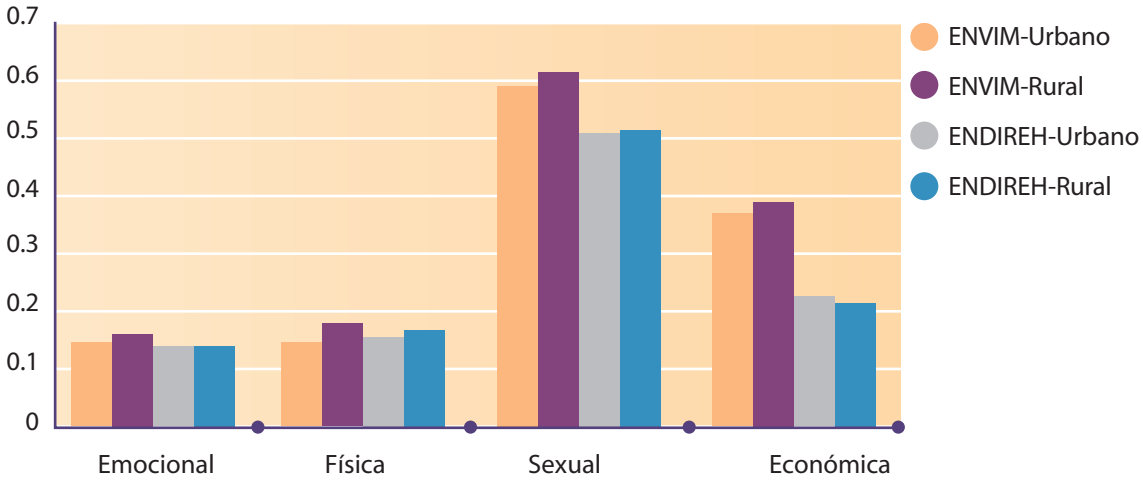
Prevalencia de violencia emocional, por grupos quinquenales de edad, según cuatro encuestas. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENSARE 98: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998. Instituto Mexicano del Seguro Social
ENVIM 2003: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENSAR 2003: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Secretaría de Salud
ENDIREH 2003: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Figura 10.

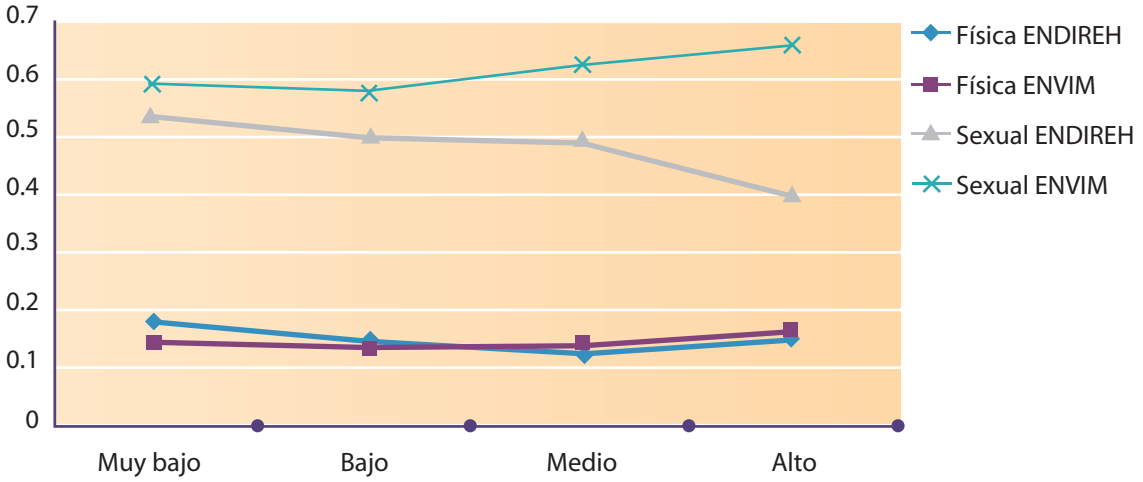
Severidad de la violencia, por tipo de localidad, según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad, que sufrieron violencia. México



ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud
ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

Figura 11.

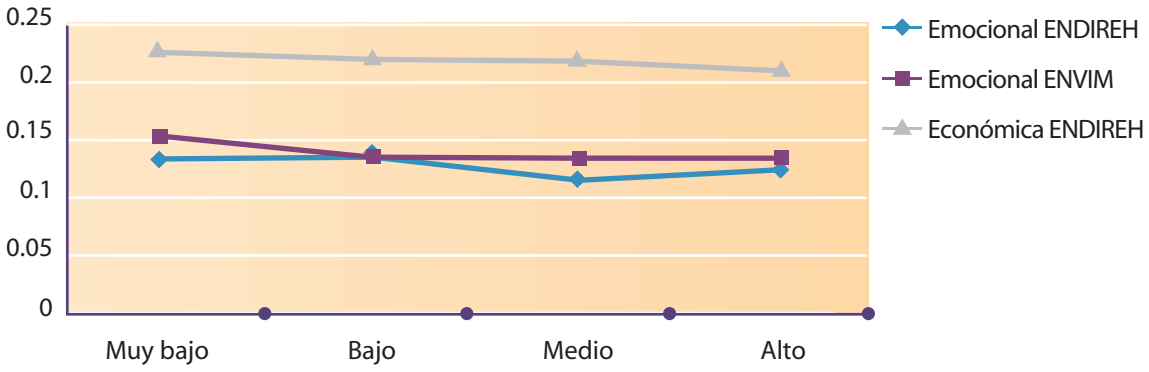
Severidad de la violencia física y sexual. por estrato, según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud

Figura 12.

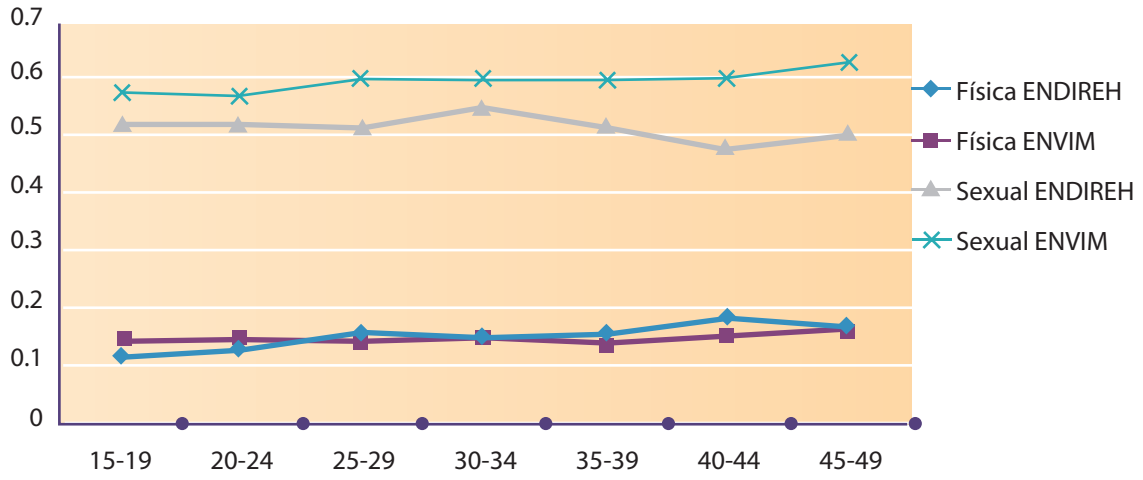
Severidad de la violencia emocional, por estrato socioeconómico, según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, y de la violencia económica. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud

Figura 13.

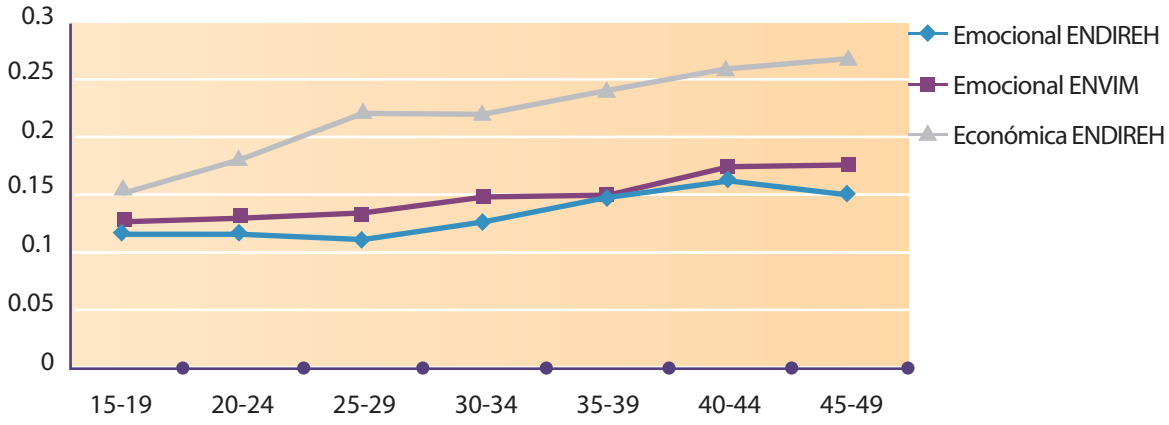
Severidad de la violencia física y sexual, por grupos quinquenales de edad, según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud

Figura 14.

Severidad de la violencia emocional, por grupos quinquenales de edad, según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, y de la violencia económica según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Mujeres unidas/casadas, de 15 a 49 años de edad. México



ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. Inmujeres/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ENVIM: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud

Recuadro 1 Cálculo de *índices de severidad* de la violencia

Roberto Castro
Irene Casique

Además de la *prevalencia*, es decir, de la estimación de la proporción de mujeres que sufren un determinado tipo de violencia, importa también conocer la *severidad* con que la han sufrido. La razón fundamental de ello es que –en términos de formulación de políticas públicas– se presume que pertenecen a grupos diferentes mujeres que sufren violencia en un grado poco severo, y mujeres que sufren violencia en forma muy severa. Por ejemplo, una mujer que ha sufrido "gritos" de parte de su pareja una vez en el último año, se parece más, para efectos de análisis, a aquellas mujeres que no han sufrido ninguna forma de abuso emocional, que a aquellas que han sido insultadas, descalificadas, humilladas y amenazadas reiteradamente en el mismo período. No pretendemos minimizar aquí ninguna forma de abuso de pareja contra las mujeres. Pero para estudiar el problema de la violencia, estas diferenciaciones son importantes.

Una estrategia para estudiar la severidad de la violencia de pareja es la construcción de índices. Es posible construir al menos tres tipos de índices, en función del tipo de preguntas que se incluyen en las encuestas. Los *índices simples* de severidad son sencillamente el resultado de sumar el número de ítems de violencia que las entrevistadas reportan. Por ejemplo, una encuesta que incluya 13 preguntas para explorar violencia emocional tendría un índice posible de valor máximo igual a 13. Para una mujer que conteste haber sufrido en el último año siete de las trece formas de violencia emocional exploradas su índice simple de severidad emocional será igual a siete. Y lo mismo cabe para las otras formas de violencia (física, sexual y económica). Se trata de un índice muy elemental, fácil de calcular, y que puede servir como una primera y muy básica aproximación al estudio de la severidad de la violencia que sufren las mujeres. Sin embargo, es un índice con dos limitaciones importantes: a) no contempla la frecuencia con la que se dio cada una de las formas de abuso (gradiente cuantitativo), y b) presupone que cada una de las preguntas de cada sección de violencia tienen el mismo peso (gradiente cualitativo), lo cual a todas luces es incorrecto, pues no es lo mismo un empujón que un disparo con arma de fuego.

Los *índices compuestos* de severidad ofrecen una solución al primero de los problemas planteados arriba (gradiente cuantitativo). Se pueden calcular en aquellas encuestas que además de preguntar a las mujeres por diversos ítems de violencia exploran también la frecuencia con que cada uno de ellos ocurrió en el período de estudio. Normalmente, las encuestas sobre violencia exploran la frecuencia de la violencia preguntando a las mujeres si la forma de abuso que reportan ocurrió "una vez", "varias veces", o "muchas veces". Naturalmente hay un componente subjetivo indeterminado en los conceptos de "varias veces" y "muchas veces". Pero la experiencia muestra que tampoco produce resultados muy confiables preguntar a las mujeres por el número exacto en que ocurrió cada una de las formas de violencia exploradas.

El procedimiento consiste, primero, en asignar el valor de 1 a la opción "una vez"; 2 a la opción de "varias veces"; y 3 a la opción de "muchas veces"; y, segundo, en sumar estos valores. Imaginemos una encuesta donde se utilizan cuatro preguntas para explorar violencia física. Un índice simple tendría como valor

máximo 4, en el caso de una mujer que reportara haber sufrido las cuatro formas de violencia. Un índice compuesto, en cambio, tendría como valor máximo 12, si la mujer nos dice, además, que sufrió "muchas veces" cada una de esas cuatro formas de abuso. Obviamente, la capacidad de discriminación de un índice cuya escala va del 0 al 12 es mucho mayor que la de un índice que fluctúa sólo entre 0 y 4. Los *índices compuestos* ya consideran la frecuencia con que se presentó cada una de las formas de violencia, lo que significa que hemos resuelto (parcialmente) al menos uno de los dos problemas mencionados más arriba (el gradiente cuantitativo). Pero siguen suponiendo que todas las formas de violencia tienen el mismo peso (gradiente cualitativo).

Los *índices ponderados* de severidad ofrecen una solución a este último problema. Consiste en asignar de entrada un peso específico o ponderador a cada una de las preguntas que se aplican para explorar las diversas formas de violencia, y multiplicar ese peso específico por la frecuencia con la que se presentó. El problema, naturalmente, estriba en identificar un criterio adecuado para asignar tales pesos. Para *ponderar* las diversas formas de violencia el investigador puede decidir por su propia cuenta qué formas de violencia son más severas que otras, o bien se puede consultar a un grupo de expertos. Pero estas son estrategias de ponderación demasiado subjetivas. Una tercera forma de tomar estas decisiones es preguntando a las propias mujeres su opinión sobre esta materia. En 1999 hicimos una pequeña encuesta entre 120 mujeres de Morelos, y 120 mexicanas que vivían en California, divididas en cinco grupos: 20 investigadoras profesionales, 20 trabajadoras administrativas, 20 estudiantes de posgrado, 20 estudiantes de licenciatura, y 40 usuarias de servicios públicos de salud. A ellas les pedimos que jerarquizaran 26 formas de violencia contra las mujeres, que incluían violencia emocional, física y sexual. El cuadro A contiene los pesos específicos en una escala de 0 a 1, que surgen a partir de este estudio. Para la construcción de los índices ponderados de severidad, la recomendación es que estos pesos se multipliquen por 0, por 1, por 2 o por 3, según que la frecuencia de ocurrencia de cada una de estas formas sea "nunca", "una vez", "varias veces" o "muchas veces". Completada esta operación, es posible sumar los valores obtenidos, por tipos de violencia y en total, para obtener así los índices ponderados de severidad de la violencia, parcial y general, de cada mujer. Las encuestas más recientes incluyen nuevas preguntas sobre violencia que no fueron consideradas en el estudio de 1999. Pensamos que en este caso es plausible la consulta a expertos para ponderar esos nuevos reactivos, siempre tomando como referente los valores del cuadro A. Los índices ponderados resuelven los problemas de gradiente cuantitativo y cualitativo mencionados, pero suponen una mayor dificultad de comprensión por parte del amplio público. Por ello, es preciso ser muy cuidadosos en la difusión de los resultados.

Cuadro A.

Ponderadores de diversas formas de violencia, asignados por 240 mujeres mexicanas de Morelos y California*

Ítems	Peso
Violencia emocional	**0.6372**
Que se ponga celoso o a sospechar de sus amistades	0.3579
Que golpee o patee la pared o algún mueble	0.4858
Que le diga que usted es poco atractiva o fea	0.4981
Que la insulte	0.5043
Destruya sus cosas	0.5850
Que la humille o menosprecie	0.5978
Amenace con golpearla	0.5991
Le haga sentir miedo de él	0.7194
Amenace con matarla	0.8758
La amenace con navaja, cuchillo o machete	0.8858
La amenace con una pistola o rifle	0.9007
Violencia física	**0.8273**
Le aviente algún objeto	0.6306
La empuje	0.6608
Le tuerza el brazo	0.6678
La sacuda, zarandee o jalonee	0.7530
La ataque con un objeto	0.8404
La golpee con la mano o puño	0.8708
La golpee en el estómago	0.8793
La patee	0.8854
La golpee con un palo, cinturón u otro objeto	0.9023
Trate de asfixiarla	0.9245
La ataque con navaja, cuchillo o machete	0.9436
Le dispare con pistola o rifle	0.9694
Violencia sexual	**0.7656**
La amenace irse con otra mujer si no accede a tener relaciones con él	0.5490
Le exija tener relaciones aunque usted no esté dispuesta	0.8370
Use la fuerza física para tener relaciones con usted contra su voluntad	0.9107

* Una explicación detallada de la metodología seguida para identificar estos pesos específicos se encuentra en: Castro R 2004. *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos.* Cuernavaca: CRIM-UNAM.

Recuadro 2. Violencia y embarazo

Roberto Castro
Irene Casique

Un problema importante de la investigación en salud reproductiva es determinar si la violencia de pareja hacia las mujeres se incrementa o disminuye durante el embarazo. En años recientes hicimos una investigación en Morelos, con el fin de contestar a esta pregunta (Castro 2004). Realizamos una encuesta entre 914 mujeres que se encontraban cursando el tercer trimestre de embarazo y que acudieron a control prenatal a diversos centros de salud,tanto de la Secretaría de Salud (SSA) como del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del estado de Morelos. El estudio se realizó en los municipios de Cuernavaca y Cuautla y exploraba violencia emocional, física y sexual. Los resultados son representativos sólo de las usuarias de dichos servicios de salud en esos municipios.

Encontramos que la prevalencia de *violencia total* (combinando los tres tipos) fue muy semejante antes y durante el embarazo: 24.4% y 24.6%, respectivamente. Algo muy semejante ocurre cuando examinamos los tres tipos de violencia por separado: la *violencia física* pasó de una prevalencia de 12.1% antes del embarazo a una de 10.6% durante el mismo; la *violencia emocional* pasó de una prevalencia de 18.2% antes del embarazo a una de 20.5% durante el embarazo; y la *violencia sexual* pasó de una prevalencia de 9.9% a otra de 8.1% durante el embarazo. En ningún caso se registró una diferencia estadísticamente significativa. Las prevalencias detectadas indican, sin ninguna duda, que la violencia durante el embarazo es un fenómeno muy grave, más común que otras condiciones clínicas que regularmente se monitorean en consulta prenatal, y que por lo mismo no puede ser minimizado.

Con el índice de severidad *ponderado* de violencia (Castro R 2004) construido a partir de la investigación sobre violencia contra mujeres embarazadas (recuadro 1), es posible apreciar con mucho mayor detalle la dinámica de dicho fenómeno y los cambios que experimenta antes y durante el embarazo. Entre la población que sufrió alguna forma de violencia *durante el embarazo*, se encontró que la severidad de la violencia emocional se comporta de manera independiente de la severidad de las otras dos formas de violencia (física y sexual): la severidad de la violencia emocional se incrementó significativamente durante este período, mientras que la severidad de las otras dos formas de violencia se mantuvieron constantes.

Otro hallazgo importante se refiere a la proporción de mujeres que cambiaron de estatus (con violencia o sin violencia) al quedar embarazadas. Casi un tercio de las mujeres que reportaron violencia durante el embarazo no la tuvieron antes del mismo. Esto parecería apoyar la hipótesis de que la violencia tiende a aparecer o a incrementarse durante el embarazo. Sin embargo, también se registraron cambios en la dirección opuesta: 44% de las mujeres que reportaron haber sufrido violencia durante el año anterior al embarazo señaló que durante el embarazo la misma se detuvo. Los datos, entonces, sugieren que el embarazo puede estar asociado a cambios significativos (en ambas direcciones) en el patrón de violencia al que están expuestas las mujeres.

Un último hallazgo revelador se refiere a las zonas del cuerpo de la mujer que son golpeadas durante el embarazo. De acuerdo con la información recabada, *durante el embarazo* las

mujeres son golpeadas en primer lugar en los brazos (63% del total de mujeres que reportó violencia física en el embarazo); en segundo lugar, en la cabeza, cara y cuello (57%);[11]** en tercer lugar, en las piernas (37%); en cuarto lugar, en los hombros y espalda (27%); en quinto lugar, en el estómago y vientre (14%). Para otras zonas del cuerpo se reportaron porcentajes menores. Estas proporciones son equivalentes a las notificadas en relación con la violencia *antes del embarazo*. Los datos señalan, entonces, que el embarazo no parece ser un factor que "re-dirija" los golpes a alguna zona del cuerpo en específico.

Por tanto, ¿aumenta o disminuye la violencia contra las mujeres durante el embarazo? La respuesta es compleja porque el problema también lo es. En términos de *prevalencia* la violencia permanece igual. En términos de *severidad*, considerando sólo a las mujeres que sufrieron alguna forma de violencia en el embarazo, aumenta la violencia emocional, pero la severidad de la violencia física y sexual permanece constante. En términos de estatus frente a la violencia, el embarazo sí es un factor de cambio muy significativo, pero ambivalente: una alta proporción de mujeres que no sufrían violencia antes del embarazo comienzan a tenerla a partir del mismo, al mismo tiempo que una proporción incluso mayor de mujeres que sí sufrían violencia antes del embarazo dejan de tenerla en este período. Finalmente, en términos de *partes del cuerpo que son golpeadas*, el embarazo no parece ser factor de cambio: las mismas proporciones se registran para antes del embarazo y durante el mismo.

Otras encuestas recientes también han explorado el problema de la violencia durante el embarazo. La ENSAR 2003 encontró que del conjunto de mujeres de 15 a 49 años de edad, que actualmente tienen pareja y viven con ella, y que han sufrido violencia de pareja, 18% reportó haber sido golpeadas o heridas estando embarazadas, en tanto que la ENSARE 98 documenta que del total de mujeres casadas o unidas, menores de 15 a 49 años de edad, 23.6% declaró haber sido golpeada por su compañero al menos una vez estando embarazada. Los datos de la ENVIM al respecto son también reveladores. De acuerdo con esta encuesta, del total de mujeres de 15 a 49 años de edad, unidas o casadas, 6% manifestó que ha sido obligada por su pareja a tener relaciones sexuales durante el embarazo; 3.6% mencionó haber sufrido violencia emocional, y 3.2% declaró alguna forma de violencia física, incluyendo golpes en el abdomen. Los datos de la ENVIM confirman la tendencia que encontramos en nuestra propia investigación: de entre las mujeres de 15 a 49 años de edad con pareja, que reportaron haber sufrido golpes o patadas en el abdomen durante el embarazo, una proporción muy importante (25%) reporta que estando embarazada el maltrato aumentó; pero una proporción incluso mayor (29%) reporta su percepción de que en este período el maltrato disminuyó, mientras que el resto estima que el maltrato se mantuvo igual.

Es necesario realizar más estudios que nos permitan conocer mejor las características de la violencia que ocurre *alrededor* del embarazo, comparando no sólo la que ocurre *antes* con la que ocurre *durante* el embarazo, sino incluyendo también la violencia que se da inmediatamente *después* del embarazo: hay datos de estudios hechos en otros países (Martín *et al* 2001) que sugieren que la verdadera diferencia en términos de prevalencia y severidad de la violencia puede estar en estos períodos.

11** Estos porcentajes no suman 100%, porque una misma mujer puede reportar golpes en diferentes partes del cuerpo.



Capítulo VI

Violencia Sexual

Capítulo VI

Violencia sexual en México

Nadine Gasman,
Laura Villa Torres,
Claudia Moreno,
Deborah L Billings

Introducción

El presente capítulo tiene como propósito brindar un panorama amplio sobre las diversas concepciones existentes en torno a la violencia sexual, la magnitud del problema en el país, el impacto en la salud de las mujeres y los esfuerzos que en esta materia ha generado el sector salud.

La violencia sexual es un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos, y una de las manifestaciones más explícitas de la inequidad de género en nuestras sociedades.

Se considera un problema de salud pública porque, aun cuando no se cuenta con cifras exactas, se estima que anualmente 12 000 000 de personas son víctimas de delitos sexuales en todo el mundo (Drezett 2002). Investigaciones realizadas en México y en los Estados Unidos Unidos de América (EUA) estiman que entre 40 y 52% de las mujeres que experimentan violencia física por parte de su pareja también han vivido violencia sexual por esa misma persona. Las adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables a la violencia sexual y enfrentan desafíos particulares en el manejo de sus consecuencias. Hay un número limitado de estudios enfocados en la iniciación sexual forzada. Los que se han llevado a cabo entre 1993 y 1999, a escala mundial, muestran que entre 7% (Nueva Zelandia) y 48% (nueve países caribeños) de las mujeres informaron que su primera relación sexual fue forzada. En los estudios que incluyeron a los hombres, un porcentaje mayor de mujeres reportaron este patrón (OPS/OMS 2003).

Por otro lado, la violencia sexual impide a las personas el ejercicio y disfrute pleno de sus derechos humanos, en especial a las mujeres, ya que atenta contra su derecho a la integridad, la intimidad, la privacidad, la seguridad y a no recibir tratos crueles o degradantes.

Por último, representa una forma de inequidad de género porque en todas las sociedades y culturas es perpetrada mayoritariamente por hombres –generalmente conocidos– contra mujeres, adolescentes, niñas y niños y, de manera creciente, contra homosexuales –como una manifestación de abuso de poder.

Así, en un primer apartado del capítulo, se describen las diversas concepciones sobre violencia sexual, desde una perspectiva de derechos humanos y de género. Partimos del supuesto de que la violencia sexual, como otros tipos de violencia, se caracteriza por su fuerte componente sexista. En consecuencia, son las mujeres de todas las edades las principales víctimas, debido fundamentalmente a lo que significa ser mujer en un modelo de sociedad que

continúa discriminando, desvalorizando y subordinando las libertades sustantivas. Por esto, durante el capítulo se hace especial énfasis en la situación de violencia sexual que experimentan las mujeres. En este mismo apartado, además, se hace una descripción general de las diversas definiciones de víctima y de violencia sexual en el país, se hace una descripción general de la variedad de legislaciones existentes sobre el tema en el territorio nacional, lo cual obstaculiza el acceso a la justicia y al ejercicio pleno de los derechos en condiciones iguales a las personas de nuestro país.

En el segundo apartado, se muestran algunos datos disponibles sobre violencia sexual en el ámbito nacional, obtenidos de resultados de encuestas representativas en el tema, así como los obtenidos a partir de las denuncias, con lo cual se brinda un panorama de la situación de la violencia sexual en nuestro país. Describir el impacto de la violencia sexual en la salud y la vida de las mujeres nos orilla a pensar en las consecuencias directas sobre la salud física, psicológica, sexual y reproductiva, que van desde infecciones de transmisión sexual (ITS), depresión y problemas sexuales, hasta el VIH/ SIDA y embarazos forzados.

El tercer apartado describe las respuestas del sector salud y la sociedad civil, quienes en los últimos años han colaborado para crear modelos de prevención y atención a las víctimas de violencia sexual y para implantar tales modelos a través de capacitación de recursos humanos y generar nuevas políticas.

Por último, se ofrecen algunas conclusiones y recomendaciones que las autoras consideran fundamentales para el avance en la atención y recuperación de las mujeres víctimas de violencia sexual, y en la prevención de esta violencia.

Marco conceptual

La violencia es el uso y la imposición de la fuerza que provoca un daño, aunque producirlo no sea su finalidad. La fuerza que se utiliza puede ser física, económica o política, y su empleo puede convertirse en un método recurrente para la resolución de conflictos interpersonales, que busca siempre doblegar la voluntad del otro o de la otra y anularlo o anularla. Un factor determinante para el surgimiento de la violencia es el desequilibrio de poderes entre las partes afectadas: este desequilibrio puede estar claramente definido por las normas culturales o el contexto en el que la violencia se produce, o bien, darse gracias a las maniobras interpersonales de control que se establecen en una relación específica (Corsi 1994).

Un evento puede ser clasificado como violento si causa algún daño a una tercera persona, si se emplea la fuerza y si va en contra de la libre voluntad de quien es objeto del daño. La violencia, en cualquiera de sus manifestaciones, es siempre una forma de ejercicio de poder, que implica la existencia de un "arriba" y un "abajo", ya sean reales o simbólicos. Estos actos son cometidos asimétricamente y en una dirección específica, y tienen como consecuencia la limitación de uno o más derechos de la víctima (Franco 1997).

La existencia y prevalencia de la violencia sexual es resultado de las construcciones culturales de género, de lo femenino y lo masculino, de los espacios de acción y de poder asignados culturalmente a las mujeres y a los hombres, situación que tiene repercusión directa en el ejercicio y vivencia de la sexualidad entre los hombres y las mujeres, como dice Pierre Bourdieu:

"... El orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la domi-

nación masculina en la que se apoya: la división sexual del trabajo, distribución muy estricta de las actividades asignadas a cada uno de los dos sexos, de su espacio, su momento, sus instrumentos; es la estructura del espacio, con la oposición entre el lugar de reunión o el mercado, reservados a los hombres, y la casa, reservada a las mujeres… es la estructura del tiempo, jornada, año agrario o ciclo de vida, con los momentos de ruptura, masculinos, y los largos períodos de gestación, femeninos" (Bourdieu 1998).

La cultura patriarcal en la que vivimos cimienta el poder masculino en la represión de la sexualidad femenina y el sometimiento de las mujeres. Esta visión del mundo y de las relaciones entre las personas favorece que algunos hombres consideren a las mujeres como su propiedad, incluida su sexualidad, que puede ser usada cuando ellos quieran. Así, el coito forzado se convierte en la reafirmación del poder y la autoridad de los hombres y la represión de las mujeres (Rich 1996).

En culturas como la nuestra, donde apenas se les reconoce un papel social o económico legítimo fuera del matrimonio, muchas mujeres sienten que no pueden sino acceder a las exigencias del hombre, por lo que para algunas de ellas el sexo es un deber social que toleran en vez de gozarlo.

Por otro lado, cuando la masculinidad se vincula con la agresión y la conquista sexual, el comportamiento sexual dominante y la violencia se vuelven no solamente un medio para estructurar las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, sino una manera de establecer relaciones de poder entre los hombres (Heise 2001). Esto nos lleva a examinar qué aspectos de la construcción de la masculinidad en nuestras culturas y en nuestras sociedades promueven el comportamiento sexual agresivo por parte de los hombres; y las características de la construcción de la feminidad y la estructura de las relaciones de poder económico y social que permiten la pervivencia de tales conductas.

Definición de conceptos

En esta sección se presentan una definición conceptual de víctima y de violencia sexual, así como las definiciones que el marco jurídico nacional nos aporta –destacando la heterogeneidad de las definiciones que utilizan los diferentes códigos de los estados y la diversidad en la tipificación de ciertas conductas como delitos–. Asimismo, presentamos una discusión de las alternativas que existen para limitar y castigar la violencia sexual en México.

Víctima

En materia de violencia contra las mujeres, el concepto "víctima" ha generado reacciones polémicas a lo largo de los años. Existe la tendencia a considerar que ese término coloca en situación de minusvalía a las mujeres o aumenta su indefensión desde la construcción simbólica. Sin embargo, en el ámbito de derechos humanos tal término ha sido utilizado para designar a una persona que padece un acto injusto, arbitrario –frente al cual existe un responsable concreto-, así como para señalar indubitablemente el derecho de quien padece una grave violación de derechos humanos a una indemnización o reparación por ese hecho. Los términos intermedios y eufemísticos como "receptora de violencia" o "generador de violencia", tienen la desventaja de convertir esa injusticia en algo circunstancial o desdibujar la responsabilidad individual del agresor. Por ello, en este

texto hemos preferido utilizar el término "víctima" como una clara indicación de que la violencia contra las mujeres es una grave violación de derechos humanos, que debe ser detenida y reparada en todos los niveles.

Violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS 2003) define la violencia sexual como …*todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.*

Con base en esta conceptualización, la Secretaría de Salud de México define a la violencia sexual como *el acto que con fines lascivos cometa una persona de cualquier sexo contra otra para obligarla a realizar actos sexuales sin su consentimiento, con o sin fines de cópula, valiéndose de su posición jerárquica, derivada de relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquier otra que implique subordinación, así como sometimiento por fuerza física o moral. Incluye el asedio o la ejecución de un acto sexual, aun con el consentimiento, cuando se trate de una persona menor de doce años o que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo* (SSA 2004a).

La definición de la SSA incluye las diferentes formas de violencia sexual –desde el acoso hasta la violación–, la diversidad de sus manifestaciones –desde los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas y las tentativas, hasta la comercialización de las personas para fines sexuales–. Identifica la subordinación de la víctima y el uso del poder por el agresor como una forma de coacción que puede darse en diferentes ámbitos (laboral, docente o doméstico); permite identificar las diferentes formas y contextos en los que se da la violencia sexual, y expresa claramente que la coacción puede no sólo ser física o extrema, sino incluir la intimidación psíquica, la extorsión o las amenazas, y que puede ocurrir cuando la persona no está en condiciones de dar su consentimiento.

La mayoría de los casos de violencia sexual en nuestro país son contra las mujeres, las jóvenes, las niñas y los niños, suceden en el seno de la propia casa y son perpetrados por familiares (padres, padrastros, hermanos, tíos, primos), hombres conocidos (vecinos, compadres) o gente de "confianza" (amigos).

Otros actos de violencia sexual suceden en las escuelas, donde los maestros abusan de sus alumnas o alumnos; en el ámbito laboral, donde los jefes o compañeros abusan de sus compañeras de trabajo; o en situaciones de vulnerabilidad, como en el caso de las mujeres migrantes, que son violadas en el camino o donde las circunstancias las obligan a ejercer actos sexuales a cambio de comida, dinero, alojamiento, transporte y "protección"; los casos de adolescentes y mujeres que son secuestradas y obligadas a ejercer el comercio sexual en contra de su voluntad; o las mujeres trabajadoras sexuales, que son violadas por sus clientes. Sin embargo, no debemos perder de vista que un número importante de casos de abusos sexuales y violaciones se dan por uno o varios desconocidos, en lugares diversos, como la calle, los parques o el transporte público.

Existe también violencia sexual hacia las personas física o mentalmente discapacitadas; hacia menores de edad, lo que incluye la pornografía infantil; también se pueden ejercer el matrimonio o la cohabitación forzados; el matrimonio de menores, y en el matrimonio por causas de honor, o para exonerar al culpable de una violación. Las consecuencias de la violencia sexual frecuentemente están acompañadas por actos que afectan la integridad sexual de las personas y sus derechos sexuales y reproductivos,

como por ejemplo, la imposición de un método anticonceptivo sin consentimiento informado, o las pruebas de VIH/ SIDA o embarazo para acceder a un trabajo; el aborto forzado, y la negación de un servicio de aborto cuando éste no es contrario a la ley (OPS/OMS 2003; Heise 2001).

Definiciones contenidas en el marco legal nacional

La legislación relacionada con violencia sexual y particularmente la que es ejercida contra las mujeres no es uniforme, depende de cada estado de la República[1] en el que se lleve a cabo el acto violento; esto mismo ocurre con las medidas de protección y con las penas o sanciones que se imponen por la comisión o encuadre en los diversos tipos penales.

Las implicaciones de esta incongruencia normativa profundizan la inequidad, la desigualdad en el acceso a la justicia y la discriminación ya que, por ejemplo, una mujer que ha sido sujeta a un acto violento cometido a partir de la introducción del miembro viril en su boca, encontrará comprometido su derecho si vive en Colima o Querétaro, ya que será considerado como "abusos deshonestos" o como violación respectivamente, y, en consecuencia, la penalidad para el agresor también será distinta. Así, en México existen diversas definiciones de un mismo delito o variantes en las definiciones teniendo tipificados en las leyes la violación, la violación instrumentada, la violación entre cónyuges, el abuso sexual, los atentados contra la integridad sexual de las personas, y el hostigamiento o el acoso sexual (cuadro I). Sin embargo, muchas veces, estos contenidos normativos, se inscriben en contextos donde la discriminación está presente pero es invisible, generalmente para las mujeres, las niñas y los niños, ya que incluso las sanciones producen resultados desiguales, en función del sexo y la edad del procesado y de la víctima (Ortega et al 2004).

Por ejemplo, hablar de impudicia, abusos libidinosos y atentados al pudor centra la discusión de la violencia sexual en la relación entre sexualidad y honestidad y recato, el autocontrol de impulsos carnales y la visibilidad pública de actos privados, invisibilizando la violencia sexual y dejando en un segundo plano los derechos humanos de las mujeres agredidas y su integridad sexual. Otro ejemplo de discriminación e inequidad en las leyes es la violación entre cónyuges, solamente tipificada en 12 estados del país, lo cual refuerza la idea y la práctica de que la mujer y su sexualidad pertenecen al esposo y en caso de que éste actúe de forma que lastime a la mujer, solamente está "usando indebidamente un derecho".[2]

De esta forma, se está dejando a la mujer indefensa en el espacio en donde comúnmente se encuentra más vulnerable: el privado, el hogar (cuadro II).

1 La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, otorga a los estados de la república la soberanía, que implica la autonomía en todo lo que concierna a su régimen interior, esto con las limitaciones que establece la propia Constitución, es decir, siempre y cuando no se restrinjan ni limiten garantías individuales, en cuyo caso es procedente el amparo contra leyes, y el Juicio de Inconstitucionalidad.

2 En el código penal del Estado de México, la violación entre cónyuges está tipificada como *uso indebido de un derecho*.

Cuadro I

Definición de delitos relativos a la violencia sexual contenidos en el marco legal de México. Revisión para 2004

Violación	Violación instrumentada	Violación equiparada	Violación entre cónyuges	Abuso sexual o atentados contra la integridad sexual de las personas	Hostigamiento o acoso sexual
Es la cópula anal, vaginal u oral obtenida mediante violencia física (con la utilización de medios físicos) o moral (con la de medios psicológicos)	Consiste en la introducción forzada de objetos, instrumentos o partes del cuerpo distintas al miembro viril, en la cavidad anal o vaginal de la víctima	Es la cópula anal, oral o vaginal aunque se haya obtenido consentimiento, con una persona menor de 12, 13 o 14 años de edad, o bien una persona que vive con una discapacidad mental o física que le impide comprender o resistirse al acto	Se refiere a las relaciones sexuales forzadas entre cónyuges o concubinos. Sólo está tipificado como delito en 12 estados*	Conducta consistente, en general, en la ejecución sobre una persona, sin su consentimiento, de un acto erótico sexual sin el propósito directo o inmediato de llegar a la cópula	Consiste en el asedio reiterado que con fines lascivos (molestia sexual) se realiza sobre personas de cualquier sexo

* Ver cuadro II

Fuente: Ortega A, Tilemy S. 2004. Marco jurídico de la violencia en México. México, DF: Ipas

A continuación se presentan las diferencias entre las entidades del país en cuanto a la tipificación de los delitos sexuales (cuadro II). Al analizar la legislación de cada uno de los estados en materia de violencia sexual, puede observarse la desprotección de muchas víctimas por el hecho de vivir en un estado u otro; es por ello por lo que resulta imprescindible contar con el compromiso político para poder ciudadanizar el proceso de desarrollo y revisión de leyes, garantizando la promoción de la equidad y el ejercicio pleno de los derechos a todas las personas, independientemente de su edad, sexo o lugar de residencia.

Cuadro II Características de las leyes sobre violencia sexual en los estados en México. Revisión para 2004

Entidad federativa	Violación		Violación instrumentada		Violación equiparada	Violación entre cónyuges	Denominación del abuso sexual por estado				Estados donde existen medidas de protección y tipo de instancia		
	Estados en donde es delito	Estados en donde NO se explicitan en sus definiciones la cópula oral como forma de delito (*)	Estados que la consideran como violación	Estados que le atribuyen penalidad diferente y ligeramente menor	Límites de edad para el delito de violación equiparada por estado (años)	Estados que tipifican este delito	Abuso sexual	Abusos deshonestos	Atentados al pudor	Otros (**)	Vía penal	Vía civil	Vía administrativa
Aguascalientes	*				12				*		*	*	
Baja California	*		*		14		*						
Baja California Sur	*		*		12				*			*	
Campeche	*		*	*	12				*				*
Coahuila	*		*	*	12				*		*	*	*
Colima	*	*	*		12			*				*	*
Chiapas	*	*	*		12		*						*
Chihuahua	*		*		14	*	*					*	
Distrito Federal	*		*		12	*	*				*	*	
Durango	*	*	*	*	14		*					*	
Guanajuato	*		*		12	*	*						
Guerrero	*		*		12			*					
Hidalgo	*		*	*	12	*				2			
Jalisco	*		*		12				*				
Estado de México	*		*		14					2			*
Michoacán	*				12			*				*	
Morelos	*		*		12		*				*		*
Nayarit	*	*	*		12				*				
Nuevo León	*		*		13	*			*		*	*	
Oaxaca	*		*	*	12	*	*					*	
Puebla	*	*	*		12				*		*	*	
Querétaro	*	*	*		12	*		*					
Quintana Roo	*		*		12			*					*
San Luis Potosí	*		*		12	*	*				*	*	
Sinaloa	*				12				*			*	*
Sonora	*		*		12			*			*	*	*
Tabasco	*		*	*	12		*						*
Tamaulipas	*		*		12	*				1			*
Tlaxcala	*		*		12				*				
Veracruz	*		*		14	*	*				*	*	
Yucatán	*		*	*(***)	12	*	*				*		
Zacatecas	*		*		12	*				3	*		

*En el caso de Yucatán la cópula oral está contemplada como un abuso sexual agravado y no como violación
**1-Impudicia, 2-Abusos libidinosos, 3-Atentados contra la integridad sexual de las personas
***En Yucatán se considera como abuso sexual o deshonesto agravado, pero con penalidades iguales a violación
Fuente: Ortega A, Tilemy S. 2004. Marco jurídico de la violencia en México. México, DF: Ipas

Magnitud del problema en México

El análisis de las cifras de violencia sexual presenta grandes desafíos por diversos aspectos relacionados con el hecho mismo de la violencia sexual. Las fuentes de datos y de información son escasas, y las pocas que existen no representan fielmente ni la magnitud, ni las formas y, mucho menos, las consecuencias de estas conductas violentas. Los datos generalmente provienen de la policía, los centros de salud, las organizaciones no gubernamentales e instancias académicas que realizan investigaciones mediante encuestas (OPS/OMS 2003).

Las cifras disponibles reflejan la punta de un *iceberg*, en donde sólo se ven los casos denunciados o los atendidos en los diferentes servicios. Las encuestas e investigaciones nos permiten clarificar la magnitud, al mostrar un número más cerca de la realidad sobre las personas que viven o han vivido alguna vez en su vida violencia sexual en alguna de sus formas. Sin embargo, hay un gran número de casos de violencia sexual no reportados o desconocidos, debido a que las víctimas no denuncian ni reportan lo ocurrido en las encuestas, por temor, culpa, vergüenza u otros factores sociales relacionados con la violencia sexual.

Lo anterior nos invita a reflexionar sobre la calidad de los datos disponibles y a ser cautelosos o cautelosas al hablar sobre cifras de violencia sexual, pues no podemos soslayar que estos datos no reflejan fielmente la realidad y que sólo representan una parte de la problemática real.

Especialmente difícil es cuantificar la violencia sexual a escala mundial, hacer comparaciones entre regiones y entre países. El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OPS/OMS 2003) señala que 1 de cada 5 mujeres en el mundo puede experimentar la violencia sexual por parte de su pareja durante el transcurso de su vida. En algunos estudios se reporta que el porcentaje de mujeres que declararon haber sido víctimas de agresiones sexuales es inferior a 2% en lugares como La Paz, Bolivia (1.4%), Gaborone, Botswana (0.8%), Beijing, China (1.6%) y Manila, Filipinas (0.3%); y superior a 5% en ciudades como Tirana, Albania (6.0%), Buenos Aires, Argentina (5.8%), Río de Janeiro, Brasil (8.0%) y Bogotá, Colombia (5.0%). Según reportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina 1 de cada 3 mujeres es víctima de violencia, y de éstas, 33% informa haber sufrido abuso sexual y 45%, amenazas por parte de su pareja (Velzeboer 2003).

La violencia sexual en México

En México la violencia sexual es un delito grave y, a pesar de esto, existe un subregistro de casos, ya que se estima que sólo 1 de cada 10 agresiones sexuales en el país se denuncia (Saucedo 2002). Esta cifra es comparable con la de otros países de América Latina como Brasil, donde se reporta que las autoridades sólo conocen entre 10 y 20% de estos delitos (Drezett 2002). Los autores coinciden en que el subregistro se debe, entre otros factores, al estigma social que persiste en torno a las mujeres, adolescentes y niñas que sufren violencia sexual (en particular una violación), al miedo de las represalias del agresor, la vergüenza, la ausencia de redes de apoyo para las víctimas y a la desconfianza hacia los sistemas de procuración e impartición de justicia, ya que hay una percepción de que los derechos de las víctimas y sobrevivientes de la violencia sexual no son respetados.

Las fuentes de datos

Los datos que se presentan en las siguientes secciones provienen de diversas fuentes disponibles en nuestro país, como encuestas nacionales e investigaciones en el tema, lo que permite tener una diversidad de información que, por la naturaleza de los instrumentos y el universo de estudio, no siempre son comparables; sin embargo, es importante reconocer el esfuerzo realizado en los últimos años por contar con información sistemática y representativa de la situación en el país (cuadro III).

Cuadro III
Encuestas nacionales y regionales utilizadas para documentar la violencia sexual en México

Fuente de datos	Año	Institución a cargo	Características del universo	Lugar en donde se llevó a cabo	Universo
Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres	2003	Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) Secretaría de Salud (SSA)	Mujeres mayores de 15 años de edad usuarias de los servicios de salud públicos en el 1° y 2° nivel de atención	Nacional	26 042 mujeres
Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares	2003	Instituto Nacional de Estadística, Geografía en Informática (INEGI) Instituto Nacional de las Mujeres (INMujeres)	Viviendas de áreas rurales y urbanas, en donde se entrevistaron mujeres mayores de 15 años de edad con pareja residente en el hogar	Nacional	20 160 viviendas
Encuesta Nacional de Salud Reproductiva	2003	Secretaría de Salud Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM)	Encuesta de hogares a mujeres de entre 15 a 49 años de edad	Nacional	20 925 mujeres
Encuesta Nacional de Juventud	2000	Secretaría de Educación Pública Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ)	Viviendas en donde se entrevistaron a todos los jóvenes de entre 12 a 29 años de edad	Nacional	54 500 viviendas
Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar	1999	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática	Viviendas, se realizó la entrevista a una persona mayor de 18 años de edad	Área metropolitana de la Ciudad de México (16 delegaciones del Distrito Federal y 34 municipios del Estado de México)	6 000 viviendas

También se presentan cifras provenientes del *Sistema de Información Delictiva: La estadística de seguridad pública en México,* del Instituto Nacional de Ciencias Penales (Arango et al 2003), y del *Observatorio sobre la Condición de la Mujer en México* (INEGI *et al* 1999) y se utilizaron los resultados de diversos estudios sobre violencia doméstica, violencia de género y violencia sexual para obtener datos relevantes para este capítulo.

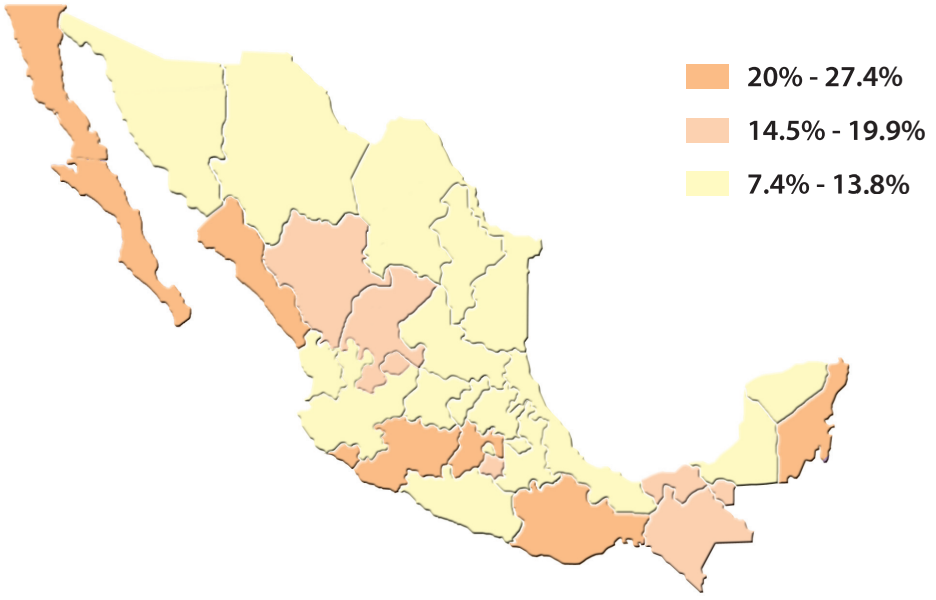
La violencia sexual hacia las mujeres

Existe evidencia suficiente que muestra que las principales víctimas de la violencia sexual son, por un lado, las mujeres, adultas y jóvenes; y por otro, las niñas y los niños; en todas estas situaciones el agresor es casi siempre un hombre y, en la mayoría de los casos, éste es un conocido de la víctima.

En la *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva* (SSA–CRIM 2003) 4% de las mujeres reportaron haber sido forzadas alguna vez en su vida a tener relaciones sexuales. En 70% de la muestra, el agresor fue un conocido de la mujer.

De acuerdo con la *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres* (INSP-SSA 2003), 17.3% de las mujeres usuarias de los servicios de salud encuestadas mencionaron haber sufrido violencia sexual alguna vez en su vida. Existen marcadas diferencias en la prevalencia de la violencia sexual en el país que reportan los diferentes estados, con un rango que va desde 7.4% en Aguascalientes hasta 27.4% en Oaxaca. Los estados de México, Sinaloa, Quintana Roo, Michoacán, Baja California Sur, Baja California, Colima y Oaxaca son los que presentan mayor porcentaje de mujeres víctimas, ya que entre 20 y 27.4% de las mujeres ha sufrido algún abuso sexual en algún momento de su vida (figura 1).

Figura 1 Distribución porcentual de mujeres que sufrieron algún tipo de violencia sexual en algún momento de su vida por entidad federativa



Fuente: INSP - SSA, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003

Datos de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (INEGI 1999) reportan que 1 de cada 3 hogares había vivido situaciones de violencia en la familia en diversas formas, como maltrato emocional, intimidación, abuso físico o sexual; 1.4% de los hogares manifestaron haber vivido violencia sexual en diversas formas: la presión verbal para forzar relaciones sexuales (84%); el uso de la fuerza para tener relaciones sexuales (54%) y obligar a la mujer a tener relaciones sexuales cuando otros ven y oyen (6%). En 50.9% de los hogares donde se presentó este tipo de violencia la situación se había dado en más de ocho ocasiones en los últimos seis meses.

Violencia sexual en la pareja

La violencia que ocurre dentro de la relación de pareja puede tener muchas formas. Los abusos emocionales y físicos son los más comunes; sin embargo, la violencia sexual es frecuente y es un tema poco tratado.

En sociedades como la nuestra es común que se piense que en la relación de pareja casi todo está permitido y que lo que ocurre en este espacio es parte de la vida privada y sólo compete a los miembros de la misma. Esta situación deja en un total estado de indefensión a la mujer frente a su pareja, y la orilla a no denunciar las agresiones, por el miedo y la vergüenza provenientes de la misma situación de violencia vivida.

La *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres* (INSP- SSA 2003), señala que casi 7% de las encuestadas han sufrido violencia sexual por parte de su pareja (novio, esposo, compañero). Esta violencia incluye obligarla a tener relaciones sexuales a través de la fuerza física, así como amenazas de irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones; esta situación es vivida tanto por mujeres jóvenes como por adultas.

La *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (INEGI et al 2003), reporta que poco más de 7% de las mujeres entrevistadas mencionó que su pareja les había exigido tener relaciones sexuales contra su voluntad.

Un estudio realizado en un centro de salud de la Ciudad de México muestra que 11% de las mujeres entrevistadas habían sido violadas alguna vez en su vida y que 1 de cada 5 vivió la violencia sexual en el contexto de una relación íntima (Ramos *et al* 2001).

Otro estudio realizado con mujeres madres de niños asistentes a escuelas primarias en Guadalajara, Jalisco, encontró que 46% de estas mujeres se percibían a sí mismas como objeto de violencia. De éstas, 73% señaló a la pareja como el responsable de la violencia, ya fuera psicológica (33%), física (19%) o sexual (12%) (Ramírez *et al* 1996).

Como se mencionó, este problema tiene su origen en creencias acerca de la pareja y lo que está o no permitido dentro de ésta. En un sondeo de opinión, realizado por el *Observatorio sobre la Condición de la Mujer en México* (INEGI et al 1999), alrededor de 17% de los participantes (hombres y mujeres) sin instrucción o con primaria incompleta mencionaron estar de acuerdo con la frase "si lo desea, un hombre puede obligar a su esposa a tener relaciones con él". Este porcentaje se redujo a menos de 7% cuando los participantes habían cursado la secundaria, el bachillerato y más. En este mismo sondeo, hasta 25% de los hombres sin ninguna instrucción o con primaria incompleta estaban de acuerdo con la frase "la ley no debe castigar a quien obliga a su pareja a tener relaciones sexuales contra su voluntad". Esto se redujo a 12.1% en hombres con mayor escolaridad (INEGI et al 1999).

Estos datos se refuerzan con los de la *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres*

(INSP- SSA 2003), en donde 9.2% de las mujeres están de acuerdo con la frase que menciona que es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo, aun si ella no quiere. Además, 3.5% de las mujeres están de acuerdo con que el esposo las golpee si ellas se niegan a tener relaciones sexuales. Por otro lado, algunas de las mujeres encuestadas consideran que una mujer casada no debe negarse a tener relaciones sexuales, aun cuando: no lo desee (9.2%), su esposo esté ebrio (5.7%), ella esté enferma (3.8%), su esposo la maltrate (4.6%), y su esposo tenga alguna infección de transmisión sexual (3.2%).

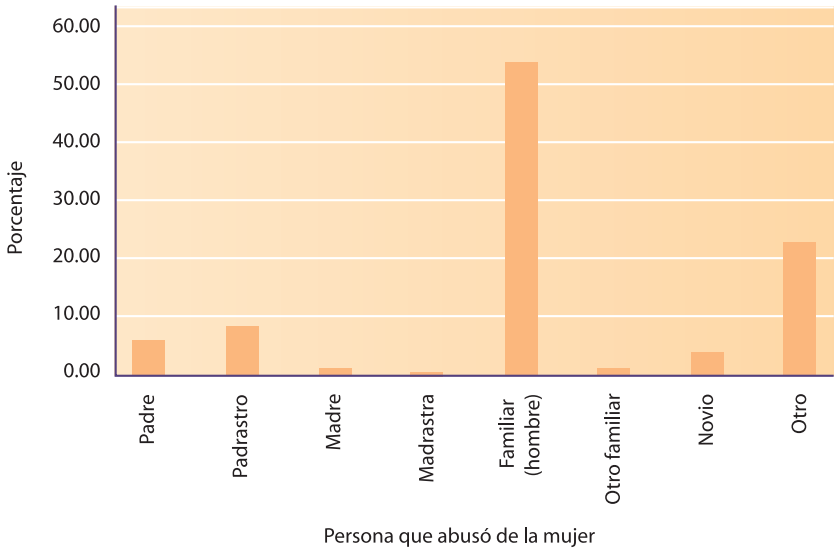
El análisis de esta información muestra que aún están arraigados en una gran parte de nuestra sociedad los argumentos sexistas que justifican la subordinación de las mujeres a sus esposos y el derecho de éstos a tratarlas como su propiedad, situación que se traduce en leyes discriminatorias, que no visibilizan la violencia sexual hacia las mujeres como una forma de violencia de género. Será importante analizar esta información por tipo de localidad –urbana o rural–, o por nivel de escolaridad de la usuaria para identificar las diferencias que existen entre diferentes grupos de población, como se ha descrito en diversos estudios, por ejemplo, en Perú, donde las diferencias son del doble entre las mujeres encuestadas en las áreas urbanas y rurales (Güezmes 2004).

Violencia sexual en la infancia y juventud

Las niñas, los niños y las y los jóvenes son también, junto con las mujeres, las principales víctimas de abusos emocionales, físicos y sexuales. En la *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva* (SSA–CRIM 2003), del total de mujeres que fueron obligadas a tener relaciones sexuales alguna vez en su vida (4%), 13.7% mencionaron que esta situación ocurrió cuando eran menores de 10 años y 65% entre los 10 y 20 años de edad.

Por otro lado, la *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres* (INSP-SSA 2003) señala que 7.6% de las mujeres entrevistadas informa haber sufrido abuso sexual antes de los 15 años de edad, siendo el agresor casi siempre alguien conocido: el padre (7.2%), el padrastro (8.2%), algún otro familiar –hombre– (55.1%) o el novio (3.4%) (figura 2).

Figura 2 Parentesco con el agresor de mujeres con experiencia de violencia sexual antes de los 15 años



Fuente: INSP - SSA, Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003

La *Encuesta Nacional de Juventud 2000* (SEP-IMJ 2000) muestra que algunas jóvenes de entre 12 y 24 años de edad refieren haber iniciado su vida sexual con familiares, amigos, conocidos o desconocidos, y 0.2% refirió haber iniciado su vida sexual en el contexto de una violación. El 2.5% de las jóvenes menciona que iniciaron vida sexual porque su pareja las convenció, 1% dijo que había sido contra su voluntad y con violencia. Al preguntarles sobre cómo valoraron su primera relación sexual, casi 9% la calificó como desagradable o muy desagradable.

Violencia durante el embarazo como parte de la violencia sexual

El embarazo, al estar relacionado con la sexualidad y la reproducción, puede ser un factor de riesgo para la mujer, debido a que muchas veces durante este período aparece la violencia o se agudiza.

De acuerdo con la *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres* (INSP-SSA 2003), 25% de las mujeres mencionó que durante el embarazo había sufrido algún tipo de maltrato: con mayor frecuencia las humillaciones (8.4%), ser obligadas a tener relaciones sexuales por su pareja (6.3%) y golpes (5.3%).

Otro estudio señala la prevalencia de la violencia en mujeres embarazadas en el estado de Morelos, en el cual del total de mujeres entrevistadas 13.7% sufría violencia sexual antes del embarazo, mientras que durante el embarazo, la proporción disminuyó apenas a 11.8%. En este estudio se observa que el tipo de violencia que se incrementa en el embarazo es la emocional, de 23.5 a 28%. Algunos factores que ponen en riesgo a la mujer de sufrir algún tipo de violencia son que el embarazo no haya sido deseado por ninguno de los dos integrantes de la pareja, que ella haya tenido otras parejas previas a la

actual, que tenga un hijo de otro hombre, que la pareja tenga hijos de otra mujer, que tenga antecedentes de violencia doméstica en su familia de origen, o bien que su pareja sea el que la haya sufrido, que la pareja haya ejercido cualquier tipo de violencia en los 12 meses previos al embarazo, que el hombre castigue físicamente a sus hijos o abuse de ellos; y que el hombre presente un alto consumo de alcohol (Castro *et al* 2004).

Violencia sexual en situaciones especiales

Existen espacios y formas de la violencia sexual que por su naturaleza son difíciles de registrar e investigar, pero que deben mencionarse e investigarse por su magnitud y frecuencia.

Las mujeres y los hombres que, orillados por su situación económica, migran, ya sea a otros lugares dentro del país o a otros países, están expuestos a sufrir todo tipo de abusos en el trayecto, incluido el abuso sexual. Muchos hombres y mujeres son violados, obligados a ejercer el comercio sexual u orillados a intercambiar sexo por comida, alojamiento, transporte y "protección". Aunque no hay datos que cuantifiquen la incidencia de estos fenómenos los informes de investigaciones cualitativas y los testimonios de las víctimas dan fe de que no se trata de fenómenos aislados o poco frecuentes (Bronfman *et al* 2003).

Por otro lado, se ha documentado abuso sexual sobre las personas discapacitadas física y mentalmente, quienes por su situación no pueden defenderse ni denunciar al agresor. Otros sitios en los cuales mujeres y hombres, las y los jóvenes y niñas y niños están expuestos al abuso sexual son la cárcel, los tutelares para menores y los centros de rehabilitación social. En estos lugares, hombres y mujeres son violados por las personas que los cuidan, o por sus mismos compañeros de cárcel, sin la posibilidad de denunciar estos hechos. Por último, otra población expuesta a la violencia sexual es la que se encuentra cerca de campamentos militares, en zonas de guerra o en zonas de refugiados, ya que la violación es muchas veces perpetrada por militares y usada como arma de guerra.

La denuncia de los delitos sexuales

Los delitos sexuales son poco denunciados debido al estigma, la discriminación y la victimización secundaria vivida por las personas afectadas por estos actos. Según cifras del Instituto Nacional del Ciencias Penales (INACIPE), 1.5% de los delitos denunciados entre 1997 y 2002 corresponden a delitos sexuales (Arango *et al* 2003). En ese periodo se denunciaron 74 964 violaciones en el país. Esto representó 39.4 violaciones reportadas por día en el país, y una tasa de 14.7 por 100 000 habitantes. El cuadro IV muestra la distribución de estas denuncias. Los estados con mayor número de casos de violación en este periodo fueron el Estado de México, Distrito Federal, Veracruz y Puebla. El Estado de México (6.9) tuvo casi el doble de violaciones reportadas por día en 2002 que el Distrito Federal (3.6) y Veracruz (3.3).

Al calcular la tasa de violación por 100 000 habitantes por estado destaca que Quintana Roo tiene una tasa de 47.9, tres veces mayor que el promedio nacional (14.74), seguida por Baja California (24.5) y Tlaxcala 23.4 (cuadro IV) (Arango *et al* 2003).

Cuadro IV

Violaciones denunciadas en México, por entidad federativa, 1997 –2002

Estado	Número de violaciones denunciadas entre 1997 y 2002	Número de violaciones promedio por día para 2002	Tasa de violación* (Número de violaciones por 100000 habitantes) para 2002
Aguascalientes	322	0.15	5.82
Baja California Sur	369	0.25	21.46
Colima	458	0.19	13.08
Nayarit	617	0.26	10.32
Durango	633	0.36	9.11
Campeche	730	0.29	15.20
Zacatecas	781	0.49	13.30
Coahuila	974	0.52	8.31
Sinaloa	994	0.56	8.04
Querétaro	1 227	0.58	14.95
Tlaxcala	1 239	0.62	23.37
Morelos	1 310	0.81	18.90
Yucatán	1 388	0.80	17.67
Nuevo León	1 411	0.99	9.44
Quintana Roo	1 542	1.15	47.89
Guanajuato	1 547	0.91	7.10
Sonora	1 552	0.61	10.06
Michoacán	1 624	0.70	6.40
Hidalgo	1 791	0.88	14.36
San Luis Potosí	1 948	1.11	17.57
Oaxaca	2 065	0.87	9.22
Tabasco	2 154	0.76	14.64
Tamaulipas	2 277	1.54	20.38
Chiapas	2 747	1.77	16.45
Guerrero	2 787	1.16	13.70
Chihuahua	2 810	1.50	17.95
Baja California	2 959	1.67	24.48
Jalisco	3 718	2.18	12.61
Puebla	3 889	1.91	13.71
Veracruz	6 365	3.31	17.50
Distrito Federal	8 059	3.56	15.08
Estado de México	12 677	6.94	19.34
Total Nacional	**74 964**	**39.38**	**14.74**

* La tasa de violación se obtuvo tomando en cuenta la población de las entidades y nacional para 2000, según el Censo (INEGI 2000) y el número de violaciones denunciadas para 2002 (Arango et al 2003)

Fuente: Arango-Durán A, Lara-Medina C. 2003. Sistema de Información Delictiva: la estadística de seguridad pública en México. México, DF: Instituto Nacional de Ciencias Penales

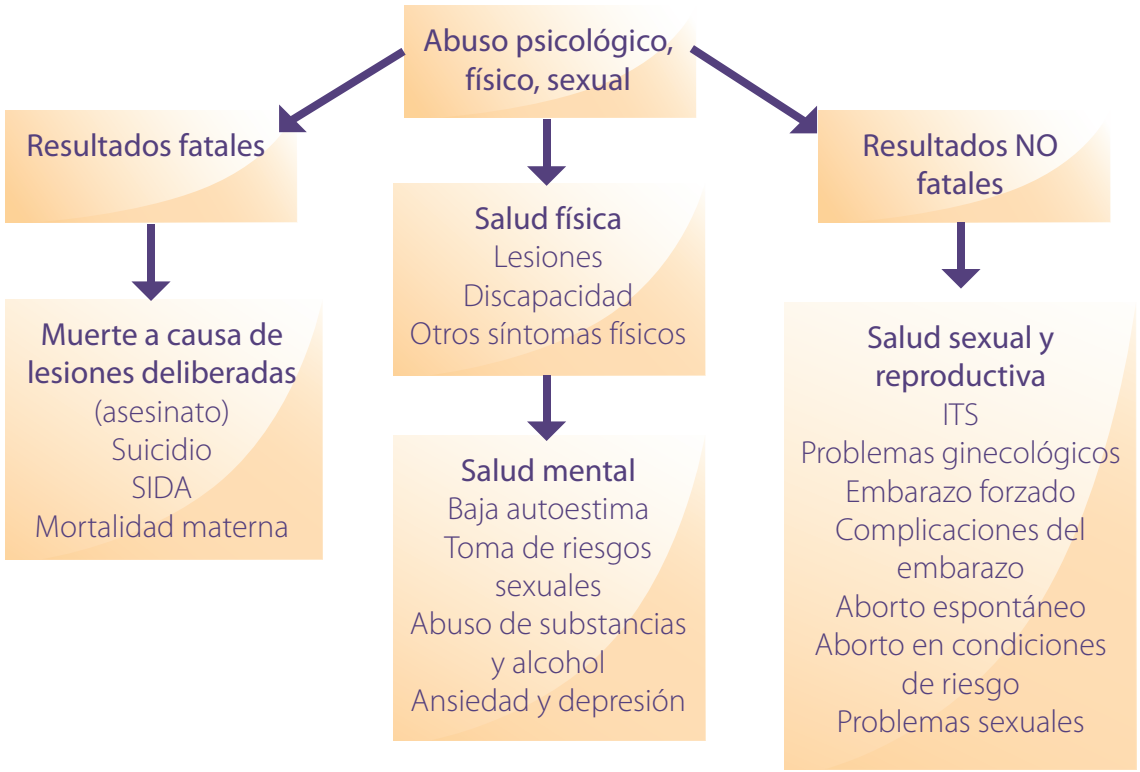
El INACIPE reporta 54 715 denuncias en el rubro de otros delitos sexuales, pero no especifica el tipo de delito, ni la edad, ni el sexo del denunciante. Los estados con más alto número de estos delitos reportados son el Distrito Federal, Nuevo León, Baja California y Veracruz (Arango *et al* 2003).

Las consecuencias de la violencia sexual sobre la salud

La figura 3 presenta las posibles consecuencias de la violencia contra las mujeres, especialmente de la violencia sexual. Las consecuencias pueden ser fatales o producir efectos a corto y largo plazo en las diferentes esferas de la salud. Es importante resaltar la falta de información que existe en nuestro país sobre los efectos de la violencia sexual en la salud de las mujeres, adolescentes, niñas y niños. Además, se ha reportado que la violencia sexual resulta en problemas sexuales y conductas sexuales de riesgo, y en muchos casos las mujeres no pueden usar anticonceptivos o son incapaces de negociar prácticas de sexo seguro por la situación en la que viven.

Aunque no es un fenómeno exclusivo de México, llama la atención lo limitado de la información en este tema y la falta de interés por explorar la contribución de la violencia sexual en fenómenos tan importantes como la adquisición de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA, embarazos forzados, abortos "espontáneos" y problemas de salud mental.

Figura 3 Impacto de la violencia sexual en la salud de las mujeres



En general, la violencia sexual tiene efectos en la salud física de las personas a través de las lesiones o discapacidad que produce; puede resultar en síntomas difusos e inespecíficos que requieren en muchas ocasiones atención médica continua. Las consecuencias en la salud mental son de igual importancia y sus efectos pueden permanecer por mucho tiempo, teniendo manifestaciones diversas como depresión, tristeza, miedo, baja autoestima y un incremento en el abuso de sustancias nocivas.

Los efectos en la salud sexual y reproductiva son también importantes e incluyen ITS y el VIH/SIDA. A diferencia de otros países como Brasil, donde se ha notificado que 2% de las mujeres violadas se convierten en seropositivas (Drezzet 2002), en México no se cuenta con datos sobre el papel de la violencia en la transmisión del VIH/SIDA.

La violencia sexual tiene importantes efectos en la salud de las mujeres y adolescentes que presentan desde dolor pélvico crónico, enfermedad pélvica inflamatoria, hemorragias, irritación genital, dolor durante el coito e infecciones urinarias (Blima et al 2002).

Los embarazos producto de violación son también frecuentes. Diversos estudios en México han encontrado que entre 7.4 y 26% de las mujeres que sufren violencia sexual se embarazan como resultado de una violación (citado de Valdez-Santiago *et al* 1996). Por otro lado, un estudio realizado en la ciudad de Durango con 384 mujeres casadas o unidas, reportó que durante el embarazo, 13% recibieron golpes, ocasionando que 44% de ellas presentara amenaza de aborto, 12% aborto, y 2% muerte fetal (Alvarado *et al* 1998). Aunque no tenemos información del ámbito nacional, a escala internacional se documentan "abortos espontáneos" producto de violencia física y sexual, y abortos que se realizan en condiciones inseguras cuando las mujeres no tienen acceso a abortos legales (De Bruyn 2003).

En México, de acuerdo con la *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres* (INSP- SSA, 2003), las consecuencias de tal violencia fueron moretones (67.6%); cortadas que requirieron sutura (5.3%); fractura de algún hueso (5.2%); pérdida de algún diente (3%); quemaduras (1.6%); pérdida de la conciencia (9.3%); dolor en el cuerpo (43.2%); daño en el momento o después de tener relaciones sexuales (11.4%); sangrado vaginal o anal (8.4%); infección genital (9.8%); pérdida de la función física de alguna parte del cuerpo (3.1%); hospitalización (2.6%) y cirugía (1.2%). De las mujeres que presentaron daños ocasionados en el momento o después de tener relaciones sexuales, 73% no acudieron a algún centro de salud a atenderse; en el caso de las que sufrieron sangrado vaginal o anal, 60% no se atendió, y 36% de quienes presentaron alguna infección genital no se atendieron.

Por último, la *base de registro de atención de lesiones en unidades médicas* de la Secretaría de Salud para el año 2003 (SSA 2003) consta de cerca de 65 000 registros por motivo de alguna lesión en diversas unidades médicas. Las personas atendidas fueron en su mayoría hombres (64.9%). Los datos señalan que 1.6% de las lesiones tuvieron como causa la violencia intrafamiliar, mientras que más de 89% fueron lesiones consecuencia de accidentes. Sin embargo, este dato contrasta con el sitio en el que las lesiones tuvieron lugar, ya que, según los datos registrados, 43.8% ocurrieron en el hogar, lo que nos hace pensar que hay un subregistro de la violencia intrafamiliar, que pudiera tener como causa que las personas afectadas por este motivo no lo estén reportando como tal o que los prestadores de servicios de salud no lo estén registrando.

Más difícil aún es identificar lesiones producto de violencia sexual. La base muestra algunos datos sobre las zonas del cuerpo lastimadas. Las lesiones reportadas en genitales, abdomen

o pelvis podrían ser indicios de violencia sexual; sin embargo, no es información suficiente ni nos permite llegar a conclusiones contundentes, ya que muchas veces una bofetada o un jalón de brazos bastan para someter a la víctima. Es necesario entonces mejorar los sistemas de recolección de información, de manera que permitan visualizar los impactos directos de la violencia sexual sobre la salud de las personas.

Según la base de registro de atención, la mayor parte de los casos en los cuales las personas agredidas identificaron a su agresor, éste fue un hombre (94.4% para los hombres y 72% para las mujeres). Muchas veces, para el caso de las mujeres, el agresor fue un familiar o un conocido, mientras que en los hombres predominan las personas desconocidas. En el cuadro V observamos la relación de las personas atendidas por lesiones en genitales, abdomen y pelvis (sin que eso signifique que estamos hablando de violencia sexual) con el agresor, y nos podemos dar cuenta de que más de la mitad de las mujeres son agredidas por familiares, mientras que los hombres sufren estas lesiones a manos de conocidos, mas no familiares, y desconocidos.

Cuadro V

Relación con el agresor, de las personas atendidas por lesiones en genitales, abdomen y pelvis (%)

Agresor	Lesión en genitales		Lesión en abdomen		Lesión en pelvis	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Porcentaje del total que menciona a un agresor	11.7	14.8	23.2	18.4	10.3	6.6
Familiar	14.2	48	13.4	59.5	11.9	55.5
Conocido	50	36	35.5	20.2	38	22.2
Desconocido	35.7	16	50.9	20.2	50	22.2

Fuente: Análisis propio. Base de registro de atención de lesiones en unidades médicas. Secretaría de Salud

Las respuestas del sector salud y de la sociedad civil que trabaja en colaboración

La violencia sexual y sus consecuencias afectan directamente la salud mental y física de las víctimas, sus familias y sus comunidades. Para atenderlas se requiere de un abordaje interdisciplinario e interinstitucional, en donde el sector salud juega un papel articulador, ya que sus instituciones reciben en sus servicios a las personas que han vivido el trauma durante muchos años o en situaciones de crisis. Hasta hace poco en México, ser víctima de violencia sexual y acudir a las instancias de salud y de justicia en busca de ayuda significaba entrar en un espacio de silencio e invisibilidad, agresión y revictimización por parte de los agentes del Estado, sin obtener realmente atención con calidez y calidad, permitiendo que las agresiones vividas siguieran mermando su salud y su vida.

Desde hace dos de décadas grupos de mujeres-feministas se han dedicado a la atención de victimas de violencia sexual, brindando servicios médicos, asesoría legal y apoyo psicológico además de un trabajo arduo en la prevención de la violencia basada en género en todas sus manifestaciones. Al mismo tiempo, han trabajado para llamar la atención de la sociedad sobre este problema e incluirlo en la agenda de políticas públicas, destacando que la eliminación de la violencia sexual y sus consecuencias es un asunto del que el Estado, incluido el sector salud, deber responsabilizarse. Este llamado fue reforzado cuando México ratificó acuerdos y convenios internacionales como la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) y los aprobados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, CIPD 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995).[3] Todos condenan la violencia, en cualquier forma, contra las mujeres y destacan la responsabilidad del estado de garantizar condiciones favorables para que las mujeres ejerzan sus derechos y asegurar que la violencia no suceda y, en caso de presentarse, tener la posibilidad de denunciar y acceder a procesos justos.

Un hecho significativo que marcó un hito en trabajo de violencia sexual fue en 1995, cuando la Secretaría de Salud (SSA-Federal) y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) realizaron un convenio de colaboración para iniciar servicios integrales a víctimas de violencia sexual en tres hospitales públicos de la SSA en diferentes zonas de la ciudad (SSA 1995). Con este acuerdo, se estableció que las mujeres víctimas de violación fueran referidas directamente a una entidad del Ministerio Público, el Centro de Terapia de Apoyo (CTA), donde se les brindaba apoyo psicológico según sus necesidades, referencia a servicios médicos y acompañamiento durante los trámites y procesos legales. Un desafío actual es que, aunque el Centro funcione de manera óptima, en una entidad tan grande como es el Distrito Federal existe solamente una unidad de esta naturaleza dedicado exclusivamente a atender personas víctimas de violencia sexual.

Varias organizaciones de la sociedad civil y académicos con amplia experiencia en el tema de violencia basada en género desarrollaron vínculos estrechos con los tres hospitales y organizaron foros y espacios de discusión con profesionales tanto del sector salud como del sector judicial, con el objetivo de fortalecer pro-

3 El gobierno mexicano, como el de la mayoría de los países latinoamericanos, ha ratificado otros convenios y acuerdos relevantes a este tema: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la Convención sobre la Eliminación de todas Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1981) y la Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña (1990).

cesos de referencia y contrarreferencia de las mujeres atendidas en cada sector.

Los últimos cinco años han sido testigo de una mayor atención a la violencia sexual como un factor de riesgo para la salud de las mujeres y como un problema de salud pública. Por ejemplo, conferencias y congresos han sido organizados por primera vez por instancias importantes en el ámbito de la ginecología y la obstetricia. En el año 2000, la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Nuevo León, la Secretaría de Salud de Nuevo León, la Universidad de Monterrey, Ipas México, la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (FEMEGO) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) organizaron el primer evento en México sobre violencia hacia las mujeres en donde reflexionaron sobre su papel en el tema de violencia. La reunión internacional *Violencia: Ética, Justicia y Salud para la Mujer*, tuvo como resultado la *Declaración Monterrey 2000 sobre Violencia Familiar y Sexual hacia la Mujer* (Granados Shiroma *et al* 2001) que presenta una serie de recomendaciones en las áreas de prevención y atención integral inmediata y a largo plazo de las consecuencias de la violencia familiar y sexual. Dichas recomendaciones abogan explícitamente por el fortalecimiento de vínculos entre el sector salud y el sector judicial, y abordan las necesidades de atención médica y de apoyo psicológico que debería recibir cada mujer victima de violencia intrafamiliar y/o sexual. Cabe mencionar que se incluyen recomendaciones a cerca de que el Estado deber proveer gratuitamente, a las víctimas de violación, quimioprofilaxis para ITS, incluyendo antirretrovirales para el VIH, y prevención del embarazo, a través de la anticoncepción de emergencia. Se recomienda también que en el caso de un embarazo producto de la violación el sector salud deba ofrecer los servicios de aborto legal. En 2001 la FIGO y la FEMEGO, junto con organizaciones de la sociedad civil, organizaron una sesión de tres días sobre violencia contra las mujeres en donde la discusión de las causas y las consecuencias de la violencia sexual, junto con el rol de los ginecoobstetras en la atención a las mujeres víctimas de violencia sexual, ocupó un espacio central (Uribe Elías y Billings 2003).

Desde el año 2000 en México se ha visto más que nunca la colaboración entre la sociedad civil y el sector salud en el desarrollo de un modelo de atención para las mujeres (que incluye a las adolescentes) víctimas de violencia sexual. Uno de los esfuerzos en este sentido fue el proceso en donde participaron Ipas México, autoridades de las Secretarías de Salud de diferentes estados, capacitadores e investigadores de la sociedad civil, Procuradurías de Justicia y prestadores de servicios de salud de instituciones públicas del Distrito Federal, Estado de México e Hidalgo (Gasman et al 2003). El modelo resultante ofrece lineamientos que guían la provisión de servicios a las víctimas de violencia sexual y, al mismo tiempo, es flexible para poder ser ajustado a los recursos y realidades de diferentes instituciones y unidades. Además, incorpora las lecciones aprendidas a lo largo de muchos años de trabajo directo con mujeres de diferentes organizaciones en varios países. Entre ellas están las experiencias de la Federación Internacional de Planificación de la Famila/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO 2004) en Latinoamérica y especialmente Venezuela, el Ministerio de Salud de Brazil (Drezett 2000; MSB1999), la Organización Mundial de la Salud (OMS 2003) y el modelo de intervención centroamericano desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Claramunt 2003; Velzeboer 2003).

El modelo está centrado en las múltiples necesidades de las mujeres y reconoce que la colaboración multi e interdisciplinaria y el trabajo en equipo es la única manera de ofrecer exitosamente toda la gama de servicios que ellas requieren. Fue diseñado para implementarse en el

sector público en el primero y segundo nivel de atención. El primer nivel se centra en la promoción y la educación, la detección, y la prestación de atención médica de primer contacto (incluida la anticoncepción de emergencia y la referencia a hospitales). El segundo nivel debe ofrecer tratamiento de lesiones, la anticoncepción de emergencia, la interrupción legal del embarazo, la atención prenatal especializada, la prevención y el tratamiento de ITS y del VIH y la referencia a apoyo psicológico y legal. Otro componente importante para el modelo es el desarrollo de un sistema de información que constituirá una base de información epidemiológica. Por último, el modelo reconoce que trabajar con mujeres víctimas de violencia sexual tiene repercusiones en las vidas de los prestadores de servicios de salud y, por tanto, asegura que la institución debe proporcionar al equipo de trabajo el tiempo y el espacio necesario para recibir apoyo y capacitación para la autoayuda.

En los últimos cinco años se han llevado a cabo cursos de sensibilización y capacitación en el modelo de atención a víctimas de violencia sexual con personal de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo, entre otros estados. Se suma a las varias iniciativas de capacitar a quienes prestan servicios de salud, a profesionales que trabajan en los Ministerios Públicos que reciben denuncias de las víctimas y a estudiantes en formación de las carreras de medicina y enfermería, que se iniciaron por parte de universidades y de la sociedad civil durante mediados y finales de los años 90. Estos esfuerzos han reconocido que a lo largo de la historia la violencia sexual no ha sido abordada necesariamente como un riesgo a la salud y, por eso, no existió un enfoque en el sector salud de cómo incorporar la prevención y atención directamente en sus servicios. Las organizaciones de la sociedad civil y especialmente de mujeres-feministas han tomado el liderazgo en conformar cursos y talleres de capacitación basados en su amplia experiencia adquirida durante muchos años.

Conclusiones

La violencia sexual es una de las expresiones más extremas de la violencia de género, ya que sus orígenes se encuentran en las profundas inequidades que viven hombres y mujeres en nuestra sociedad. Representa una grave violación a los derechos humanos fundamentales de las personas, pero sobre todo de las mujeres, las y los jóvenes, las niñas y los niños. Derechos básicos como la libertad, la integridad física, sexual y mental, la privacidad, la intimidad, la libre decisión, la salud e incluso, la vida, se ven comprometidos cuando una persona es víctima de cualquier tipo de abuso sexual. Se vuelve así un problema de salud pública, por sus dimensiones, así como por las necesidades de atención y prevención, primaria o secundaria.

Atender el problema de violencia sexual en nuestro país tiene varios desafíos. En el área de los servicios de salud se requiere contar con personal multidisciplinario capacitado, sensibilizado y en educación continua, para atender a las víctimas de violencia sexual, lo cual representa una gran inversión de recursos económicos y de tiempo. Por otro lado, es necesario que las unidades médicas donde se lleve a cabo la atención, ya sea en el primero, segundo o tercer nivel de atención a la salud, tengan los recursos materiales necesarios y suficientes, como equipamiento médico para curación, detección de embarazo, ITS y del VIH/SIDA, entre otros; así como medicamentos para profilaxis de ITS, antirretrovirales para el VIH/ SIDA y anticonce-

ción de emergencia para prevenir embarazos forzados. Es imprescindible que las mujeres que hayan resultado embarazadas producto de una violación, puedan acceder fácil y gratuitamente a servicios de aborto seguro, lo que significa contar con equipamiento y personal de salud capacitado y dispuesto a atenderlas en esta situación. La implantación de estas medidas de prevención es un área que tiene que ser privilegiada en el trabajo en violencia, ya que tienen un impacto positivo incalculable en la vida de las personas que han sufrido violencia sexual.

En el ámbito jurídico, si bien existe un amplio marco legal que regula y promueve la protección a las víctimas, éste todavía está plagado de desafíos que van desde las formas en como se tipifican o no los delitos, hasta el acceso real a la justicia por parte de las víctimas. Se requiere de un profundo análisis de las leyes que orille a cambios en las mismas, de tal forma que estén redactadas con un lenguaje claro que visibilice la violación a los derechos humanos de las víctimas.

Un gran reto es la impartición de justicia cuando la víctima es menor de edad, ya que muchas veces los abusos son perpetrados por padres, tutores o familiares cercanos, lo cual imposibilita la denuncia, además de los obstáculos legales para realizar la misma por propia cuenta. Se requiere de procesos legales sensibles a las necesidades particulares de las y los menores víctimas de abuso sexual. Así mismo, es necesario promover un proceso de homologación de las leyes en los estados, para que todas las personas de nuestro país puedan gozar, en condiciones de equidad, de las mismas garantías de protección de sus derechos. Por último, en el nivel normativo, es recomendable que dentro de la Norma Oficial Mexicana relativa a los criterios para la atención médica de la violencia familiar (SSA 2000) se incluyan aspectos específicos de violencia sexual.

Por otro lado, la ausencia de registros, informes y estadísticas realizados con perspectiva de género por las diferentes instancias implicadas en la atención a las víctimas de violencia impiden reconocer la magnitud del problema y sus consecuencias, y contribuyen a invisibilizarla y minimizarla. La falta de investigación sistemática, comparable e innovadora que permita dar cuenta de la magnitud, formas y consecuencias a largo plazo limita la posibilidad de desarrollar estrategias efectivas de prevención y atención, al tiempo que limita los recursos que en esta área se invierten. Un ejemplo de esto sería la dificultad de registrar los casos de abuso sexual con el formato actual de lesiones, ya que no se sabe a ciencia cierta el porcentaje que representan las diferentes formas de violencia sexual como causa directa de las mismas. Es necesario, por tanto, mejorar los sistemas de recolección y captura de la información, de manera que se puedan analizar las cifras en primera instancia por sexo y grupos de edad, y por tipo de violencia, consecuencias directas sobre la salud, agresor, etcétera, de manera que los datos puedan arrojar conclusiones susceptibles de ser utilizadas en el mejoramiento de la atención a las personas víctimas de violencia sexual, así como encaminar acciones preventivas.

La prevención y la atención de la violencia sexual es un proceso en construcción en nuestro país. Este proceso para llegar a ser exitoso en el mediano plazo requiere de continuidad en el tiempo. El tema de la violencia en general, y la violencia sexual en particular, no puede ser manejado como un tema de campaña. Las acciones y los programas deben traspasar la barrera de los cambios de administraciones, por que lo realmente importante son las personas, su vida y su salud.

Para ello se requiere de voluntad política, que el tema sea visto por encima de posturas partidistas o visiones morales, y que las acciones estén cobijadas por los derechos humanos. Se requiere de compromiso por parte de gobernantes, legisladores, procuradores de

justicia, funcionarios públicos y sociedad civil, lo cual debe traducirse, por un lado, en la asignación de medios económicos para capacitación de recursos humanos, infraestructura para la atención y la prevención –primaria y secundaria–, censos, investigaciones en el tema, leyes acordes con los derechos humanos fundamentales, entre otros; y por otro, en el cambio de actitud de cada una y uno, de manera que se busque siempre una sociedad donde las relaciones entre hombres y mujeres, adultos, niños, niñas jóvenes y ancianos sean equitativas y promuevan una vida plena para todas y todos.

Recomendaciones

Prevención

Para prevenir la violencia de género y la violencia sexual, en particular, es necesario desarrollar programas de sensibilización y educación encaminados a cambiar las relaciones de género y establecer nuevos paradigmas de relación entre hombres y mujeres, basados en la equidad. Para que estos programas sean exitosos, se requiere que estos temas se incorporen como valores de la sociedad y se vuelva inaceptable la discriminación y uso de poder para resolver conflictos entre las personas.

Para tener éxito en la prevención de la violencia sexual es imprescindible trabajar con los hombres y mujeres jóvenes aspectos relacionados con sus roles de pareja y buscar alternativas para desarrollar modelos diferentes de masculinidades que fomenten que los hombres desarrollen alternativas no violentas de relación.

Por otro lado, está la prevención secundaria, es decir, la prevención de las posibles consecuencias de la violencia sexual, como pueden ser embarazos, infecciones de transmisión sexual y el VIH/ SIDA. La prevención secundaria incluye la profilaxis de las infecciones de transmisión sexual con antibióticos, del VIH/ SIDA con antirretrovirales y la prevención de embarazos, con anticoncepción de emergencia. La ventana de oportunidad de 72 horas para estas intervenciones debe estar claramente identificada por los prestadores y las prestadoras de servicios de salud y conocida por la comunidad y las víctimas, y los insumos necesarios deben estar disponibles.

Atención

Es indispensable fortalecer los servicios de salud, y la procuración e impartición de justicia para que brinden atención de calidad a las personas que han vivido violencia sexual. Esto requiere de protocolos de atención, mecanismos y personal capacitado y sensible para brindar atención oportuna y de calidad, y de difusión de información sobre la disponibilidad de estos servicios y la importancia de acudir a ellos. Estos servicios deben ser de calidad y evitar la revictimización de las mujeres para coadyuvar al desarrollo de una cultura de la denuncia que contribuya a combatir la impunidad de estos crímenes.

Se requiere establecer y monitorear la implantación del **Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres** en todas las unidades del país, de manera que el personal de salud sepa cómo actuar ante los diferentes tipos de agresión sexual y se asegure el acceso oportuno a servicios que cuenten con recursos humanos, infraestructura, medicamentos y equipo médico para atender a las mujeres, implementar las medidas de protección de complicaciones, por ejemplo, anticoncepción de emergencia, prevención de ITS incluyendo al VIH/SIDA y la interrupción legal del embarazo y referir para asesoría psicológica y legal.

Es necesario fomentar las alternativas gubernamentales exitosas existentes y de las organizaciones civiles y privadas para apoyar y fomentar el empoderamiento de las mujeres que viven o han vivido violencia sexual, a través de grupos autogestivos de apoyo y grupos terapéuticos.

Se requiere trabajar con las instancias de procuración e impartición de justicia para superar barreras sustanciales: dilaciones en los procesos, ausencia de coordinación entre las instancias administrativas, penales y civiles, inexistencia de un registro público que permita conocer la magnitud del problema oportunamente, superar la falta de un trato digno y adecuado a la víctima, la ausencia de medidas efectivas para garantizar la "reparación del daño".

Rehabilitación

Es importante desarrollar mecanismos y programas en el sector público y privados que apoyen la recuperación de las mujeres que viven o han vivido violencia. Por ejemplo: alternativas laborales, apoyo en vivienda y ayuda psicológicas, recursos que le permitirán recuperarse y avanzar.

Los grupos de autoayuda, coordinados por psicólogas en un primer momento, han resultado muy útiles para acompañar y estimular el desarrollo de las mujeres y crear redes sociales de apoyo para las mujeres y sus familiares.

Es especialmente importante en el caso de mujeres que resultan embarazadas producto de una violación y que no tuvieron acceso a medidas de prevención, ya sea antes del embarazo, con la anticoncepción de emergencia o después, con la interrupción del embarazo, asegurarles atención especializada para continuarlo si así lo deciden, y asegurarles apoyo para que puedan tomar una decisión libre e informada sobre qué hacer con el producto.

Información e investigación

El análisis de las diferentes fuentes de información con las que se ha contado para este informe demuestra el esfuerzo que se está haciendo por contar con datos nacionales, pero también sus limitaciones. Es importante que los sistemas de información existentes sobre delitos capturen la información desagregándola de manera que sirva para conocer la situación de una manera más precisa. Se deben desagregar las denuncias por edad, sexo y tipo de delito sexual. La información sobre lesiones debe incluir rubros que permitan hacer un análisis más claro de las consecuencias de la violencia sexual y se debe explorar la contribución de la violencia sexual a los embarazos y abortos, a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo la hepatitis B y el VIH/SIDA.

En el ámbito de la investigación es importante que el tema se trate de una manera más sistemática en las encuestas tanto en servicios como en población general para poder tener no sólo información sobre la prevalencia e incidencia del fenómeno, sino para poder caracterizarlo mejor y cuantificar sus consecuencias. Es necesario desarrollar estudios que puedan hacer mediciones comparables a través del tiempo y medir el impacto de estrategias de intervención para su prevención y atención. Es necesario tener más información sobre los determinantes de este tipo de conductas y evaluar las intervenciones para la prevención de estos delitos.

Se deben evaluar, desde los diferentes ámbitos gubernamentales y no gubernamentales, la efectividad e impacto de los programas de prevención y atención a la violencia sexual tanto en lo relacionado con disminuir su incidencia como la efectividad del tratamiento y la prevención de sus consecuencias.

Agradecimientos

Agradecemos los aportes de nuestras colegas de Ipas: las licenciadas Adriana Ortega, Celia Ramos y Cyntia Galicia en la elaboración de este documento; a la licenciada Aurora Muñoz, por su apoyo en el diseño y manejo del texto, así como al doctor Roberto Castro, del CRIM, por su revisión y aportes, y a la licenciada Cintlí de León, de la Secretaría de Salud, por su apoyo en la obtención y manejo de las bases de datos.

Referencias

Alvarado-Saldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A. 1998. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Publica Mex 40 (6):481-6.

Arango-Durán A, Lara-Medina C. 2003. Sistema de Información Delictiva: la estadística de seguridad pública en México. México, DF: Instituto Nacional de Ciencias Penales.

Blima-Schraiber L, PL-d´Oliveira AF, Franca-Junior I, Pinho AA. 2002. Violence against women: A study in a primary healthcare unit. Rev Saude Publica 36(4):470–7.

Bourdieu P. 1998. La dominación masculina. Barcelona: Editorial Anagrama: 22.

Bronfman M, Leyva R, Negroni M, Caballero M, Infante C et al. 2003. Migración, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad. Gen Salud Cifras 1(3):8-12.

Castro R, Ruiz A. 2004. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas México. Rev Saude Publica 38(1):62-70.

Claramunt MC. 2003. Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centro América: Informe sub-regional Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. San José, Costa Rica: OPS.

Corsi J. 1994. Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Argentina: Editorial Paidós.

De Bruyn M. 2003 La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Segunda Edición. Chapel Hill (NC): Ipas.

Drezett J. 2002. Violência sexual e aspectos éticos da asistencia. En: Ética em ginecologia e obstetricia. Cuadernos CREMESP. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo: 71-8.

Franco-Agudelo S. 1997. Violence and health in Colombia. Rev Panam Salud Publica 2(3):170-80.

Gasman N, Moreno C, Billings D, Bross C. 2003 . Construyendo un modelo de atención integral a mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual, que incluye la interrupción legal del embarazo (ILE). La experiencia de Ipas México. Ipas Dial 7(2).

Granados-Shiroma M, Ortiz-Mariscal JD, Campos-González L, comp. 2001. Declaración Monterrey 2000 sobre violencia familiar y sexual hacia la mujer. Monterrey, Nuevo León: Ipas México.

Güezmes A, Palomino N, Ramos M. 2004. Violencia sexual y física contra las mujeres en Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la salud de las mujeres y la violencia de pareja. Disponible en: www.diassere.org.pe/viol_oms.ppt. [2004 agosto 4].

Heise L. 2001. La coerción sexual y la salud reproductiva de las mujeres. Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. México, DF: COLMEX.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática / Grupo Interdisciplinario de Mujer, Trabajo y Pobreza / Fundación McArthur / Comisión Nacional de la Mujer. 1999. Observatorio sobre la Condición de la Mujer en México. Disponible en: www.inegi.gob.mx. [2004 junio 29].

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 1999. Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar. Documento metodológico y resultados. Aguascalientes, México: INEGI.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática / Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) / Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). 2003. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 –ENDIREH-. Tabulados básicos. Aguascalientes, México: INEGI.

Instituto Nacional de Salud Pública / Secretaría de Salud. 2003. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 –ENVIM-. Cuernavaca, México: INSP.

Ministerio de Salud de Brasil. 1999. Prevención y tratamiento de los agravios resultantes de la violencia sexual contra las mujeres y adolescentes. Brasilia, Brasil: Ministerio de Salud.

Organización Mundial de la Salud. 2003. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra: OMS.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. 2003. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, DC: OPS/OMS.

Ramírez J, Patiño M. 1996. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. Saude Publica 12(3): 405–9.

Ramos L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutiérrez MA, Martínez-Vélez NA. 2001. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. Salud Publica Mex 43(3):182-91.

Rich A. 1996. Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Cátedra, Instituto de la Mujer. Madrid; citado en Íbamos a ser reinas. Mentiras y complicidades que sustentan la violencia contra las mujeres. España: Ediciones B.

Saucedo I. 2002. De la amplitud discursiva a la concreción de las acciones: los aportes del feminismo a la conceptualización de la violencia. Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas. México, DF: COLMEX.

Secretaría de Educación Pública / Instituto Mexicano de la Juventud. 2000. Encuesta Nacional de Juventud 2000. México, DF: IMJ.

Secretaría de Salud / Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. 1995. Convenio para Clínica para la atención integral de las víctimas de abuso sexual, México, DF: SSA/PGJDF.

Secretaría de Salud. 2000. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 8 de marzo de 2000.

Secretaría de Salud. 2003. Base de registro de atención de lesiones en unidades médicas.

Secretaría de Salud. 2004ª. Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Documento de estrategia.

Secretaría de Salud. 2004b. Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Manual Operativo.

Secretaría de Salud / Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. 2003. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. México, DF: SSA / CRIM.

Uribe-Elías R, Billings DL, ed. 2003. Violencia sobre la salud de las mujeres. ¿Por qué hoy? México, DF: FEMEGO / Ipas México.

Valdez-Santiago R, Sanín-Aguirre LH. 1996. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Publica Mex 38 (5):352 –62.

Velzeboer M. 2003. Violence against women: The health sector responds. Washington, DC: PAHO.

Bibliografía recomendada

Güezmes A. 2001. Violencia contra la mujer desde el enfoque de salud pública. Ponencia en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2000. XII Censo de Población y Vivienda 2000. Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de datos y tabulados de la muestra censal. México, DF: INEGI.

Ortega A, Tilemy S. 2004. Marco jurídico de la violencia en México. México, DF: Ipas.

Organización Panamericana de la Salud. 2003. Violencia familiar: una caja de Pandora que se está abriendo. Comunicado de Prensa. Washington, DC: OPS. Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps031125a.html. [2004 junio 2].

Recuadro 1. Conjuntando esfuerzos hacia el Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres, de la Secretaría de Salud

Con base en diversas experiencias y reconociendo la importancia y posibilidad de intervenir tanto en la prevención de la violencia sexual como en la atención y rehabilitación de las víctimas de la violencia contra las mujeres, en general, y sexual, en particular, la Secretaría de Salud de México desarrolló el **Modelo Integrado de Atención a la Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres,** que plantea como objetivos proporcionar una atención de calidad a las víctimas de violencia, prevenir un mayor daño, facilitar su empoderamiento y promover una cultura de la no violencia (SSA 2004b).

Este modelo fue construido durante sesiones de trabajo de la Secretaría de Salud con organizaciones de la sociedad civil, entre 2003 y 2004. Fue diseñado a partir del intercambio de experiencias con países que tienen servicios efectivos de atención como Brasil, Venezuela, Canadá, Estados Unidos de América, España, y la experiencia del modelo de intervención centroamericano desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud. Incorpora las experiencias y lecciones aprendidas de organizaciones civiles que han trabajado con Secretarías de Salud en diversos estados de la república. Se incluyeron también las experiencias y mejores prácticas de los estados apoyados por el Programa de Prevención y Atención a la Violencia Sexual, Familiar y contra las Mujeres en Coahuila, Distrito Federal, Michoacán, Nuevo León, Tabasco, Chiapas, Hidalgo, Baja California Sur, Morelos, Tlaxcala, Zacatecas, Chihuahua y Oaxaca (SSA 2004b).

Como preparación para la implantación del modelo, actualmente se está ofreciendo apoyo técnico a los estados para impulsar acciones en los servicios de salud relacionadas con la atención de mujeres víctimas de violencia familiar y sexual.

El modelo reconoce que para dar una respuesta integrada a las necesidades de prevención y atención a las víctimas de violencia se necesita una *intervención coordinada* entre los diferentes sectores de la sociedad. Se identifica al *sector salud como un espacio de oportunidad único* para la detección y atención de la violencia debido a que las mujeres, y en general las familias, acudirán cuando menos una vez en su vida a centros de salud, clínicas u hospitales, lo que da por lo menos una oportunidad para intervenir.

El modelo propone tres áreas de intervención: la prevención, la atención y la rehabilitación. El sector salud participará en cada área con distintos niveles de profundidad, siendo el área de atención su ámbito de acción principal. Contiene lineamientos estratégicos, instrumentos de planificación estratégica de programas y servicios de atención a la violencia, y un modelo operativo diseñado para quienes prestan servicios de salud tengan lineamientos claros para la atención, referencia, contrarreferencia y seguimiento de las mujeres en situación de violencia.

Tiene como objetivo prestar atención efectiva y de calidad, identificando las necesidades específicas de las mujeres y orientando sus acciones en el cumplimiento de sus derechos humanos. Concibe la detección como parte del proceso de atención médica y operativiza la rehabilitación a través de la referencia, contrarreferencia y seguimiento de las mujeres a instancias especializadas, dentro y fuera del sector salud (figura 4).

Figura 4 Componentes del modelo operativo de atención a la violencia sexual. Secretaría de Salud, México



En este modelo, la prevención de la violencia sexual se desarrolla a partir de la inclusión de temas relacionados con el género, la promoción de una cultura de la no violencia y la resolución pacífica de los conflictos en los programas de promoción de la salud, así como a través de la participación activa de personal de salud representativo en las instancias de coordinación intersectorial e institucional, en los ámbitos federal, estatal y local.

La atención se inicia con la detección y debe incluir la evaluación del riesgo y el desarrollo de un plan de seguridad con las víctimas, la orientación psicológica y legal, atención médica especializada que incluye la atención a las lesiones, la quimioprofilaxis para ITS y el VIH/SIDA, la vacuna contra la hepatitis B, la anticoncepción de emergencia y la interrupción legal del embarazo. Enfatiza la importancia del registro de la información tanto en el expediente clínico como en los registros administrativos correspondientes.

La rehabilitación se desarrolla a través de una referencia, que incluye seguimiento de las mujeres, a servicios que le permitan contar con los elementos necesarios para romper el ciclo de la violencia y mejorar su calidad de vida, éste es un componente de prevención terciaria. También incluye medidas de protección para la víctima y su familiar, con el fin de evitar un daño mayor, y la referencia a refugios en casos de peligro extremo.

El modelo operativo propone tres niveles *de atención:*

a) La atención esencial, que se brindará en los servicios de primer contacto, como centros de salud, urgencias o consulta externa, y que consiste en proporcionar a las mujeres los servicios de detección, primeros auxilios psicológi-

cos, evaluación del riesgo, plan de seguridad, orientación legal, atención médica a lesiones leves y contención de urgencias, atención básica a los casos de violencia sexual y referencia.

b) La atención especializada, que se brindará en servicios especializados ubicados en hospitales generales y de especialidades o en unidades específicas fuera de unidades hospitalarias. Además de los servicios descritos en la atención esencial, la atención especializada incluye: tratamiento médico para lesiones leves y graves, especialidades médicas, tratamiento para la violencia sexual, tratamiento psicológico y psiquiátrico especializado y la referencia a la red de servicios locales.

c) Los refugios, que son servicios proporcionados por organizaciones de la sociedad civil y constituyen una alternativa fundamental para las mujeres y sus hijos, cuyas vidas se encuentran en peligro.

El modelo integra en cada uno de sus componentes un enfoque de derechos humanos y salud pública, con una perspectiva de género.

Recuadro 2. Asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez

Sofía Arjonilla Alday

Datos

Once años de aparición continua de cadáveres de mujeres. De acuerdo con Amnistía Internacional (AI):

- Desaparecidas: entre 500 y 4 000.
- Asesinadas: más de 370.
- Casos con violencia sexual extrema: 137.

Contexto

- Estado de Chihuahua, México, frontera norte con Estados Unidos de América (EUA).
- Industria maquiladora: exención impuestos más subsidios estatales.
- Trabajo fundamentalmente femenino (7 mujeres por cada 3 hombres).
- Flujos migratorios fuertes, pobreza más hacinamiento.
- Mano de obra barata, diestra y dócil.
- Violencia generalizada más tráfico de drogas y armas.
- Fragmentación social que traduce resquebrajamiento social y del Estado de derecho.
- Inseguridad rampante que implica incremento de la vulnerabilidad social.
- Niños de la calle más partidillas callejeras (ligadas a grandes mafias).
- Homicidios anuales: 300.
- Ingreso por narcotráfico (60% de la cocaína exportada la consume EUA): 30 000 000 000 de dólares.

Características de las mujeres asesinadas

- Jóvenes de entre 12 a 25 años de edad (últimamente, algunas de 30).
- Morenas y pobres.
- Trabajadoras o estudiantes.
- En los 137 casos documentados por AI: cadáveres visibles con señales de violencia extrema, cortes, incineraciones, mutilaciones de atributos sexuales, violaciones múltiples.

El por qué. Hipótesis manejadas

- Asesino en serie.
- Red de crimen organizado en relación con venta de videos de drogas, sexo y tortura.
- Tráfico de órganos.

La constante

Poca y deficiente investigación más impunidad, más continuación de crímenes, (pocos arrestos que parecen ser chivos expiatorios), más tratamiento superficial del tema por las autoridades estatales y federales.

Del por qué al para qué

Sergio Zermeño (Zermeño 2004) afirma que detrás de estos asesinatos que son feminicidio (asesinato misógino de mujeres por hombres, que intimida e impone el terror) hay un asunto de enfermedad social producto de la descomposición que es la "otra cara" del "éxito maquilador".

El por qué muestra la descomposición y la desestructuración sociales, y la minimización o el desprecio del Estado de derecho dentro de esta zona fronteriza.

El para qué nos lleva a un análisis más profundo del fenómeno, porque no sólo se trata de violencia de género y de violencia sexista, sino que este feminicidio implica, además, un auténtico terrorismo total, debido a la función comunicativa que está cumpliendo.

Tanto Griselda Gutiérrez Castañeda (Gutiérrez-Castañeda 2004) como Rita Laura Segato afirman que la violencia cumple una función

comunicativa. Las obvias señales de tortura no son coincidencia, y el dejar "esos" cadáveres visibles, no es fortuito. Existe una relación entre las muertes, los ilícitos resultantes del neoliberalismo feroz que se globalizó en la frontera después del NAFTA y la acumulación desregulada que se concentró en algunas familias en Ciudad Juárez, Chihuahua. Hay un acuerdo tácito en dos puntos: la responsabilidad es de los narcotraficantes y hay un móvil sexual en los crímenes, pero el que las mujeres tengan un tipo físico definido, la forma de llevar a cabo las acciones, y la continuidad ininterrumpida con impunidad a lo largo de 11 años lleva a estas autoras a descifrar el lenguaje de los cuerpos violados y mutilados: la dominación física y moral del otro y la ostentación de su poder, mostrada en la impunidad a lo largo del tiempo. Esta violencia expresiva muestra que se tiene sometido y subyugado al otro. Para ejercer su soberanía absoluta sobre la comunidad de los vivos, algunos de ellos tienen que morir para que el poder soberano grabe su marca, la cual tiene, además, un sello punitivo y moralizador. La víctima es el desecho del proceso que tiene como objetivo la ejemplaridad.

El feminicidio en Ciudad Juárez, Chihuahua, muestra de forma evidente el control total de una red de asociados extensa y leal, que tiene acceso a lugares de detención y tortura, vehículos de transporte de las víctimas, acceso a influencia o poder de intimidación o chantaje sobre los representantes del orden público en todos sus niveles,* incluso federal, miembros del gobierno y administración pública en todos sus ámbitos, por lo que es una franca ostentación de dominio totalitario sobre la localidad y sus habitantes. Los asesinatos sirven como sistema de comunicación, son mensajes emitidos por un dominador absoluto sobre la localidad, son actos comunicativos que mediante la repetición y el rito reafirman el poder machista de alguna hermandad mafiosa que ostenta su poder ante los pares y la impone a la sociedad en su conjunto. El cuerpo femenino también significa territorio sobre el cual muestra su poder, y mediante la violación –que es como un derecho de pernada– muestra su misoginia. Rita Laura Segato afirma: "La misteriosa muerte de las mujeres de Ciudad Juárez puede ser la pista definitiva de que la descentralización, en un contexto de desestatización y de neoliberalismo, no puede sino instalar un totalitarismo de provincia, en una conjunción regresiva entre posmodernidad y feudalismo, donde el cuerpo femenino vuelve a ser anexado al dominio territorial."

A la fecha, fines del año 2005, el feminicidio en Ciudad Juárez ha trascendido el ámbito nacional. Existe gran cantidad de organizaciones nacionales e internacionales que denuncian, indagan y exigen justicia, entre ellas en primer plano las de los familiares de las víctimas: "Nuestras hijas de regreso a casa".

Publicaciones: innumerables, nacionales y extranjeras

- **Libros:**
- Franández M, Rampal JC. La ciudad de las muertas.
- Álvarez de Lara RM. La Memoria de las olvidadas: las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez.
- Gutiérrez-Castañeda G, coord. Violencia sexista. Algunas claves para la comprensión del feminicidio en Ciudad Juárez
- Washington D. Harvest of women.
- González-Rodríguez S. Huesos en el desierto.

* El 2 de octubre de 2005 La Jornada publicó un artículo titulado Prueban franceses la complicidad de autoridades en los feminicidios, información que se emitió en la televisión de varios países mediante un documental producido por VM Group y Canal Plus, de Francia.

• **CIMACNOTICIAS.** Periodismo con perspectiva de género elaboró una cobertura especial sobre las asesinadas de Ciudad Juárez, en la que clasifican las publicaciones sobre el tema desde el 17 de marzo de 1999 hasta el 21 de octubre de 2005, accesible en su página Web: http://www.cimacnoticias.com/especiales/ciudadjuarez/

Gutiérrez-Castañeda G. 2004. Poder, violencia, empoderamiento. En: Gutiérrez-Castañeda G. (Coordinadora). Violencia sexista. Algunas claves para la comprensión del feminicidio en Ciudad Juárez. México, DF: UNAM-PUEG.

Segato RL. Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado: la escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez.
Disponible en: http://www.rebelion.org/noticia.php?id=15859

Zermeño S. 2004. Un guión para adentrarse a la interpretación del "fenómeno Juárez". En: Gutiérrez-Castañeda G. (Coordinadora). Violencia sexista. Algunas claves para la comprensión del feminicidio en Ciudad Juárez. México, DF: UNAM-PUEG.



Capítulo VII

Epidemiología de la Conducta Suicida

Capítulo VII

Epidemiología de la conducta suicida en México

Guilherme Borges
María Elena Medina Mora
Joaquín Zambrano
Gabriela Garrido

Parte de este trabajo se realizó con los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (María Elena Medina Mora, investigadora principal, Guilherme Borges y Dra. Carmen Lara, coinvestigadores), financiada por el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología –CONACyT– (CONACyT-G30544-H), con fondos suplementarios de la Organización Panamericana de la Salud, para el análisis. Asimismo, se vio enriquecido por la discusión llevada a cabo en el "Seminario Filosofía, Historia y Psicología", auspiciado por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico– Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (DGAPA-PAPIIT IN 400502).

Introducción

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificó a la violencia autoinfligida como uno de los padecimientos sustanciales que deben de enfrentar las sociedades modernas (Krug 2002). Dicho informe muestra en forma sucinta cómo las tasas de suicidio consumado en México son de las más bajas en el mundo (la tercera más baja en las Américas). Sin embargo, la misma OMS había mostrado en su informe previo, de 2001 (OMS 2001), que México mostraba un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años. En una comparación internacional, México fue el sexto país con tasas de crecimiento más altas para el suicidio para el período 1980-1999, con un crecimiento de 90.3% en los hombres y de 25.0% en las mujeres (Levi *et al* 2003).

Este capítulo busca ahondar sobre la conducta autoinfligida en nuestro país. Siguiendo la diferencia que hace el Informe Mundial, hemos dividido el capítulo en dos grandes apartados: el suicidio consumado y el intento de suicidio. El suicidio, desde la perspectiva epidemiológica, es la muerte resultante de un acto autoinfligido con la intención deliberada de matarse. Los intentos de suicidio se entienden como una conducta que llevó a un resultado no fatal, para la cual hay evidencias (explícitas o implícitas) de que la persona intentó quitarse la vida.

Hacemos uso de las estadísticas vitales de México para presentar el panorama epidemio-lógico actual del suicidio consumado y

nos valemos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (Medina-Mora *et al* 2003) para presentar la epidemiología de los intentos de suicidio en el país. El suicido en México se ha incrementado paulatinamente en los últimos 30 años (incremento de 250% para los hombres y 225% para las mujeres), afectando más a los hombres que a las mujeres (casi cinco suicidios masculinos por un femenino), con una ligera tendencia a una disminución en la edad media del suicidio masculino. En los grupos de jóvenes el suicidio es ya una de las 10 principales causas de muerte. En el año 2002 el suicidio fue la novena causa de muerte para el grupo de entre 5 a 14 años de edad, la tercera causa para el grupo de entre 15 a 29 y la décima causa para el de 30 a 44 años de edad. En el año 2000 las tasas más elevadas de suicidio en el país fueron las de Campeche para los hombres (15.1 por 100 000 habitantes) y Tabasco para las mujeres (3.1 por 100 000 habitantes). Las tasas más bajas en el país se observaron en el Estado de México para los hombres (2.5 por 100 000 habitantes) y Tlaxcala reportó una tasa de cero suicidios para las mujeres.

Como no existe en el país una instancia oficial que registre en forma amplia a los intentos de suicidio, en este trabajo reportamos estimaciones nacionales de intentos de suicidio haciendo uso de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), llevada a cabo de septiembre de 2001 a mayo de 2002. Es una encuesta nacional representativa de la población no institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de entre 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas del país. De acuerdo con esta encuesta, el intento de suicidio alguna vez en la vida fue reportado por 2.8% de la población nacional, y es más frecuente en las mujeres (3.5%) que en los hombres (2.0%). No se encontraron diferencias por sexo en los intentos recientes (últimos 12 meses), los cuales fueron reportados por 0.6% de la población nacional. La distribución geográfica de los intentos de suicidio (cuyas prevalencias más elevadas se encontraron en la región centro-oeste) no se superpone con la distribución de los suicidios consumados. Alrededor de 75% de los casos de intentos de suicidio de la ENEP reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. El diagnóstico de un trastorno mental incrementó alrededor de 10 veces más el riesgo de reportar un intento de suicidio alguna vez en la vida e incrementó en casi 17 veces el riesgo de reportar un intento de suicidio en los últimos 12 meses. El sexo femenino, el grupo de edad más joven (18 a 29 años), las personas separadas, divorciadas o viudas, los jubilados y las personas que informaron de "otras" ocupaciones, mostraron probabilidades más elevadas de reportar intento de suicidio "alguna vez en la vida". Además del trastorno mental, los factores de riesgo para presentar un intento de suicidio "en los últimos 12 meses", fueron la región del país (la región oeste central), los jubilados y las personas que reportaron "otras" ocupaciones. Encontramos, por último, que los entrevistados que informaron de un intento de suicidio "en los últimos 12 meses" frecuentemente hacen contacto con los servicios de salud. El 36% de los casos de intento de suicidio en los últimos 12 meses consultó con algún servicio de salud, mientras que sólo 4.0% de los entrevistados sin intento de suicidio notificaron hacer uso de un servicio de salud en el mismo período. Encontramos también evidencia limitada de que el proceso migratorio hacia los Estados Unidos de América (EUA) puede verse asociado con un incremento en la conducta suicida de los mexicanos que se asientan en el vecino país del norte.

Definiciones previas

Estamos interesados en diferenciar por lo menos dos fenómenos. En primer lugar, lo que llamamos el suicidio consumado (al que nos referimos aquí sencillamente como suicidio) y el otro que es un conjunto más amplio constituido por la ideación suicida, los planes suicidas y el intento suicida (O'Carroll *et al* 1996). El suicidio, desde la perspectiva epidemiológica, es la muerte resultante de un acto autoinfligido con la intención deliberada de matarse. Es decir, es necesario que haya sido producido por la propia persona y que ésta haya actuado con intención y pleno conocimiento de las consecuencias de su acto (Am Psychiatry 2003).

Del siguiente conjunto de fenómenos que nos interesan, el formado por ideas, planes e intento, nos ocuparemos aquí únicamente de los intentos de suicidio. Estos se entienden como una conducta que llevó a un resultado no fatal, para la cual hay evidencias (explícitas o implícitas) de que la persona intentó quitarse la vida (Am Psychiatry 2003). Los motivos principales para estudiar los intentos de suicidio, además del suicidio consumado, radican en que éstas no sólo son conductas que producen un gran malestar y sufrimiento psíquico, sino que también son un antecedente fundamental de un posterior suicidio consumado. Con mucha frecuencia, un acto que llevó a una muerte por suicidio se ve precedido por una serie de intentos previos, fallidos. Si logramos comprender y evitar los intentos de suicidio, estaremos también evitando posteriores suicidios consumados.

Suicidio consumado

Podemos comenzar analizando la situación del suicidio consumado en un contexto internacional. Al hacerlo, vemos que México es uno de los países con las tasas más bajas de suicidio. Entre 99 países que reportaron a la Organización Mundial de la Salud tasas de mortalidad por suicidio en los últimos años de la década de los 90 e inicios de 2000, la tasa de varones mexicanos fue la 24ª más baja y la tasa de las mujeres mexicanas fue la 19ª más baja (WHO 2003). Hemos resumido estos datos en el cuadro I. La tasa de suicidio en varones mexicanos en 1995 fue de 5.4 por 100 000 habitantes (es decir, que de cada 100 000 habitantes varones en México, un poco más de cinco fallecieron por suicidio en 1995), mientras que la de Lituania (la más alta) fue de 75.6 (es decir, de cada 100 000 habitantes varones de Lituania, alrededor de 75 fallecieron por suicidio en el año 2000), la de la Federación Rusa fue de 62.6 y la de los EUA fue de 18.6. En el mismo sentido, la tasa de mortalidad de las mujeres fue de 1.0 en México, una de las más bajas y ligeramente inferior a la tasa de Albania (1.2 por 100 000 habitantes) mientras que la de Sri Lanka fue de 16.8, la de Lituania de 16.1, y la de los EUA de 4.4.

Así, esta comparación nos muestra ya dos puntos muy importantes: el hecho de que México como país tiene una baja mortalidad por suicidio (en este contexto internacional) y que las tasas de mortalidad por suicidio en varones son más elevadas que las tasas de mortalidad en las mujeres. La comparación internacional de las tasas de suicidio debe de ser tomada con reserva, ya que los países difieren en muchos aspectos relacionados con la calidad de la información de los certificados de defunción. El consenso internacional es que las tasas de suicidio son, en la mayoría de los países, subesti-

maciones de la realidad. Además, el suicidio es todavía una causa de muerte sujeta a la desaprobación social (estigma) y en muchos países los familiares de la víctima tratarán de presionar al médico o encargado del registro civil para que asiente en el certificado de defunción otra causa de muerte, como los accidentes. Intereses económicos de los familiares pueden ser también un poderoso motivo para presionar por un certificado de defunción que excluya el suicidio como causa de muerte. Es difícil, si no imposible, señalar un factor único que permita distinguir a los países en cuanto a su posición relativa en la mortalidad por suicidio. Factores tales como la religión de los pueblos, su afluencia económica, crisis sociales y desempleo, acceso a las armas de fuego, uso de sustancias adictivas (incluyendo alcohol) o prevalencia de trastornos mentales, entre otros, han sido mencionados como factores que diferencian a los países con altas y bajas tasas de suicidio. La uniformidad de los sistemas de registro en el área de la salud y la definición más homogénea de las causas de muerte entre los países son factores que en un futuro cercano permitirán estudios más objetivos en esta área.

No obstante sus bajas tasas de mortalidad por suicidio en el contexto internacional, hay una consideración adicional muy importante en el caso de México. Las tasas de mortalidad por suicidio en México se han venido incrementando consistentemente en los últimos 30 años (cuadro II). Podemos ver la tendencia anterior en la figura 1, que desglosa la tasa de suicidio, por 100 000 habitantes, por sexo. En 1970, la tasa de mortalidad por suicidio en varones de México fue de 1.8 y en el año 2002 fue de 6.3 (un crecimiento de 250%). En las mujeres, la tasa de mortalidad por suicidio en México fue de 0.4 en 1970 y en el año 2002 fue de 1.3 (un crecimiento de 225%). Esta situación de crecimiento sostenido de la mortalidad por suicidio es una de las características principales de la epidemiología del suicidio en México. De hecho, la misma Organización Mundial de la Salud ha señalado que México es uno de los países en donde la mortalidad por suicidio ha presentado el nivel de crecimiento más elevado en el contexto internacional, junto con la India y, mucho más atrás, Brasil (OMS 2001). Varios países desarrollados, como los EUA o Japón, han mostrado tendencias decrecientes en la mortalidad por suicidio. En forma general, también se puede apreciar en la figura 1 que el crecimiento es más importante y sostenido entre los varones mexicanos que entre las mujeres mexicanas. En un estudio reciente sobre las tendencias de la mortalidad por suicidio, Levi y colaboradores (Levi *et al* 2003) han mostrado que existe una tendencia de disminución de las tasas de mortalidad por suicidio en varios países desarrollados, especialmente países de la Unión Europea y en Japón. En contraste, países como Cuba, México, Irlanda, Australia, Rusia y Nueva Zelanda han mostrado incrementos sustanciales, especialmente en la población masculina.

La tasa de mortalidad por suicidio en México para el año 2000, de 3.5 por 100 000 habitantes presentó un comportamiento diferencial por grupos de edad y sexo (figura 2). En los hombres, la tasa de suicidio presenta los niveles más elevados entre los 20 a 29 años de edad. Después tiende a disminuir ligeramente y vuelve a subir en los grupos de mayor edad (60 años y más). En las mujeres, las tasas más elevadas se dan entre los 15 a 19 años de edad, seguido por el grupo de 20 a 24 años. Después de este grupo de edad, la tasa de las mujeres disminuye ligeramente y permanece estable en todos los otros grupos. Esta distribución actual de las muertes por suicidio en el país parece ser muy diferente de lo observado anteriormente: en 1990 (Borges *et al* 1994) y en 1994 (Borges *et al* 1996) el suicidio en México presentaba un incremento constante con la edad, observándose las mayores tasas en los grupos de mayor edad.

Esta situación parece haber cambiado recientemente, pues las tasas más elevadas se observan en los grupos de jóvenes y jóvenes adultos.

De acuerdo con la figura 3, la edad promedio de los casos de suicidio en México ha disminuido ligeramente entre los hombres, al pasar de una edad media de 37.9 años en 1955 a 36.5 años en 2001. Para las mujeres, según la misma figura, la tendencia es más estable, y de hecho la edad media pasó de 29.0 años en 1955 a 30.9 años en 2001. Un análisis más detallado de esta información sugiere una situación compleja. En los varones, la proporción de suicidios entre las edades de 5 a 29 años presentó una tendencia descendente durante el período, mientras que en los grupos de 30 a 49 años presentó una tendencia ascendente. Es decir, la ligera disminución de la edad media entre los suicidios masculinos parece ser función de un incremento proporcional de estos casos en las edades medias y no en las muy jóvenes. En el caso de los suicidios femeninos, no parece haber una tendencia clara (ascendente o descendente) entre los grupos de edad durante el período, a excepción de un incremento en la proporción de suicidios entre las jóvenes de entre 10 a 14 años y un decremento en las jóvenes de 15 a 24 años.

Las estadísticas de mortalidad de la Secretaría de Salud (SSA 2004) reflejan la importancia del suicidio como causa de muerte proporcional. Al analizar las principales causas de mortalidad por sexo en el año 2002, el suicidio no se encuentra entre las 20 primeras causas de muerte para las mujeres, pero es la 18ª causa en los hombres. En los diferentes grupos de edad, en el año 2002, el suicidio fue la novena causa de muerte para el grupo de 5 a 14 años, la tercera causa para el grupo de 15 a 29 años y la décima causa para el grupo de 30 a 44 años.

Veamos ahora la situación de la mortalidad por suicidio en las entidades de la federación en el año 2000 (figura 4). En primer lugar, en este año la tasa de mortalidad por suicidio, por 100 000 habitantes, en hombres fue de 6.1 y en mujeres fue de 1.1, para toda la república. Las tasas más elevadas de suicidio en el país fueron las de Campeche para los hombres (15.1 por 100 000 habitantes) y Tabasco para las mujeres (3.1 por 100 000 habitantes). Las tasas más bajas en el país se observaron en el Estado de México para los hombres (2.5 por 100 000 habitantes) y Tlaxcala reportó una tasa de cero suicidios para las mujeres.

Intentos de suicidio

Pasemos ahora a revisar la situación del intento de suicidio. El estudio de este fenómeno, desde el punto de vista epidemiológico es diferente al suicidio consumado, el que se basó en estadísticas recolectadas rutinariamente por las instancias oficiales a través del certificado de defunción. En el caso del intento de suicidio no hay organismo que disponga de información veraz sobre este problema, ya que no es obligatorio reportarlo. Por ejemplo, si un adolescente toma 10 aspirinas con la intención de suicidarse y lo descubren sus padres, difícilmente lo reportarán. Incluso los intentos de suicidio lo suficientemente graves como para que requieran atención médica de urgencia muchas veces no se reportan a las instancias oficiales y muchas veces ni siquiera se asientan en los expedientes clínicos en el sentido de que la lesión haya sido producto de un intento de suicidio (Narváez *et al* 1991). Solamente en ciudades seleccionadas de algunos países europeos se ha diseñado un sistema de reporte de casos de intentos de suicidio para estudiar este fenómeno (Schmidtke

et al 1996). Incluso en estas circunstancias, estos sistemas se encuentran limitados a un proyecto de investigación. Así que, en general, necesitamos recurrir a estudios epidemiológicos *ex profeso* para su estudio.

Dichos estudios de prevalencia se pueden realizar con diferentes tipos de poblaciones, y diferentes escenarios. En México se han llevado a cabo varios estudios sobre la prevalencia de intentos de suicidio, la mayoría de ellos en población adolescente que asiste al sistema escolar (educación media y media-superior). Revisiones recientes de estos estudios (Mondragón y Borges 2001; Borges y Mondragón 2003; Jiménez y González 2003) han mostrado que una de las limitaciones principales de estos estudios, tal como han sido llevados a cabo en México, son la limitada población que han abarcado (estudiantes en su gran mayoría) y su limitada posibilidad de generalización poblacional (estudios llevados a cabo en el Distrito Federal, principalmente). Aun con estas limitaciones en mente, estos estudios previos han permitido tener estimaciones de los intentos de suicidio en el país. De acuerdo con éstos, en la población adulta la prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida varió desde 1.9% en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Morelos, hasta 3.9% en una encuesta de la población general del Distrito Federal (Mondragón y Borges 2001). Asimismo, en los adolescentes las estimaciones de intento de suicidio alguna vez en la vida van desde 1.4% en una muestra nacional de estudiantes, hasta 10.1% entre estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hidalgo (Mondragón y Borges 2001).

Sin embargo, por primera vez en México estamos en la posibilidad de aportar estimaciones nacionales de intentos de suicidio haciendo uso de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP; Medina-Mora *et al* 2003). La ENEP utilizó un diseño probabilístico, multietápico y estratificado, representativo de la población no institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de entre 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas del país (definidas como localidades con una población de más de 2 500 habitantes). La población urbana nacional, así definida, comprende aproximadamente 75% de la población nacional. El trabajo de campo se llevó a cabo en dos fases, desde septiembre de 2001 hasta mayo de 2002. Las personas elegibles se definieron como los miembros del hogar que hablan español, que normalmente comen, duermen, preparan los alimentos y se alojan en dicho hogar, y que tenían entre 18 y 65 años de edad al momento de la entrevista. Se lograron 5 826 entrevistas completas. El cálculo de la tasa de respuesta, tanto de los hogares como del individuo, tomó en consideración el diseño complejo de la encuesta y este proceso de revisita. Los hogares y los individuos que participaron en la segunda fase recibieron un peso proporcional al inverso de la probabilidad de ser seleccionados para la segunda fase. La tasa ponderada de respuesta individual fue de 76.6%. El motivo principal para la no participación del individuo fue "ausente al momento de la entrevista" (7.8% de los individuos listados). El rechazo directo fue infrecuente (6.2% de los individuos listados).

Para fines del diseño muestral se dividió el país en seis regiones. El México urbano se estratificó de la siguiente manera:

1) Áreas metropolitanas autoseleccionadas. Incluye las tres regiones metropolitanas más grandes del país: Ciudad de México (AMCM), Guadalajara (AMG) y Monterrey (AMM).

2) Noroeste. Incluye los estados de: Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora.

3) Norte. Incluye los estados de: Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León (excluyendo AMM), San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas.

4) Centro-oeste. Incluye los estados de: Aguascalientes, Jalisco (excluyendo AMG), Colima, Guanajuato y Michoacán.

5) Centro-este. Incluye los estados de: Guerrero, Morelos, Estado de México (excluyendo AMCM), Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla.
6) Sureste. Incluye los estados de: Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

Evaluación diagnóstica

El instrumento diagnóstico fue la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (WHO World Mental Health Survey Initiative version of the CIDI-WMH-CIDI) (Kessler y Ustun 2004). La WMH-CIDI es una entrevista estructurada instalada en una computadora portátil y aplicada en entrevista cara a cara por entrevistadores legos. Proporciona diagnósticos de por vida, en los últimos 12 meses y los últimos 30 días, según criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) para 17 diagnósticos principales y seis diagnósticos secundarios. La traducción de este instrumento al español fue realizada por un panel de expertos siguiendo las normas de la Organización Mundial de la Salud.

Con el fin de maximizar la información obtenida y de minimizar el tiempo de la entrevista, algunos contestaron la versión larga del instrumento y otros la versión resumida con base en sus respuestas a las preguntas de tamizaje (preguntas que indican la probabilidad de que el diagnóstico esté presente), y una selección aleatoria con probabilidad proporcional al número de sujetos que habitaban la vivienda. El tiempo máximo de entrevista fue de nueve horas en cuatro sesiones y el mínimo de 20 minutos. Los datos que presentamos aquí se basan en los sujetos que contestaron a la versión larga de la entrevista, una muestra final de 2 362 sujetos. Esta muestra se ponderó de tal manera que las prevalencias que aquí se reportan son representativas del México urbano en su composición por grupos de edad y sexo, de acuerdo con el censo del año 2000.

Todos los sujetos que participaron en la encuesta y que contestaron positivamente a la pregunta ¿"Alguna vez ha intentado suicidarse"? se consideraron casos de intento de suicidio alguna vez en la vida. A todos aquellos que contestaron afirmativamente a esta pregunta se les preguntó también si lo habían hecho en los últimos 12 meses. Quienes respondieron positivamente se consideraron casos de intentos recientes de suicidio .

Como resultado del complejo proceso de diseño muestral y de generación de pesos, los errores estándar de las proporciones (prevalencia de por vida y de 12 meses) se deben corregir, y en este trabajo se calcularon por medio del método de linearización de Taylor, utilizando el paquete estadístico SUDAAN (Research Triangle Institute 2002). Se utilizó el método de Kaplan-Meir (Homer y Lemeshow 1999) para generar las curvas de edades de inicio. Para los modelos de regresión múltiple logística reportamos las razones de momios (*OR*) y los intervalos de confianza (IC) a 95%, de acuerdo con Hosmer y Lemeshow (Hosmer y Lemeshow 2000). Estos *OR* e IC se han corregido por los efectos del diseño de estudio.

El cuadro III presenta la prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses por grandes grupos de edad y sexo. De acuerdo con este cuadro, 2.8% de la población nacional reportó algún intento de suicidio en algún momento de su vida, y 0.6% un intento en los últimos 12 meses (recientes). Hay una importante diferencia entre las prevalencias alguna vez en la vida por sexo, en donde las mujeres reportan una prevalencia de 3.5% contra una de 2.0% para los hombres. Sin embargo, la prevalencia de intentos de suicidio recientes es prácticamente igual en hombres y mujeres. Las prevalencias más elevadas en hombres y mujeres, alguna vez en la vida o recientes, se observan en el grupo de edad más joven (18 a 29 años), y disminuyen sucesivamente.

La figura 5 permite observar de una manera nítida el reporte de la edad de inicio de los intentos de suicidio, por grandes cohortes y sexo. En primer lugar, esta figura muestra que el informe de algún intento de suicidio antes de los 13 años de edad en México es muy infrecuente. En segundo lugar, muestra que las cohortes más recientes (18 a 19 años de edad) reportan intentos de suicidio a menores edades que las cohortes de mayor edad y, además, muestran pendientes más elevadas, llegando también a niveles que no alcanzan las cohortes más viejas. En forma interesante, se puede observar que estas tendencias son independientes del sexo, aunque siempre existen diferenciales entre hombres y mujeres al interior de cada cohorte.

Un aspecto importante del suicidio en México es la distribución geográfica que presenta. La ENEP permite desagregar las prevalencias de intento de suicidio al nivel de seis grandes regiones. El cuadro IV presenta la prevalencia de intentos de suicido (alguna vez y últimos 12 meses) por estas regiones. Como se puede observar, la región centro-oeste fue la que reportó mayores prevalencias alguna vez en la vida (4.2%) y en los últimos 12 meses (1.8%), por encima del promedio nacional.

Para fines de comparación de las tasas de suicidio consumado y de intentos de suicidio, presentamos tres mapas nacionales. El Mapa 1 incluye las tasas de suicidio consumado, el Mapa 2 las prevalencias de intento de suicidio alguna vez, y el Mapa 3 las prevalencias de intento de suicidio en los últimos 12 meses. Para poder llevar a cabo esta comparación, hemos agrupado a los casos de suicidio reportados en México en el año 2000 en las seis grandes áreas de la Encuesta. Sin embargo, cabe mencionar que en el caso de la mortalidad, la región 1 incluye al Distrito Federal y a los estados de Nuevo León y Jalisco, y no a las áreas urbanas de Monterrey y Guadalajara. Los Mapas 1 y 3 muestran que la región centro-oeste es la que presenta las mayores prevalencias de intento de suicidio, pero es la quinta región en lo que se refiere a las tasas de mortalidad por suicidio. La correlación entre la tasa de mortalidad por suicidio y la prevalencia de suicidios alguna vez en la vida es negativa y de sólo –0.27; asimismo, la correlación entre la tasa de mortalidad por suicidio y la prevalencia de suicidios en los últimos 12 meses es negativa y de sólo –0.15.

La ENEP permite responder a la importante pregunta sobre los factores de riesgo para los intentos de suicido. El cuadro V muestra los resultados de un modelo de regresión múltiple teniendo como variables dependientes a los intentos de suicidio alguna vez en la vida (izquierda del cuadro) y a los intentos de suicidio en los últimos 12 meses (derecha del cuadro) y como variables independientes a una serie de características sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado civil, empleo y región del país), además de la presencia de alguno de los trastornos mentales elucidados por la ENEP. Dada la naturaleza retrospectiva de la información y el análisis trasversal llevado a cabo, estos resultados tienen limitaciones importantes. Sin embargo, podemos discernir algunos aspectos interesantes.

Comenzando por la presencia de intentos de suicidio alguna vez en la vida, se puede observar que algunas variables estuvieron asociadas con éste. En particular, el tener algún trastorno mental alguna vez en la vida incrementó en casi 10 veces la probabilidad de reportar algún intento de suicido. Algunas de las variables demográficas relevantes fueron la edad muy joven (18 a 29 años) con un incremento de 2.7 en el *OR*, las personas separadas/divorciadas o viudas (*OR*=2.2) y las personas retiradas de su empleo (*OR*=4.1) o con "otras" ocupaciones (*OR*=3.4). Las mujeres, comparadas con los hombres, tuvieron una probabilidad casi dos veces mayor de reportar un intento de suicidio (*OR*=1.7). Ni el nivel educativo ni la región del país estuvieron

asociados con el informe de intento de suicidio alguna vez en la vida.

Al pasar a los intentos de suicidio recientes (últimos 12 meses), se observan varias diferencias. En primer lugar, sólo dos variables que estuvieron asociadas con los intentos alguna vez en la vida siguen asociadas con los intentos recientes: la presencia de algún trastorno mental (*OR*=16.8) y el estar retirado de una ocupación (*OR*=2.5), o tener "otra" ocupación (*OR*=6.9). La región del país se vio asociada con los intentos recientes, en donde algunas regiones tuvieron menores probabilidades de reportarlos (la norte, la sureste y la noreste) y la centro-oeste con incrementos en el *OR* (2.0). El sexo no estuvo asociado con el reporte de intentos recientes de suicidio. Dada su importancia, llevamos a cabo un análisis descriptivo de la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los intentos de suicidio (alguna vez y los recientes). Se encontró que alrededor de 75% de los casos de intento de suicido alguna vez en la vida y en los últimos 12 meses mostraron presencia de antecedentes de algún trastorno mental.

Por último, la ENEP permite también conocer el uso de los servicios para hacer frente a su malestar emocional por parte de los entrevistados. El cuadro VI muestra el uso que las personas con algún intento de suicidio en los últimos 12 meses hicieron de los servicios de salud y los servicios en general. Las personas con intento de suicidio hacen un mayor uso de cualquier tipo de servicio (41.1%), cualquier servicio de salud (36.5%), uso de médico general (11.6%) y de especialidades para el tratamiento de los trastornos mentales, comparadas con aquellas que no han intentado suicidarse.

Prevención y tratamiento

Como se había señalado al inicio de este trabajo, la conducta suicida se puede desglosar en ideación suicida, planes, intentos y suicidio consumado. Es frecuente encontrar prevalencias elevadas de ideación suicida en la población general, especialmente en la adolescente (Mondragón *et al* 2001). Sin embargo, el pensamiento recurrente, frecuente y constante sobre la muerte de uno mismo puede convertirse en un síntoma importante, sobre el que se puede actuar clínicamente.

Desde una perspectiva individual, una de las primeras acciones de salud pública radica en la identificación y canalización de las personas con ideación suicida patológica, con el objetivo de prevenir que esta persona transite hacia las otras etapas de la conducta suicida. Una vez que la persona ha hecho un intento de suicidio, la prevención se enfoca en evitar intentos subsecuentes y el suicidio consumado. Asimismo, estos sujetos, una vez identificados, ameritan ya un tratamiento clínico de su estado suicida.

Desde el punto de vista social se ha probado que es posible incidir sobre la tasa de suicidios y prevenirlos al desarrollar medidas de contención de medios. Por ejemplo, se ha mostrado que cambios en la composición del gas doméstico, control de la accesibilidad de los agrotóxicos y el control de la disponibilidad de las armas de fuego pueden tener impactos sustanciales en la tasa de suicidios de los diferentes países (para una revisión ver OPS 2003: 202-203).

Identificación de población en riesgo

Los principios generales del tamizaje en salud pública encuentran algunas limitaciones relevantes al ser trasladados al campo de la conducta suicida. Una revisión reciente de los esfuerzos en esta área (Gaynes *et al* 2004) concluyó que no hay evidencias de que el tamizaje para el riesgo suicida reduzca los intentos de suicidio o la mortalidad por suicidio. Es más, los instrumentos actuales, en uso en los servicios primarios de salud de los EUA, para realizar el tamizaje de personas en riesgo sólo tienen una precisión muy limitada. Sin embargo, esta misma revisión encontró evidencia de que la intervención sobre las personas en riesgo puede reducir algunas conductas intermedias, de impacto potencial sobre los intentos y los suicidios consumados, como la depresión severa, la desesperanza y el nivel de funcionamiento social. En México, apenas se inicia en la formulación de diseños de instrumentos de tamizaje, adecuados a la población nacional, y hasta ahora no se han publicado trabajos de evaluación sobre estrategias preventivas en esta área. Muchas de las estrategias de tamizaje y prevención de la conducta suicida han tenido como base el escenario escolar, puesto que en estudios de población general las prevalencias más elevadas de ideación e intento de suicidio se dan en el grupo de adolescentes. Un programa de intervención basado en escuelas, el llamado *Signs of Suicide-SOS*, ha demostrado una reducción modesta en las tasas de intentos de suicidio y el incremento de actitudes más adaptativas sobre la depresión y el suicidio (Aseltine y DeMartino 2004).

Tratamiento de los intentos de suicidio

De acuerdo con datos de la ENEP, alrededor de 75% de los casos de intento de suicidio informaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. En trabajos con población que asiste a servicios de urgencia por intentos de suicidio, o en estudios con suicidios consumados (Beautrais 2002; Brent 2001) se ha visto que este porcentaje puede ser aún mayor. Así, una de las estrategias para evitar intentos de suicidio o el suicido consumado radica precisamente en el tratamiento de los sujetos con trastornos mentales. Se debe asegurar que en la entrevista clínica general psicológica/psiquiátrica se incluya la búsqueda de antecedentes de intento de suicidio y se explicite el potencial suicida de los pacientes con trastornos mentales. Actualmente existen diferentes modalidades y escenarios para el tratamiento de los pacientes suicidógenos, desde la psicoterapia de raíz psicoanalítica hasta los tratamientos eminentemente conductuales, enfocados en las conductas autodestructivas. El tratamiento de estos pacientes se puede llevar a cabo desde la consulta externa hasta en regímenes de internamiento carcelarios (para una revisión, ver Am J Psychiatry 2003: 27-40). Un problema importante en esta área radica en las propias características del paciente suicida, es decir, su alto nivel de desesperanza y depresión, que muchas veces impiden el acercamiento y el establecimiento de vínculos con el clínico tratante. Investigaciones recientes han mostrado que es común que los pacientes con niveles severos de ideación suicida, y con intentos previos de suicidio, hayan estado bajo tratamiento antes de cometer otro intento suicida o, incluso, consumar un suicido (Suominen *et al* 2002; Suominen *et al* 2004). El problema, por lo menos desde el punto de vista de los pacientes, parece ser su actitud de indiferencia hacia

el tratamiento, así como su percepción de que los clínicos no los pueden ayudar (Suominen 2004).

Atención del familiar y amigos de la víctima. Otro aspecto de importancia radica en el hecho de que después de un suicidio, la familia, los amigos y los compañeros de trabajo o de la escuela de la víctima pueden verse en necesidad de tener una intervención clínica. Las personas cercanas a la víctima pueden sufrir elevado nivel de estrés y ser ellos mismos vulnerables al desarrollo de ideación suicida. Se han propuesto intervenciones clínicas con los familiares, y en algunos lugares existen grupos de autoayuda para lidiar con los sentimientos de culpa comunes en estas situaciones.

Discusión

En este trabajo hemos visto que el suicido en México se ha incrementado paulatinamente en los últimos 30 años (incremento de 250% para los hombres y 225% para las mujeres), afectando más a los hombres que a las mujeres (casi cinco suicidios masculinos por un femenino), con una ligera tendencia a una disminución en la edad media del suicidio masculino. En los grupos de jóvenes el suicidio es ya una de las principales causas de muerte. El área del sureste del país se ve más afectada por el suicidio consumado. El intento de suicidio alguna vez en la vida fue reportado por 2.8% de la población y es más frecuente en las mujeres que en los hombres –aunque no hay diferencias por sexo en los intentos recientes (últimos 12 meses), que fueron informados por 0.6% de la población nacional–. La distribución geográfica de los intentos de suicidio no se superpone con la distribución de los suicidios consumados. Alrededor de 75% de los casos de intentos de suicidio tienen antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. El diagnóstico de un trastorno mental incrementó alrededor de 10 veces más el riesgo de reportar un intento de suicidio alguna vez en la vida e incrementó en casi 17 veces el riesgo de informar un intento de suicidio en los últimos 12 meses. El 36% de los casos de intento de suicidio en los últimos 12 meses consultaron con algún servicio de salud.

Los resultados que hemos presentado aquí tienen similitudes con los de otros países, y algunos más son particulares de nuestro país. En primer lugar, el incremento constante del suicidio consumado en México es algo que se había señalado con anterioridad (OMS 2001; Levi *et al* 2003) y parece ser un elemento presente en otros países en desarrollo. Hasta ahora, la evolución del suicidio ha merecido poca atención entre los estudiosos de la transición demográfica. Sin embargo, los datos de nuestro país son un claro ejemplo de los cambios que los suicidios ocasionan en el perfil sanitario de las sociedades en desarrollo. Este cambio ha afectado sobremanera a la población joven de México en donde el suicidio es ya una de las principales causas de muerte. Este fenómeno del crecimiento de la importancia relativa del suicidio en los jóvenes ya se había presentado con anterioridad en las sociedades desarrolladas como la de los EUA (CDC 2002) en donde las tasas de suicidio en las jóvenes americanas son ya mayores que en las americanas de edad avanzada, y se ha visto que también afecta a otras sociedades en desarrollo (Kim y Singh 2004).

La distribución geográfica del suicidio en México, que muestra tasas elevadas en algunos estados del sureste, particularmente en Tabasco, ha llamado la atención de diferentes investigadores (Híjar *et al* 1996; García y Tapia

1990; Beltran *et al* 1985), pero no ha dado lugar a un estudio específico con hipótesis particulares que probar. El hecho de que no hayamos encontrado una relación de correspondencia positiva, sino más bien negativa y baja, entre las tasas de mortalidad por suicidio y las prevalencias de intento de suicidio, agrega un elemento más de interés en la epidemiología del suicidio en México para futuros estudios.

La prevalencia de intentos de suicidio alguna vez en la vida (2.8%) es baja, si se compara con una investigación similar realizada en los EUA (Kessler *et al* 1999), donde se informa de una prevalencia de 4.6% para los intentos alguna vez en la vida en población norteamericana. Otras comparaciones internacionales han estimado esta prevalencia en 3.8 en Edmonton (Canadá), 5.9 en Puerto Rico, 5.0 en Savigny (Francia), 3.4 en Alemania, 0.7 en Beirut (Líbano), 0.8 en Taiwán, 3.2 en Corea y 4.4 en Christchurch (Nueva Zelanda) (Weissman *et al* 1999). Puesto que la ENEP forma parte de un conjunto de encuestas nacionales de salud mental en curso en alrededor de 20 países (WHO 2004), en breve tendremos más resultados sobre comparaciones internacionales de la conducta suicida.

Mucho se ha descrito sobre los posibles factores de riesgo de la conducta suicida (intentos de suicidio). Una revisión reciente de la literatura ha mostrado que factores demográficos tales como el sexo (mujeres), las personas viudas o divorciadas y los jóvenes son importantes (Am J Psychiatry 2003), lo que concuerda con nuestros hallazgos. Aunque se ha debatido sobre el papel de una serie de factores psicosociales, tales como la existencia de redes sociales de apoyo y ciertas características de la personalidad (González-Forteza *et al* 1998) nuestros resultados muestran el impacto tan importante que tienen los trastornos mentales en la génesis del intento suicida en México, lo que es muy similar a lo notificado por otros países (Kessler *et al* 1999).

Datos de otros países apoyan la idea de que los sujetos con intentos suicidas consultan con relativa frecuencia a los servicios de salud (Owens *et al* 2004; Suominen *et al* 2004; Suominen *et al* 2002). Resultados recientes de la ENEP sugieren que entre 10 y 20% de los sujetos con un trastorno mental en los últimos 12 meses consultaron a los servicios de salud (Medina-Mora *et al* 2003; WHO 2004). Nuestros resultados muestran que este porcentaje es de alrededor de 36% entre los pacientes con intento de suicidio, lo que enfatiza la posibilidad de que se pueda canalizar adecuadamente a estos sujetos a una consulta especializada con el psiquiatra que, por otro lado, es poco utilizada según nuestros mismos datos. Aunque es presumible esperar que una consulta especializada pueda tener beneficios en la prevención de otros intentos de suicidio y en la prevención del suicidio consumado, revisiones recientes han mostrado las limitaciones de las intervenciones actualmente disponibles (Gaynes *et al* 2004; Owens *et al* 2004). La aplicación de guías de tratamiento especializado elaboradas en países desarrollados plantea un reto adicional al tratar de implementarlas en países subdesarrollados (Kim y Singh 2004).

Recomendaciones

1. Al igual que otros países, necesitamos mejorar la calidad de la información sobre el suicidio consumado que se registra en los certificados de defunción.

2. En México no hay una fuente confiable y amplia que reporte la información sobre los intentos de suicidio en los diferentes sectores de la prestación de servicios de salud. Es necesario ampliar y generalizar los actuales esfuerzos de la Secretaría de Salud para reportar la información de los egresos hospitalarios e incluir información sobre los intentos de suicido que ingresan a los servicios de urgencias.

3. Conocemos poco de los esfuerzos hechos a escalas estatal y local para enfrentar el creciente problema del suicidio en nuestro país. Es recomendable realizar un censo de los programas sobre tamizaje, prevención y tratamiento de la conducta suicida actualmente en uso en las diferentes entidades federativas de la república. Enseguida, es necesario plantear un programa coordinado y científico de evaluación de la eficacia de estos programas en uso.

4. El crecimiento constante y en algunas ocasiones explosivo de la problemática suicida ha rebasado la capacidad de los recursos humanos en nuestro país. Aunque hay cursos de capacitación aislados, es necesario plantear contenidos actualizados y formas de capacitación modernas para los recursos humanos involucrados en la detección y tratamiento de la conducta suicida en México.

5. En este texto se han señalado diferentes aspectos que ameritan proyectos de investigación específicos. Resaltan, por su importancia e impacto potencial, el estudio de la mortalidad diferencial por suicidio en el sureste del país, el uso de los servicios de salud por parte de la población que presenta intentos de suicidio y el intento de suicido entre los adolescentes. Estudios de comparación internacional, y en particular entre inmigrantes mexicanos, son sumamente necesarios. Necesitamos proyectos de investigación clínica sobre la eficacia de las modalidades de tratamiento para personas con intentos de suicidio en la población mexicana. Por último, no hemos encontrado datos sobre conducta suicida entre población de edad avanzada en México. Aunque es entre esta población en donde vemos algunas de las tasas más elevadas de suicidio consumado, su epidemiología presenta los suficientes aspectos particulares como para requerir protocolos propios de investigación.

Recuadro 1. Migración y conducta suicida

El número de emigrantes mexicanos hacia los Estados Unidos de América (EUA) ha llegado a enormes proporciones en fechas recientes. Se ha estimado que para el año 2000 había alrededor de 8 800 000 personas nacidas en México viviendo en los EUA, de los cuales alrededor de 3 500 000 carecían de estatus migratorio legal (CONAPO 2004). Los cambios en el estado de salud de la población mexicana que migra hacia los EUA se ha convertido en un asunto de primera importancia para México (Cesarman-Maus 2003).

Uno de los aspectos de especial relevancia para este trabajo es el cambio en el estado de salud mental de nuestra población emigrante. Varios estudios realizados en los EUA han documentado, desde la década de los 80, los efectos de la experiencia migratoria y de la permanencia de la población de origen mexicano en aquel país (para una revisión ver Escobar *et al* 2000; US Department of Health and Human Services 2001). El estudio de Vega y colaboradores (1998) se ha convertido en una referencia obligatoria en esta área, y sus hallazgos resumen en forma impactante algunos aspectos secundarios, poco publicitados, de la experiencia migratoria mexicana. Vega y colaboradores compararon la prevalencia de por vida de varios trastornos mentales entre la población mexicana residente en el condado de Fresno, California, con la población mexicana residente en el Distrito Federal (Caraveo *et al* 1998) y con la población de origen hispano y la población angloamericana de un estudio de epidemiología psiquiátrica de la población nacional americana (Kessler *et al* 1994). La población mexicana de Fresno fue dividida en población inmigrante nacida en México (primera generación) y nacida en los EUA (segunda generación). Según sus resultados, la prevalencia de por vida de cualquier trastorno mental de la población inmigrante de la primera generación era muy similar a la prevalencia observada en la Ciudad de México (24.9% y 23.4%, respectivamente) y considerablemente más baja que la prevalencia de por vida de cualquier trastorno mental de la segunda generación (48.7%). Esta última era muy similar a la prevalencia reportada para la población angloamericana de los EUA (48.6%) y similar a la prevalencia de la población de origen hispano (51.4%). Estos hallazgos sugieren que hay un deterioro continuo en la salud mental de la población mexicana que inmigra, en la medida en que ésta se asienta y se integra en los EUA.

La conducta suicida parece ser uno de los problemas de salud mental particularmente sensibles a este efecto migratorio. El suicidio consumado es una de las causas de muerte que diferencian a los hispanos de la población angloamericana no hispana al interior de los EUA. Para la población angloamericana el suicidio es la octava causa de muerte, pero no consta entre las 10 principales causas de muerte para la población hispana (Anderson, Kochanek *et al* 1997). Otras investigaciones han mostrado que la tasa de suicidio consumado en 2001 fue mayor en la población angloamericana (10.7 por 100 000 habitantes) que en la población de origen hispano (5.6) en los EUA, y que la tasa de suicidio consumado de esta última es mayor que la observada en población mexicana (Smith, Mercy *et al* 1985; Hoppe y Martin 1986; Borges, Rosovsky *et al* 1996; Sorenson y Shen 1996; CDC 2004; Oquendo *et al* 2001).

Algunos trabajos sobre la ideación suicida y los intentos de suicidio entre la población de origen mexicano o hispana en los EUA (Sorenson y Golding 1988; Swanson, Linskey *et al* 1992; Felix-Ortiz, Munoz *et al* 1994; Roberts y Chen 1995; Hovey y King 1997; Roberts, Chen *et al* 1997; Vega, Gil *et al* 1993) han mostrado que tanto la ideación suicida como los intentos de suicidio tienden a ser menos reportados por la población de origen mexicano que por la de origen angloamericano. Entre la población de origen mexicano las prevalencias más bajas se observan entre la de primera generación. Muchos de estos estudios se han hecho con muestras reducidas y sus conclusiones se deben tomar con precaución. Otros informes han sugerido que la prevalencia de síntomas depresivos y de ideación suicida puede ser más elevada en población femenina de origen mexicano que entre la de origen angloamericano (Roberts y Chen 1995; Tortolero y Roberts 2001).

Los intentos de suicidio fueron también estudiados en una perspectiva de migración utilizando las investigaciones de Kessler *et al,* (1994), Caraveo *et al*, (1998) y Vega *et al* (1998) por Borges (Borges *et al* 1998). La población de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS) se dividió entre la población de origen mexicano (MEX-NCS) y la población de otros orígenes (mayoritariamente de origen angloamericano) (OTRO-NCS). La población de Fresno se consideró como mexicana de primera generación (MEX-FRESNO) o mexicana nacida en los EUA (MEX_US-FRESNO). La población mexicana, como se mencionó, proviene de una encuesta de la Ciudad de México (MEX-DF). Según Borges y colaboradores (1998), la prevalencia más baja de intentos de suicidio alguna vez en la vida fue reportada por el grupo de MEX-FRESNO (3.3%), seguida por el grupo MEX-DF (3.9%). En seguida, en orden ascendente, el grupo OTRO-NCS (4.6%), el grupo MEX-NCS (5.6%) y, por último, el grupo MEX_US-FRESNO (9.8%). Es decir, según estos resultados, la población mexicana que inmigra a los EUA tiene tasas de intento de suicidio similares a las de la población mexicana que vive en México. Estas tasas tienden a crecer con su permanencia en los EUA y, de hecho, duplican a las tasas de la población de origen angloamericano.

La figura 6 presenta la función de sobrevida para los intentos de suicidio de estas poblaciones. Se reportan muy pocos intentos de suicido antes de los 12 años de edad, y hasta los 16 años las poblaciones se parecen mucho en este respecto. A partir de esta fecha, las curvas de sobrevida comienzan a separarse, con la población MEX_US-FRESNO presentando la pendiente más elevada, y la población MEX-FRESNO la más baja. Asimismo, es interesante notar que, a excepción de la población MEX-US-FRESNO, las otras poblaciones prácticamente no reportan intentos de suicidio después de los 40 años de edad.

En conjunto, estos datos sugieren que la experiencia migratoria de la población mexicana hacia los EUA puede tener un profundo impacto sobre los problemas de salud mental. En particular, se puede presentar un incremento del suicidio consumado y de los intentos de suicidio a medida en que la población mexicana inmigra y se establece en aquel país. Los motivos para este cambio son muy poco conocidos, y es dudoso que un solo factor pueda explicar una conducta tan compleja. El estudio de los flujos migratorios, y de los aspectos selectivos de la población que inmigra, y de la que después de emigrar regresa a México, son aspectos fundamentales para comprender este proceso. El propio estrés del proceso migratorio, los cambios en la situación familiar y en la red de apoyo son otros elementos que pueden afectar el proceso suicidógeno, pero que son poco conocidos hasta ahora (Hovey 2000). Por último, es importante notar que a medida que

la población mexicana se establece en los EUA sus niveles económico y de educación tienden a aumentar pero, al contrario de lo que se esperaría, este cambio ascendente no la protege de sufrir padecimientos mentales y, en particular, la pone en riesgo de incrementos en la conducta suicida. Todavía es desconocido el impacto que este incremento en los intentos de suicidio tendrá, a corto y mediano plazo, en las tasas de suicidio consumado de la población de origen mexicano en los EUA, mismas que hasta ahora han permanecido por debajo de las de la población angloamericana. Investigaciones recientes ya han señalado que esta situación ha cambiado (O'Donnell *et al* 2004) y que en la población adolescente de origen hispano ya se encuentran prevalencias más elevadas de ideación e intento suicida (Canino 2001). Dado el enorme volumen de mexicanos que inmigran, avanzar en el conocimiento de este problema es un aspecto de primera importancia en la actualidad.

Referencias

Aseltine RH Jr, DeMartino R. 2004 . An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. Am J Public Health 94(3):446-51.

Am J Psychiatry. 2003. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry 160(11 Suppl):1-60.

American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson RN, Kochanek KD et al. 1997. Report of final mortality statistics, 1995. Hyattsville (MA): National Center for Health Statistics.

Beautrais AL. 2002 . A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. Suicide Life Threat Behav 32(1):1-9.

Beltran JE, Gorenc KD, Nadelsticher A. 1985. Social indicators of anomie and social disintegration related to alcoholism in the State of Tabasco. Rev Invest Clin 37(3):207-17.

Borges G, Kessler R, Walters E, Caraveo J, Martínez N, Aguilar-Gaxiola S, Vega W, Kolody B. 1998. Drug use and suicidal behavior: A cross-cultural perspective . NIDA Third International Meeting: Building International Research on Drug Abuse: Global Focus on Youth. Scottsdale (Arizona). National Institute on Drug Abuse; Junio 12 -13.

Borges G, Rosovsky H, Caballero MA, Gómez C. 1994. Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. Anales de la IX Reunión de Investigación 5:15-21. México, DF: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. 1996. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Publica Mex 38(3):197-206.

Borges G, Mondragón L. 2003. Epidemiología de la conducta suicida en el Distrito Federal. A Pie: Crónicas de la Ciudad de México 1(3):18-24.

Brent DA. 2001 . Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. Ann N Y Acad Sci 932:106-28; 128-31.

Canino G, Roberts RE. 2001 . Suicidal behavior among Latino youth. Suicide Life Threat Behav 31 Suppl:122-31.

Caraveo J, Martinez N et al. 1998. A model for epidemiological studies on mental health and psychiatric morbidity. Salud Ment 21(1):48-57.

Centers for Disease Control and Prevention- Web-based injury statistics query and reporting system, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Fatal Injury Data for 2000. Disponible en: http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars.

Centers for Disease Control and Prevention. 2004 Jun 11. - Suicide among Hispanics--United States, 1997-2001. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 53(22):478-481.

Cesarman-Maus G. 2003 . The Consular Program for Mexican Communities Abroad: A source of outreach for health workers. J Transcult Nurs 14(3):272-5.

Consejo Nacional de Población. 2004. La migración de mexicanos a Estados Unidos. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/migracion_int/principal.htl.

Escobar JI, Hoyos Nervi C, Gara MA. 2000 . Immigration and mental health: Mexican Americans in the United States. Harv Rev Psychiatry 8(2):64-72.

Felix-Ortiz M, Munoz R et al. 1994. The role of emotional distress in drug use among Latino adolescents. JChild Adolesc Substance 3(4): 1-22.

García M, Tapia A. 1990. Epidemiología del suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979-1988 Salud Ment 13(4):29-34.

Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. 2004. US Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adults: A summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 18;140(10):822-35.

González-Forteza C, Medina-Mora ME, Sánchez M. 1998. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Ment 21(3):1-9.

Híjar M. Rascón P, Blanco J, López M. 1996. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). Salud Ment 19(4):14-21.

Hoppe SK, Martin HW. 1986. Patterns of suicide among Mexican Americans and Anglos, 1960-1980. Soc Psychiatry 21(2):83-8.

Hosmer DW, Lemeshow S. 1999. Applied survival analysis. Regression modeling of time to event data. Nueva York (NY): John Wiley & Sons.

Hosmer DW, Lemeshow S. 2000. Applied logistic regression. Second edition. Nueva York (NY): John Wiley & Sons.

Hovey JD, King CA. 1997. Suicidality among acculturating Mexican Americans: Current knowledge and directions for research.Suicide Life Threat Behav 27(1):92-103.

Hovey JD. 2000 . Acculturative stress, depression, and suicidal ideation in Mexican immigrants. Cultur Divers Ethnic Minor Psichol 6(2):134-51.

Jiménez TA, González-Forteza C. 2003. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Salud Ment 26(6):35-46.

Kessler RC, McGonagle KA et al. 1994. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51(1):8-19.

Kessler RC, Borges G, Walters EE. 1999. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 56(7):617-626.

Kessler RC, Ustun TB. 2004. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Int J Methods Psychiatric Res 13(2):69-92.

Kim WJ, Singh T. 2004. Trends and dynamics of youth suicides in developing countries. Lancet 3;363(9415):1090-1.

Krug E, Dahlberg L, James M, Zwi B, Lozano R. 2002. World Report on Violence and Health. Ginebra: WHO.

Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Maulik PK, Saraceno B. 2003. Trends in mortality from suicide, 1965-1999. Acta Psychiatr Scand 108(5):341-9.

Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S. 2003. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican Nacional Survey of Psychiatric Epidemiology. Salud Ment 26(4):1-16.

Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. 2001. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. Salud Ment 24(6):4-15.

Narvaez A, Rosovsky H, López JL. 1991. Evaluación del consumo de alcohol en los intentos de suicidio: un estudio con pacientes atendidos en servicios de urgencias. Salud Ment 14(3):6-12.

O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. 1996. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav 26(3):237-52.

O'Donnell L, O'Donnell C, Wardlaw DM, Stueve A. 2004 . Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. Am J Community Psychol 33(1-2):37-49.

Organización Mundial de la Salud. 2001. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: WHO.

Organización Mundial de la Salud. 2003. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, DC: OPS.

Oquendo MA, Ellis SP, Greenwald S, Malone KM, Weissman MM, Mann JJ. 2001. Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. Am J Psychiatry 158(10):1652-8.

Owens C, Lloyd KR, Campbell J. 2004. Access to health care prior to suicide: Findings from a psychological autopsy study. Br J Gen Pract 54(501):279-81.

Research Triangle Institute. 2002. Sudaan Release 8.0.1. Research Triangle Park (NC): Research Triangle Institute.

Roberts RE, Chen YW. 1995. Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34(1):81-90.

Roberts RE, Chen R. et al. 1997. Ethnocultural differences in prevalence of adolescent suicidal behaviors. Suicide Life Threat Behav 27(2):208-17.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillipe I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio-Faria JG. 1996 . Attempted suicide in Europe: Rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 93(5):327-38.

Smith JC, Mercy JA et al. 1985. Comparison of suicides among Anglos and Hispanics in five Southwestern states. Suicide Life Threat Behav 15(1):14-26.

Sorenson SB, Shen H. 1996. Youth suicide trends in California: An examination of immigrant and ethnic group risk. Suicide Life Threat Behav 26(2):143-54.

Sorenson SB, Golding JM. 1988. Prevalence of suicide attempts in a Mexican-American population: Prevention implications of immigration and cultural issues. Suicide Life Threat Behav 18(4):322-33.

Secretaría de Salud. 2004. Estadísticas de mortalidad en México. Muertes registradas en el año 2002. Salud Publica Mex 46(2):169-85.

Suominen KH, Isomets ET, Lonnqvist JK. 2004. Attempted suicide and psychiatric consultation. Eur Psychiatry 19(3):140-45.

Suominen KH, Isometsa ET, Ostamo AI, Lonnqvist JK. 2002. Health care contacts before and after attempted suicide. Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol 37(2):89-94.

Suominen K, Isometsa E, Henriksson M, Ostamo A, Lonnqvist J. 2004. Patients' evaluation of their psychiatric consultation after attempted suicide. Nord J Psychiatry 58(1):55-9.

Swanson JW, Linskey AO et al. 1992. A binational school survey of depressive symptoms, drug use, and suicidal ideation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31(4):69-78.

Tortolero SR, Roberts RE. Differences in nonfatal suicide behaviors among Mexican and European American middle school children. 2001. Suicide Life Threat Behav 31(2):214-23.

US Department of Health and Human Services. 2001. Mental Health: Culture, race, and ethnicity-A supplement to mental health: A Report of the Surgeon General- Executive Summary. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General.

Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J. 1998. Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. Arch General Psychiatry 55(9):771-8.

Vega WA, Gil A et al. 1993. The relationship of drug use to suicide ideation and attempts among African American, Hispanic, and white non-Hispanic male adolescents. Suicide Life Threat Behav 23(2):110-9.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. 1999. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychol Med 29(1):9-17.

WHO -World Mental Health Survey Consortium: Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S. 2004. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 291(21):2581-90.

World Health Organization. 2003. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates. [2004 mayo 3].

Cuadro I.

Tasas de mortalidad* por suicidio en el contexto internacional, por sexo, durante 1995

País	Año	Hombres	Mujeres
Albania	0	2.4	1.2
Argentina	96	9.9	3.0
Brasil	95	6.6	1.8
China (áreas rural y urbana)	99	13.0	14.8
China (Hong Kong SAR)	99	16.7	98.0
Cuba	96	24.5	12.0
Finlandia	0	34.6	10.9
Hungría	1	47.1	13.0
India	98	12.2	9.1
Israel	97	10.5	2.6
Lituania	0	75.6	16.1
México	95	5.4	1.0
Nueva Zelanda	98	23.7	6.9
República de Korea	0	18.8	8.3
Federación Rusa	0	70.6	11.9
Eslovenia	99	47.3	13.4
España	99	12.4	4.0
Suecia	99	19.7	8.0
Tailandia	94	5.6	2.4
Ucrania	0	52.1	10.0
Inglaterra	99	11.8	3.3
Estados Unidos de América	99	17.6	4.1
Zimbabwe	90	10.6	5.2

*Por 100 000 habitantes
*Fuente: World Health Organization;
Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates
Consultado el 23/julio/2004

Cuadro II. Tasas de mortalidad por suicidio en México, por sexo. 1970-2002

Año	Tasa			
	Total	Hombres	Mujeres	Razón H/M
1970	1.1	1.8	0.4	4.5
1971	0.7	1.1	0.3	3.7
1972	0.7	1.1	0.3	3.7
1973	0.7	1.1	0.3	3.7
1974	2.2	3.5	0.9	3.9
1975	1.7	2.8	0.6	4.7
1976	1.7	2.8	0.7	4.0
1977	1.9	0.3	0.8	0.4
1978	1.8	2.9	0.7	4.1
1979	1.7	2.8	0.7	4.0
1980	1.46	2.32	0.59	3.9
1981	1.74	2.7	0.78	3.5
1982	1.69	2.63	0.74	3.5
1983	1.45	2.31	0.59	3.9
1984	1.27	2.13	0.4	5.3
1985	2.09	3.45	0.72	4.8
1986	2.25	3.78	0.71	5.3
1987	2.19	3.63	0.74	4.9
1988	2.14	3.56	0.7	5.1
1989	2.29	3.85	0.71	5.4
1990	2.32	3.99	0.67	6.0
1991	2.48	4.26	0.73	5.8
1992	2.58	4.41	0.78	5.7
1993	2.66	4.61	0.74	6.2
1994	2.88	4.93	0.86	5.7
1995	3.15	5.37	0.96	5.6
1996	3.23	5.44	1.05	5.2
1997	3.54	6.0	1.13	5.3
1998	3.46	5.9	1.06	5.6
1999	3.42	5.85	1.03	5.7
2000	3.55	6.14	1.07	5.72
2001	3.74	6.18	1.33	4.6
2002	3.12	6.26	1.27	4.9

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Estadística e Informática
Tabulación sobre defunciones. Consejo Nacional de Población. Estimaciones de la población de México y de las entidades federativas, 1971-2010

Cuadro III.

Prevalencias de intento de suicidio para alguna vez en la vida y últimos 12 meses, por sexo y grupos de edad. México, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2001-2002

Edad	Hombres				Mujeres				Total			
	Alguna vez		Últimos 12-m		Alguna vez		Últimos 12-m		Alguna vez		Últimos 12-m	
	%	%(es)	%	%(es)	%	%(es)	%	%(es)	%	%(es)	%	%(es)
18-29	2.3	0.6	0.7	0.5	4.9	0.9	0.8	0.3	3.6	0.5	0.8	0.3
30-44	2.0	0.7	0.7	0.5	2.6	0.5	0.4	0.1	2.3	0.4	0.5	0.2
45 +	1.3	0.6	0.3	0.3	2.5	0.7	0.3	0.1	1.9	0.4	0.3	0.1
Total	2.0	0.4	0.6	0.4	3.5	0.5	0.5	0.1	2.8	0.3	0.6	0.2

Cuadro IV.

Prevalencias de intento de suicidio para alguna vez en la vida y últimos 12 meses, por sexo y región. México, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2001-2002

Región	Hombres				Mujeres				Total			
	Alguna vez		Últimos 12-m		Alguna vez		Últimos 12-m		Alguna vez		Últimos 12-m	
	%	%(es)	%	%(es)	%	%(es)	%	%(es)	%	%(es)	%	%(es)
Áreas metropolitanas	2.0	0.6	0.6	0.3	3.2	0.8	0.7	0.3	2.6	0.5	0.6	0.3
Noroeste	2.1	1.2	0.3	0.3	3.1	0.8	0.3	0.2	2.6	0.5	0.3	0.1
Norte	1.3	0.6	0.0	0.0	3.1	1.0	0.3	0.2	2.2	0.6	0.1	0.0
Centro-oeste	5.6	3.3	3.4	3.1	3.1	1.2	0.4	0.3	4.2	1.4	1.8	1.4
Centro-este	0.8	0.4	0.0	0.0	4.8	1.8	1.0	0.5	2.9	0.8	0.5	0.3
Sureste	1.2	0.7	0.0	0.0	3.4	1.0	0.2	0.1	2.3	0.7	0.1	0.0
Total	2.0	0.4	0.6	0.4	3.5	0.5	0.5	0.1	2.8	0.3	0.6	0.2

Cuadro V.

Predictores de intento de suicidio alguna vez en la vida y últimos 12 meses. México, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2001-2002

	Alguna vez				Últimos 12 meses			
	OR*	IC (95%)	X^{2*}	*p*	OR	IC (95%)	X^{2*}	*p*
Edad			**10.98**	**0.00**			**1.10**	**0.58**
18-29	2.69	1.35 - 5.39			1.85	0.56 - 6.13		
30-44	1.43	0.76 - 2.70			1.58	0.42 - 5.93		
45 +	1.00	…			1.00	…		
Región			**2.30**	**0.81**			**11.75**	**0.04**
Areas metropolitanas	1.0	…			1.00	…		
Noroeste	1.02	0.58 - 1.79			0.51	0.16 - 1.66		
Norte	0.84	0.40 - 1.79			0.19	0.04 - 1.05		
Centro-oeste	1.36	0.70 - 2.64			2.03	0.58 - 7.14		
Centro-este	1.33	0.65 - 2.75			0.94	0.22 - 3.99		
Sureste	1.21	0.65 - 2.25			0.29	0.06 - 1.43		
Escolaridad			**7.62**	**0.27**			**5.81**	**0.44**
Sin escolaridad	1.98	0.79 - 4.96			0.71	0.06 - 8.63		
Primaria incompleta	0.91	0.36 - 2.34			0.71	0.11 - 4.65		
Primaria terminada	0.95	0.42 - 2.16			0.70	0.17 - 2.95		
Secundaria incompleta	1.31	0.62 - 2.78			1.58	0.45 - 5.54		
Secundaria terminada	0.80	0.31 - 2.06			0.88	0.15 - 5.27		
Estudios superiores incompletos	1.02	0.38 - 2.77			1.38	0.27 - 7.11		
Graduado de universidad o más	1.00	…			1.00	…		
Estado civil			**8.11**	**0.02**			**0.06**	**0.97**
Casado/unión libre	1.00	…			1.00	…		
Separado/viudo/divorciado	2.23	1.25 - 3.96			1.10	0.30 - 4.05		
Soltero	1.03	0.61 - 1.76			0.90	0.29 - 2.84		
Sexo			**4.02**	**0.05**			**0.00**	**0.98**
Femenino	1.00	…			1.00	…		
Masculino	1.73	1.00 - 2.97			1.02	0.32 - 3.23		
Empleo			**18.63**	**0.00**			**11.47**	**0.02**
Trabajando	1.00	…			1.00	…		
Estudiante	0.29	0.10 - 0.86			0.87	0.13 - 5.73		
Ama de casa	1.43	0.83 - 2.44			0.92	0.25 - 3.30		
Jubilado/retirado	4.14	1.04 - 16.57			2.52	0.18 - 36.48		
Otro	3.42	1.23 - 9.51			6.94	1.33 - 36.33		
Trastorno			**85.48**	**0.00**			**24.46**	**0.00**
Sin trastorno	1.00	…			1.00	…		
Cualquier trastorno	9.68	5.92 - 15.82			16.79	5.36 - 52.59		

*OR: Razón de momios
**X^2: *Ji* cuadrada

Cuadro VI.

Uso de servicios para los trastornos mentales, entre entrevistados con intentos de suicidio y sin intentos de suicidio. México, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2001-2002

Tipo de servicio	Intento de suicidio		Sin intentos	
	%	%(es)	%	%(es)
Cualquier servicio	41.1	7.9	5.7	0.5
Cualquier servicio de salud	36.5	8.5	4.0	0.4
Psiquiatra	0.0	0.0	0.3	0.1
Médico general	11.6	6.8	1.8	0.3
Especialidades	30.6	9.4	2.1	0.3

Especialista: psiquiatra o psicólogo u orientador o psicoterapeuta o enfermera en salud mental o trabajador social
Medicina general: médico familiar, general o de cabecera o algún otro médico, como cardiólogo o (mujer/ginecólogo/hombre/urólogo) o enfermera, terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud
Cualquier servicio de salud: especialista o medicina general
Cualquier servicio: servicios médicos o uso de consejero espiritual o religioso, como sacerdote, pastor o rabino o curandero, yerbero, quiropráctico o espiritista, o recursos de medicina alternativa como grupos de autoayuda, *internet, hotline*

Figura 1.

Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio en la República Mexicana por sexo, 1970-2000

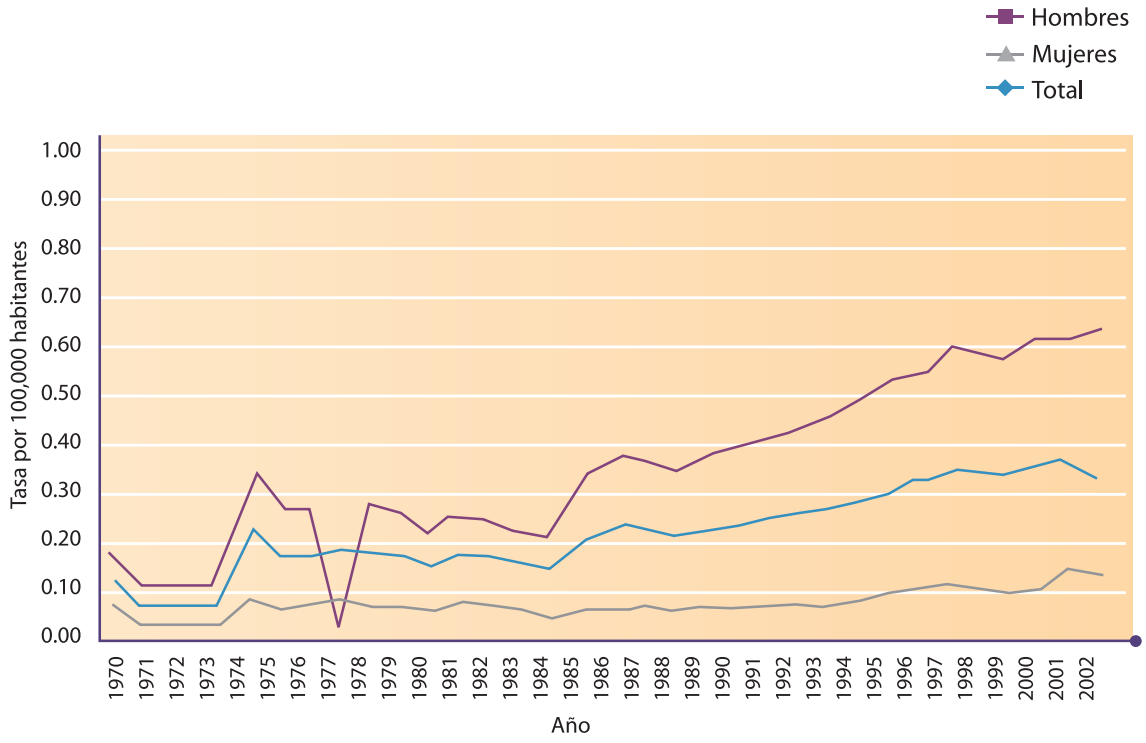


Figura 2. Tasa de mortalidad por suicidio, por sexo y grupos de edad. México, 2000

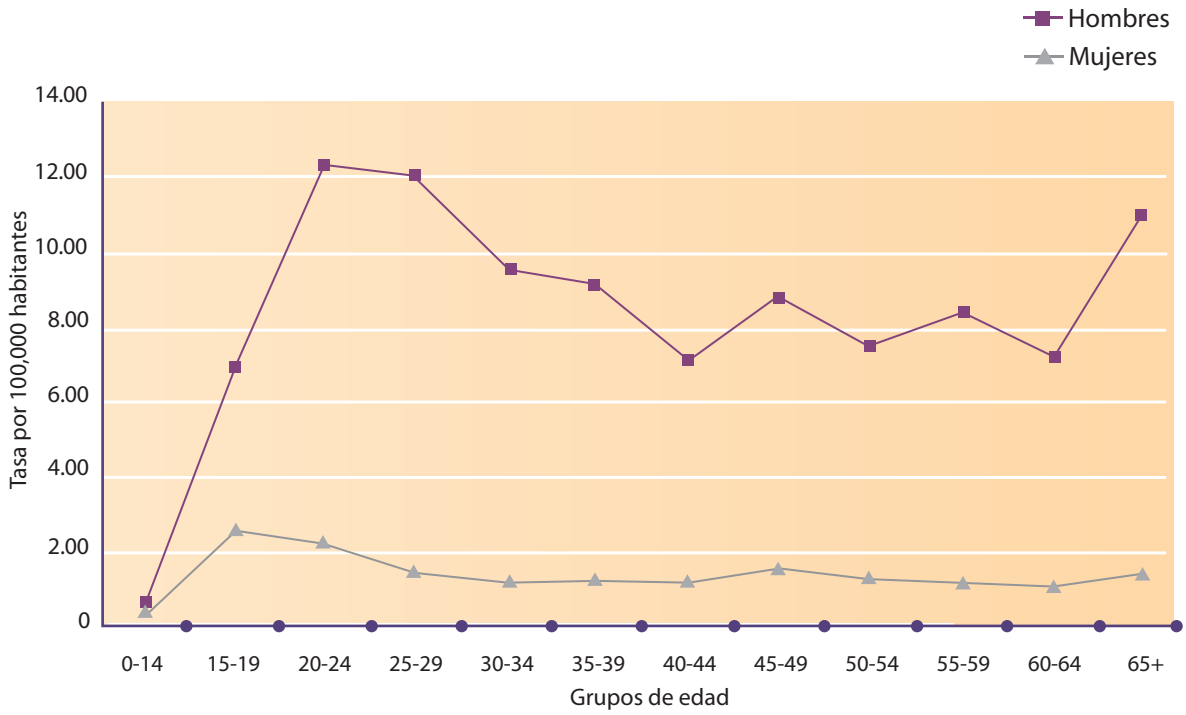


Figura 3. Edad promedio al morir por suicidio, México, 1955-2001

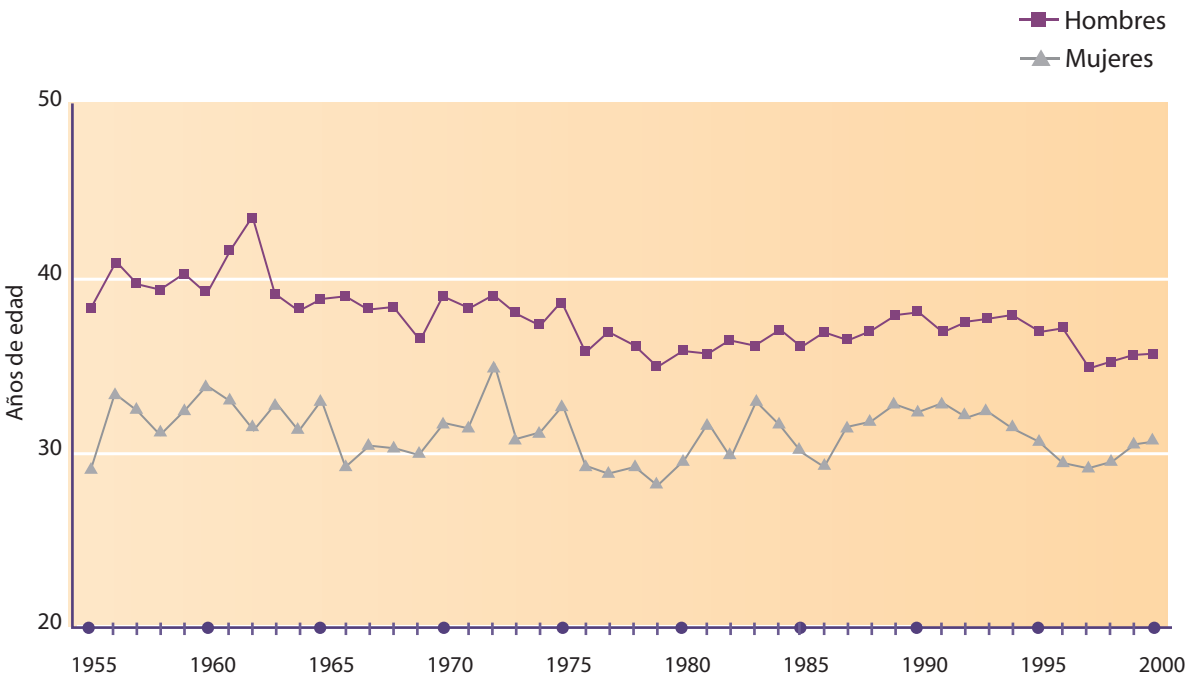


Figura 4. Tasas de mortalidad por suicidio por Entidad Federativa, México 2000

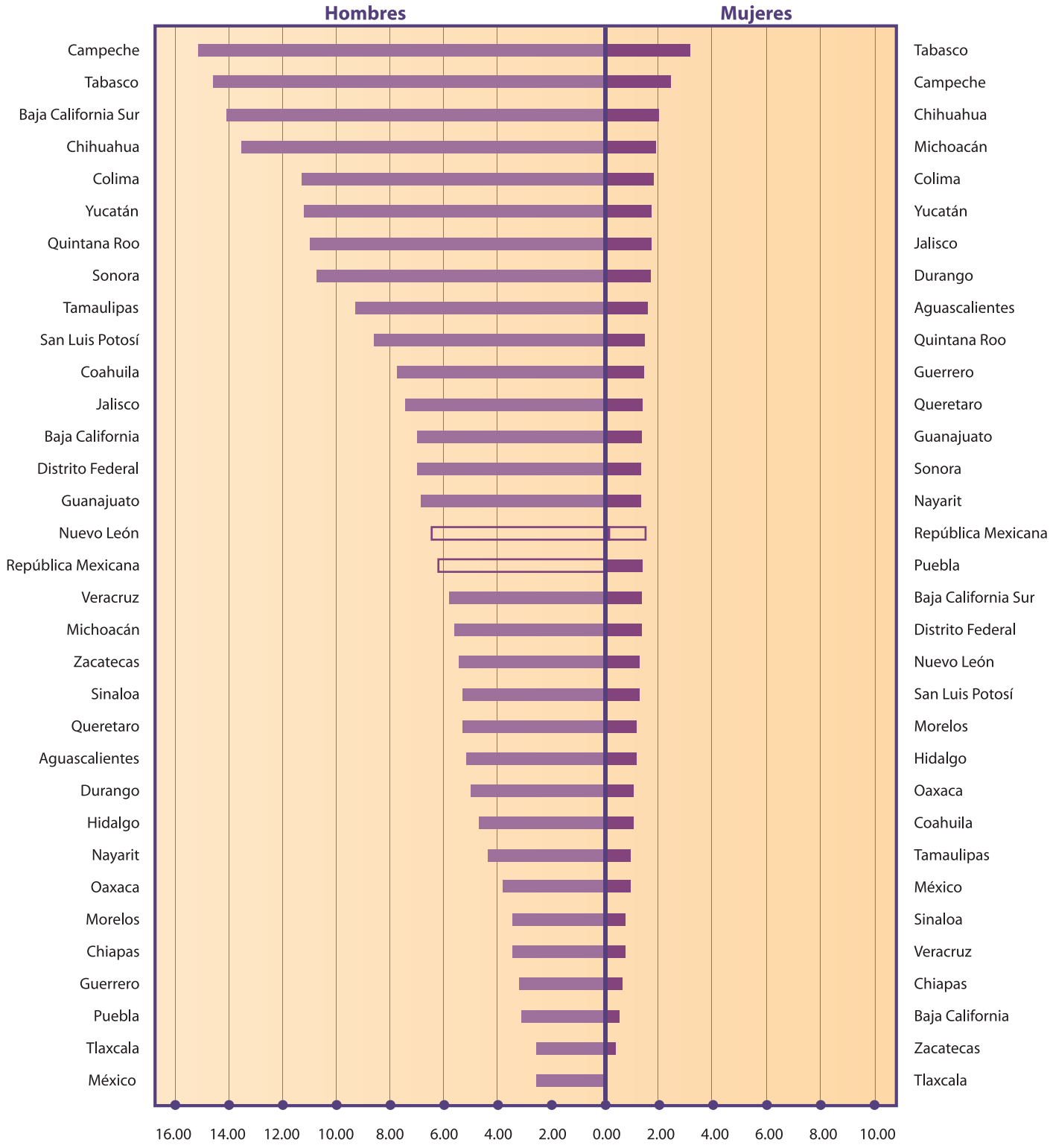


Figura 5. Edad de inicio de intentos de suicidio, por sexo y grupos de edad, México, Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2001-2002

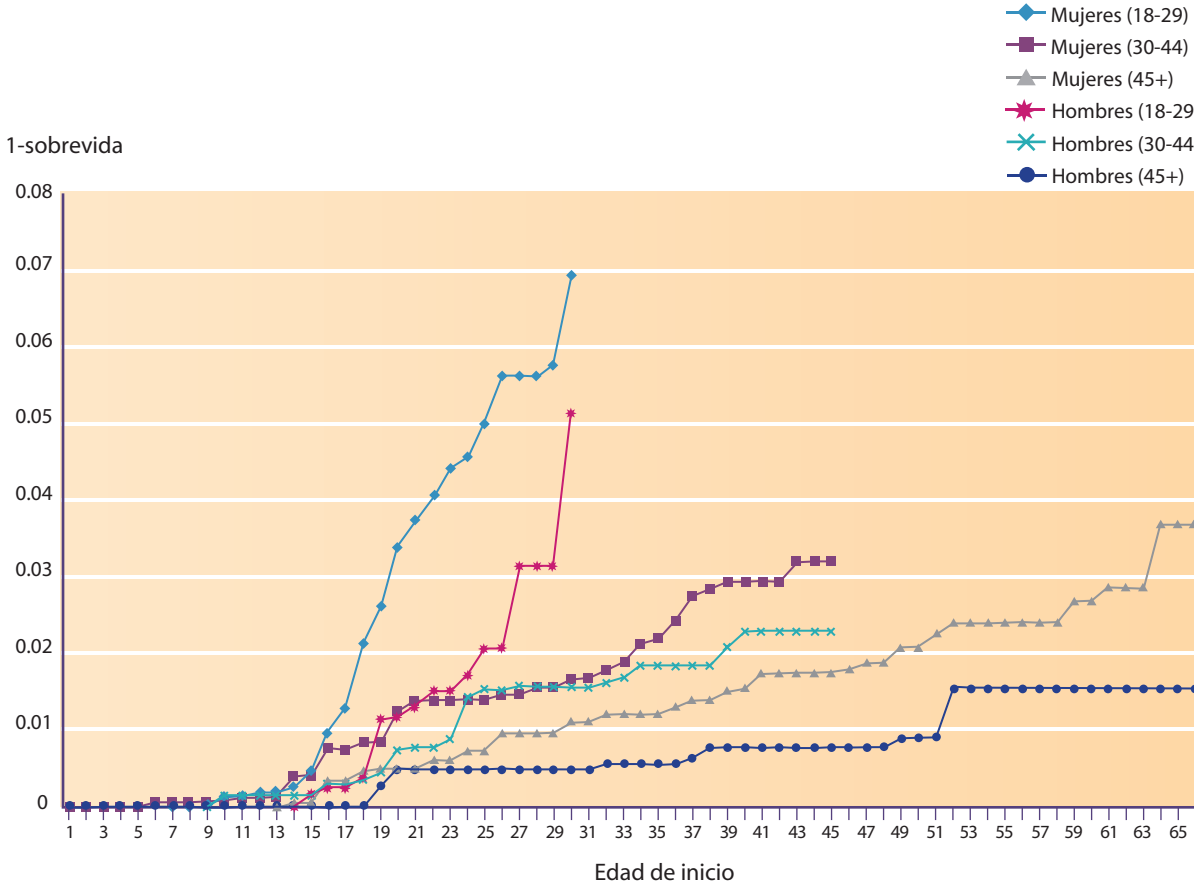
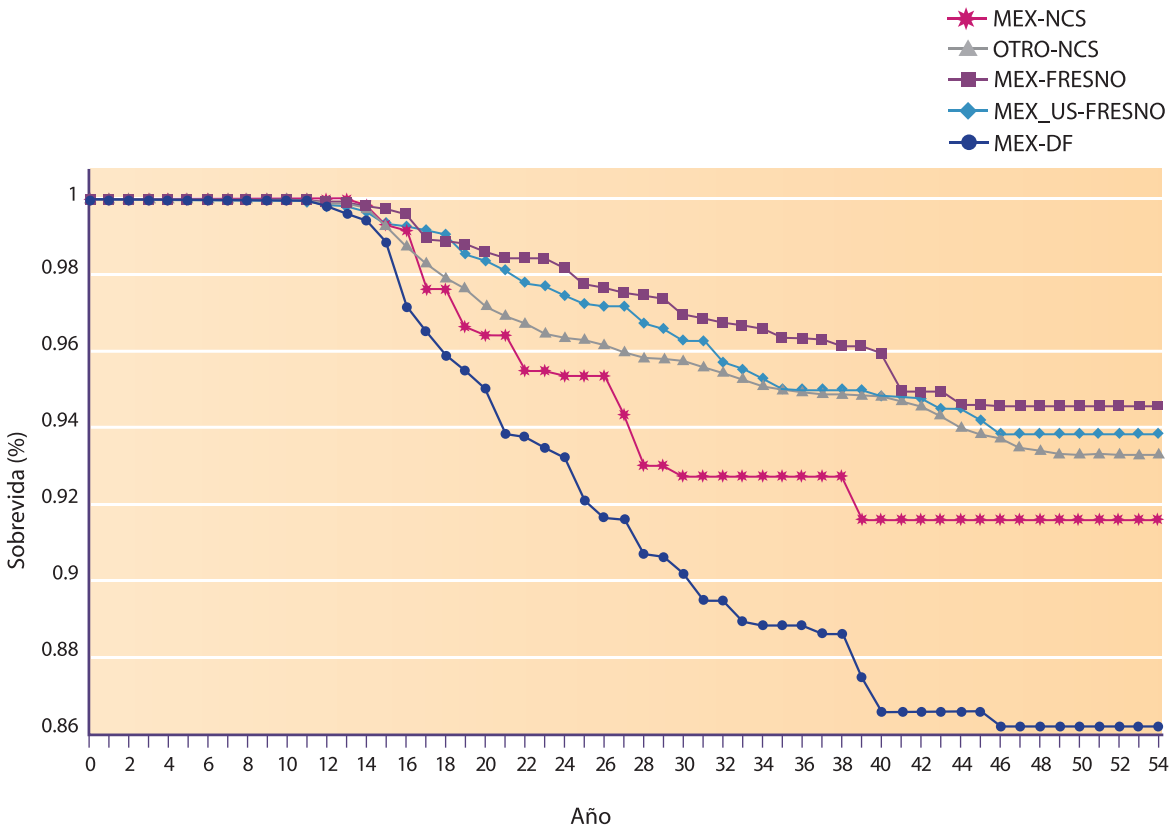
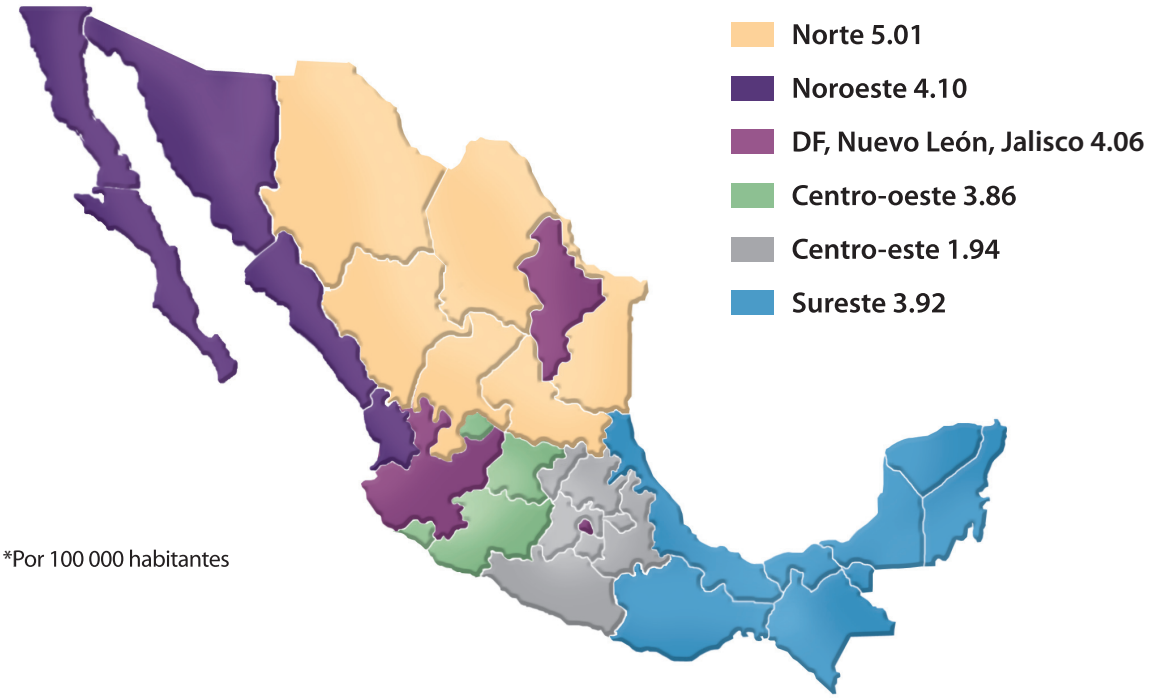


Figura 6. Función de sobrevida de los intentos de suicidio en tres estudios de acuerdo al origen mexicano



Mapa 1.

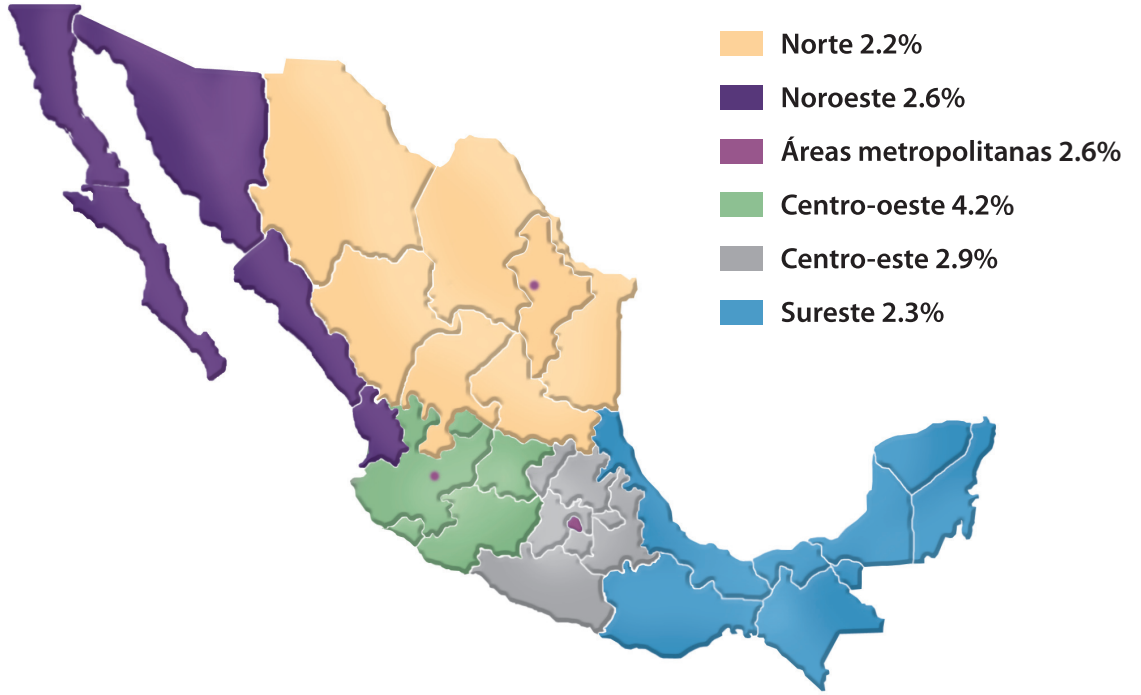
Tasas de mortalidad por suicidios* en México, según región, ambos sexos, 2000



*Por 100 000 habitantes

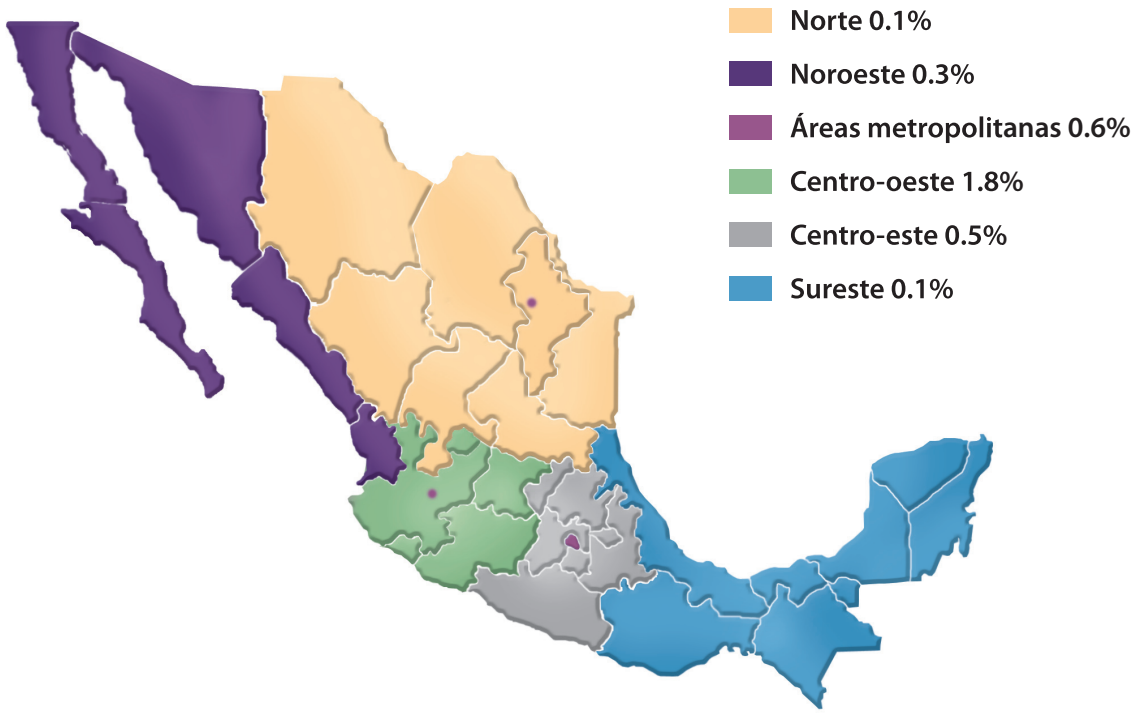
Mapa 2.

Prevalencia de intento de suicidio alguna vez en la vida en México, por región, ambos sexos, 2001-2002



Mapa 3.

Prevalencia de intento de suicidio en los últimos 12 meses en México, por región, ambos sexos, 2001-2002





Capítulo VIII

Violencia Institucional

Capítulo VIII

Violencia institucional

Francisco Pamplona

El Estado y sus instituciones infligen a los habitantes de las naciones múltiples violaciones a sus derechos. Esas violaciones son efectivamente "moleculares", derivadas la mayor parte de las veces de un "estado de cosas" en el que las leyes, las instituciones y los encargados de cumplir las normas y proporcionar los servicios de seguridad y de justicia a las personas no lo hacen. George Lapassade ha definido a las instituciones como (Lapassade 1977: 213) "Grupos sociales oficiales, empresas, escuelas, sindicatos. Sistemas de reglas que determinan la vida de esos grupos".

La violencia institucional, evidenciada por el quebrantamiento persistente y numeroso de los derechos humanos en sus diversas expresiones como derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales no constituye, en principio, una maquinación voluntarista de los responsables de las instituciones para violentar esos derechos, aunque en última instancia así se exprese. La disociación entre leyes, instituciones y prácticas institucionales, así como la desinformación generalizada sobre los derechos y las obligaciones de los ciudadanos y la carencia también generalizada de una educación cívica moderna, permite un amplio espacio para la violación de los derechos humanos. Es en el sistema de justicia en el que se reflejan con mayor claridad esas violaciones.

El tema específico de este capítulo es la descripción de la situación de los derechos humanos en dos instituciones sociales que por sus características intrínsecas son espacios en los que la violación a esos derechos se puede dar, y de hecho se da, de manera frecuente: los hospitales psiquiátricos y las prisiones. Si bien la violencia se ejerce también en otro tipo de ámbitos del sector salud, en otras instancias del sistema de justicia y en otros sectores como el educativo, estas dos instituciones han sido definidas en diversos trabajos como paradigmáticas del ejercicio del poder estatal, puesto que los individuos que por alguna circunstancia tienen que estar allí recluidos, tienen una alta probabilidad de ser sujetos de violencia a través de exclusión, etiquetamiento social, discriminación, segregación pública.

1. Conceptos y definiciones

Por su definición, la violencia institucional haría parte de la violencia política que a su vez incluye la violencia de Estado y es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la siguiente manera:

Violencia política: "…incluye la guerra y otros conflictos violentos afines, la violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes." Es decir, constituye una forma de la violencia colectiva. "La violencia perpetrada por el Estado, como el genocidio, la represión, las desapariciones, la tortura y otras violaciones de los derechos humanos…" (OMS 2002: 7 y 235).

En el Informe de la OMS se discute ampliamente el problema de la "intencionalidad" de la violencia y los autores concluyen que, en todo caso, esa intencionalidad no siempre se deriva de una actitud "finalista" de hacer daño por parte del agresor, como tampoco del hecho referido de algunos autores citados en el Informe sobre que "usar la violencia" se basa en patrones culturales (golpear a los hijos o a la esposa como manera de disciplina familiar, por ejemplo); en todo caso es "intencional" desde el punto de vista de sus efectos objetivos en la salud y el bienestar de las personas. Un ejemplo de agresiones perpetradas en diferentes partes del mundo por parte de los Estados, supuestamente sin la intención de dañar, son la esterilización forzada, el aborto forzado, el uso obligatorio de anticonceptivos, le selección sexual prenatal, el infanticidio de niñas, la negación del aborto aun en caso en que la ley lo permita, etcétera (Romero 2004). De manera que el ejercicio de la violencia por parte del Estado se da *por medio* de diversas vías entre las que se incluyen las normas sociales (leyes, convenios, pactos, reglamentos, normas técnicas), las organizaciones responsables de salvaguardar esas normas, para que se cumplan y para cumplirlas, y las reglas internas de esas organizaciones.

Las instituciones son relativamente autónomas en las reglamentaciones que prescriben y en las decisiones que pueden tomar y que de hecho aplican. Esa "autorregulación" de las instituciones ha sido motivo de diversos análisis académicos y de preocupación de las diversas instancias en las que se expresa la acción del Estado, debido a que esa "autorregulación" frecuentemente deviene en arbitrariedad e independencia incluso frente a las normas que dieron motivo a la creación de las organizaciones.

Tanto las prisiones como los hospitales psiquiátricos están determinados por los sistemas de los que son parte: el de justicia y el de salud. Estos conjuntos de instituciones derivados de los diversos sistemas de acción pública, confieren un estatus *sui generis* a los sujetos bajo su influencia y control. Para fines de este capítulo se sigue la explicación de **control social** de Bobbio y Mateucci (1981: 426-428), que identifica dos enfoques; el primero enfatiza la coerción externa que limita las acciones de los individuos; esa coerción la implantaron los grupos, las instituciones o la sociedad por medio de las normas o la tradición, de modo que los individuos están expuestos a sanciones si su conducta se aparta de lo así instituido; el segundo enfoque admite ese condicionamiento normativo-cultural, pero amplía la perspectiva, porque sugiere que eso sólo es posible en la medida en que los procesos bajo los cuales el individuo limita su conducta pueden estar "encauzados hacia sistemas de interés preexistentes o emergentes" (Bobbio, Mateucci 1981: 427), lo cual significa dos cosas: a) que el control social es una categoría histórica (y no natural o consustancial a la "naturaleza humana") a largo plazo, pero cuyos contenidos cambian en el tiempo, y b) que se sujeta a ciertos ideales y

valores sociales que son o pueden estar relacionados con coyunturas históricas concretas, por ejemplo, el movimiento por los derechos humanos en la actualidad ha criticado algunos rasgos del control social que hace pocos años eran admitidos.

Las instituciones sociales a cargo de modos heterogéneos de control social, tales como la prisión o el hospital, reúnen los requisitos ya señalados que las caracterizan. No obstante, estas instituciones contienen rasgos aún más circunscritos que son en gran medida lo que Erving Goffman ha llamado "instituciones totales", las que define así:

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y de trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comportan en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Las cárceles sirven como ejemplo notorio, pero ha de admitirse que el mismo carácter intrínseco de la prisión tiene otras instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley (Goffman 1981: 13).

Los rasgos generales que presenta Goffman para entender la vida de los "internados" en las instituciones totales pueden resumirse así: a) hay una tendencia absorbente del individuo que no le permite la interacción social; b) el ordenamiento social básico (la autogestión individual) es roto dentro de la institución, ya que toda la vida está reglamentada y programada, y c) esto deriva en un sometimiento de las necesidades humanas a un manejo burocrático.

Debido a esos rasgos identificables de las instituciones totales, es por lo que el movimiento en pro de los derechos humanos para salvaguardar la integridad de las personas que tienen que pasar un tiempo confinadas allí se resume en la protección de las condiciones de vida "dignas" de los internados, y se insiste que en sí misma la privación de la libertad (en el caso de los prisioneros) es degradante y significa una acción violenta por su propia naturaleza, pues trata de dominar la voluntad de la persona.

Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos acordadas en el seno de las Naciones Unidas[1] (ONU) son enfáticas en el párrafo 57:

"La prisión y las demás medidas cuyo efecto es separar a un delincuente del mundo exterior son aflictivas por el hecho mismo de que despojan al individuo a disponer de su persona al privarle de su libertad. Por lo tanto, a reserva de las medidas de separación justificadas o del mantenimiento de la disciplina, el sistema penitenciario no debe agravar los sufrimientos inherentes a tal situación."

En el caso de los hospitales, es importante el señalamiento de las normatividades actuales para deslindar las responsabilidades de la actuación especializada del personal técnico sobre los enfermos, deslinde en el sentido de informar de los riesgos de determinada acción terapéutica y obtener el visto bueno del paciente o los familiares. En el caso de los enfermos mentales, la acción es aún más fuerte en la medida en que se parte de la consideración (en muchos de los padecimientos) de la imposibilidad del enfermo para decidir por sí mismo si acepta o no las acciones terapéuticas que le podrían ser aplicadas.

La privación de la libertad por transgresión de las normas sociales o por una situación como la enfermedad, la invalidez o la orfandad, se opera, entonces, en un espacio particular dentro de los sistemas institucionales,

1 Todas las referencias a los diversos documentos (tratados, convenios, declaraciones, etcétera), de la Organización de las Naciones Unidas se pueden encontrar en los sitios web de las diversas agencias de esta Organización.

en lugares concretos de internamiento en los cuales los sujetos deben limitar su interacción social. Las instituciones totales tratan de "operar transformaciones sobre los individuos" (Foucault 1980: 251), desde la autonomía que les permite ejercitar reglas y procedimientos que afectan directamente al individuo. Al respecto, en una investigación (Bergman *et al* 2003: 8) sobre la delincuencia y las prisiones en México, los autores señalan que la institución carcelaria tiende a conformar un universo propio de relaciones que se caracteriza por el predominio de un régimen para-legal. Esto es, que como diversos estudios lo han documentado, las cárceles son espacios que propician la existencia de una normatividad y una organización informal paralelas al orden institucional formal.

En conclusión, para los fines de este capítulo, se entiende por **violencia institucional** como el *uso intencional del poder, infligido o permitido por las instituciones públicas del Estado, o instituciones privadas en la prestación de un servicio público, a individuos de grupos sociales vulnerables o en situaciones extraordinarias, que cause sufrimiento, viole los derechos humanos y provoque daños a la salud de esos individuos.* Incluye actos violentos de naturaleza física, psíquica, sexual o de privación o descuido.

2. Violencia y quebrantamiento de los derechos humanos en los Centros de Readaptación Social y Centros Tutelares

La sobrepoblación penitenciaria, la falta de claridad de la situación jurídica de los menores de edad en conflicto con la ley y la desigualdad con que son tratadas las mujeres reclusas, son apenas los datos más particulares de cada grupo de personas recluidas en las instituciones carcelarias del país. A esas características se añaden violaciones sistemáticas y persistentes a los derechos humanos de los internos.

No es necesario hacer una descripción detallada de las condiciones de vida de los recluidos en las instituciones del sistema penitenciario, puesto que existen similitudes entre ellas. De hecho, cárceles, centros tutelares y espacios de reclusión para las mujeres acusan circunstancias homogéneas de carencias materiales y de arbitrariedad en la interacción con la autoridad, que sería ocioso un procedimiento casuístico exhaustivo.

Sin embargo, no se encuentra disponible la información que contiene con precisión los datos estadísticos de los diversos aspectos de la rutina institucional, inscrita en los registros y expedientes de los departamentos de las instituciones penitenciarias, por lo que se hace necesario partir de documentación cualitativa, derivada de testimonios, denuncias y las recomendaciones que por norma o por denuncia, elaboran la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y otros organismos no públicos dedicados a la defensa de la amplia gama de derechos que están dentro de los fundamentales. El enfoque de este capítulo es, por lo tanto, el de los derechos humanos. Hay diversas definiciones de los derechos humanos (DH), que ponen el énfasis en conceptos controversiales tales como "persona humana", "libertades fundamentales", "dignidad humana", y otros. Incluso una definición más concreta de los derechos humanos no evadiría el contenido ético de su ámbito explicativo. En rigor, los derechos humanos significan libertades para las personas o individuos; se trata de substanciar al ser humano como ser intrínsecamente moral, con prerrogativas, facultades y dignidad. Carecer de estos aspectos, sería negar la personalidad humana.

El ejercicio de los derechos humanos, su posesión, es imprescindible para vivir. La reclusión en un centro de compurgación de penas, de prevención, de asilo o de tratamiento, no es causa de pérdida de esos derechos, puesto que son irrenunciables. De modo que la vieja concepción de ruptura del delincuente con el contrato social y por tanto la suspensión total de los derechos es inaplicable con la concepción enunciada. Los *Ombudsman* basan su intervención en esos valores para proteger a los individuos del ejercicio indebido de la fuerza del Estado.

La penitenciaría para adultos

Existen numerosos diagnósticos sobre el sistema penitenciario en el país. Por lo tanto, en este apartado se recogen los aspectos principales de esos diagnósticos y se proporcionan datos recientes sobre el tema.

Diversas instituciones gubernamentales, académicas y sociales en todo el mundo han puesto de manifiesto su preocupación por la situación de las prisiones en el mundo debido principalmente al sistema de justicia penal contrario a la eficacia, a la solvencia moral y al respeto de sus derechos humanos. Aún más, para los ciudadanos comunes y corrientes, el sistema de justicia penal promueve la impunidad, no previene el delito y carece de un sistema efectivo de atención a las víctimas de la delincuencia.

Existe, además, un debate alrededor de los sistemas de justicia penal que presenta rasgos de frustración ante la ineficacia de las acciones para detener el delito en todas sus manifestaciones. Los distintos resultados de esos debates no estructurados (por el motivo de que no se encauzan por el diálogo experto, sino por las percepciones a veces anecdóticas de los protagonistas) son encaminados a promover acciones precipitadas, muchas veces diseñadas para dar respuesta a los reclamos mediáticos, y que se expresan en el hecho de la implantación de métodos de control de la delincuencia violatorios de garantías y derechos ciudadanos; dichas medidas, con las diferencias del caso, se sustentan en la dureza de la acción policial como forma de control y con las supuestas ventajas de un gobierno firme. La "tolerancia cero" es su expresión más conocida. Y todo esto ocurre cuando los conocimientos sobre los sistemas de justicia penal, de la delincuencia y del orden institucional son importantes, ricos en la variedad de sus aportaciones y en los cuales se inscriben "acuerdos" o entendidos sobre lo que se debe hacer y sobre lo que se debe evitar.

El sistema penitenciario mexicano es resultado de una variada gama de decisiones que se han tomado desde el siglo XIX, influidas por el espíritu de la ilustración europea. No han faltado reformas al sistema y aún existen vestigios de la institución penitenciaria clásica. De los 450 centros de reclusión que hay en el país, perviven 4 de los siglos XVII y XVIII, 32 del Siglo XIX y 61 del periodo de 1901 a 1940.

La situación actual de sobrepoblación carcelaria en México no es diferente de la que tienen muchos otros países en el mundo según tres indicadores que muestran diversos aspectos del problema del crecimiento de la población penitenciaria: el número absoluto de internos en las prisiones (preventivas y de sentenciados), la tasa de internos por 100 000 habitantes y la sobrepoblación relativa según la capacidad instalada de los reclusorios. Por ejemplo, la tasa de hacinamiento en México en 2002 era de 125%, similar a la de países como Estados Unidos de América (EUA) (107%), Bélgica (127%) y Brasil (155%). Sin embargo, hay diferencias al interior del país, al comparar con los mismos criterios las seis entidades federativas con mayores y

menores cifras en estos indicadores (cuadros IA, IB y IC).

El primer indicador muestra en números absolutos la cantidad de internos; es significativo porque refleja de manera palmaria, el esfuerzo *local*, económico y organizacional que se tiene que hacer para atender a una determinada población recluida; en la exploración de las cifras de este indicador México ocupa, en relación con Europa y América, el quinto lugar, antecedido por Ucrania, Brasil, Rusia y EUA, en orden ascendente. El costo del mantenimiento del sistema penitenciario de estos países es manifiesto, aunque la cifra norteamericana no tiene parangón: es poco más de 2 veces la de Rusia, cerca de 7 veces la Brasil, 10 y media veces la de Ucrania y 11.3 veces la de México. Haciendo este ejercicio de comparación en el caso de México, el número de internos del Distrito Federal (DF) es mayor 1.6 veces que en el Estado de México, 1.8 veces más que en Sonora y 2.5 veces más que en Jalisco. De seguir la tendencia al incremento de prisioneros, los costos del sistema serán verdaderamente insostenibles para algunas entidades.

El segundo indicador muestra el impacto de la institución en el ámbito poblacional; una mayor tasa de recluidos produce la impresión de una sociedad de delincuentes, con el control social asignado a la institución punitiva. Así, EUA ocupa el primer sitio con 715 internos por 100 000 habitantes; en esta comparación, nuestro país está situado en el grupo de aquellos cuyas cifras no alcanzan los 200 internos por cada 100 000 habitantes (cuadros IA y IB). No obstante, varias entidades federativas muestran cifras verdaderamente alarmantes como Sonora con 510, Baja California con 491 y Colima con 356. Además de que el crecimiento de este indicador en los últimos trece años ha venido incrementándose con gran velocidad.

La sobrepoblación en las prisiones es motivo de preocupación debido a que puede indicar hacinamiento dentro de los reclusorios, además de que con alta probabilidad consigna severas fallas en el sistema de impartición de justicia, en particular el endurecimiento de las penas de reclusión, y una baja efectividad de los sistemas judiciales para imponer penas distintas a la de prisión. El incremento acumulado de las personas que ingresan a las prisiones mexicanas es, en perspectiva, exponencial; en el futuro inmediato será difícil aumentar los lugares para recibir a una población con tan rápido crecimiento, estimados hacia el año 2003 en 40 000. La sobrepoblación no significa de manera directa que haya hacinamiento; éste se debe a otros factores, entre otros, a la existencia de privilegios en las cárceles. Sin embargo, la sobrepoblación relativa del sistema puede verse como un indicador de riesgo, asumiendo el supuesto de que, aunque hubiera igualdad en el trato a los internos, la cantidad de espacios necesarios siempre sería mayor a los disponibles.

La situación de las mujeres, los menores de edad infractores y los grupos vulnerables

Es un hecho conocido que la situación de las mujeres en las cárceles es desigual en cuanto al respeto de sus derechos. Se ha aludido a la circunstancia de que el número de reclusas, por ser mucho menor que el de los hombres, dificulta la construcción o el acondicionamiento de los espacios con las características que se necesitan para ellas. Los problemas de las mujeres en las prisiones son esencialmente diferentes a las del sexo contrario. De hecho, son internadas en el reclusorio con claras desventajas, como quedarán evidencias en la siguiente sección.

Como ya se dijo, es claro que las mujeres delinquen menos que los hombres; los índices delictivos son irrefutables. Hacia finales de 2002, había recluidas 7 484 mujeres, de las cuales alrededor de 35% estaba allí por delitos contra la salud, 38% por robo, 15% por homicidio y el resto por una gama amplia de otros delitos.

El porcentaje de mujeres recluidas en Centros de Readaptación es de 4.8% para el país, mientras que para las entidades federativas ese porcentaje oscila entre 8.3% para Querétaro a 2.5% en Oaxaca. La dispersión de los porcentajes es mínima, apenas 25% de variación.

En cuanto a los menores de edad infractores es importante señalar que, debido a las múltiples violaciones de los derechos humanos de los niños y adolescentes en los centros tutelares y a la inseguridad jurídica en la que viven su situación, diversas autoridades, investigadores y organizaciones civiles, han puesto especial atención a este grupo vulnerable.

Hacia fines de 2002, había recluidos en México (cuadro II), 44 030 menores en conflicto con la ley, de los cuales 91.6% eran del sexo masculino y el resto eran mujeres. De esos 44 030 menores, 34% estaban internados en Baja California, 9.3% en Nuevo León y entre 8% y 6% en el Estado de México, Jalisco y el Distrito Federal.

Las infracciones imputadas a los menores de edad van desde el homicidio calificado hasta el robo menor, las cifras son variables por estado, pero se aprecia la constante de uso de drogas por una cantidad considerable de éstos. Llama la atención la diferencia tan enorme entre Baja California con el resto de las entidades, diferencia que llega a ser de 175 veces respecto a Tlaxcala; con otras entidades las diferencias son de 3.6 veces respecto de Nuevo León, 4.1 veces respecto de Jalisco y 5.4 veces respecto del Distrito Federal. Lo anterior se debe fundamentalmente a la existencia de condiciones particulares en la frontera con EUA y a la alta incidencia delictiva en Tijuana.

Las estadísticas oficiales revelan la existencia de esos grupos dentro de los centros de readaptación, si bien no se conoce con precisión su situación en cuanto al resguardo de sus derechos fundamentales. Los datos generales de esa población, particularmente susceptible de ser vulnerada, es la siguiente: de los 24 799 internos con esta característica, 39% son discapacitados, 30% indígenas, 14% adultos mayores, 10% enfermos mentales e inimputables y 7% extranjeros.

Derechos humanos y violencia en los centros de reclusión

Adultos varones. La violencia es un hecho cotidiano en los centros de reclusión, aun con las salvedades no infrecuentes que se observan. Las características que adoptan las violaciones a los derechos humanos de los internos en el sistema penitenciario se pueden agrupar en las siguientes, sin que esta enumeración sea exhaustiva:

- Maltratos verbales y emocionales (amenazas, insultos, insinuaciones).
- Castigos corporales, encierro y aislamiento.
- Restricción de visitas, en particular de las íntimas.
- Falta de atención médica y odontológica.
- Instalaciones inapropiadas, con bajos estándares de obra civil.
- Hacinamiento y mala alimentación.
- Incertidumbre jurídica y falta de normas internas.

Un factor implícito del trato humano, que se deriva de la falta de capacitación del personal a cargo de las personas recluidas, es el sentido estigmatizante y discriminante que le dan al delincuente recluido. Dicha estigmatización y discriminación consiste en pretender que los internos, por su condición de personas en conflicto con la ley, no son merecedores de respeto. De hecho, los castigos y medidas disciplinarias cuando son aplicadas sin sustento normativo (por medio de decisiones arbitrarias y no basadas en ordenamientos claros) se justifican diciendo que era necesario implementarlas sin más por el carácter conflictivo del recluido.

Se han utilizado en la redacción de este capítulo 18 recomendaciones que la CNDH ha emitido desde el año de 1998 a abril de 2004, incluida la Recomendación General No 3. "Sobre mujeres internas en Centros de Reclusión de la República Mexicana", además de tres informes especiales, el de la región Loxica, de Oaxaca, sobre los reclusorios del D.F. y sobre los menores de edad infractores. Cada recomendación se sostiene jurídicamente con los diversos ordenamientos que existen en la materia, en primer lugar con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos[2]. El registro casuístico de cada una de las recomendaciones llevaría a una exposición larga e innecesaria, por tal razón, en este informe sólo se darán algunos ejemplos. Con la finalidad de abreviar se transcriben en el recuadro 1 una serie de fragmentos extraídos de las recomendaciones de la CNDH.

2 Las recomendaciones se encuentran completas en: www.cndh.org.mx

Recuadro 1. Violencia en los Centros de Readaptación Social

76/1998. México, D.F., 30 de septiembre de 1998.
Caso del Centro de Readaptación Social de Reynosa, Tamaulipas.

[...] En el escrito de queja, remitido a esta Comisión Nacional el 3 de febrero de 1997, por el Centro de Estudios Fronterizos y de Promoción de los Derechos Humanos, A.C., el interno Arturo García Martínez refirió que la mañana del 17 de enero de 1997 fue golpeado por el interno Lisandro López; que aproximadamente a las 19:45 horas de ese mismo día se presentó en la "comandancia" del Centro penitenciario para denunciar el hecho, lugar en el que el señor "Amaro", jefe de custodios, al escuchar su queja, lo esposó con violencia y lo arrojó contra la pared ocasionándole una lesión en la frente y en el labio superior de la boca, y que elementos de seguridad lo despojaron de unos guantes y una gorra y lo amenazaron con castigarlo; que enseguida cuatro custodios, dos de los cuales eran del "operativo de Ciudad Victoria", lo llevaron al "camión de los traslados", en donde lo arrojaron al suelo y lo patearon en la espalda y la cabeza, hasta las 20:50 horas, tiempo en el que lo regresaron a su celda.

87/1998. México, D.F., 31 octubre de 1998.
Caso del Centro de Readaptación Social Mil Cumbres, Michoacán.

[...] En la evidencia 5, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos documentó ampliamente los golpes a internos por parte de trabajadores de seguridad y custodia. Estos actos podrían explicarse, en parte, por el desconocimiento que tiene ese personal sobre los límites de sus atribuciones y por la falta de capacitación para poner en práctica mecanismos no violentos de aseguramiento de la disciplina y el orden. Sin embargo, no puede dejarse de considerar que, con mucha frecuencia, los encargados de la seguridad actúan así al amparo de sus superiores, ya sea porque todos comparten la convicción de que la violencia es parte de la disciplina o porque se someten a un absurdo principio de obediencia que les exige golpear si lo ordena el "comandante" o alguna otra autoridad (evidencia 4).

Es importante resaltar que las lesiones infligidas a los quejosos constituyen actos violatorios de la garantía prevista en el artículo 19, *in fine*, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en virtud de la cual las autoridades penitenciarias son garantes de la integridad y seguridad física y psíquica de las personas, ya que en dicho precepto se prohíben el maltrato durante la reclusión. Por ello, la calidad de garante puede apreciarse no sólo en un sentido personal, sino también en un plano institucional; las reglas que rigen la seguridad de los centros penitenciarios están sometidas a los principios de dignidad de la persona y al uso racional de la fuerza, por ello, quienes tienen la facultad para hacer cumplir la ley, por una parte dado a que se provea y a proveer lo que a ellos corresponda para proteger su vida y su integridad física, lo cual no conlleva facultad alguna para hacer un uso de la fuerza que no pondere el valor de los bienes jurídicos que se afectan con una determinada acción policial y los que se pretenden proteger o salvaguardar con dicha acción.

96/1998. México, D.F., 30 de noviembre de 1998.
Caso del Centro de Readaptación Social de Coatzacoalcos, Veracruz.

[...] Cabe mencionar que el señor Francisco Cano Torres, encargado de la limpieza del área de Observación y Clasificación, refirió que su labor consiste exclusivamente en proporcionar el material de aseo a los reclusos de nuevo ingreso; no obstante, los internos entrevistados en el área citada fueron constantes al mencionar que son obligados a realizar dichas labores, con la amenaza de ser golpeados; es decir, que los encargados ejercen violencia y no se limitan a asignar las labores de aseo, lo cual, por sí solo, es riesgoso en una institución penitenciaria.

Es preocupante que las autoridades del Centro de Readaptación Social de Coatzacoalcos, Veracruz, deleguen sus atribuciones a los reclusos, ya que ello puede ocasionar que tales funciones generen actos injustos que llegan a ser una fuente de abusos y corrupción, tal y como se aprecia en la evidencia 3 (hecho C, inciso ii).

La existencia de grupos de internos a los que se les permite ejercer influencia sobre los demás, restringe los espacios de acción de las autoridades legítimamente constituidas, y por consiguiente representa uno de los principales factores de violación de los Derechos Humanos en los centros penitenciarios, que sólo podrán ser eliminados cuando las autoridades de los reclusorios estén en disposición y en aptitud de asumir plena y responsablemente sus funciones, entre las que están aplicar las sanciones disciplinarias y, en suma, organizar la vida interior del centro, de tal manera que no queden espacios que permitan a los reclusos invadirlos. Es la permisividad y la inactividad de los cuerpos directivos y técnicos lo que da origen al autogobierno.

111/1998. México, D.F., 30 de diciembre de 1998.
Caso de los enfermos mentales internos en el Centro de Readaptación Social del estado de Tabasco.

[...] Los internos que presentan alteración o disminución de las funciones mentales son más vulnerables que los internos que no sufren padecimientos psiquiátricos, lo que significa que tienen menor capacidad de respuesta y adaptación al medio que los rodea, o que dicha respuesta es inadecuada. Esta situación se vuelve crítica en prisión, dadas las condiciones de violencia que en dichos lugares prevalece; por lo que esta Comisión Nacional considera que, dentro de las prisiones, el Estado está obligado a proveer, según tales condiciones adversas, el derecho a la salud de las personas que por enfermedad mental, la condición de reclusión, así como por el abandono familiar de que generalmente son objeto, están imposibilitadas de obtener por sí mismas la atención médica que requieren, justamente por su condición de presos y enajenados mentales.

22/199. México, D.F., 30 de marzo de 1999.
Caso de los internos de la Cárcel Distrital de Cintalapa de Figueroa, Chiapas.

[...] el artículo 9o. del Reglamento de los Centros de Prevención y Readaptación Social del Estado de Chiapas, que prohíbe toda conducta que implique el uso de la violencia física o moral o procedimiento que provoque cualquier tipo de lesión o menoscaben la dignidad de los internos; asimismo, el artículo 5o. de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que señala que nadie estará sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Por otra parte, el hecho de que a los internos de nuevo ingreso se les asignen labores de limpieza, es una forma de maltrato, ya que rebasa al simple trabajo en las instalaciones del Centro, que debe ser una responsabilidad compartida por los internos, pero siempre organizada por las autoridades penitenciarias, si no se trata de un trabajo que es agravado por la imposición de condiciones que lo vuelven más difícil o indigno por parte de quienes lo imponen para usarlo como una forma de castigo, o –como en el presente caso– para extorsionar a algún interno con la intención de cobrarle una cuota a cambio de no obligarlo a realizarla.

42/1999. México, D.F., 30 de junio de 1999.
Caso del Centro de Readaptación Social Nuevo León, Nuevo León.

[...] José Luis Ruiz Hernández, de 27 años de edad [...] discreta equimosis en párpados superiores, ahora con un color violáceo tenue, en el cuello del lado izquierdo lesiones dérmicas tendentes a desaparecer, en la región lateral torácica media axilar de ambos lados se duele a la exploración, hecho por lo que recomendé de inicio la toma de radiografías para descartar fractura, aún persiste el edema de cráneo en región occipitotemporal; menciono a usted la presencia de lesión en mucosa del labio superior e inferior. Lesiones que por su naturaleza no ponen en peligro la vida y tardan en sanar menos de 15 días, si no existe fractura. Conclusión: José Luis Ruiz Hernández sí presenta huellas recientes de violencia física, con un tiempo de evolución aproximado entre 48 y 72 horas anteriores a esta fecha.

Las recomendaciones emitidas por la CNDH sobre los reclusorios para adultos varones se han basado en las denuncias recibidas directamente y en una serie de visitas de supervisión a los CERESOS, CEFERESOS y cárceles municipales, mismas que son parte de sus programas institucionales. De las visitas y de las denuncias ha quedado claro que el sistema penitenciario mexicano acusa graves rasgos de desigualdad y que los factores sociales, económicos, jurídicos que influyen en él alcanzan a explicar gran parte de lo que ocurre. No obstante, destaca la consistencia y la generalidad de las violaciones que se cometen y que han sido enumeradas arriba y que son frecuentemente disculpadas por las autoridades debido a la carencia de recursos económicos para atender con dignidad las necesidades de los reclusos.

Los fragmentos transcritos en el recuadro 1, plantean diversas situaciones de violación de los Derechos Humanos de los internos en centros penitenciarios, tales como violencia física directa, el autogobierno y sus consecuencias en el mantenimiento del poder dentro de las instituciones, el maltrato a personas con problemas de salud mental o la asignación de tareas denigrantes a los reclusos.

Otras circunstancias hacen evidente que la negligencia y falta de profesionalismo de quienes están encargados de las instituciones penitenciarias tienen como efecto la violencia; ésta surge como la expresión de odios, de mantenimiento del poder y de la corrupción que prevalece en numerosos centros de reclusión. Un caso ejemplar es el que se relata aquí. El 19 de junio de 2000, la multicitada Comisión Nacional de los Derechos Humanos emitió la recomendación 04/2000, sobre el "Caso de los hechos violentos acaecidos en octubre y noviembre de 1999 en el Centro de Readaptación Social del estado de Tabasco (CRESET), con residencia en la ciudad de Villahermosa, Tabasco". En la síntesis del caso se dice:

[…] se acreditaron actos y omisiones por parte de los servidores públicos del Creset, particularmente de los señores [a], [b] y [c], quienes ocupaban los puestos de Director, Subdirector y Jefe de Seguridad, respectivamente, consistentes en la transgresión de lo dispuesto en el artículo 71 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tabasco, en virtud de la manifiesta falta de responsabilidad para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones, ya que durante los momentos de emergencia suscitados por la grave inundación que sufrió el penal a su cargo no lograron mantener el orden y control del mismo, ni tampoco salvaguardar la integridad física de los internos, de sus visitantes y del personal, situación que, lamentablemente, propició que los reos cometieran actos ilícitos, consistentes en ingresar al área de juzgados y, después de sustraer bebidas alcohólicas y armas punzocortantes, originar los disturbios del 22 de octubre y del 3 de noviembre del año referido, en los que perdieron la vida un total de 11 reclusos y varios resultaron lesionados.

En efecto, el Creset se había inundado debido a las fuertes lluvias acaecidas en los días anteriores a los disturbios; esta circunstancia evidenció, entre otros aspectos, las deficiencias de atención y de autoridad que se padecía. La comisión enumera 37 hechos que se dieron en el periodo que duró la situación de emergencia y que tuvieron como principal efecto los 11 reclusos asesinados. Es necesario subrayar que los conceptos de violación de derechos, maltrato y violencia que el *Ombudsman* sostiene y que no se limita a hechos consumados de agresión física o psicológica, sino a las determinaciones que se formulan y se ejecutan dentro de las propias instituciones públicas; las omisiones normativas, las carencias presupuestarias y la negligencia de los responsables, además de la falta de autoridad para conducir los reclusorios pueden tener como efecto la violencia, que en situaciones emergentes se exhibe crudamente.

Menores de edad infractores

En julio de 2003, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, hizo público un "Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de los Internos en los Centros de Menores de la República Mexicana". Este informe se derivó del Programa de Supervisión sobre el Sistema Penitenciario y de Centros de Internamiento, de la propia Comisión y tuvo como objetivo verificar las condiciones de vida de los internos y el respeto a sus derechos fundamentales.

El informe es prolijo en la descripción de las faltas o violaciones a los derechos de los recluidos en las instituciones tutelares; de la exploración realizada a los 54 centros para menores de edad existentes en 2002, se revelaron múltiples anomalías de muy diverso orden e importancia. Las visitadurías insistieron en explicar el marco normativo, nacional, internacional vinculante y el derivado de acuerdos, para demostrar, por la vía de los hechos, la violación a los más elementales derechos de los menores de edad bajo custodia en las instituciones del Estado y de las entidades federativas.

El panorama que describe el informe es desolador y se sintetiza en el cuadro III. La variedad de violaciones a los derechos de los menores de edad es numerosa. Como se puede apreciar se identificaron 177 casos de violaciones a los diversos capítulos de derechos que investigó la Comisión. Destacan por su frecuencia los relativos al cuidado de quienes están bajo tratamiento psiquiátrico, pues se descubrieron diversas medidas de tratamiento psiquiátrico no aconsejado, o la carencia de paidopsiquiatras para atender los casos numerosos de niños y adolescentes que se encuentran en esta circunstancia.

También es de llamar la atención la frecuencia de queja o inconformidad por la excesiva centralización de las instituciones, la que impide a las familias un contacto más frecuente y apropiado con los reclusos. Otro ítem importante en cuanto a número fue la deficiencia de las instalaciones de los centros, la no separación por sexo y la falta de medicamentos, etcétera. En cuanto a las entidades más frecuentemente mencionadas, destacan Veracruz, Chiapas y Quintana Roo, seguidas por Tamaulipas, Nayarit, Chihuahua y Michoacán.

Además, las medidas disciplinares aplicadas en contra los menores de edad violan de manera flagrante diversos acuerdos internacionales:

Un punto esencial que por ningún motivo debe faltar en dichos cuerpos normativos es el relativo a los correctivos disciplinarios, pues se debe tener especial cuidado en que su aplicación no constituya un trato cruel, inhumano o degradante, de conformidad con el Artículo 37 a, de la Convención sobre los Derechos del Niño; y que bajo ninguna circunstancia se permita que los niños sufran sanciones de carácter corporal, tal como lo señala el numeral 17.3 de las "Reglas de Beijing".

Un caso ejemplar por sus consecuencias en la opinión pública nacional e internacional y por las repercusiones que debería tener en todo el sistema de atención a los menores de edad en conflicto con la ley, es la Recomendación 10/2004 emitida el 23 de abril de 2002.

Dicha recomendación trata "Sobre el caso de violaciones a derechos humanos de los menores internos en la «Escuela de educación social para menores infractores» del estado de Yucatán, en la ciudad de Mérida." En la síntesis de la recomendación se señala:

Del resultado de las mismas –se refiere a las visitas realizadas por la CNDH, así como del análisis de la documentación remitida a este Organis-

mo Nacional, por las autoridades responsables– se acreditó la existencia de diversas acciones y omisiones, tales como la aplicación de castigos denigrantes, humillaciones, golpes y malos tratos; el internamiento de menores en la citada Escuela a los que el Consejo Tutelar les había determinado una medida de tratamiento en externación, así como de otros que no se encontraban a disposición de dicha autoridad; la inadecuada integración y falta de resoluciones de los procedimientos de los menores y la aplicación indiscriminada de medicamentos psicotrópicos, para controlar problemas de conducta; actos que constituyen violaciones a los derechos humanos de los menores internos en la citada Escuela, en particular a los derechos relativos a que se respete su integridad física, a recibir trato digno, de libertad, de legalidad, de seguridad jurídica, de debido proceso legal y a la protección de la salud, previstos en los Artículos 4º, párrafo tercero; 14; 16, párrafo primero y 19 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; todos ellos en relación con los párrafos sexto y séptimo del Artículo 4° de la Carta Magna.

Las diversas quejas y denuncias recibidas por la Comisión señalaron la violencia sistemática con la que eran tratados los menores de edad dentro de las instalaciones de la "escuela"; la violencia ejercida no fue sólo física, sino intimidatoria y emocional; al hacer un recuento de las denuncias que motivaron la actuación de la Comisión, se dice lo siguiente:

Al respecto, la referida quejosa señaló, en síntesis, que se daba la aplicación de castigos inhumanos a los niños, consistentes en insultos, golpes y encierro prolongado; particularmente, afirmó que dicha servidora pública obligó a un menor a vestirse de mujer y a dormir en el área de las niñas; a (1) la encerró dos días en el criadero de cerdos, y durante ese tiempo no le dio alimentos; a (2) junto con otras tres menores, les suministró medicamentos que las mantuvieron dormidas durante tres días; a (3) la encerró durante dos meses en un cuarto de tres por tres metros, la obligó a beber orina y le cometió abusos sexuales, y que (4) permaneció un tiempo excesivo en la escuela, más allá del establecido por el Consejo Tutelar de Menores Infractores. [...] El 30 de julio de 2001 se recibió en esta Comisión Nacional un escrito a través del cual la señora María Cristina Muñoz Menéndez amplió su queja, precisando que los familiares de la menor (5) se presentaron en las oficinas de esa organización señalando que ésta fue amenazada por los médicos y psicólogos de la escuela, en el sentido de que le sería inyectada sangre infectada con el "Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA)"y que se le practicaría una operación en el cerebro; además, indicaron que no recibía alimentos por lapsos de tres días y era golpeada con un tubo de "poliducto".

Las investigaciones realizadas acreditarían estas violencias y otras violaciones a los derechos humanos de los menores allí encerrados; aparte de los cinco menores aquí referidos, otros 12 señalaron la violencia cotidiana inflingida por la directora del centro. Incluso se logró captar diversas declaraciones de los empleados, como la del psicólogo que dijo textualmente "¿qué tanto podemos afectar los derechos humanos de los niños si los hincamos en el pasillo?".

El escándalo provocado por la recomendación de la CNDH y por las denuncias repercutió en la prensa internacional, al publicarse en el diario *The Washington Post* en noviembre de 2002 un artículo de Mary Jordan, *Mexico's children suffer in «little jails»*, que a la postre ganaría (junto con otros trabajos sobre la delincuencia y el sistema penitenciario mexicano, de ella y de Kevin Sullivan) el Premio Pulitzer 2003. En su artículo, Jordan relató el castigo infligido a una de las menores de edad, la referida número 1:

Las fechas de su maltrato [de la menor] permanecen grabadas en su memoria. El 27 de julio de 1999 entró al centro y Martel [la directora] cortó la mayor parte de su largo, brilloso y castaño cabello, dejándoselo muy corto y feo. El 9 de mayo de 2000 dijo, Martel [la directora] la metió a la fuerza a un corral mugriento y lleno de lodo donde pasó las siguientes tres noches durmiendo con 15 cerdos. "Puso comida de cerdo en mi cara," dijo Isis [la menor]. "Estaba loca."[…] Isis dijo que ella vio como otros niños fueron golpeados con tubos de goma y palos. Relató que algunos fueron amarrados a árboles, bañados con agua fría con una manguera y dejados de pie para dormir. (Traducción libre).

Los hechos relatados además de ser indignantes, también son muestra flagrante de un estado de cosas en el que se admiten prácticas dirigidas a hacer sufrir a las personas, en este caso menores de edad, que por estar recluidas quedan al arbitrio de la autoridad.

Mujeres

Elena Azaola ha descrito con detalle (Azaola 2001) la sospecha de desigualdad de género ante la ley en el caso de las homicidas. En su investigación, refiere el hecho incontrastable de penas más severas para las mujeres homicidas; en promedio, la sentencia para los hombres que han cometido homicidio es de 18 años, mientras que para las mujeres es de 23 años.

Aun reconociendo que el delito de homicidio es castigado con una variabilidad enorme, cuando se examinan las causas más precisas del homicidio cometidas por hombres y por mujeres, la diferencia permanece y podría llegar a ser hasta de 30% en contra de las mujeres. En el citado estudio, Azaola concluye así: "*Lo que este solo dato revela es que la sociedad exige, en este terreno, más a la mujer; está menos dispuesta a condonar sus faltas y considera que, por el mismo delito, merece un castigo más severo que el hombre*" (énfasis de la autora). Esta discriminación se da en el conjunto del sistema.

La desigualdad relatada por la autora no se da exclusivamente en el sistema judicial. También dentro de los centros penitenciarios, en los que se acentúan la conducta generalizada de discriminación y las desigualdades de género. Por tales razones, la CNDH emitió, el 14 de febrero de 2002, la Recomendación General No. 3 "Sobre las mujeres Internas en Centros de Reclusión en la República Mexicana." La comisión efectuó 311 visitas de supervisión durante los años 2000 y 2001 (en 24 estados de la república); en la síntesis de la recomendación se señala:

En 124 de ellos [de los 311 reclusorios supervisados] se constató que había población femenil, así como situaciones que revelaron diferencias en las condiciones de vida en reclusión entre las mujeres y los varones, así como violaciones a los derechos fundamentales de aquéllas.

Las condiciones de vida en reclusión de las mujeres y los varones, al ser injustificadamente distintas, ponen de manifiesto la mayor vulnerabilidad que, sólo por razón de género, tienen las internas (recuadro II). Esa mayor vulnerabilidad se concreta porque están excluidas o, al menos, no cuentan con iguales oportunidades que los varones para acceder a determinados derechos que tienen reconocidos. La vulnerabilidad de las mujeres se extiende a sus hijos que permanecen con ellas en la prisión, pues sólo, excepcionalmente, cuentan con los satisfactores adecuados y necesarios para su sano desarrollo.

En efecto, de las evidencias que obran en las actas circunstanciadas de las visitas, se comprobó la existencia de violaciones a los derechos de igualdad de las mujeres ante la ley, de la protección de su salud, de que el Estado provea lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad y el ejercicio pleno de los derechos de los niños y niñas que permanecen con ellas dentro de la prisión, de estar recluidas en lugares diferentes a los de los hombres, de realizar las actividades exigidas para su reinserción social y de que no se les infieran molestias sin motivo legal.

La lista detallada de las violaciones es similar a la ya expuesta para los varones; no obstante, las diferencias aludidas de sexo evidencian que el derecho a la igualdad de trato es prácticamente nulo en casi todos los centros penitenciarios en los que existe población femenina.

Las mujeres son particularmente vulnerables por sus características sexuales que requieren un trato diferencial en la atención de su salud; esa característica las hace también vulnerables a la corrupción por favores sexuales y a una mayor explotación laboral y a una menor oportunidad de readaptación por las exclusiones sistemáticas para recibir educación o para desenvolverse en espacios apropiados. Estos datos empíricos, recogidos por las visitadurías de la comisión han sido evidenciados por diversas organizaciones civiles y por las propias reclusas. El énfasis puesto en la equidad de género es necesario, pues dentro de los reclusorios los sujetos privados de la libertad desarrollan conductas contrarias al mantenimiento de su propia dignidad y la de los otros. En estas condiciones se fortalecen las conductas machistas y discriminantes contra las mujeres que son presa de abusos sistemáticos. Dice la recomendación:

Así pues, se cometen abusos en contra de las reclusas, los cuales son realizados o permitidos por las autoridades de los penales, o por las internas con poder dentro de los centros penitenciarios. Esta situación lleva a que se les ocasione un perjuicio económico o físico, vulnerándose, de esta manera, la dignidad de las internas, que es el derecho humano por excelencia.

Recuadro 2. Mujeres en prisión y salud mental

Los problemas de salud mental tienen relación con la pérdida de la libertad en dos sentidos: como antecedente y como consecuencia, lo cual se evidencia en los siguientes puntos:

- La visión de la mujer delincuente como diferente y peligrosa favorece la "indiferencia moral", facilita el abuso de poder y las atrocidades que dificultan la readaptación social.

- La frecuencia del antecedente de abuso sexual en la mujeres reclusas hace que la vida diaria en la prisión re-exponga a las mujeres a esa experiencia, lo cual explica en buen parte las reacciones de violencia, depresión, automutilación y suicidio en las cárceles, dado el proceso de retraumatización que sufren durante el encierro.

- Las privaciones propias de la pérdida de la libertad pueden constituir una seria agresión a la personalidad y la autoestima, siendo la separación de lo hijos uno de los mayores disparadores de depresión.

Fuente: Romero-Mendoza M. 2004. Coordinadora. Mujeres en prisión: una mirada a la salud mental. México DF: Gobierno del Distrito Federal/Instituto Nacional de Psiquiatría.

3. Violencia y quebrantamiento de los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos

La preocupación por la salud mental de la población ha venido creciendo en los años recientes. La publicación del Informe 2001 de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2001) dedicado al tema, mostró la necesidad que existe por atender las diversas patologías y conductas que se agrupan como trastornos mentales. Siguiendo la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE-10, la OMS distingue 11 grupos de trastornos mentales (OMS 2001), presentados en el recuadro 3.

Es evidente que la variedad de conductas y patologías así agrupadas requiere para su atención una multiplicidad de políticas, estrategias y acciones de diversa naturaleza, alcance y enfoque terapéutico. La efectividad de las acciones está en relación directa con el enfoque que se adopte para distinguir entre síntomas y discapacidades y también entre políticas integrales o segmentadas, y en la solvencia de la innovación terapéutica.

La heteróclita clasificación de los trastornos mentales lleva a considerar la salud mental como una serie de objetivos, estrategias y acciones de atención, cuya finalidad es prevenir y controlar esa variedad de síntomas e incapacidades que presentan las personas. Se trata de dar respuesta a una gama extensa de conductas y patologías a veces insuficientemente exploradas y conocidas, presentes frecuentemente en la población y que en múltiples ocasiones pasan desapercibidas.

Recuadro 3. Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central. Organización Mundial de la Salud

Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos, por ejemplo, demencia de la enfermedad de Alzheimer, delirio.

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, por ejemplo, uso nocivo del alcohol, síndrome de dependencia de opiáceos.

Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, por ejemplo, esquizofrenia paranoide, trastornos delirantes, trastornos psicóticos agudos y transitorios.

Trastornos del humor [afectivos], por ejemplo, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo.

Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, por ejemplo, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos obsesivo-compulsivos.

Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, por ejemplo, trastornos de la ingestión de alimentos, trastornos no orgánicos del sueño.

Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos, por ejemplo, trastorno paranoide de la personalidad, transexualismo.

Retraso mental, por ejemplo, retraso mental leve.

Trastornos del desarrollo psicológico, por ejemplo, trastornos específicos de la lectura, autismo infantil.

Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, por ejemplo, trastornos hipercinéticos, trastornos de la conducta, trastornos por tics.

Trastorno mental no especificado.

De las instituciones encargadas de atender trastornos mentales, el hospital psiquiátrico goza de desigual fortuna pública; la percepción sobre su valor social y sobre la necesidad de su predominio, –al menos en su diseño más común–, se ha puesto en duda frecuentemente a lo largo de la historia. Los defensores de esta institución, como en general de la psiquiatría, han enfatizado los beneficios que el hospital y la disciplina han traído para incontables individuos. Los impugnadores, por su parte, no han cejado de insistir en el balance negativo de la institución psiquiátrica por los daños que ha infligido a las personas sometidas al juicio de los encargados, a la disciplina arbitraria y a la terapéutica empírica, carente de bases científicas.

Un clásico de la psiquiatría, Emil Kraepelin, al hacer un balance de la "medicina mental" del siglo XIX, escribió en 1917 (Kraepelin 1999:121):

La medicina mental practicada hace cien años, de la que acabamos de ofrecer un cuadro general, puede ser caracterizada brevemente por los rasgos siguientes: negligencia y trato brutal de los locos, falta de alojamientos adecuados y de asistencia médica, representaciones oscuras y aberrantes sobre las causas y la esencia de la locura, tortura de los enfermos por medio de medidas terapéuticas insensatas, a veces extravagantes y perjudiciales.

Luego de reconocer el valor de "los intentos de progreso" para atender bien a los pacientes, también reconoce las aportaciones de muchos médicos en la atención correcta y sin "prejuicios" de los enfermos. Pero como el propio Kraepelin sabía, lo anterior no había concurrido para alterar la suerte a favor de la "gran masa de los enfermos." Sin embargo, Kraepelin como otros reformadores, estaba de acuerdo y era entusiasta de crear establecimientos psiquiátricos, arquitectónicamente modernos y en los que estuvieran al frente alienistas reconocidos.

La suerte histórica que ha corrido el hospital psiquiátrico desde la aportación de Kraepelin y otros reformadores célebres, ha sido dispareja, en la que el balance, una vez efectuando excepciones y reconociendo logros, es más bien negativo. Esto se debe en gran medida a que las *prácticas instituidas* no han sabido reformarse con el paso del tiempo, ni tampoco ha habido respuestas oportunas a las diversas crisis por las que ha atravesado esta institución. A lo anterior se suman las políticas fluctuantes de los gobiernos, que han llevado a una indecisión palmaria para hacerse cargo debidamente de una reforma modernizadora, a fondo, largamente esperada por grupos sociales y activistas, médicos, personal técnico, pacientes y familiares.

Un balance actual de la institución psiquiátrica, se encuentra en el citado informe de la OMS, en el que se señala abiertamente lo siguiente:

Los fallos de los manicomios se evidencian en los repetidos casos de maltrato a los pacientes, el aislamiento geográfico y profesional de las instituciones y su personal, los deficientes sistemas de notificación y contabilidad, la mala gestión, la administración ineficaz, la insatisfactoria asignación de los recursos financieros, la falta de formación del personal y la insuficiencia de los procedimientos de inspección y de control de la calidad.

Como se verá más adelante, las aseveraciones de la OMS son congruentes con lo encontrado en la situación nacional.

La salud mental y su atención en los hospitales psiquiátricos

En una encuesta reciente de la OMS (WHO 2004) aplicada en 14 países para conocer diversos aspectos de la salud mental, se descubrió una alta prevalencia de trastornos mentales, concretamente los de ansiedad (*anxiety*), los de humor (*mood*), los de adicciones (*substance*) y los referidos a impulsos no controlables (*impulse-control*).[3] La prevalencia de los trastornos agrupados en "ansiedad" para México fue de 6.8%, en los incluidos en "humor" fue de 4.8%; adicciones 2.5% e impulsos incontrolados de 1.3%. Los valores más altos para cada grupo de trastornos fueron para EUA: 18.2%, 9.6%,3.8% y 6.8, respectivamente. Los más bajos correspondieron a Shangai 2.4%, Nigeria 0.8, Italia 0.1% y Nigeria con 0.0%.

La Secretaría de Salud de México ofreció, en el año 2002, 630 481 consultas de salud mental, de las cuales 442 722 (70.3%) fueron individuales y de éstas, 92.3% por "problemas mentales"; también, se realizaron poco más de 65 000 estudios psicométricos y 308 506 entrevistas; además, se atendieron 8 591 pacientes rehabilitados y 187 881 que concurrieron por primera vez ese año.

Por su parte, las unidades psiquiátricas otorgaron 337 393 consultas, de las cuales 52.7% fueron a hombres y el resto a mujeres; las especialidades requeridas fueron: paidopsiquiatría 27.1%, psiquiatría 59.7%, psicogeriatría 5.8% y otras 7.4%. Aunque la mayoría de las consultas fueron por atención psiquiátrica a lo largo del país, llaman la atención el Distrito Federal, en donde las especialidades demandadas se equilibraron un poco más, de tal forma que se otorgaron 45.7% de las consultas de paidopsiquiatría, 35.5% de psiquiatría y 5.6% de psicogeriatría. También se distinguen Yucatán, Sonora, Puebla y Durango (consultar la página web de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx).

La demanda persistente de servicios de salud mental se ha atribuido a las condiciones sociales prevalecientes de desencanto y falta de motivación de las personas para enfrentar una realidad que ofrece pocas oportunidades de empleo, de realización personal, de interés por asuntos duraderos y emocionalmente gratificantes. A esa sintomatología se añaden los factores condicionantes de la realidad, como la falta *concreta* de empleo o de alguna gratificación afectiva-emotiva; es decir, las personas se encuentran frente a una verdadera catexis incumplida o, en el mejor de los casos, derivada hacia la atención médica, como es claro al revisar las cifras anteriores. Lo cual no excluye el que las consultas se soliciten por problemas orgánicos y de la conducta, evidentes para los familiares o amigos y el especialista.

Al respecto, se puede cotejar el cuadro V del capítulo sobre violencia autoinfligida de este informe y la apreciación que se hace en el texto. El cuadro describe el uso de diversos servicios en busca de ayuda de aquéllas personas que intentaron suicidarse en los 12 meses previos a la encuesta de la que se deriva el cuadro. El 4.1% de los entrevistados dijo haber acudido a cualquier servicio, 36.5% a cualquier servicio de salud, 28.1% al psiquiatra, 11.6% al médico general y 30.6% acudió con algún "especialista".

3 En "anxiety" la OMS agrupa la agorafobia, el desorden generalizado de ansiedad, los trastornos obsesivos compulsivos, el estrés postraumático, la fobia social y la específica; en los trastornos de humor se incluyen los trastornos bipolares I y II, trastorno depresivo mayor, distimia; sobre los trastornos de impulsos no controlados, se incluye la bulimia, déficit de atención en niños y adolescentes, hiperactividad, etcétera; en los trastornos por adicción se incluye el abuso de alcohol y drogas ilícitas.

La demanda de servicios de salud mental, con todo y ser numerosa, no cubre aún el grueso de usuarios potenciales, en parte por las alternativas de atención que son socialmente avaladas (desde el consejo amistoso hasta las terapéuticas "alternativas") y en parte por el desconocimiento que se tiene de la existencia de especialidades dirigidas a atender problemas afectivos y emotivos.

Por otra parte, de las 21 causas principales de egreso hospitalario, el conjunto de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central ocupa el lugar número 7, precedido por causas maternas, diabetes, y otras relacionadas con urgencias, y es seguido por una serie de causas transmisibles y de otros tipos. Para ejemplificar, este conjunto de trastornos duplica en su tasa poblacional a las bronquitis y otras infecciones respiratorias agudas bajas, y es mayor en 60% que las enfermedades isquémicas del corazón.[4]

Al desglosar esta información por entidad federativa las diferencias encontradas se polarizan, pues el rango de las tasas poblacionales va de 20.4 egresos por 100 000 habitantes a 214.3. Las entidades con mayores tasas son: Distrito Federal 214.3, Sonora 183.6, Aguascalientes 157.2, Yucatán 148.1 y Baja California Sur 145.8 (cuadro IV). Con la finalidad de establecer una gradación de carga de morbilidad se efectuó una estratificación de las tasas de egresos, misma que se presenta en el mapa 1.

En el cuadro V se presentan las cifras de los egresos hospitalarios y los días de estancia promedio de la esquizofrenia y el retraso mental, según reportan las 27 unidades hospitalarias psiquiátricas del sistema de la Secretaría de Salud para el año 2003. Las cifras que se obtienen no dejan lugar a dudas: hay un conjunto de unidades que presentan mayores cifras promedio de estancia para el conjunto de trastornos y para los dos mencionados. Así, en los hospitales psiquiátricos "Parras de la Fuente", en Coahuila, "Samuel Ramírez Moreno", en el Distrito Federal, "Tolcayuca", en Hidalgo, "Dr. Adolfo M. Nieto" y "Granja La Salud", en el Estado de México, los internados permanecen allí durante muchos días, más de los que se indican en las normas y principios de atención de los enfermos mentales.[5]

Es probable que los datos anteriores reflejen el abandono que padecen miles de internos en los hospitales psiquiátricos. Es probable también que ese abandono se combine con circunstancias institucionales que impiden la liberación de muchos pacientes. De cualquier forma, los datos expresan un contrasentido de las políticas que tratan de reformar el modelo de atención a la salud mental, políticas que subrayan la necesidad de evitar el internamiento en beneficio de una atención ambulatoria y familiar, excepto en casos extremos.

4 Consúltese: Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística Vol. II. México, 2002.

5 Es claro que el promedio de días de estancia ignora los casos individuales y que un solo interno puede acumular la mayor cantidad; sin embargo, también se puede resaltar que en las unidades mencionadas la acumulación es significativamente mayor, lo cual podría indicar una mayor vulnerabilidad o abandono de los pacientes que están o han estado en ellas.

Derechos humanos y violencia en los hospitales psiquiátricos

Entre septiembre de 1993 y mayo de1999 la CNDH expidió 12 recomendaciones a diversas autoridades sobre supuestos casos de violación de los derechos humanos en hospitales psiquiátricos, centros privados o comunitarios y casas hogar para enfermos mentales. Las condiciones generales encontradas en las visitas de la CNDH se pueden resumir así:

- **Instalaciones**
  - Edificios inadecuados con graves deterioros físicos.
  - Áreas comunes (jardines, comedores, etcétera) en malas condiciones o restringidas.
  - Dormitorios y sanitarios en malas o pésimas condiciones.
- **Personal y organización**
  - Falta de personal especializado para las diversas áreas clínicas (médicos, psiquiatras, enfermeros, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales).
  - Falta de personal de vigilancia.
  - Falta de reglamento interno.
  - Carencia de actividades lúdicas y laborales.
  - Expedientes incompletos.
- **Recursos**
  - Escasez de medicamentos.
  - Falta de equipo e instrumental médico especializado.
  - Alimentación deficiente.

Sin ser exhaustiva, la relación anterior muestra las carencias a que se enfrentan cotidianamente la mayoría de las 50 unidades de atención psiquiátrica del país. Las denuncias que se han formulado en torno a los deficientes servicios de salud psiquiátrica se presentan socialmente como escandalosas, y se refieren a una o a un conjunto de privaciones a los que están sujetos los internados en esas instituciones.

En la extensa Recomendación **187/1993**. 21 de septiembre de 1993. Caso de los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno", en el Distrito Federal, se dice lo siguiente sobre los dormitorios:

En los dormitorios se encontró que las camas son de concreto, que éstas tienen cuatro argollas metálicas en los bordes laterales –que se usan para sujetar a los pacientes por las extremidades cuando están agitados– y que están provistas con colchón de hule espuma, y algunas con cobija. La iluminación natural es suficiente, pero la iluminación artificial y la ventilación no son adecuadas. Se halló falta de mantenimiento, en las ventanas los vidrios están rotos y la herrería deteriorada, lo que permite que del exterior entre agua y fauna nociva; las paredes están deterioradas y los techos húmedos. Además, carecen de higiene: se percibe un olor nauseabundo y en el piso hay restos de comida, basura, excreciones, moscas, ratas y cucarachas, esta Comisión Nacional de Derechos Humanos posee un videocassette de estas instalaciones.

Este nosocomio contaba, en el momento de la visita, con cinco pabellones y una capacidad para 470 pacientes (su ocupación era de 445); los visitadores revisaron aleatoriamente 47 expedientes médicos y entre otros datos importantes encontraron que la media de estancia "del grupo analizado fue de 96 meses con 16, lo que equivale a ocho años de internamiento", dos de los pacientes estaban allí desde que se había inaugurado el hospital en 1967.

En la recomendación **21/1994**. 9 de marzo de 1994. "Caso del Hospital Psiquiátrico Municipal de Tijuana, Baja California." se relatan diversas situaciones por las que atravesaba este establecimiento; en particular se recomendaba al gobernador la construcción de un nuevo hospital y la remodelación del existente con características modernas, además de que se cumplieran diversos requisitos para la atención adecuada de los internados. En el informe del año 2000, la CNDH consideraba como *parcialmente cumplida* la recomendación, debido fundamentalmente a que no se había ni siquiera estudiado la posibilidad de construir el nuevo hospital. De los diversos testimonios recogidos en la visita a este hospital, llama la atención las declaraciones de los internos:

Muchos de los pacientes entrevistados señalaron que se aburrían por no realizar ninguna actividad durante el día; incluso alguno se autocalificó como "prisionero de los médicos", otro agregó que "aquí estamos como vegetales, no hacemos nada". Varios internos señalaron que la comida que se les proporciona es insuficiente y poco variada. Como propuestas concretas, sugirieron que en la institución cuente con una televisión y una videocasetera, con reloj y calendario, "porque aquí nunca sabemos qué está pasando afuera, ni siquiera qué día es".

Con la finalidad de abreviar, se presentan en el recuadro 4 diversas situaciones de violación a los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos. Destaca la negligencia y el abandono[6] ante hechos indignantes como los relatados. Sobre los párrafos transcritos en este recuadro (y sobre el contenido completo de las mismas) se hace la siguiente observación: es una constante preocupación que las medidas de control de los pacientes agitados o en peligro (aislamiento, sujeción física, terapia electroconvulsiva, etcétera) se ejecuten apegadas a derecho y en cumplimiento de las normas técnicas vigentes, además de que se evite la creencia de un supuesto beneficio terapéutico en la aplicación de esas medidas.

Las situaciones descritas en las recomendaciones están provistas de una valoración positiva hacia las conductas profesionales apegadas a normas y con sentido de solidaridad y compasión. Persiste un significado jurídico basado en el sentido común y una resistencia a la comprensión de realidades ajenas al cumplimiento de la ley. Su actuación casuística deriva en documentos reveladores de esa violencia "molecular" de la que se habló al principio de este capítulo.

6 La voz latina *negligentia* (*mirar con indiferencia*), se ha usado desde el siglo XIII y sus acepciones principales son descuido u omisión; en una acepción más reciente, se entiende por negligente el que no se aplica (se entiende que en alguna tarea o proyecto). Abandonar se ha tomado de una voz francesa y entre sus variadas acepciones se encuentra la de prescindir o no hacer caso de algo o alguien. En ciertos contextos, abandono puede ser sinónimo de negligencia.

Recuadro 4. Violencia en los hospitales psiquiátricos

Recomendación 56/1995. 25 de abril de 1995. Caso del Hospital Psiquiátrico "La salud Tlazolteotl", en Zoquiapan, Estado de México.

… i En el área de pacientes de difícil manejo se encuentran ubicados cinco pacientes que, según expresó el Director, fueron declarados imputables [sic] en procesos penales. Refirió que ingresaron al Hospital en junio de 1991, provenientes del Centro Preventivo y de Readaptación Social de Almoloya de Juárez y fueron internados a petición del Subdirector de Supervisión Operativa del Instituto de Salud del Estado de México. Señaló que la Dirección de Prevención y Readaptación Social del Estado ha asignado, para la vigilancia de estos pacientes, a dos personas que solamente cubren horarios nocturnos, ya que durante el día los enfermos desarrollan diversas actividades bajo el cuidado del personal técnico del nosocomio.

… ii Durante la supervisión, los visitadores adjuntos de esta Comisión Nacional, que son médicos de profesión, observaron que dos de estos pacientes sí poseen condiciones clínicas para su permanencia en este pabellón, no así los otros tres, quienes son capaces de autocuidado, no sufren de gatismo y tampoco son agresivos auto ni heterodirigidos.

… El hecho de carecer de reglamentación interna, como ocurre en el Hospital Psiquiátrico "La Salud Tlazolteotl" (evidencia 1), no permite que el personal de éste actúe sobre bases ciertas y que cumpla sus funciones con el debido rigor, lo que en definitiva redunda en perjuicio de los enfermos y de los propios trabajadores del establecimiento.

Recomendación 70/1995. 8 de mayo de 1995. Caso del Hospital Psiquiátrico Campestre "Dr. Fernando Ocaranza" en San Miguel Eyacalco, Hidalgo.

… El Director de la Institución informó que de la población actual, aproximadamente el 6% son enfermos con padecimientos psiquiátricos agudos y el 94% son pacientes crónicos que presentan un grado importante de deterioro y que requieren de atención individualizada. Entre los diagnósticos más frecuentes están el retraso mental grave y el profundo, la demencia presenil y la senil, crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas y el daño orgánico cerebral severo provocado por traumatismos craneoencefálicos o por el uso de substancias psicotrópicas… De las evidencias número 4 y 5 se acredita que el total de la población –289 pacientes– permanece hacinada en el pabellón 1. Si bien esta situación obedece a que los pabellones 2 y 3 han sido desocupados y que el 4 sólo se ocupa eventualmente para alojar a los enfermos infectocontagiosos debido al grave deterioro de sus instalaciones…

… En todos los casos de instituciones de internamiento, es obligación del Estado proporcionar condiciones de alojamiento dignas, particularmente cuando la estancia de la mayoría de los pacientes de un Hospital, como el que nos ocupa, suele prolongarse por años. En las evidencias 4 incisos i y iv, 5, 18 y 19, queda manifiesto que aun dentro de la restringida área que actualmente se ocupa en el Hospital, el número de camas es insuficiente, y falta dar mantenimiento a las instalaciones hidráulicas de los

baños, a la caldera y al equipo de la lavandería. De igual manera, en el área de distribución de alimentos las condiciones de higiene e iluminación son deficientes y en el comedor aún no se ha instalado el mobiliario adquirido…

Recomendación 115/1995. 21 de septiembre de 1995.
Caso del Hospital Psiquiátrico "Dr. Miguel Vallebueno", en Durango, Durango.

… Durante el recorrido por las instalaciones se encontró a dos pacientes en aislamiento, una mujer por agitación psicomotriz y un varón a causa de intoxicación por solventes. En las notas médicas de este último paciente, realizadas con fecha 17 de marzo de 1995, se expresa textualmente:

Ingresa [el 17 de marzo] paciente masculino... actualmente se encuentra tranquilo, orientado y coopera al interrogatorio por lo cual quiere desintoxicarse

1) Valoración por psiquiatría.
2) Sinogán 25, tabletas 0-0-1 (una cada 24 horas por la noche).
3) Aislado.
4) C. G. E. [cuidados generales de enfermería].

Para el día de la visita, 22 de marzo, no había historia clínica ni nota alguna que hiciera constar la valoración psiquiátrica del enfermo, y éste continuaba en aislamiento.

El Director informó que para la terapia electroconvulsiva, el Hospital cuenta con un aparato marca Mecta Corporation, modelo JR-2, de reciente adquisición, que se usa en casos de esquizofrenia y en procesos depresivos profundos. Para ello se requiere que el paciente se encuentre en ayuno –o que al menos hayan transcurrido dos horas desde la última ingesta– por lo que se le aísla durante las horas previas. Continuó expresando el Director que durante la sesión de terapia electroconvulsiva se encuentran presentes el psiquiatra, un médico general, una enfermera y el vigilante –quien tiene la función de auxiliar al personal paramédico en la sujeción del paciente–, y que la terapia se lleva a cabo sin anestesia, pues no se cuenta con equipo ni personal idóneo para aplicarla.

El visitador adjunto de esta Comisión Nacional pudo observar que el libro para registro de pacientes en terapia electroconvulsiva sólo contiene datos a partir de enero de 1995 y que, sin embargo, dos pacientes que habían recibido este tipo de tratamiento no se encontraban anotados. Asimismo, la revisión de los expedientes demostró que un caso carecía de la nota psiquiátrica correspondiente.

Finalmente, el Director informó que el servicio también se otorga a pacientes del sector privado, cuando así lo solicita el médico tratante…

Recomendación 117/1995. 21 de septiembre de 1995.
Caso del Hospital Psiquiátrico Campestre de Parras de las Fuentes en Parras, Coahuila.

En relación con las medidas empleadas en el Hospital para impedir que el enfermo se autoagreda o agreda a otra persona, los principios de Derechos Humanos en materia de atención de enfermos mentales señalan que se deberá elegir la opción menos restrictiva para el paciente. Debe quedar en claro que las medidas que se aplican con este objeto, incluyendo la sujeción a cama y el aislamiento –ambos por periodos breves– no tienen un carácter terapéutico, sino meramente precautorio, y mucho menos debe dárseles un sentido retributivo o sancionador ante conductas pasadas del enfermo que no representen un riesgo actual o inminente. Asimismo, las medidas de aislamiento o sujeción de un segmento corporal o de la totalidad del cuerpo como medio de control, deberán asentarse invariablemente en el expediente, seña-

lando su duración y previa revisión clínica del paciente, así como la adecuada vigilancia médica. El hecho de que en el Hospital de Parras de las Fuentes se aplique el aislamiento como medio de seguridad, sin considerar otras alternativas (evidencia 4), y que dicho aislamiento se practique en condiciones inadecuadas, como son cuartos que no tienen las paredes recubiertas para evitar daños al paciente y que se hallan en situación antihigiénica (evidencia 4), vulnera la dignidad de los enfermos…

02/1997. 3 de febrero de 1997.
Caso del Hospital Psiquiátrico de Jalisco, en Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco.

En el hospital se han dado diversas situaciones críticas debido al descuido por parte del personal médico y paramédico. Un menor que requería atención especial en virtud de que presenta conductas de autoagresión, perdió un ojo y en el otro su visión es limitada debido a los golpes. Una mujer murió ahogada en un tambo de agua; otro paciente, que presentaba vómitos continuos, falleció por broncoaspiración, y uno más se suicidó colgándose de los tubos de las regaderas. Asimismo, este descuido por parte del personal ha propiciado que durante las noches se den abusos sexuales por parte de los enfermos mentales más fuertes e, incluso, por parte del personal de enfermería.

Recomendación 37/1999. 29 de mayo de 1999.
Caso del Anexo de Psiquiatría del Hospital General de Ixtlahuacan, en Ixtlahuacan, Colima.

…Si se considera que uno de los criterios para el internamiento de un paciente en el hospital psiquiátrico se basa en que su padecimiento ponga en peligro su integridad física y su vida, así como la de las personas que lo rodean, resulta irresponsable que dentro del hospital no se adopten las medidas de seguridad necesarias para proteger a los pacientes,

Por otra parte, de la evidencia 1 (hecho A, inciso iii)) se desprende que en el anexo de psiquiatría no existen áreas de urgencias psiquiátricas ni de control de pacientes agitados, motivo por el cual se observó que éstos deambulaban por todo el establecimiento y compartían el espacio con los pacientes que han sido dados de alta, y que permanecen en el anexo en tanto su familia va por ellos.

Al respecto, es necesario mencionar que estas áreas son indispensables en una institución de especialidad, sobre todo si se trata de un establecimiento que atiende a enfermos mentales de la entidad, ya que el área de urgencias psiquiátricas permite atender de manera expedita los casos urgentes como, por ejemplo, la sobredosis de fármacos, el riesgo suicida y la agitación psicomotriz, entre otros; y la de control de pacientes agitados permite resguardar la seguridad física de los enfermos mentales en episodios agudos, y, por ende, con esta separación proteger a los pacientes que los rodean y al personal que los atiende.

No obstante, otras recomendaciones están al alcance de las autoridades responsables y no son atendidas con prontitud. Es por eso que al darles seguimiento algunas de ellas se encuentran sin resolución definitiva. Es preciso, además, tomar en cuenta que la resolución de las recomendaciones de la CNDH no se da de manera inmediata, puesto que muchas de ellas dependen para su atención de recursos financieros y presupuestales.

Entre las diversas propuestas que hace la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos para mejorar la atención de las personas que viven con enfermedad mental, en su "Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México", publicado en el año 2003, destacan las tres primeras:

1. El gobierno federal debe combatir el estigma que discrimina a estas personas con programas específicos para quienes trabajan en dependencias oficiales, para la familia y para la población en general. Es conveniente una capacitación especial de los maestros al respecto.

2. Debe impulsarse la capacitación de médicos en instituciones públicas y privadas para diagnosticar a los enfermos mentales. También debe capacitarse al equipo de atención: psiquiatras, psicólogos, cuidadores terapéuticos, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas de rehabilitación.

3. El gobierno federal debe realizar campañas permanentes de sensibilización para el paciente, los familiares, los acompañantes terapéuticos, el personal de enfermería y los amigos cercanos. Estas campañas deben dedicar una atención especial a las enfermedades que se han disparado, como la depresión y la esquizofrenia, que pueden desembocar en el suicidio.

Sobre la estigmatización de los enfermos mentales (particularmente de los esquizofrénicos) se ha escrito bastante y el tema es polémico no tanto porque se esté en desacuerdo en el combate del estigma y la discriminación, sino porque algunos autores han insistido en que la estigmatización comienza con la denominación de "enfermedad mental" a una serie de conductas y síntomas de los cuales se desconoce en buena medida sus causas (Sartorius 1998; Szasz 2001; Goffman 1980).

La estigmatización y la discriminación de las personas con enfermedad mental se observa desde la óptica de la salud pública como un obstáculo a la realización de acciones exitosas para una atención adecuada de esas personas. Pero, ¿cómo se define comprensivamente el estigma? Goffman y con él otros autores se esforzaron por presentar un cuadro detallado de las conductas de las personas "inhabilitadas para una plena aceptación social".

Si es verdad, como dice este autor, que el estigma deteriora la identidad, el yo, entonces es cierto también que la conducta estigmatizante y discriminatoria tiene un componente inseparable de interacción social con el estigmatizado. Al ser así, y al considerar que los enfermos mentales en sus relaciones en la vida diaria con familiares, amigos, terapeutas, médicos, grupos, etcétera, se comportan con la "etiqueta" de locos, desviados o extravagantes, es de la mayor relevancia que las acciones de concienciación pública (capacitación, habilitación, información) –entre profesionales o legos–, se basen en conocimientos apropiados para contender con esa interacción.

Respecto de la segunda propuesta del documento de la OACNUDH, se debe insistir en que la capacitación para el diagnóstico preciso de los numerosos trastornos psiquiátricos pasa por la formación de especialistas (psiquiatras, enfermeros, terapeutas, psicólogos).

Dicha capacitación debería realizarse en principio entre los encargados de prestar servicios de salud mental.

Sobre las campañas de sensibilización es preciso que las mismas estén diseñadas sin prejuicios profesionales, o de opinión común, evitando a toda costa los estereotipos que refuerzan la diferencia y por tanto el estigma, así como evitar el amarillismo. Habrán de ser variadas y creativas. Las informaciones que se promuevan deberán ser completas y evitar la parcialización o los encuadramientos publicitarios; es necesario ganar en precisión con sencillez sobre todo entre los maestros y los estudiantes.

Antes de finalizar este capìtulo, es necesario mencionar a las unidades de salud de los diferentes niveles porque en ocasiones representan espacios donde se ejerce la violencia hacia las usuarias y los usuarios con consecuencias que pueden llegar hasta la muerte. Todo ello a pesar de los programas y políticas para mejorar la calidad técnica y humana de los servicios institucionales, y de la denuncia y acompañamiento de organizaciones de la sociedad civil (recuadro 5).

Recuadro 5. Otras formas de violencia hospitalaria*

La violencia de género al interior de las prácticas institucionales de salud se evidencia en los diferentes espacios de atención, en las áreas llamadas "críticas" y, desde luego, en las relaciones internas de trabajo de la institución prestadora del servicio. Lo siguientes son sólo unos ejemplos que ilustran la existencia, la cotidianidad y la penosa invisibilización de este fenómeno que deteriora la calidad de vida y vulnera los derechos humanos, laborales, sexuales y reproductivos de las personas que confluyen en las instituciones de salud: el personal médico y la población usuaria. Se evidencia que la violencia de género es una problemática subyacente a las prácticas institucionales de salud y, por lo tanto, debe y merece de un complejo análisis de la estructura médico hospitalaria que naturaliza e invisibiliza las asimetrías de género, que asimila la cultura masculina y patriarcal imperante y que se basa en ella, como institución, desde la hegemonía del saber y el poder médico y desde la superioridad y el distanciamiento social del médico frente a la población usuaria.

En la consulta externa

Desde la llegada las personas son llamadas en voz alta, interpeladas a leer toda la documentación y a manejar la lógica operativa de la consulta: la fila para la toma de signos vitales, la fila para archivo, la fila para laboratorio, la espera al llamado de consulta, la fila para entrega de medicamentos. Al paciente se le culpabiliza por cualquier equivocación: los documentos incompletos, la toma irregular de medicamentos, la no mejora de la salud y se relacionan con descuido del paciente.

"Ella es doctora, la que no sabe ni donde vive, ni cuándo nació, ni cuántos años tiene. (Médico interno).

Es que es de Oaxaca, ellas no saben ni dónde viven (Médico adscrito)".

"Es que ustedes no dan bien sus nombres, por eso nos queda mal la papelería y nos toca volver a hacerlo todo y ustedes nos duplican el trabajo". (Enfermera de base).

"Las enfermeras de medicina preventiva regañan mucho a la gente, hubo una paciente de 17 años de edad con gemelos que ya tenía un bebé de dos años y la enfermera la regañó porque era madre soltera; le dijo que registrara a los niños con el apellido del papá para hacerlo responsable porque ella sola no podía con los tres hijos, aparte, que fuera pensando en operarse para no tener más hijos, incluso me preguntaron a mí, pero yo creo que eso sólo lo puede decidir es ella, si quiere tener 20 ella los puede tener, pero es ella la que debe decidir, porque esa no es la forma, la enfermera hasta terminó diciéndole que ahí estaba pagando la calentura". (Pasante de enfermería).

* Sara Yaneth Fernández Moreno. Tesis doctoral en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Xochimilco. Realizada en los hospitales de la red pública de atención del Gobierno del Distrito Federal. Actualmente en proceso de terminación. spartacolombia@yahoo.com.mx

La atención a los hombres

La atención a la población masculina en estas instituciones tiende a desatender los requerimientos específicos de los hombres que consultan; se les asume como miedosos, nerviosos y descuidados con su salud; en la consulta en pareja son las mujeres las que reciben las indicaciones de su cuidado, las restricciones y advertencias de los riesgos para la salud de sus compañeros; los compañeros que asisten a la consulta preventiva con sus compañeras no reciben información ninguna y son literalmente invisibilizados. Hay que tener en cuenta que los hombres que tiene acceso al servicio son minoría y la atención hacia ellos es puntual, las orientaciones son diferenciales y el distanciamiento e indiferencia por parte de los médicos perpetúa su aislamiento y distanciamiento de las instituciones de salud, convirtiéndolos en población vulnerable y vulnerada en términos de salud.

"...Vea, ese señor que vino no va a volver, está muerto del miedo, no va a operarse y le toca, pero no vuelve". (Médico tratante).

En la sala de trabajo de parto.

"Señora, estése quieta, se va a caer, mire no la vamos a poder atender si se mueve así, estése quieta, vamos a llamar a su familiar para que se la lleven; si es que se está moviendo mucho, parece un gusano". (Enfermera de base).

"- Si no puja le va a doler más, cada vez que usted deja de pujar le está quitando el oxigeno a su bebé y no meta sus manos que contamina el campo. (Médica interna).

- Es que me duele señorita. (Paciente).
- No le diga señorita; dígale doctora y respire bien para que pueda pujar; no grite y no se mueva para poderle poner anestesia". (Enfermera de base).

Relaciones laborales

Uno de los ejemplos de autoridad y de jerarquía profesional por parte de las médicas y de los médicos es la revista médica vista como un espacio genéricamente significativo: las mujeres estudiantes de medicina son llamadas médicos; la asistencia es multitudinaria y aunque se centre sobre los casos, no se refieren directamente a las personas usuarias sino que los pacientes son referidos como casos o como camas; la revisión de rutina es impersonal y llega a percibirse como mecánica; la celeridad del trabajo no da tiempos individuales para atención personalizada; tal vez quien más condiciones favorables tiene para desarrollarla sea el personal de enfermería, pero la cantidad de trabajo puede llegar a ser tanta que estos tiempos se restringen.

"Es que no se vale doctora, en la noche nos dejan sólo dos enfermeras en urgencias y una enfermera para atender cuarenta pacientes por servicio. La gente claro, doctora, se fija en lo que no se ve, pero no preguntan cuánta gente había para hacerlo". (Enfermera jefa de servicio).

"…es que este médico que le digo es imposible, tiene un carácter durísimo y cuando no me deja llorando a una paciente, me deja llorando a mi personal". (Enfermera jefa de servicio).

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

México ha hecho un esfuerzo considerable por modernizar sus sistemas de justicia y de salud. Las sucesivas administraciones públicas han reformado estos sistemas en varias ocasiones; dependiendo de las prioridades del momento, esas reformas han sido más o menos exitosas. Sin embargo, las emprendidas recientemente tocan el fondo de los problemas debido no sólo a una clara voluntad política de cambio, sino también al contexto social y político cada vez más exigente con los gobernantes. La democratización del país deberá alcanzar en un futuro próximo a cada institución particular de esos sistemas.

Las instituciones penitenciaria y psiquiátrica acusan rasgos de atraso y emergencia; ambas están sujetas a cambios en otros segmentos de sus respectivos sistemas. Así, la institución penitenciaria presenta problemas y dificultades en su funcionamiento debido en gran parte a los cambios en el sistema de impartición de justicia que presiona a la internación antes que a la excarcelación. Del mismo modo, la institución psiquiátrica presenta dificultades y problemas en su funcionamiento por la existencia de prioridades de salud que compiten con una planificación que produzca cambios duraderos.

No obstante lo anterior, ambos sistemas e instituciones se encuentran en proceso de reforma completa. Se pretende excarcelar a 17 000 sentenciados por penas menores y conmutar la pena por una compurgación ambulatoria y semilibre. En cuanto a los servicios de salud mental, particularmente los hospitales psiquiátricos, se formuló ya desde el programa de acción de salud mental la necesidad de abandonar paulatinamente el sistema asilar de internamiento, y en fechas recientes se ha puesto en marcha el Modelo Hidalgo, en Coahuila, y se anunció su implantación en otras entidades.

Las reformas de las instituciones penitenciaria y psiquiátrica son costosas y los efectos sólo serán perceptibles en el mediano plazo. Esas reformas incluyen la modificación de prácticas instituidas que fomentan la estigmatización y el control arbitrario de las personas que se encuentran bajo el resguardo y la tutela del Estado. Esta reforma interna deberá hacerse pública en la medida de los avances y los obstáculos que enfrente.

La situación de violación persistente de los derechos humanos dentro de esas instituciones pasa por una etapa de revelación pública y no sólo de denuncia. La información y la comunicación de masas sirve a la democratización de la vida pública, pero la efectividad de los cambios se promueve en esencia a partir del fortalecimiento de la participación social en las decisiones gubernamentales, en la creación y fortalecimiento de instituciones independientes que vigilen el cumplimiento de las leyes. La Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, los Consejos Técnicos de Reclusorios y Centros Tutelares, los Comités Ciudadanos de Apoyo en la vigilancia de los hospitales psiquiátricos, habrán de jugar el papel central en la realización de las reformas en marcha.

Recomendaciones

Ampliar y fortalecer los programas públicos y las estrategias encaminadas a la reforma de las instituciones penitenciaria y psiquiátrica; dotar a dichas instituciones de recursos financieros y económicos suficientes para su operación y modernización. Poner en marcha los nuevos modelos de atención para ambas instituciones.

Desarrollar acciones gubernamentales, con el apoyo de las organizaciones civiles, para remediar situaciones de urgencia en la atención de los derechos humanos de las personas internadas en centros de reclusión y en los hospitales psiquiátricos.

Instrumentar acciones para separar en el corto plazo a las personas que tienen una situación jurídica o médica diferente dentro de dichas instituciones.

Instrumentar nuevos programas de profesionalización y capacitación de los encargados de atender a las personas internas en centros de reclusión y hospitales psiquiátricos –incluidos médicos, enfermeras, técnicos, terapeutas, custodios, personal de seguridad y voluntarios–. Desarrollar un sistema de información moderno y accesible sobre las personas, la infraestructura y los recursos financieros y económicos con que cuentan los centros de reclusión y los hospitales psiquiátricos.

Levantar un censo en los hospitales psiquiátricos, las prisiones y centros tutelares para conocer con detalle las características de los internos. Obtener información precisa y sistemática de las medidas disciplinarias que se ejercen en las mencionadas instituciones.

Fomentar el desarrollo de investigaciones sobre los diversos espacios en donde se ejerce la violencia institucional, además de las prisiones y los hospitales psiquiátricos, tales como otro tipo de hospitales, los centros de trabajo y las escuelas.

Atender las necesidades de salud general y especializada dentro de los centros de reclusión y dotar a los servicios médicos de recursos suficientes, humanos y materiales.

A las medidas de preliberación, de libertad anticipada y de respeto a la remisión parcial de la pena, tendrán que sumarse en lo mediato mandatos de no internamiento para aquellos primodelincuentes cuyos delitos sean menores.

Referencias

Azaola E. 2001. El delito de ser mujer. México, DF: Plaza y Valdés.

Azaola E, Bergman M. 2003. El Sistema penitenciario mexicano. En: Reforming the administration of justice in Mexico. Center for U.S. Mexican Studies.

Bergman M, coord. 2003. Delincuencia, marginalidad y desempeño institucional. En: Principales resultados de la encuesta a población en reclusión en tres entidades de la República Mexicana: Distrito Federal, Morelos y Estado de México. México, DF: CIDE.

Bobbio N, Matteucci I, Pasquino G. 1981. Diccionario de Política. Dos volúmenes. México, DF: Siglo XXI.

Foucault M. 1980. La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta.

Goffman E. 1980. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman E. 1981. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

Kraepelin E. 1999. Cien años de psiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Lapassade G. 1977. Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia. Madrid: Granica.

Organización Mundial de la Salud. 2001. Los recursos de salud mental en el mundo. Resultados iniciales del Proyecto Atlas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Nota descriptiva nº 260, abril de 2001).

Organización Mundial de la Salud. 2001. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2002. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra: OMS.

Romero-Mendoza M. 2004. Mujeres en prisión: una mirada a la salud mental. México, DF: Gobierno del Distrito Federal/Instituto Nacional de Psiquiatría.

Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. 1998. Stigma: What can psychiatrists do about it? Lancet 352(9133): 1058–9.

Szasz T. 2001. Mental illness: Psychiatry's phogiston. En: J Med Ethics 27:297-301.

World Health Organization / World Mental Health Survey Consortium. 2004. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World. Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 291(21):2581-90.

Bibliografía recomendada

Azaola E. 1990. La institución correccional en México. Una mirada extraviada. México, DF: Siglo XXI.

Azzolini-Bíncaz A. 1997. Los derechos humanos en la prisión. México, DF: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Basaglia F, et al. 1983. Razón, locura y sociedad. México, DF: Siglo XXI.

Beccaria C. 1982. De los delitos y de las penas. Madrid: Aguilar.

Bentham J. 1979. El panóptico. Madrid: La Piqueta.

Burgos-Moreno M, Paravic-Klijn T. 2003. Violencia hospitalaria en pacientes. Ciencia y enfermería IX (1):9-14.

Carranza E, coord. 2001. Justicia penal y sobrepoblación penitenciaria. Respuestas posibles. México, DF: Siglo XXI.

Castel R. 1980. El orden psiquiátrico. Madrid: La Piqueta.

Cover R. 2002. Derecho, narración y violencia. Poder constructivo y poder destructivo en la interpretación judicial. España: Gedisa.

Esquirol É. 2000. Sobre las pasiones. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría.

Foucault M. 2001. Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. México, DF: Siglo XXI.

Gureje O, Odejide AO, Olatawura MO, Ikuesan BA, Acha RA, Bamidele RW, Raji OS. 1995. Results from the Ibadan centre. En: Ustun TB, Sartorius N, eds. Mental illness in general health care: An international study. Chichester: John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 157–73.

Illich I. 1975. Némesis médica. La expropiación de la salud. España: Barral Editores.

Instituto Nacional de Ciencias Penales. 2001. La víctima y su relación con los Tribunales Federales. Informe de la Comisión del Ministerio Público. México, DF: INACIPE.

Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A. 1992. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. Psychological Medicine Monograph, 20 (Suppl).

Jay-Gould S. 1997. La falsa medida del hombre. Barcelona: Drakontos, Crítica.

Laing RD. 1983. La política de la experiencia. Barcelona: Grijalbo.

Levav I, Gonzalez VR. 2000. Rights of persons with mental illness in Central America. Acta Psychiatrica Scandinavica 101: 83–6.

Lorenz K. 1981. Sobre la agresión: el pretendido mal. México, DF: Siglo XXI.

Marcos S. Coord. 1983. Manicomios y prisiones. México, DF: Red Ediciones.

Moctezuma-Barragán G. 2000. Derechos de los usuarios de los servicios de salud. México, DF: UNAM.

Orley J, Saxena S, Herrman H. 1998. Quality of life and mental illness: Reflections from the perspective of WHOQOL. British Journal of Psychiatry 172: 291-3.

Pavarini M. 1983. Control y dominación. Teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico. México, DF: Siglo XXI.

Rico JM, Chinchilla L. 2002. Seguridad ciudadana en América Latina. México, DF: Siglo XXI.

Rosenthal E, Sundram-Clarence J. 2003. International rights and mental health legislation. Washington, D.C: WHO.

Sánchez-Vázquez A, editor. 1998. El mundo de la violencia. México, DF. Fondo de Cultura Económica.

Saraceno B, Barbui C. 1997. Poverty and mental illness. Canadian Journal of Psychiatry 42: 285–90.

Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R. 1986. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. Psychological Medicine 16: 909–28.

Sartorius N, Janca A. 1996. Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 31(2): 55–69.

Szasz T. 1994. El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal. Buenos Aires: Amorrortu.

Tkachuk B, Walmsley R. 2001. World prison population: Facts, trends and solutions. En: The European Institute for Crime Prevention and Control. Paper No. 15. Naciones Unidas. New York: ONU.

Wacquant L. 2000. Las cárceles de la miseria. España: Manantial.

Wacquant L. 2001. Deadly simbiosis. When ghetto and prison meet and mesh. En: Punishment and society. London: Sage: 95-133.

Zepeda-Lecuona G. 2004. Crimen sin castigo. Procuración de justicia penal y ministerio público en México. México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Amnistía Internacional. 2002. ¿Un futuro sin esclavitud? En: Informes y visitas de Amnistía Internacional. AFR 38/003/2002/s. México, DF: AI.

Asociación Médica Mundial. 1995. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los problemas éticos de pacientes con enfermedades mentales. Bali: AMM.

Asociación Mundial de Psiquiatría. 1996. Declaración de Madrid, sobre las normas éticas de comportamiento de los profesionales de psiquiatría. Madrid: AMP.

Centro Internacional para Estudios Penitenciarios. 2002. Informe Anual. Londres: University of London.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH. 1998. Informe sobre los derechos humanos en México. Washington, DC: CNDH.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. 2003. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención Obstétrica. Conamed 8(3):27-40.

Comisión Nacional de Derechos Humanos CNDH. 2004. Informe de actividades. Del 1 de enero al 31 de diciembre 2003. México, DF: CNDH.

Comisión Nacional de Derechos Humanos CNDH. 2003. Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de los internos en los centros de menores de la república mexicana. México, DF: CNDH.

Consejo Internacional de Enfermeras. 1998. Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra: CIE.

Federación Mundial de la Salud Mental. 1989. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Declaración de Luxor. Luxor. Se hizo revisión en Auckland, Australia el 26/08/1989.

Fundación Mexicana para la Salud FUNSALUD. (s/f). La violencia y la salud pública en México, DF: Funsalud. México.

Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH). 2002. Violencia. Peligros ocupacionales en los hospitales. En: DHHS (NIOSH), 2002-101, abril 2002.

Liga Mexicana por la Defensa de los Derechos Humanos. 1997. Las condiciones de detención de las personas encarceladas. En: Observatorio Internacional de Prisiones. Informe 1997. México.

Mental Disability Rights Internacional. 2000. Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en México.

Organización de las Naciones Unidas. 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General, 10 de diciembre de 1948.

Organización de las Naciones Unidas. 1971. Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Proclamada por la Asamblea General en su Resolución 2856 (XXVI). Fecha de adopción: 20 de diciembre de 1971.

Organización de las Naciones Unidas. 1977. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. En: Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente. Consejo Económico y Social 663C (XXIV) del 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

Organización de las Naciones Unidas. 1979. Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Adoptado por la Asamblea General en su resolución 34/169, 17 de diciembre de 1979.

Organización de las Naciones Unidas. 1982. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982.

Organización de las Naciones Unidas. 1985. Declaración sobre los Principios Fundamentales de Justicia para las Víctimas de Delitos y del Abuso de poder. Proclamada por: Asamblea General en su Resolución 40/34. Fecha de adopción: 29 de noviembre de 1985.

Organización de las Naciones Unidas. 1985. Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de justicia de menores, «Reglas de Beijing». Proclamadas por: Asamblea General en su Resolución 40/33. Fecha de adopción: 29 de noviembre de 1985.

Organización de las Naciones Unidas (1988). Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión. Adoptado por la Asamblea General en su resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988.

Organización de las Naciones Unidas. 1990. Principios básicos para el tratamiento de los reclusos. Adoptados y proclamados por la Asamblea General en su resolución 45/111, de 14 de diciembre de 1990.

Organización de las Naciones Unidas. 1990. Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad. Adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990.

Organización de las Naciones Unidas. 1991. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991.

Organización de las Naciones Unidas. 1991. La protección de las personas que padecen enfermedades mentales y el mejoramiento de la salud mental. Resolución A/RES/46.119 de la AGNU (disponible en: http://www.un.org/ga/documents/ga/res/46/a46r119.htm).

Poder Ejecutivo Federal. 1999. Ley que establece las normas mínimas sobre readaptación social de sentenciados.

Poder Ejecutivo Federal. 1991. Ley Federal para prevenir y sancionar la tortura.

Presidencia de la República. 2003. Prevenir el delito con profesionalismo, honestidad y eficiencia, para garantizar la seguridad. En: Tercer Informe de Gobierno. Capítulo 3.6.1. México, DF: Presidencia de la República.

Secretaría de Salud. 2001. Programa Nacional de Salud, 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México, DF: SSA.

Secretaría de Salud. 2002. Programa de Acción: Salud mental. México, DF: SSA.

Secretaría de Seguridad Pública. 2004. Nuevo sistema nacional penitenciario. Propuesta. Boletín 052/04, Ciudad Victoria, Tamaulipas.

Wiskow C. 2003. Guidelines on workplace violence in the health sector. Comparison of major known national guidelines and strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California). Geneva.

Cuadro IA Indicadores de la población penitenciaria en México*

Población penitenciaria, 2003		Tasa de población penitenciaria, 2003 **		% de hacinamiento, 2002	
Nacional	183 547	Nacional	176	Nacional	125.0
Distrito Federal	22 661	Sonora	510	Nayarit	240.9
Estado de México	13 797	Baja California	491	Baja California	166.1
Baja California	13 679	Colima	356	Estado de México	164.5
Sonora	12 281	Tamaulipas	299	Sonora	145.0
Tamaulipas	9 129	Baja California Sur	262	Distrito Federal	136.8
Jalisco	9 066	Distrito Federal	257	Tamaulipas	136.5
Hidalgo	1 814	Aguascalientes	110	Veracruz	93.4
Zacatecas	1 426	Zacatecas	101	Querétaro	92.3
Baja California Sur	1 249	Estado de México	97	Nuevo León	91.7
Campeche	1 138	Guanajuato	92	Aguascalientes	90.8
Aguascalientes	1 118	Hidalgo	77	Campeche	72.7
Tlaxcala	729	Tlaxcala	70	Tlaxcala	64.8

* Se comparan los valores más altos y más bajos para el indicador
** Por 100 000 habitantes

Cuadro IB Indicadores de la población penitenciaria en América

Población penitenciaria		Tasa de población penitenciaria *		% de hacinamiento	
Estados Unidos de América [1]	2 078 570	Estados Unidos de América[1]	715	Estados Unidos de América[1]	107.1
Brasil [2]	308 304	Belice [13]	459	Honduras [16]	219.7
Colombia [3]	54 034	Panamá [14]	354	Belice [13]	219.4
Argentina [4]	38 604	Costa Rica [15]	229	Uruguay [11]	209.7
Chile [5]	33 098	Uruguay [11]	209	Bolivia [17]	167.7
Perú [6]	27 493	Chile [5]	204	El Salvador [19]	167.5
Venezuela [7]	19 554	Honduras [16]	172	Brasil [2]	155.4
Guatemala [8]	8 307	Perú [6]	104	Argentina [4]	140.3
Ecuador [9]	7 716	Bolivia [17]	102	Perú [6]	137.8
Nicaragua [10]	7 198	Venezuela [18]	76	Colombia [3]	136.5
Uruguay [11]	7 100	Paraguay [12]	75	Venezuela [18]	125.7
Paraguay [12]	4 088	Guatemala [8]	68	Guatemala [8]	114.8
Belice [13]	1 097	Ecuador [9]	59	Ecuador [9]	113.0

Elaborado con base en datos de: International Center of Prison Studies. www.kcl.ac.uk/depsta/rel/icps/home.html
* Por 100 000 habitantes
[1] 2003; [2] 2003; [3] 2001; [4] 2003; [5] 2002; [6] 2002; [7] 2003; [8] 2003; [9] 2002; [10] 1999; [11] 2003; [12] 1999; [13] 1999; [14] 2003; [15] 1999; [16] 2002; [17] 1999; [18] 2003; [19] 2002

Cuadro IC Indicadores de la población penitenciaria en Europa

Población penitenciaria, 2001		Tasa de población penitenciaria, 2001 *		% de hacinamiento, 2001	
Russia	971 496	Russia	671	Greece	158.0
Ukraine	198 885	Ukraine	406	Hungary	156.0
Poland	80 004	Latvia	364	Cyprus	154.0
Germany	78 707	Estonia	350	Romania	143.0
England and Wales	67 056	Lithuania	291	Italy	129.0
Turkey	61 336	Moldova	250	Belgium	127.0
Northern Ireland	877	Finland	59	Switzerland	76.0
Cyprus	369	Slovenia	58	Croatia	75.0
Luxembourg	357	Northern Ireland	52	Armenia	66.0
Malta	257	Cyprus	49	Andorra	60.0
Iceland	110	Albania	48	Northern Ireland	60.0
Andorra	48	Iceland	39	"The F.Y.R.O. Macedonia"	57.0

Elaborado con base en: Tournier, Pierre. Space I. (Annual penal statistics of the Council of Europe, 2001 Enquiry). European Committee on Crime Problems. Strasburg, 12 june 2002
* Por 100 000 habitantes

Cuadro II

Menores de edad infractores, ingresados al Consejo Tutelar para Menores, 2002

Entidad federativa	Menores infractores			Porcentaje por sexo		Porcentaje, según entidad federativa	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**44 030**	**40 328**	**3 702**			**100**	**100**
Aguascalientes	341	323	18	94.7	5.3	0.8	0.5
Baja California	14 949	13 942	1 007	93.3	6.7	34.6	27.2
Baja California Sur	481	443	38	92.1	7.9	1.1	1.0
Campeche	186	177	9	95.2	4.8	0.4	0.2
Chiapas	292	270	22	92.5	7.5	0.7	0.6
Chihuahua	630	522	108	82.9	17.1	1.3	2.9
Coahuila	841	770	71	91.6	8.4	1.9	1.9
Colima	872	769	103	88.2	11.8	1.9	2.8
Distrito Federal	2 760	2 526	234	91.5	8.5	6.3	6.3
Durango	193	170	23	88.1	11.9	0.4	0.6
Guanajuato	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0
Guerrero	414	384	30	92.8	7.2	1.0	0.8
Hidalgo	336	316	20	94.0	6.0	0.8	0.5
Jalisco	3 657	3 562	95	97.4	2.6	8.8	2.6
Estado de México	3 378	2 824	554	83.6	16.4	7.0	15.0
Michoacán	515	473	42	91.8	8.2	1.2	1.1
Morelos	558	528	30	94.6	5.4	1.3	0.8
Nayarit	233	215	18	92.3	7.7	0.5	0.5
Nuevo León	4 105	3 668	437	89.4	10.6	9.1	11.8
Oaxaca *	335	320	15	95.5	4.5	0.8	0.4
Puebla	401	360	41	89.8	10.2	0.9	1.1
Querétaro	1 127	1 001	126	88.8	11.2	2.5	3.4
Quintana Roo	180	157	23	87.2	12.8	0.4	0.6
San Luis Potosí	504	461	43	91.5	8.5	1.1	1.2
Sinaloa	517	497	20	96.1	3.9	1.2	0.5
Sonora	1 457	1 397	60	95.9	4.1	3.5	1.6
Tabasco	862	775	87	89.9	10.1	1.9	2.4
Tamaulipas **	1 916	1 644	272	85.8	14.2	4.1	7.3
Tlaxcala	85	76	9	89.4	10.6	0.2	0.2
Veracruz	536	483	53	90.1	9.9	1.2	1.4
Yucatán	240	217	23	90.4	9.6	0.5	0.6
Zacatecas	1 129	1 058	71	93.7	6.3	2.6	1.9

* No se incluyen 39 infractores, porque no se especifica el sexo
* * No se incluyen 62 infractores, porque no se especifica el sexo
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Anuarios estadísticos 2003.Treinta y dos volúmenes. Aguascalientes, 2003

Cuadro III Principales violaciones a los Derechos Humanos en los Centros de Menores Infractores

Entidad federativa	A. Derecho a recibir un trato digno					B: Derecho al Desarrollo Integral de menor				
	Total de ítems	Deficiencias en las instalaciones de los centros	Establecimientos similares a los reclusorios para adultos	Sobrepoblación	Golpes y maltratos [1]	Falta de clasificación y separación	Falta de motivación y actividades educativas	Falta de actividades ocupacionales	Falta de personal técnico	Centralización de los establecimientos
Total de Ítems	177	16	9	4	2	10	11	12	4	27
Aguascalientes	2									X
Baja California	7	X	X		X		X			
Baja California Sur	6		X			X				X
Campeche	5									X
Chiapas	10	X		X			X	X	X	X
Chihuahua	7	X				X	X			X
Coahuila de Zaragoza	5	X						X		
Colima	6	X					X			X
Distrito Federal	8	X	X	X		X [3]	X	X		
Durango	4	X								X
Guanajuato	3									X
Guerrero	4									X
Hidalgo	3									X
Jalisco	3			X					X	X
Estado de México	4					X				X
Michoacán de Ocampo	7	X				X				X
Morelos	5						X	X [4]		X
Nayarit	8	X					X	X		X
Nuevo León	6		X						X	X
Oaxaca	2									X
Puebla	3						X	X [4]		X
Querétaro de Arteaga	6						X	X [4]		X
Quintana Roo	10	X	X	X		X		X		X
San Luís Potosí	3									X
Sinaloa	3								X	X
Sonora	4	X	X			X				
Tabasco	7	X	X				X	X [4]		X
Tamaulipas	9	X	X			X	X	X		
Tlaxcala	5									X
Veracruz de Ignacio de la Llave	10	X			X	X		X		X
Yucatán	6	X						X		X
Zacatecas	6	X	X			X				X

Cuadro III Principales violaciones a los Derechos Humanos en los Centros de Menores Infractores (continuación)

Entidad federativa	C. Derecho a la protección de la salud			D. Derecho a la seguridad jurídica	E. Derecho a la igualdad		
	Falta de servicio médico	Escasez de medicamentos	Menores bajo tratamiento psiquiátrico	Falta de reglamento interno	No separación de sexos	Horarios compartidos entre sexos	Gravidez, maternidad [2]
Total de Ítems	2	14	22	10	15	12	1
Aguascalientes		X					
Baja California		X			X	X	
Baja California Sur		X	X	X			
Campeche			X		X	X	
Chiapas		X	X		X		X
Chihuahua			X	X	X		
Coahuila de Zaragoza	X	X	X				
Colima			X		X	X	
Distrito Federal	X	X		X 3			
Durango					X	X	
Guanajuato			X				
Guerrero					X	X	
Hidalgo		X	X				
Jalisco							
Estado de México		X		X			
Michoacán de Ocampo		X	X	X		X	
Morelos		X	X				
Nayarit			X		X	X	
Nuevo León					X	X	
Oaxaca			X				
Puebla							
Querétaro de Arteaga			X		X	X	
Quintana Roo		X	X	X	X		
San Luís Potosí		X					
Sinaloa			X				
Sonora			X	X			
Tabasco			X				
Tamaulipas		X	X	X	X	X	
Tlaxcala			X		X	X	
Veracruz de Ignacio de la Llave		X	X	X	X	X	
Yucatán			X		X		
Zacatecas			X	X			

Nota: Cuadro elaborado a partir del Informe especial sobre la situación de los Derechos Humanos de los Internos en los Centros de Menores de la República Mexicana. Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 8 de julio de 2003

1 Aun cuando sólo dos estados presentaron este problema de violación a los derechos humanos, nótese que 16 estados no contaban con Reglamento Interno y que esta circunstancia potencializa la posibilidad de abusos por parte de los encargados. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) hace un gran énfasis en la necesidad de reglamentos. Por otra parte, es lícito suponer que este aspecto de abuso no se declara fácilmente, ni por las autoridades, ni por los menores. La CNDH informa que, por tratarse de denuncias directas hechas a los visitadores, se procedió a las denuncias correspondientes

2 El informe refiere el caso de dos niñas recluidas con sus hijos en el estado de Chiapas y refiere, sin proporcionar el dato, a otras dos en esta circunstancia y a 13 en estado de gravidez cuando se hicieron las visitas

3 En el Centro de Diagnóstico y Tratamiento para Mujeres del Distrito Federal, se tiene el criterio de separación y clasificación

4 En los Centros de estas entidades se enseñaba a los menores a la crianza de animales de granja para autoconsumo y venta, pero son los propios menores los encargados de la matanza de esos animales; la CNDH enfatiza la necesidad de que se les exima de esa tarea

Cuadro IV

Tasas de morbilidad hospitalaria para los trastornos mentales, según entidad federativa, 2002

Entidad	Población	Egresos		Tasas por 100 mil habitantes		
		Todas las causas de morbilidad hospitalaria	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central	Todas las causas de morbilidad hospitalaria	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central	Porcentaje de TM-ESNC/MH
Total	103 039 964	4 228 621	81 941	4 103.9	79.5	1.94
Aguascalientes	995 441	55 971	1 565	5 622.7	157.2	2.80
Baja California	2 705 614	101 600	811	3 755.2	30.	0.80
Baja California Sur	463 617	30 567	676	6 593.2	145.8	2.21
Campeche	736 839	37 451	502	5 082.7	68.1	1.34
Chiapas	2 444 201	152 146	2 198	6 224.8	89.9	1.44
Chihuahua	569 244	36 075	668	6 337.4	117.3	1.85
Coahuila	4 231 931	111 989	1 261	2 646.3	29.8	1.13
Colima	3 251 773	130 926	2 063	4 026.3	63.4	1.58
Distrito Federal	8 812 585	690 274	18 884	7 832.8	214.3	2.74
Durango	1 535 788	84 113	1 661	5 476.9	108.2	1.97
Guanajuato	4 942 304	191 418	2 870	3 873.1	58.1	1.50
Guerrero	3 220 736	89 783	1 003	2 787.7	31.1	1.12
Hidalgo	2 329 806	86 779	1 438	3 724.7	61.7	1.66
Jalisco	6 638 523	296 180	8 184	4 461.5	123.3	2.76
Estado de México	13 983 714	257 472	2 846	1 841.2	20.4	1.11
Michoacán	4 181 275	138 853	2 238	3 320.8	53.5	1.61
Morelos	1 658 624	62 086	658	3 743.2	39.7	1.06
Nayarit	977 249	48 930	622	5 006.9	63.6	1.27
Nuevo León	4 045 812	193 367	5 314	4 779.4	131.3	2.75
Oaxaca *	3 641 774	104 760	1 773	2 876.6	48.7	1.69
Puebla	5 362 134	150 788	2 265	2 812.1	42.2	1.50
Querétaro	1 514 721	57 143	501	3 772.5	33.1	0.88
Quintana Roo	976 188	41 976	647	4 300.0	66.3	1.54
San Luis Potosí	2 373 030	96 769	1 765	4 077.9	74.4	1.82
Sinaloa	2 696 968	137 819	2 530	5 110.1	93.8	1.84
Sonora	2 370 065	133 917	4 352	5 650.4	183.6	3.25
Tabasco	1 996 050	84 688	1 718	4 242.8	86.1	2.03
Tamaulipas **	2 989 530	157 269	2 156	5 260.7	72.1	1.37
Tlaxcala	1 021 719	47 699	385	4 668.5	37.7	0.81
Veracruz	7 225 341	266 114	4 957	3 683.1	68.6	1.86
Yucatán	1 737 031	88 199	2 572	5 077.6	148.1	2.92
Zacatecas	1 410 337	65 500	858	4 644.3	60.8	1.31

Elaboración con base en: Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística Vol. II. México, 2002

Cuadro V

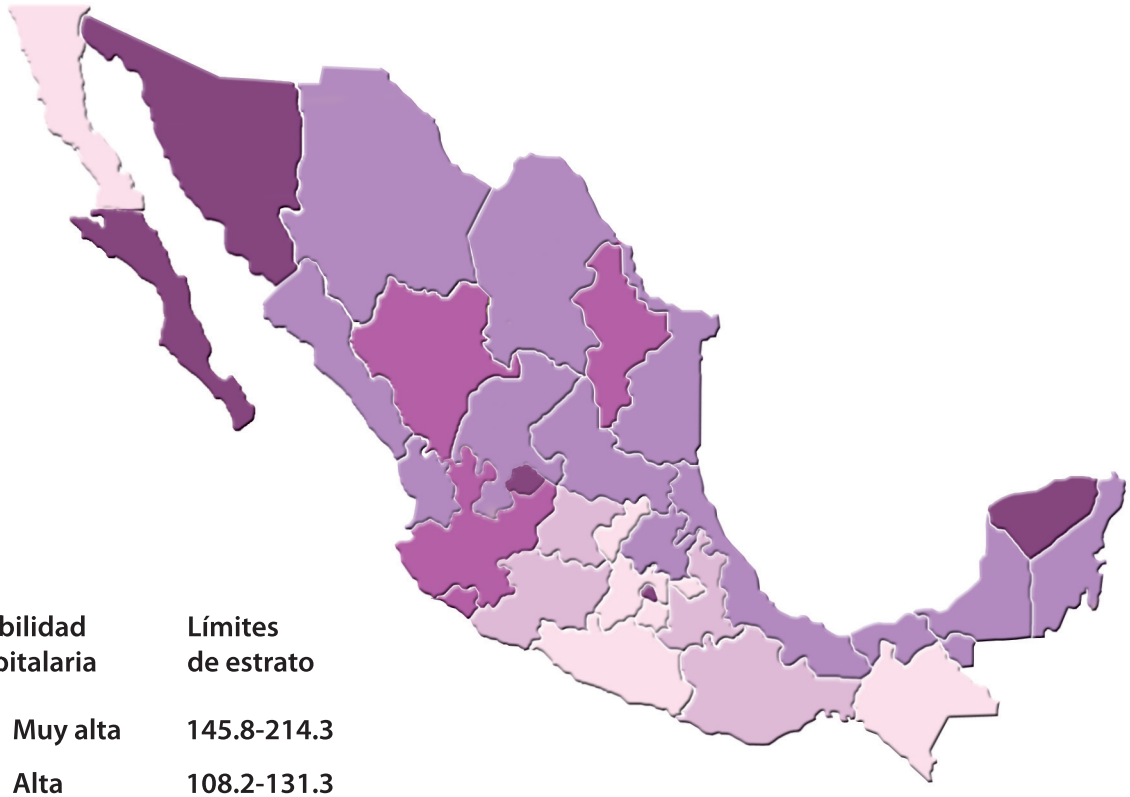
Egresos hospitalarios y días de estancia, según trastornos mentales, 2002

Causa	Total egresos	Total	Promedio
Todas las causas	**4 228 621**	**17 627 447**	**4.2**
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central	81 941	1 554 164	19.0
Depresión unipolar mayor	4 095	44 647	10.9
Trastorno bipolar	2 456	51 664	21.0
Esquizofrenia	9 904	455 485	46.0
Epilepsia	10 828	100 925	9.3
Uso de alcohol	8 096	45 977	5.7
Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del sistema nervioso central	4 400	83 752	19.0
Enfermedad de Parkinson	780	5 957	7.6
Esclerosis múltiple	1 341	8 742	6.5
Uso de drogas	4 418	86 197	19.5
Estrés pos-traumático	475	3 214	6.8
Trastornos obsesivo-compulsivos	87	2 191	25.2
Trastorno de pánico	118	410	3.5
Trastornos del sueño	17	60	3.5
Migraña	1 452	4 496	3.1
Retraso mental	946	238 853	252.5
Otros trastornos neuropsiquiátricos	32 528	421 594	13.0

Fuente: Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística Vol. II. México, 2002

Mapa 1.

Egresos hospitalarios por trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso central. México, 2002



Morbilidad hospitalaria	Límites de estrato
Muy alta	145.8-214.3
Alta	108.2-131.3
Moderada	60.8-93.8
Baja	42.2-58.1
Muy baja	20.4-39.7

Tasas por 100 000 habitantes



Violencia Colectiva

Violencia colectiva
Introducción

Francisco Pamplona

La preocupación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de otros organismos públicos y sociales por informar a la comunidad internacional sobre el contenido concreto de la violencia en las sociedades actuales es demostrar, con evidencia reciente y con un enfoque preventivo, los enormes costos humanos, sociales, políticos y económicos que implica.

El Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en la presentación del *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, publicado por la OMS a fines del año 2002, afirma que el siglo XX será recordado como el siglo de la violencia. Y en efecto, la duración de las consecuencias de dos guerras mundiales y de numerosas guerras localizadas, el progreso de la tecnología para utilizarla en contra de los seres humanos, la pérdida de la idea de comunidad y de respeto, han traído como resultado sufrimiento y dolor a decenas de millones de personas en un periodo histórico relativamente breve. A la violencia bélica, la más evidente y, desde cierta perspectiva, la más reprobable, se asocia el bajo desarrollo económico, social y político de extensas regiones del mundo, que produce tiranía, pobreza, enfermedad y hambre.

Tanto la guerra como el bajo desarrollo económico, social y político de las naciones son responsabilidad exclusiva de los Estados. Los habitantes de esos Estados se ven sometidos a participar – a través de una complicada red de intermediaciones estructurales– de los medios belicistas de leyes, instituciones y gobiernos; también, son las víctimas primeras de acciones contrarias a sus derechos como personas que ejerce el mismo Estado que debería proporcionarles resguardo y protección.

En el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* se desarrolla un esquema analítico para clasificar los diferentes tipos de violencia que se han identificado en una gran cantidad de fuentes especializadas, académicas y oficiales (de los gobiernos de los países o de organismos oficiales internacionales), así como de grupos vinculados a los diversos aspectos de la defensa de los derechos humanos y sociales, en particular, activistas de organismos no gubernamentales interesados en esta temática.

Por **violencia**, la OMS entiende: "Uso intencional 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". La clasificación de la OMS no pretende ser completa y los autores insisten en su carácter heurístico y descriptivo.

Dicha clasificación se propone también como una manera de articular el capitulado del propio Informe. Más allá de encontrar diferencias con la clasificación de la OMS, es importante identificar aquellos conceptos y temas ligados al amplio espectro de fenómenos que están relacionados con la violencia; más adelante se hace referencia a esta clasificación y a su importancia para este capítulo. De los tres tipos de violencia que distingue la OMS –la colectiva, la interpersonal y la autoinfligida– en este capítulo nos ocuparemos de la primera, definida así:

Violencia colectiva. Es definida por la OMS como "el uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo –ya sea transitorio o con una identidad más permanente– contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales".

La violencia colectiva, según la OMS, indica "los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado"; dentro de ésta, se identifican tres subtipos: la social, la política y la económica, todas las cuales se presentan en mayor o menor magnitud y con determinadas características en México. Sin embargo, sólo nos referiremos en este capítulo a la violencia colectiva en tres de sus manifestaciones, seleccionadas por su impacto sobre la salud y la vida de las personas: la derivada de la delincuencia, de los conflictos agrarios y de la migración.



Capítulo IX

Violencia, Delincuencia y Salud

Capítulo IX

Violencia, delincuencia y salud

José Antonio
López Ugalde

En este subcapítulo se define y describe la violencia vinculada a la delincuencia, se establecen sus posibles causas y se estima su magnitud. Para alcanzar dichos propósitos se ofrece un recuento de las fuentes de información nacionales y locales en la materia, se indican las limitaciones y alcances de los datos disponibles y se presenta información cuantitativa sobre la violencia delictiva y sus posibles efectos en la salud de la población. Por último, se formulan diversas recomendaciones orientadas a la prevención de esta forma de violencia.

Caracterización de la violencia vinculada al delito

La violencia ligada a la delincuencia es la que se produce en espacios de libre tránsito o de uso común tales como calles, carreteras, caminos, parajes, zonas despobladas y medios de transporte público. También puede manifestarse en espacios privados cuando, por ejemplo, el agresor penetra furtivamente en un inmueble u otro espacio privado con el propósito de cometer un delito.

Se trata de una forma de violencia de carácter interpersonal y no colectivo ni institucional. Es ejercida fundamentalmente por personas desconocidas para la víctima.[1] Los agresores no la ejercen movidos por reivindicaciones políticas o sociales, ni tampoco como un medio para afrontar o resolver conflictos personales con las víctimas. En general, este tipo de violencia debe entenderse como un efecto colateral de las acciones ilegales de carácter oportunista realizadas por los autores del delito, cuyo principal propósito suele ser la obtención de un beneficio inmediato de carácter económico, más que herir o matar a la víctima.

No obstante lo anterior, es importante considerar que al lado de la delincuencia ordinaria existen formas organizadas del crimen cuyas acciones de violencia se caracterizan no sólo por ser crueles e implacables, sino también reiteradas y metódicas. Estas formas de

1 La Segunda Encuesta Nacional sobre Inseguridad en las Entidades Federativas (ICESI, agosto de 2002), reveló que 84% de las víctimas del delito desconocía a su agresor. Este elemento constituye uno de los principales criterios para diferenciar la violencia delictiva de otras formas de violencia.

delincuencia están frecuentemente ligadas a los mercados ilegales (narcotráfico, robo de automóviles, contrabando de mercancías y tráfico de armas y de personas, entre otros), así como a otras actividades delictivas como el secuestro de personas.

En general, los delitos que eventualmente repercuten en la salud de las personas, debido a que entrañan conductas que ponen en riesgo la vida o la integridad física y psicológica de las víctimas, son: el robo con violencia, las lesiones dolosas, el secuestro, las amenazas y ciertos delitos vinculados con la delincuencia organizada y con las armas de fuego.[2]

El homicidio doloso es el efecto más visible de la violencia delictiva. Sin embargo, en ésta como en otras esferas, el número de muertes sólo representa "una ínfima parte de la carga total de la violencia".[3] Por cada muerte ocurren un número indeterminado de actos de violencia delictiva que derivan en lesiones u otras afectaciones a la salud, algunas de las cuales, por diversos motivos, nunca llegan a ser registradas por las instituciones del Estado.

Factores que favorecen la violencia delictiva

¿Qué factores conducen a las personas a cometer delitos violentos? ¿De qué modo y en qué medida el entorno alienta o condiciona los índices delictivos? Existe consenso en el sentido de que la violencia delictiva tiene un carácter multifactorial, es decir, que obedece a una combinación de factores sociales, económicos, familiares, educativos, psicológicos e, inclusive, biológicos. Sin embargo, los estudios empíricos en la materia varían enormemente al establecer en qué sentido y en qué medida existe una correlación entre los factores criminógenos y los crímenes violentos (Fajnzylber et al 1998).

Los factores que favorecen los crímenes violentos, según las opiniones especializadas, son: la marginación social, la desigualdad en la distribución del ingreso, el desempleo, los bajos salarios, la falta de oportunidades, la existencia de mercados ilegales, la sobrepoblación, la desintegración del tejido social, la violencia intrafamiliar, la corrupción de la vida pública, la falta de una cultura de la legalidad, la divulgación de imágenes de violencia y la justificación de ésta en los medios de comunicación y en la industria del entretenimiento, entre otros. Algunos estudios han señalado, en particular, que el estancamiento de la actividad económica guarda cierta relación con la tasa de homicidios (Fajnzylber et al 1998; Arraigada y Godoy 1999; Eberwine 2003). También se ha advertido que los índices delictivos tienen un comportamiento inercial, conforme al cual ciertas formas de criminalidad continúan activas independientemente de los progresos en materia económica (Zepeda 2003).[4]

2 La mayor parte de las conductas vinculadas a la noción de delincuencia están catalogadas en las leyes como delitos del fuero común, con excepción de los delitos contra la salud, los relacionados con las armas de fuego de uso exclusivo del Ejército, Armada y Fuerza Aérea y los vinculados con la modalidad de delincuencia organizada. Según se desprende del Cuarto Informe de Gobierno del Presidente Vicente Fox (septiembre de 2004), alrededor de 95% de los delitos denunciados en el país en los últimos años corresponde al fuero común, por lo que son investigados y perseguidos por los gobiernos de las entidades federativas. La información más relevante para el diagnóstico de la violencia delictiva es, pues, la que se genera inicialmente en las instituciones de seguridad y justicia de las entidades federativas. Si bien las circunstancias en las que son cometidos los delitos de violación y otros delitos sexuales están relacionadas en muchos casos con el fenómeno delictivo general, en este capítulo no se incluye el análisis de estas formas de violencia delictiva.

3 Palabras de Etienne Krug citadas por Eberwine, 2003.

4 Respecto a la inercia delictiva, Zepeda apunta lo siguiente: "llama la atención el que a pesar de que México presenta indicadores económicos menos desalentadores que los que predominaron entre 1994 y 1997, los niveles delictivos se mantienen altos".

La disponibilidad de armas de fuego, especialmente de armas cortas, también está ligada al incremento de agresiones violentas. Se ha calculado que en México las armas de fuego están asociadas con 60% de los homicidios (Moreno 2001).[5] Según un estudio de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) publicado en 2004, los homicidios con arma de fuego registrados en México en el año 2000 lo colocaron como el tercer país con mayor número de decesos por esa causa en América Latina.[6]

Otro factor criminógeno es el consumo de alcohol y drogas. Según la Segunda Encuesta Nacional sobre Inseguridad en las Entidades Federativas, en 4 de cada 10 delitos cometidos en el primer semestre de 2002 el agresor se encontraba aparentemente bajo el influjo de dichas sustancias en el momento de cometer el ilícito.

Diversos especialistas han sostenido que el mal desempeño de las instituciones de seguridad pública y de procuración de justicia, y los consecuentes índices de impunidad también son factores que alientan la comisión de delitos violentos. "Mientras que el promedio mundial de aclaración de homicidios intencionales es de 71%, en México es de 52%… En el mundo se aclara 68% de las lesiones intencionales y en México 21%… El promedio mundial de aclaración mundial de violaciones es de 59% y de 56% en México… La tasa mundial de castigo al homicidio doloso es de 62%, mientras que México es de 21%. En el mundo se logra castigar 30% de las lesiones dolosas y en México 9%… En general, en el mundo se castiga 39% de los delitos violentos y en México la tasa es menos de la mitad de aquélla: 17%" (Coparmex-Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal A C 2002). En los países que han conseguido estabilizar o mejorar sus indicadores económicos, el adecuado funcionamiento de dichas instituciones puede hacer la diferencia entre el éxito y el fracaso de las políticas de prevención del delito.[7]

El descontrol de algunos cuerpos policiales del país es también un importante factor criminógeno. Frecuentemente, agentes y ex agentes de las instituciones de seguridad pública y procuración de justicia, habituados a cometer impunemente acciones contrarias a la ley y a la dignidad humana, se involucran directa o indirectamente en acciones delictivas violentas. La delincuencia emanada de las propias instituciones policiales ha sido denominada "criminalidad oficial" o "delincuencia iatrogénica" (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México 2003; López-Ugalde 2003).

5 Según datos del Sistema Nacional de Seguridad Pública, la tasa de incidencia por delitos del fuero federal relativos a armas de fuego mostraron una moderada tendencia a la baja en los últimos años. Así, en el año 2000 se registró una tasa de 3.98 delitos por cada 100 000 habitantes; en el año 2001, 3.99; en 2002, 3.90 y en 2003, 3.63 (SNSP, *Estadísticas,* 2004). Estas cifras representan el promedio anual de las tasas reportadas trimestralmente por el Sistema Nacional.

6 *Cfr.* www.smallarmssurvey.org/publications/yb_2004.htm

7 Fajnzylber, Lederman y Loayza 2001, citado por Zepeda, 2003.

Fuentes de información sobre la violencia relacionada con la delincuencia

En México la falta de información ordenada, confiable y especializada es el principal obstáculo para explicar y medir adecuadamente la violencia criminal y, por ende, para plantear medidas efectivas de prevención desde la perspectiva de la salud pública. Las fuentes existentes en esta materia ofrecen, en general, información incompleta, desarticulada y poco comparable. Ello se debe en parte a la complejidad inherente al fenómeno, pero también a deficiencias de diseño en los sistemas de compilación y organización de los datos.

Las fuentes primarias para medir la violencia ligada al fenómeno delictivo son, por una parte, las bases de datos de estadística criminal, en especial las existentes en las instituciones de seguridad pública y de justicia y, por otra, los registros de la Secretaría de Salud en materia de agresiones. Las encuestas sobre victimización, si bien constituyen un referente de enorme valor en la materia, deben ser vistas como un medio de contrastación y verificación de las fuentes primarias. Sobre la naturaleza y alcance de cada una de las fuentes de información mencionadas es necesario hacer diversas precisiones.

Estadística criminal

Respecto a esta fuente, debe señalarse que las estadísticas oficiales en materia criminal están basadas principalmente en las denuncias presentadas por las víctimas del delito ante las autoridades competentes, así como en el número de consignaciones y condenas por tales agresiones. Si bien están disponibles cifras que permiten diferenciar las lesiones y los homicidios cometidos de manera dolosa, de los cometidos de forma accidental o culposa, no es posible aproximarse, a partir de dichas cifras, a la magnitud de la violencia delictiva, en parte porque dichas cifras no comprenden los hechos de los cuales las autoridades no llegan a tener conocimiento –la *cifra negra* del delito– pero también porque en ellas no se distinguen las lesiones y los homicidios atribuibles a la criminalidad de aquellos que se originan en el seno familiar, en acciones de venganza personal o en el contexto de conflictos políticos o agrarios.

Soslayar la existencia de la cifra negra del delito puede conducir a errores graves en la apreciación de la violencia delictiva. Por ejemplo, una entidad federativa cuya población tiene confianza en sus instituciones de seguridad y justicia o buena opinión sobre la celeridad de los trámites que se desahogan ante ellas, puede aparecer, en función del número de denuncias, como más violenta que otra cuya población tiende a denunciar poco el delito con motivo de su desconfianza en las autoridades competentes o de la dilación y complejidad de los trámites correspondientes.[8] Debe considerarse, además, que la propia cifra negra tiene comportamientos diferentes dependiendo del delito de que se trate. En general, los homicidios suelen ser denunciados ante las autoridades o conocidos por éstas de otras maneras, mientras que los delitos de robo con violencia y de lesiones dolosas, muy frecuentemente no son denunciados.

8 La Encuesta Nacional de Victimización (UNAM 2000), aplicada en 4 617 viviendas en diversos puntos del país, reveló que en el año 2000 alrededor de 69% de las víctimas del delito no denunciaron los hechos ante las autoridades. Por su parte, la Primera y la Segunda Encuestas Nacionales sobre Inseguridad en las Entidades Federativas, sobre hechos de 2001 y del primer semestre de 2002, respectivamente, revelaron que 66% de las víctimas, en el primer caso, y 74% en el segundo, no denunció el delito ante las autoridades. En la Primera Encuesta 50% de las víctimas no lo denunció porque lo consideró una "pérdida de tiempo" o porque la realización de los trámites le pareció "difícil", mientras que 19% dejó de presentar una denuncia por falta de confianza en las autoridades. En la

Otra razón por la que las cifras sobre denuncias no son enteramente confiables para describir el fenómeno de la violencia delictiva es que las investigaciones que llevan a cabo las instituciones de procuración de justicia pueden conducir a resultados sustancialmente diferentes a los establecidos originalmente al recibir la denuncia. Ello en lo que se refiere a la veracidad de los hechos, el tipo de delito, las circunstancias del mismo, los daños causados y los móviles de la agresión.

Las cifras sobre las averiguaciones previas en las que el ministerio público ejerció acción penal contra los presuntos autores de las agresiones, únicamente revelan el número de casos en los que dicha autoridad encontró elementos que acreditan la probable responsabilidad de los agresores a partir de un universo restringido de denuncias. Por su parte, los datos sobre el número de personas sentenciadas con motivo de este tipo de agresiones, sólo permiten conocer la cantidad de casos en los que las autoridades judiciales consideraron acreditada la responsabilidad penal de los acusados, una vez que el ministerio público ejerció acción penal en su contra.

Como puede observarse, la información emanada de los sistemas de seguridad y justicia penal es, cuanto más confiable cualitativamente, menos fiel en términos cuantitativos, y viceversa. En otras palabras, en el marco de la estadística judicial cuanto más certeza se tiene de que un hecho violento es atribuible a la delincuencia, porque existe una sentencia en ese sentido, menos seguridad se tiene de que la suma numérica de dichas sentencias reflejan cuantitativamente el fenómeno de la violencia en esta esfera. Por el contrario, los datos emanados de las encuestas que miden la cifra negra son probablemente más cercanos a la dimensión cuantitativa de este tipo de violencia, pero son escasamente confiables en cuanto a las circunstancias específicas en las que ocurrió cada hecho de violencia.

La información que en la materia ofrecen el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Sistema Nacional de Seguridad Pública (SNSP), las conferencias de procuradores de justicia y los informes de gestión de los gobiernos federal y locales, así como la divulgada por Interpol, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y otros organismos internacionales, está basada fundamentalmente en el número de denuncias, consignaciones y condenas y, por ende, debe considerarse afectada por las limitaciones propias de la estadística criminal.

Información de salud

Otra fuente de información de carácter primario para la medición de la violencia ligada a la delincuencia está constituida por los registros de la Secretaría de Salud en materia de mortalidad y de egresos hospitalarios por agresiones en las que el sujeto activo produjo intencionalmente lesiones a la víctima, o su muerte, mediante el uso de armas de fuego, objetos cortantes u otros instrumentos. Presumiblemente,

Segunda Encuesta, el porcentaje de víctimas que no lo denunció por considerarlo una pérdida de tiempo, descendió a 43%, y el que dejó de denunciar por falta de confianza en las autoridades, a 16%. La primera de estas dos encuestas proporciona aproximaciones a la cifra negra del delito para cada una de las entidades federativas. Una encuesta de la Fundación Rosenblueth arrojó que en el año 2000 alrededor de 77% de las víctimas dejaron de denunciar el delito, principalmente porque "no sirve de nada". En México, como en el resto de América Latina, la falta de confianza en la eficacia de las autoridades constituye una causa importante del subregistro delictivo. Según se desprende del *Global Report on Crime and Justice* elaborado por la ONU en 1999, América Latina es la región del mundo en la que una mayor proporción de los habitantes deja de denunciar el delito, porque consideran que las autoridades "no harán nada". Según lo sostiene Alvazzi del Frate 2003, en los países de América Latina se registra la cifra negra más grande del orbe en materia de robo; la cifra negra está asociada estrechamente a la insatisfacción con las instituciones de policía.

dichas cifras envuelven una parte considerable de los casos en los que las personas fueron objeto de actos de violencia vinculados con la criminalidad.

En particular, las cifras relativas a la mortalidad permiten aproximarse al número de agresiones fatales que, por el tipo de arma empleada por el agresor, podrían estar asociadas a la delincuencia, en la inteligencia de que una buena parte de los robos violentos, los secuestros y otros delitos se llevan a cabo mediante el uso de armas de fuego. Dichas cifras, sin embargo, no ofrecen información desagregada que permita medir con exactitud cuántas muertes podrían ser atribuidas a la delincuencia.

La información directamente emanada de los servicios forenses permite conocer las causas médicas de los decesos, pero no en qué circunstancias ocurrieron, ni si éstas tienen relación con la criminalidad. No existen, por lo demás, bases de datos nacionales que, a partir de la información disponible en los servicios forenses, permitan describir y medir la violencia delictiva en las entidades federativas.

Las cifras sobre los egresos hospitalarios con motivo de las agresiones en las que la víctima sufrió lesiones o la muerte por causa de disparo de armas de fuego o del uso de armas cortantes u otros objetos, no conducen a una estimación de los casos de violencia criminal. Las limitaciones de esta información para estos efectos son, en parte, inherentes a la naturaleza de los servicios que prestan las instituciones de salud, a las cuales no les corresponde indagar sobre las circunstancias particulares en las que ocurren los hechos de violencia que afectan a los pacientes. Sin embargo, no debe descartarse que algunas mejoras en los procedimientos para recabar la información que proporcionan libremente los usuarios de los servicios médicos, así como en los métodos utilizados para su clasificación, organización e interpretación, puedan contribuir a determinar con certidumbre el número de pacientes que sufrieron violencia como consecuencia de acciones que puedan ser atribuidas a la delincuencia.

Los registros del sector salud no incluyen, por lo demás, los casos en los que las víctimas decidieron no acudir a las instituciones hospitalarias, o no pudieron hacerlo, a pesar de haber sufrido lesiones por parte de la delincuencia, como tampoco los casos en los que las víctimas acudieron a consultorios, clínicas u hospitales privados, y éstos no pusieron en conocimiento de las autoridades del sector salud los egresos hospitalarios respectivos ni sus causas.

Las encuestas sobre victimización y delincuencia

En el año 2000 comenzaron a aplicarse en México encuestas nacionales suficientemente representativas, de tipo domiciliario, sobre victimización e inseguridad pública, en las que se captó información sobre la violencia asociada a la actividad delictiva. La última encuesta nacional de este tipo fue levantada en el año 2002. La Organización de las Naciones Unidas ha levantado dos Encuestas Internacionales a Víctimas del Delito en alrededor de 50 países, aplicadas en etapas sucesivas entre 1989 y 2000, las cuales proporcionan información comparable de diversos países y metrópolis sobre victimización en materia de crímenes violentos.[9] Fue hasta el año 2000 cuando este organismo internacional introdujo en una de sus publicaciones información sobre México, relativa al periodo comprendido entre 1998 y 2000. Cabe destacar que, hasta la fecha, no existen encuestas nacionales oficiales de tipo domiciliario aplicadas por el INEGI o por otras instituciones públicas que permitan medir la violencia causada por la delincuencia y sus efectos en la salud.

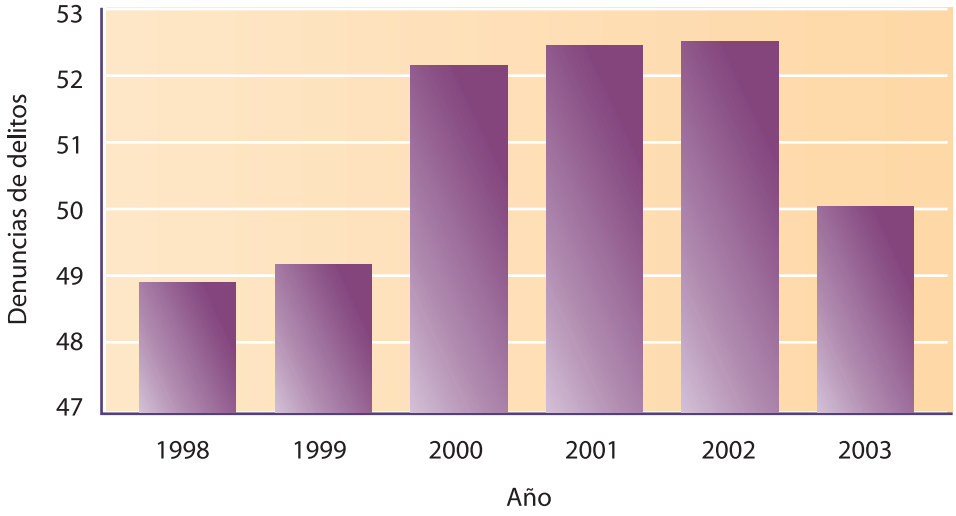
9 La primera se aplicó entre 1989-1997, y la segunda, entre 1989-2000. Véase Encuestas Internacionales a Víctimas del Delito. Disponible en: www.unicri.it/icvs.

Diagnóstico de la violencia ligada a la delincuencia

Panorama nacional de la violencia delictiva

Entre los años 1997 y 1999, el promedio de denuncias por lesiones en todo el país en el fuero común fue de 239 886, mientras que en el periodo comprendido entre 2000 y 2003, el promedio ascendió a 253 547 denuncias anuales. Por su parte, entre 1997 y 1999, el promedio anual de denuncias por homicidio en el fuero común fue de 34 342, mientras que en el lapso comprendido entre 2000 y 2003 fue de 30 081 denuncias por año. Como puede advertirse, el promedio nacional de denuncias por lesiones en los tres últimos años mostró un incremento cercano a 5,7% respecto al periodo comprendido entre 1997 y 1999, mientras que el promedio de denuncias por homicidio, disminuyó en 12.4% entre un periodo y otro[10] (figura 1).

Figura 1. Denuncias en el fuero común por delitos contra la integridad física por cada 100 mil habitantes (incluye homicidios dolosos, lesiones dolosas, secuestro y violación). México, 1998-2003



Fuente: Elaboración propia con cifras del Sistema Nacional de Seguridad Pública. Las cifras para cada año representan el promedio de las cifras trimestrales publicadas por el Sistema Nacional de Seguridad Pública

10 Cuarto Informe de Gobierno del Presidente Vicente Fox, septiembre de 2004. Las cifras incluyen delitos dolosos y culposos.

Según cifras publicadas por el Sistema Nacional de Seguridad Pública, en 1998 fueron denunciados, en el fuero común, 48.91 *delitos contra la integridad física* por cada 100 000 habitantes, categoría que comprende los delitos de homicidio doloso, lesiones dolosas, secuestro y violación. En 1999, la tasa de estos delitos aumentó a 49.13; en 2000 a 52.14; en 2001, a 52.42 y en 2002 a 52.45. Según dicha fuente, para el año 2003 la tasa modificó su tendencia ascendente para colocarse en un nivel de 50.01 delitos por cada 100 000 habitantes (cuadro I).[11]

Cuadro I. Información nacional sobre violencia y delincuencia. México, 1998-2003

Año	Defunciones por agresión		Denuncias en el fuero común por delitos contra la integridad física	Encuestas	
	Con disparo de arma de fuego	Con objetos cortantes		Personas amenazadas o violentadas con armas de fuego durante el delito	Personas que sufrieron daños físicos durante el delito
1998	7.69	2.23	48.91	—	—
1999	6.65	1.93	49.13	—	—
2000	5.48	1.77	52.14	—	—
2001	5.18	1.62	52.42	820	—
2002	4.97	1.51	52.45	730	18.68
2003			50.01		

*Tasa por 100 000 habitantes
Fuentes: Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Seguridad Pública y Encuestas Nacionales sobre Inseguridad en las Entidades Federativas. Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad (ICESI)

La Encuesta Nacional sobre Victimización, aplicada por la Unidad de Violencia Social con sede en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), reportó en noviembre de 2000 que por cada 100 000 habitantes se cometían alrededor de 220 robos con violencia, 260 lesiones intencionales, 185 lesiones graves intencionales, 14 homicidios dolosos y 3.66 homicidios dolosos con arma de fuego. La ONU dio a conocer ese mismo año que se cometieron 215 120 robos con violencia, mismos que corresponden a una tasa de 219.51 delitos por cada 100 000 habitantes (Coparmex 2002). Los robos con violencia representaban ese año, según el organismo internacional, alrededor de 42% del total de robos denunciados en el país. Esta cifra colocaba a México como el tercer país con más robos con violencia por cada 100 000 habitantes de entre un total de 58 países, y como el país con la más alta incidencia por este delito entre los países de la OCDE (Coparmex 2002).

La ONU reportó en el año 2000 que en México se denunciaron 14.11 homicidios intencio-

11 Estas cifras resultan del promedio anual de los delitos por cada 100 000 habitantes reportados para cada trimestre por el Sistema Nacional de Seguridad Pública.

nales por cada 100 000 habitantes. En 1998 se registraron, según información de dicho organismo, 3 286 homicidios dolosos con arma de fuego en México; este delito se elevó en 1999 a 4 390 para luego reducirse a 3 589 homicidios en 2000. Estas cifras corresponden, respectivamente, a una tasa de 3.45; 4.55 y 3.66 homicidios por cada 100 000 habitantes. Las denuncias por homicidios con arma de fuego colocaron a México como el cuarto país con mayor incidencia de este delito en la lista de la ONU, de entre 36 países. En cuanto al delito de lesiones intencionales, la ONU estimó en el año 2000 que en México se presentaron 260.39 denuncias por cada 100 000 habitantes, mientras que, en materia de lesiones intencionales graves, se presentaron 185.01 denuncias por cada 100 000 habitantes. En materia de homicidios intencionales, México ocupa el sexto lugar de la lista de la ONU, el lugar 22 en la lista de Interpol y el primero en la lista de la OCDE. En materia de lesiones intencionales, México ocupó el lugar 18 de la lista de la ONU. Las denuncias por lesiones intencionales graves colocaron a México en el lugar 13 de la lista de la ONU y en el lugar 5 de la lista de la OCDE (Coparmex 2002).

Según la Primera Encuesta Nacional sobre Inseguridad Pública en las Entidades Federativas,[12] en 14% de los hogares mexicanos por lo menos uno de sus miembros fue víctima de un delito durante el año 2001, esto implica que alrededor de 4 200 000 personas sufrieron algún delito durante ese año,[13] es decir, 4 412 personas por cada 100 000 habitantes a escala nacional. El 92% de los delitos cometidos ese año, según manifestaron los entrevistados, fueron robos.

Ahora bien, durante 2001, 44% de las víctimas de delito sufrieron alguna forma de violencia, lo cual representa, según se desprende de los resultados de la encuesta, que alrededor de 1 848 000 personas en todo el país fueron objeto de formas de violencia durante el delito. La violencia verbal o de palabra ocurrió en 20% de los casos (369 600 personas). Durante el año referido, alrededor de 92% de las víctimas sufrió robo, 4% lesiones, 1% amenazas, 0.56% secuestro, 0.48% secuestro exprés y 0.4% homicidio. Según se desprende de la encuesta, más de 830 000 personas habrían sido amenazadas o agredidas con un arma de fuego.

La Segunda Encuesta Nacional sobre Inseguridad en las Entidades Federativas,[14] que se refiere a los índices de victimización durante el primer semestre de 2002, arrojó que durante dicho periodo 3 700 000 personas fueron víctimas de la delincuencia y que en 9% de los hogares al menos una persona había sufrido algún delito. Durante dicho periodo, 3% de las víctimas sufrieron lesiones (111 000 personas, según se deduce de los datos de la encuesta), 1% amenazas (37 000 personas) y 1% robo y amenazas (37 000 personas). En esta encuesta, 47% de las víctimas afirmó haber sufrido violencia durante el delito (1 739 000 personas), de las cuales 11% afirmó haber sufrido daños físicos

12 Levantada en 35 001 hogares en todo el país entre el 2 y el 24 de marzo de 2002 respecto a hechos delictivos de 2001. La encuesta, cuyos resultados fueron presentados en mayo de 2002, fue diseñada y coordinada por el Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad, A.C. (ICESI), con el apoyo de especialistas del Instituto Tecnológico de Monterrey, el CCE, la Coparmex, la UNAM y la revista *Este País*. La aplicación de la encuesta fue realizada por las empresas encuestadoras Ipsos BIMSA, Berumen y Asociados, Consulta Mitofsky, GAUSSC y basada en los estándares y métodos estadísticos recomendados por la Organización de las Naciones Unidas.

13 La conversión de los porcentajes extraídos de las encuestas a números absolutos es propia, salvo en los aspectos en los que las encuestas mismas ofrecen cifras en números absolutos.

14 La Segunda Encuesta Nacional sobre Inseguridad en las Entidades Federativas fue aplicada en 35 174 hogares en toda la República entre el 9 y el 30 de agosto de 2002. Sus resultados fueron presentados en agosto de 2002. En su organización y aplicación participaron las mismas instituciones que en la Primera Encuesta.

con motivo del delito (alrededor de 19 129 personas), mientras que 41% consideró haber sufrido daños psicológicos o emocionales (712 990 personas).

En atención al modo en el que las víctimas fueron amenazadas o agredidas, 42% lo fue con pistola o revólver (alrededor de 730 380 personas, según se desprende de la encuesta), 25% con navaja o cuchillo (434 750 personas), 18% a golpes (313 020 personas), 2% con tubo o palo (34 780 personas) y 1% con ametralladora o rifle (17 390 personas). En total, cerca de 747 770 personas habrían sido amenazadas o violentadas con algún tipo de arma de fuego. Por lo demás, 31% de las víctimas sufrió violencia verbal o de palabra (539 090 personas).

Según se desprende de las encuestas nacionales en la materia, durante 2001 y el primer semestre de 2002, alrededor de 1.82% y 1.69%, de la población del país, respectivamente, sufrió alguna forma de violencia ligada a la actividad delictiva.

En ambos periodos, más de 1 500 000 personas habrían sido amenazadas o violentadas con un arma de fuego en acciones criminales, y cerca de 900 000 con un cuchillo o navaja.

Cerca de 20 000 personas afirman haber sufrido daños físicos a causa de la delincuencia tan sólo durante el primer semestre de 2002.

Información nacional en salud

Según datos de la Secretaría de Salud, en el conjunto de las entidades federativas las defunciones por causa de agresiones con disparo de arma de fuego han descendido en números absolutos: de 7 227 en 1998 a 5 096 en 2002 Las muertes por agresiones con objetos cortantes también denotaron una tendencia a la baja en términos absolutos. En 1998 se registraron 2 096 por esta causa y 1 549 en 2002. En términos relativos, estas defunciones representaron 2.23 muertes por cada 100 000 habitantes para 1998, y 1.51 en 2002. Por su parte, las defunciones por agresiones con objetos romos o sin filo, muestran una tendencia sostenida: en 1998 se registraron 157 defunciones por este motivo y 146 en 2002 (cuadro II).

Cuadro II. Violencia delictiva en las entidades federativas. México, 2001-2002 *

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Aguascalientes	2 316	32	56	0.92	0.91	1.02	1.01	128.99	2.62
Baja California	5 531	29	50	9.15	10.18	3.34	2.41	373.91	17.91
Baja California Sur	1 793	18	43	1.14	4.04	1.59	1.57	317.54	6.28
Campeche	3 595	39	69	1.12	2.07	3.21	2.34	26.46	7.17
Coahuila	3 071	29	62	2.98	2.82	1.26	1.37	171.33	5.43
Colima	1 704	26	54	4.62	5.09	2.13	1.58	95.62	7.90
Chiapas	1 836	34	61	1.45	2.5	0.98	1.46	104.67	25.64
Chihuahua	4 979	25	60	11.69	11.63	2.97	3.12	190.02	14.94
Distrito Federal	17 718	55	76	5.61	5.37	1.39	1.32	178.38	8.28
Durango	1 727	34	62	8.46	8.74	1.33	0.99	125.08	15.25
Guanajuato	2 206	30	58	2.28	2.23	1.37	1.02	190.63	4.74
Guerrero	4 423	40	72	13.38	13.11	2.95	2.6	115.25	32.00
Hidalgo	2 090	35	54	3.07	2.13	0.69	0.55	175.67	5.41
Jalisco	4 272	34	55	4.29	4.19	0.90	1.04	143.11	6.49
Estado de México	4 778	63	73	5.4	5.41	1.19	1.35	236.58	20.87
Michoacán	1 471	29	55	10.68	8.77	1.53	1.74	96.66	10.06
Morelos	5 573	54	72	7.45	6	2.48	1.35	233.85	13.84
Nayarit	4 642	44	67	7.55	10.04	1.78	1.66	91.45	8.59
Nuevo León	3 988	33	63	0.83	1.27	0.48	0.65	209.65	3.08
Oaxaca	1 595	45	64	8.93	8.72	3.79	3.54	191.4	56.80
Puebla	1 940	33	64	3.57	2.96	1.77	1.5	170.82	8.69
Querétaro	2 445	29	58	2.2	1.63	2.20	1.97	15.05	4.61
Quintana Roo	4 044	26	63	1.65	1.2	2.31	1.52	344.52	21.10
San Luís Potosí	2 356	31	64	3.11	2.82	1.85	1.49	274.07	8.37
Sinaloa	2 745	31	63	15.52	13.73	1.67	1.05	88.18	18.20
Sonora	1 638	31	45	5.66	4.64	2.27	1.76	93.55	7.08
Tabasco	4 080	42	65	1.63	1.21	2.19	1.86	357.8	13.79
Tamaulipas	3 001	34	61	3.86	3.39	0.81	0.97	253,05	6.36
Tlaxcala	1 448	37	56	1.8	1.29	0.60	1.29	73.2	30.56
Veracruz	2 768	31	63	2.1	1.7	1.94	1.49	155.68	6.20
Yucatán	2 148	28	63	0.47	0.4	0.70	0.52	321	1.72
Zacatecas	1 453	40	52	3.92	4.5	1.36	1.83	163.72	4.71

Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuestas Nacionales sobre Inseguridad en las Entidades Federativas de ICESI; información en salud sobre mortalidad y egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud

Estadísticas Judiciales en Materia Penal, cuadernos 10 y 11 del INEGI, ediciones 2002 y 2003 y Anuarios Estadísticos de las Entidades Federativas, ediciones 2003, INEGI

*Tasa por 100 000 habitantes, salvo cuando se indique que se trata de un porcentaje (con datos de CONAPO)
** Las casillas en gris indican que la entidad correspondiente se ubica entre las ocho entidades con los índices más elevados en el rubro respectivo

A. Tasa general de delitos (Encuesta ICESI, 2001)
B. Porcentaje de delitos con amenaza o violencia (Encuesta ICESI, 2001)
C. Porcentaje de delitos que no se denuncia o cifra negra (Encuesta ICESI, 2001)

D. Tasa de Defunciones para 2001 por agresiones con disparo de arma de fuego(Secretaría de Salud)
E. Tasa de Defunciones para 2002 por agresiones con disparo de arma de fuego (Secretaría de Salud)
F. Tasa de Defunciones para 2001 por agresiones con objeto cortante (Secretaría de Salud)
G. Tasa de Defunciones para 2002 por agresiones con objeto cortante (Secretaría de Salud)
H Lesiones dolosas registradas en averiguaciones previas del fuero común en 2002 (INEGI)
I. Homicidios dolosos registrados en averiguaciones previas del fuero común en 2002 (INEGI)

Los datos de la Secretaría de Salud relativos a las defunciones por agresión con disparo de arma de fuego registradas entre 1998 y 2002 revelan que 99 decesos se debieron a agresiones con arma corta y 345 a agresiones con rifle, escopeta u otra arma larga. Sin embargo, respecto a 28 824 defunciones por esa causa, que representan más de 95% del total, no se cuenta con información específica sobre el tipo de arma utilizada. Una porción importante de este universo de agresiones cometidas con arma no especificada podrían haberse originado en disparos de armas cortas. Así se desprende de las Encuestas Nacionales sobre Inseguridad en las Entidades Federativas, según las cuales, alrededor de 97% de las agresiones o amenazas con arma de fuego asociadas con la delincuencia en 2001 y el primer semestre de 2002, podrían haberse perpetrado con armas cortas, especialmente con pistolas y revólveres.

Ahora bien, en 1998 se produjeron 431 defunciones con motivo de disparo de arma de fuego en las que la intención del agente activo fue calificada como "no determinada". En 1999 se registraron 396 defunciones por ese motivo; 320 en 2000; 294 en 2001 y 349 en 2002. Entre estas 1 790 defunciones, presumiblemente se encuentran ocultas diversas muertes en las que la agresión podría atribuirse a la actividad delictiva.

En 2002, se registraron en el país 1 212 egresos hospitalarios por agresiones con disparo de arma de fuego en las que la víctima no perdió la vida. En el mismo año, se registraron 55 egresos hospitalarios por defunción por esa misma causa. Para 2003 dichas cifras aumentaron a 1 460 y 63 egresos hospitalarios, respectivamente.

Violencia delictiva en las entidades federativas

La información disponible en materia de violencia y delincuencia en las entidades federativas debe ser tomada con las mismas reservas que la información nacional en la materia. Sin embargo, un análisis de conjunto de las tres fuentes de información consultadas –la estadística criminal, la información en salud y las encuestas–, permite aseverar que las ocho entidades con las más altas tasas de violencia delictiva son, en orden descendente: Baja California, Chihuahua, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Sinaloa, Estado de México y Sonora. Sin embargo, el análisis por separado de cada fuente, así como la contrastación por parejas de las diversas fuentes, no necesariamente conducen a las mismas conclusiones (cuadro II).

Según las Encuestas Nacionales de Inseguridad en las Entidades Federativas, el Distrito Federal, el Estado de México, Guerrero, Nayarit y Morelos, aparecen no sólo entre las ocho entidades que tienen un mayor índice delictivo general, sino también en el grupo de las ocho entidades en las que ocurren un mayor número de delitos violentos. Baja California, Chihuahua y Jalisco completan el cuadro de las ocho entidades con los mayores índices delictivos generales, mientras que Oaxaca, Tabasco y Zacatecas se suman a las entidades con mayor frecuencia de delitos violentos.

Siete de las entidades que, según los resultados de las encuestas, tienen una mayor cifra negra –el Distrito Federal, el Estado de México, Morelos, Guerrero, Tabasco, Nayarit y Oaxaca–,

aparecen también entre las ocho entidades con mayores índices delictivos violentos, lo que permite establecer, al menos hipotéticamente, una correlación entre los niveles de impunidad y los índices delictivos.

Conforme a las cifras de la Secretaría de Salud, las entidades con las más elevadas tasas de defunción por agresiones con disparo de arma de fuego en los años 2001 y 2002 fueron, en ese orden, Sinaloa, Guerrero y Chihuahua, seguidas en un segundo plano por Michoacán, Baja California, Oaxaca y Durango. Las entidades con una mayor tasa de defunciones por agresiones con objeto cortante durante 2001 y 2002, fueron Oaxaca, Baja California, Chihuahua, Campeche y Guerrero. También aparecen con tasas elevadas en dicho periodo: Quintana Roo, Tabasco, Zacatecas, Sonora, Querétaro y Morelos. Cuatro entidades aparecen entre las ocho con las más altas tasas de defunciones en ese periodo por agresiones con disparo de arma de fuego, así como por agresiones con objeto cortante: Guerrero, Chihuahua, Baja California y Oaxaca.

Desde la perspectiva de la estadística criminal, Baja California aparece como la única entidad que se ubica entre las ocho más problemáticas tanto en materia de denuncias por homicidio doloso y lesiones dolosas (en 2002), como por denuncias por delitos relacionados con narcóticos (2001 y 2002) y con armas de fuego (2001 y 2002).

Por otra parte, debe destacarse que el comportamiento de las denuncias por homicidio doloso no guarda paralelismo con el de las denuncias por lesiones dolosas. Sólo tres de las ocho entidades con una mayor tasa de denuncias por homicidio doloso aparecen también en el grupo de las ocho entidades con las tasas más elevadas de denuncias por lesiones dolosas: Baja California, Estado de México y Quintana Roo.

Oaxaca, Chiapas y Guerrero destacan como entidades con abultadas tasas de denuncias por homicidios dolosos, pero no aparecen entre las ocho entidades con las tasas más elevadas en materia de lesiones dolosas. En sentido inverso, Baja California Sur, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán, tienen elevadas tasas de denuncias por lesiones dolosas, pero no así por homicidios dolosos.

A efecto de ilustrar las tendencias en materia de violencia delictiva en las entidades federativas en los últimos años, resulta interesante contrastar las cifras antes expuestas con los resultados de un estudio presentado en el año 2000 (Zepeda 2000), del cual se desprende que las ocho entidades con las mayores tasas de denuncias por homicidios intencionales en ese año eran, en ese orden: Oaxaca (54.03), Guerrero (45.43), Chiapas (31.65), Tlaxcala (29.09), Morelos (22.63), México (20.81), Sinaloa (19.67) y Durango (19.60), mientras que las ocho entidades con las mayores tasas de denuncias por lesiones intencionales por cada 100 mil habitantes, eran: Baja California (426), Tabasco (397), San Luis Potosí (335), Quintana Roo (323), Baja California Sur (311), Yucatán (300), Nuevo León (236) y el Estado de México (236).[15]

La estadística criminal no permite establecer una relación directa entre las tasas de denuncias por delitos relacionados con armas de fuego del fuero federal y las correspondientes a los homicidios dolosos. Únicamente en los casos de Baja California y Sinaloa son igualmente elevadas las tasas de denuncias por armas de fuego que las relativas a homicidios dolosos, de modo que puede plantearse una liga entre ambas variables. La relación entre los delitos vinculados con las armas de fuego y las lesiones dolosas es todavía menor; sólo en Baja California ambos índices colocan a la entidad entre las ocho más problemáticas en dichos aspectos.

15 Tasas para 100 000 habitantes.

Las denuncias por homicidios dolosos tampoco guardan una relación necesaria con la tasa de denuncias por delitos en materia de narcóticos en cada entidad. Excepción hecha de Baja California y Sinaloa, entidades que se colocan entre las ocho más afectadas tanto en materia de homicidios dolosos como en materia de narcóticos, en el resto de las entidades ambos fenómenos no parecen tener, conforme a la estadística criminal, un comportamiento paralelo. En el caso de las denuncias por lesiones dolosas, éstas podrían tener una relación directa con la incidencia de delitos en materia de narcóticos únicamente en los estados de Baja California, Baja California Sur y Quintana Roo.

Al contrastar las cifras de la Secretaría de Salud en materia de defunciones por agresiones con arma de fuego con las cifras de la estadística criminal en materia de denuncias por homicidios dolosos, se revela que Baja California, Guerrero, Oaxaca y Sinaloa se colocan en ambos casos entre las ocho entidades más afectadas. Esta relación, sin embargo, no se mantiene respecto a las lesiones dolosas, ya que sólo Baja California se ubica entre las ocho entidades con las mayores tasas de denuncias por ese delito y, al mismo tiempo, entre las ocho entidades con más defunciones por agresiones con disparo de arma de fuego.

Baja California, Guerrero y Oaxaca se colocan simultáneamente entre las ocho entidades con mayores tasas de denuncias por homicidios dolosos y con más defunciones por agresiones con objetos cortantes. Sólo Baja California se ubica al mismo tiempo entre las ocho entidades con las mayores tasas de denuncias por lesiones dolosas y con más defunciones por agresiones con objetos cortantes.

Guerrero y Nayarit aparecen al mismo tiempo en el grupo de las entidades con más defunciones por agresiones con disparo de arma de fuego y como las que sufren un mayor índice de delitos violentos según las encuestas. Baja California, Chihuahua, Guerrero y Nayarit aparecen como las más afectadas por las defunciones por agresiones con arma de fuego y, al mismo tiempo, en el grupo de entidades con el índice de victimización general más elevado conforme a las encuestas.

Guerrero, el Estado de México y Oaxaca aparecen a la vez en el grupo de las ocho entidades de mayor victimización de delitos violentos según las encuestas y en el grupo de las ocho entidades con una mayor tasa de denuncias por homicidios dolosos. Por su parte, Baja California, Guerrero y el Estado de México pertenecen simultáneamente al grupo de las ocho entidades con una mayor tasa de denuncias por homicidios dolosos y al grupo de las ocho entidades con el mayor índice general de victimización según las encuestas.

Las entidades que tienen los menores índices de violencia delictiva, según las tres fuentes de información consultadas, son: Aguascalientes, Coahuila, Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán. En un nivel intermedio se ubican Michoacán, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas. Llama la atención el caso del Distrito Federal, entidad que no obstante haber sido calificada en las encuestas como la entidad más afectada por la violencia delictiva, incluso muy por encima de otras entidades, no aparece nunca entre las ocho entidades más problemáticas en materia de defunciones por agresiones con armas de fuego u objetos cortantes, ni tampoco en relación con las tasas de denuncias por homicidios dolosos, lesiones dolosas, delitos en materia de armas de fuego y delitos relacionados con los narcóticos. Lo anterior, probablemente obedece a que los índices de inseguridad subjetiva en la Ciudad de México rebasan sus niveles de victimización objetiva de manera mucho más pronunciada que en el resto de las entidades federativas.

Otros efectos de la violencia delictiva en la salud

Si bien la información disponible permite aproximarse con mayor certeza a los efectos de la violencia criminal en la salud física o corporal de la población y no a los efectos en su salud mental o emocional, no debe dejarse de lado que algunas consecuencias de la victimización (directa o indirecta) y de la percepción de inseguridad o *inseguridad subjetiva*, tales como el miedo, la depresión y la ansiedad, pueden ser factores que, aunados a otros, contribuyan al deterioro psicológico de la población, especialmente en las zonas urbanas y en la regiones no urbanas gravemente afectadas por este tipo de violencia.[16]

Algunas medidas adoptadas por la autoridad para hacer frente a la delincuencia pueden contribuir a generar esquemas de *alarma social*, los cuales, lejos de dar resultados efectivos en la prevención del delito, dan lugar a diversas afectaciones y molestias arbitrarias por parte de la autoridad contra la población, la cual absorbe no sólo el impacto de la victimización objetiva, sino también el de violencia institucional.

Entre las medidas que contribuyen a escalar la percepción de inseguridad de la población están las revisiones indiscriminadas en la vía pública por parte de la policía, los retenes, las redadas o razzias y el llamado toque de queda. Dichas medidas favorecen, además, múltiples arbitrariedades por parte de los agentes del Estado contra la población (López-Ugalde 2003).

Las políticas informativas de corte sensacionalista adoptadas por algunos medios masivos de comunicación también favorecen la creación de esquemas de temor social. Según lo han sostenido especialistas, la percepción del público sobre la criminalidad "está relacionada con el tratamiento que los medios dan al tema" (Grupo de Trabajo sobre Prensa y Medios de Comunicación 1989); "quien ve con mayor frecuencia la televisión no sólo percibe el mundo como más peligroso de lo que realmente es, (sino que se) imagina estar en mayor peligro de ser víctima de un delito, (al tiempo que) vive con un temor exagerado al delito" (Scheneider 1998).

El cambio de hábitos de comportamiento por parte de la población en los lugares gravemente afectados por la violencia criminal, tales como el encierro y la disminución de actividades físicas y deportivas, se suma a los diversos factores que favorecen el sedentarismo en la población en general, pero de manera especialmente preocupante en los niños, niñas y adolescentes.[17]

16 La Primera Encuesta Nacional sobre Inseguridad en las Entidades Federativas Instituto Ciudadano de Estudios sobre la inseguridad (ICESI) reveló que en 2001 el 47% de las personas entrevistadas se sentía insegura frente a la delincuencia. Por su parte, la Segunda Encuesta, levantada respecto a hechos delictivos suscitados en el primer semestre de 2002, reveló que 44% de las personas se sentían algo o muy inseguras frente al delito en el lugar donde viven. Según dicha encuesta, 41% de las víctimas del delito afirmó haber sufrido algún daño emocional o psicológico a causa de la agresión.

17 La mayor parte de los estudios coinciden en que los habitantes de ciudades, en especial aquellos que viven en zonas populares, son normalmente los que mayor temor sienten frente al crimen. Taylor RB y Covington J. 1993. Community structural change and fear of crime :374-395, citado por Mascott 2002. La encuesta pone de manifiesto que 22% de las personas han dejado de realizar alguna actividad por temor a ser víctimas de un delito. Sin embargo, no recoge información acerca de posibles cambios en los hábitos de las personas que pudieran mermar su actividad física o deportiva como consecuencia de la inseguridad.

Violencia y narcotráfico

No existen fuentes de información especializadas que permitan conocer la magnitud de la violencia asociada al mercado de las drogas ilegales en el país. Una parte de dicha violencia presumiblemente está oculta en las cifras generales de denuncias de los delitos violentos, así como en la información de la Secretaría de Salud en materia de agresiones y defunciones. Otra parte, muy probablemente, está subsumida en la cifra negra del delito. Resulta, pues, muy difícil estimar el número de lesiones y homicidios relacionados con el narcotráfico; de ahí que diversos reportes sólo se limiten a asegurar que ocurren al menos cientos de homicidios cada año vinculados con dicha actividad ilegal, los cuales, por lo demás, suelen quedar impunes (U. S. Drug Enforcement Administration 2003). No obstante la ausencia de información confiable, existe consenso en el sentido de que el índice general de homicidios violentos tiene "una conexión innegable con el tráfico de drogas" (ONU 2003; Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes de la ONU 2003), así como con la expansión de este mercado ilegal.[18]

México ha servido, al menos hasta muy recientemente, como país de tránsito de más de la mitad de los cargamentos de cocaína provenientes de Colombia con destino a los Estados Unidos de América y a Canadá (ONU 2003). Según la Drug Enforcement Administration (DEA), México continúa siendo la principal ruta de la cocaína distribuida ilegalmente en los Estados Unidos de América, de tal manera que, de acuerdo con sus estimaciones, 70% de la cocaína que ingresa a ese país lo hace a través de la frontera norte de México (U. S. Drug Enforcement Administration 2003).

En un estudio publicado en 2001 se sostiene que "la violencia relacionada con las drogas es especialmente devastadora en algunos estados mexicanos. En Sinaloa, por ejemplo, diariamente 1,2 personas son asesinadas en actos de violencia relacionados con las bandas delictivas; en Baja California aproximadamente 65% de los homicidios cometidos en 1999 estaba relacionado con el narcotráfico; en Jalisco, aproximadamente 17% de un total de 344 homicidios con violencia fueron considerados *ajustes de cuentas* (entre narcotraficantes)". Los autores del estudio referido sostienen que en Chihuahua, al igual que en las tres entidades mencionadas, "la violencia relacionada con el narcotráfico" es de "gran relevancia" (Chabat J y Bailey J 2001). Con la información disponible es posible sostener que, en general, algunas de las entidades federativas más afectadas por la violencia delictiva conforme con las fuentes aludidas a lo largo del subcapítulo, son también entidades fuertemente afectadas por las actividades de producción y tráfico de drogas prohibidas: Baja California, Sinaloa, Oaxaca, Guerrero, Chihuahua y, en menor medida, Durango, Michoacán, Nayarit, Sonora, Zacatecas y el Distrito Federal. El estado de Jalisco, por su parte, no obstante que es mencionado como una entidad sensiblemente afectada por el narcotráfico, no se ubica entre las entidades más violentas en las diversas fuentes de información consultadas en la materia.

Si bien puede establecerse una relación entre la actividad del narcotráfico y la violencia delictiva en cada entidad, ello no significa, sin embargo, que el narcotráfico sea el único o el principal factor de la violencia en dichas entidades, sino sólo que dicha actividad ilícita, junto con otros factores geográficos, económicos y sociales, hacen de ciertas regiones del país las más afectadas por la violencia delictiva.

18 Las ganancias del narcotráfico han sido estimadas por la ONU en el rango de entre los 150 y los 400 mil millones de dólares americanos.

Conclusión

Las fuentes de información disponibles en materia de violencia delictiva –la estadística criminal, la información en salud y las encuestas– no permiten determinar con plena certeza la magnitud del fenómeno ni sus efectos en la salud de la población. Esto se debe, por un lado, a que las instituciones del Estado vinculadas al problema no cuentan con instrumentos idóneos de carácter especializado para la recopilación, ordenación e interpretación de la información en esta materia y, por otro, a la falta de mecanismos de coordinación para integrar y articular debidamente la información emanada de las diversas fuentes.

La información en salud permite conocer de manera confiable los efectos que las agresiones delictivas tienen en la integridad y la vida de las personas, pero no da razón de los fenómenos a los que están asociados los hechos de violencia. De igual modo, la estadística criminal permite sólo una lectura parcial del fenómeno, ya que se basa en un universo de información muy restringido (las denuncias, consignaciones y condenas), además de que no permite distinguir los casos de violencia derivada de la delincuencia de aquellos que obedecen a otras causas. Las encuestas, por su parte, revelan información que se mantiene oculta en las otras fuentes, pero sus resultados deben ser tomados con muchas reservas, entre otras razones, porque sus datos sobre victimización están fuertemente impregnados de las percepciones y consideraciones subjetivas de las personas encuestadas.

No obstante sus limitaciones, la información disponible permite sostener que, en diversas regiones del país, la delincuencia afecta no sólo la tranquilidad y el bienestar de la población, sino también su salud física y emocional. La incidencia de robos violentos y de otros delitos en los que las víctimas sufren daños físicos provocados por golpes, armas de fuego y otros objetos contundentes, así como los casos de violencia asociados a la delincuencia organizada y a los mercados ilegales, son indicadores que no deben ser desestimados al momento de formular las políticas de prevención en materia de salud pública.

En la medida en que se cuente con información más confiable sobre la violencia delictiva en cada entidad federativa, así como sobre sus efectos en la salud de las personas, será posible formular políticas públicas de prevención primaria más eficaces en los ámbitos educativo, económico y social, así como diseñar políticas públicas idóneas en los sistemas de salud, de seguridad y de justicia.

Al momento de diseñar las políticas públicas para la prevención de la violencia delictiva no debe caerse en el error de atribuir ésta exclusivamente a las condiciones de pobreza. Este enfoque podría profundizar la fragmentación social y estigmatizar injustamente a quienes menos tienen como personas a las que les es inherente la violencia por su condición. Los datos presentados a lo largo del capítulo muestran que los estados con bajos niveles de desarrollo y bienestar, no necesariamente se ubican entre los más violentos en materia de criminalidad. Si bien es cierto que la falta de oportunidades puede dar lugar a acciones de violencia, no es menos cierto que algunas formas de violencia criminal, a menudo las más cruentas, provienen de grupos política o económicamente poderosos, así como de organizaciones delictivas que actúan al amparo de las instituciones del Estado y cuya desarticulación requiere de medidas específicas.

Recomendaciones

La violencia delictiva tiene un origen multifactorial. En general, su prevención requiere que se siga adelante con las acciones encaminadas a superar las condiciones de marginalidad y pobreza en las que vive parte de la población. Asimismo, es necesario perseverar en la reconstrucción del tejido social, alentar la confianza entre los miembros de la sociedad y ampliar los espacios de interacción y participación comunitarias.

En particular, es recomendable que las diversas instituciones del Estado, en sus respectivos ámbitos de competencia, adopten las siguientes medidas en esta materia:

- Perfeccionar los instrumentos para la recopilación y organización de la información en materia de violencia delictiva, a efecto de establecer, con mayor certidumbre, los nexos entre la delincuencia y la salud, así como para hacer posible la integración, la contrastación y la interpretación de los datos emanados de las diversas fuentes de información. Las mejoras en las bases de información harían posible la elaboración de mapas epidemiológicos especializados en crímenes violentos, así como la identificación geográfica de los factores de riesgo.

- Poner en marcha un programa permanente de encuestas periódicas en materia de seguridad pública, a cargo del INEGI o de otra institución idónea del Estado que cuente con autonomía técnica, en las cuales se recoja información sobre la violencia delictiva en todo el territorio nacional, así como respecto a la calidad de la atención que las instituciones del Estado dan a las víctimas del delito.

- Vigorizar los procesos educativos dirigidos a la consolidación de una cultura de la no-violencia y de la legalidad, tanto en la educación formal, como en la no-formal.

- Impulsar una cultura de la denuncia del delito, sin soslayar que la misma adquiere sentido únicamente en la medida en que las instituciones responsables de prevenir, investigar y perseguir el delito responden razonablemente a las expectativas legítimas de la población.

- Adoptar las medidas necesarias para que las instituciones de policía, y las de procuración e impartición de justicia, adquieran confianza por parte de la población. Esto sólo será posible haciéndolas más eficaces en su lucha contra la impunidad y promoviendo el reencuentro entre los habitantes y las instituciones. Sin embargo, también resulta fundamental garantizar plenamente la transparencia y el acceso a la información en poder de las instituciones de seguridad y justicia, no sólo en lo relativo a la estadística judicial, sino también en lo que atañe a aspectos sustantivos de la investigación, la persecución y el enjuiciamiento de los delitos. Es necesario que la sociedad pueda verificar la pertinencia y la coherencia de los criterios que guían la substanciación de las averiguaciones previas, el ejercicio de la acción penal y las resoluciones judiciales.

- Evitar la adopción de medidas de prevención del delito que contribuyan a reforzar esquemas de alarma o temor social, especialmente aquellas que redundan en la actuación arbitraria de los cuerpos policiales y en violaciones a los derechos fundamentales de la población.

- Afinar los medios previstos en las leyes para la indemnización a las víctimas de delitos violentos, con la finalidad de que la agresión no se traduzca en una merma económicamente catastrófica para la víctima o para su familia. Ante un delito violento, el Estado debe priorizar la reparación del daño causado a la víctima,

antes que conformarse con la mera sanción del agresor.

• Intensificar la lucha contra el mercado ilegal de armas de fuego, especialmente en lo que toca al tráfico de armas cortas, y llevar a cabo programas de despistolización, haciendo énfasis en que el riesgo de ser lesionado o privado de la vida por disparo de arma de fuego es mayor para quienes portan o poseen este tipo de armas para su autodefensa.

• Continuar con los programas de capacitación de la policía destinados a que los agentes estén en aptitud de tomar las medidas necesarias para que las víctimas de delitos violentos reciban atención médica apropiada e inmediata.

• Acondicionar la infraestructura urbana en las zonas especialmente afectadas por la violencia y reforzar las medidas generales de *prevención situacional*, entre las que pueden mencionarse: la adecuada iluminación de calles y avenidas, la instalación de mecanismos de alarma y de comunicación con la policía en la vía pública y el estricto control de los vehículos y operadores del transporte público concesionado.

• Alentar la investigación en materia de violencia y delincuencia, tanto en la esfera gubernamental como en instituciones académicas públicas y privadas.

• Reforzar los programas preventivos contra el consumo de alcohol y drogas prohibidas.

Referencias

Alvazzi-del Frate A. 2003. Comparing crime trends on the basis of survey data: Problems and prospects, Oficina para el Control de Drogas y Prevención del Crimen, Naciones Unidasº Viena. Disponible en: www.istat.it/Eventi/sicurezza/relazioni/Alvazzi_rel.pdf. Consulta en línea el 6 de septiembre de 2004.

Arraigada I, Godoy L. 1999. Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: diagnóstico y políticas en los años noventa. Santiago de Chile: CEPAL/ONU, División de Desarrollo Social. Serie Políticas Sociales. Disponible en: www.diputados.gob.mx/cesop/boletines/no2/3.PDF. [2004 septiembre 6].

Confederación Patronal de la República Mexicana (Coparmex) y Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal, A. C. 2002. La transición: de la impunidad a la justicia. México, DF: Coparmex. Disponible en: www.coparmex.org.mx. [2004 septiembre 6].

Chabat J, Bailey J. 2001. Seguridad pública y gobernabilidad democrática: desafíos para México y Estados Unidos. Reporte al Grupo de Tarea.
Disponible en: http://www.georgetown.edu/sfs/programs/clas/mexico/grants/REPORTE.htm
Consulta en línea el 6 septiembre de 2004.

Eberwine D. 2003. La pandemia de la violencia. En Violencia ¿Qué puede hacer la salud pública? Perspect Salud Organización Panamericana de la Salud; 9 (3).
Disponible en: www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero18_article1.htm. [2004 julio 20].

Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N. 1998. What causes violent crime?. Washington DC: Office of the Chief Economist Latin America and the Caribbean Region, The World Bank. Disponible en : www.econ.worldbank.org/files/15756_FajnzylberetalCrimeCauses.PDF Consulta en línea el 6 de septiembre de 2004.

Fajnzylber P, Lederman D, Loayza N et al. 1998. Determinants of crime rates in Latin America and the World: An empirical assessment. Washington, DC: The World Bank.
Disponible en: www.worldbank.org/research/conflict/papers/fajnzy.htm. [2004 septiembre 6].

Informe del Grupo de Trabajo sobre Prensa y Medios de Comunicación. 1989. Del orden público a la seguridad ciudadana. Barcelona, España: Ayuntamiento: 15 y ss.

Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad. 2001-2001. Primera y Segunda Encuestas Nacionales sobre Inseguridad Pública en la Entidades Federativas. Encuestas levantadas por las agencias encuestadoras Ipsos BIMSA, Berumen y Asociados, Consulta Mitofsky y GAUSSC. Disponible en: www.icesi.org.mx. [2004 julio 20].

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. 2003. Informe 2003. Disponible en: www.incb.org/s/ar/2003/. Consulta en línea el 20 de julio de 2004.

López-Ugalde A. 2003. Violación de los derechos humanos en el ámbito de la seguridad pública en el Distrito Federal. Análisis y propuestas. México, DF: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal: 134 pp.

Mascott M de los Á. 2002. Seguridad pública: incidencia delictiva y sensación de inseguridad. México, DF: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/cesop/boletines/no2. Consulta en línea el 13 de septiembre de 2004.

Moreno A. 2001. Comparación internacional sobre el impacto social del uso de armas de fuego. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Disponible en: www.diputados.gob.mx/cesop/boletines/no1/4.pdf. [2004 septiembre 6].

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México. 2003. Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México: pp. 192.

ONU. Oficina Regional de México de la Oficina para las Drogas y el Crimen. 2003. Country Profile, México. Disponible en: www.undcp.org/pdf/mexico/country_profile_mexico.pdf. [2004 septiembre 6].

Schneider H. 1998. La criminalidad en los medios de comunicación de masas. Cuadernos de Política Criminal del Instituto Universitario de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, España, núm. 36: 746.

Sistema Nacional de Seguridad Pública. 2004. Estadísticas. Disponible en: www.seguridadpublica.gob.mx. [2004 julio 20].

Unidad de Violencia Social del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM y México Unido contra la Delincuencia. 2000. Encuesta Nacional de Victimización. Referencias en Gaceta UNAM, núm.3409. Disponible en: serpiente.dgsca.unam.mx/gaceta; www.icesi.org.mx y www.coparmex.org.mx. [2004 julio 20].

U. S. Drug Enforcement Administration. 2002. Drug Intelligence Brief, México Country Brief. Disponible en: www.dea.gov/pubs/. [2004 julio 20].

U. S. Drug Enforcement Administration. 2003. Mexico, Country Profile 2003. Disponible en: www.dea.gov/pubs/intel/. [2004 julio 20].

Zepeda-Lecuona G. 2003. La investigación de los delitos y la subversión de los principios del subsistema penal en México. San Diego: Center for U.S.-Mexican Studies. Disponible en: www.usmex.ucsd.edu. [2004 septiembre 6].



Capítulo X

Migración Internacional y Violencia

Capítulo X

Migración internacional y violencia

José Luis Ávila

Introducción

La migración internacional es un fenómeno influyente en la vida económica, social, política y cultural de casi todas las naciones. La mayoría de los desplazamientos de las personas obedecen a la búsqueda de mejores condiciones de vida y, en menor cuantía, a la necesidad imperiosa de proteger su vida y la de sus familiares, su integridad física o sus libertades básicas, amenazadas por guerras y conflictos armados, persecuciones políticas, discriminación religiosa o étnica, e incluso desastres ante fenómenos naturales (OIM 2002).

Las profundas desigualdades en materia de desarrollo que imperan en el mundo, así como el intenso proceso de globalización económica experimentado desde las últimas décadas del siglo pasado, han estimulado y facilitado la migración desde lugares remotos, opción que hace unos cuantos años se limitaba casi exclusivamente a los grupos de altos ingresos. Al mismo tiempo, segmentos amplios de la ciudadanía de los más diversos países cuenta hoy con acceso a flujos de información que han contribuido a propagar una cultura más abierta y tolerante a la diversidad étnica y cultural, aun en medio de situaciones de crisis económicas o actos terroristas que ciertamente en algunos grupos animan posiciones anti-inmigrantes. En todo caso, la percepción de las migraciones en la opinión pública, que influye poderosamente tanto en las imágenes de los actores sociales como en las políticas públicas, parece evolucionar hacia el reconocimiento de los derechos humanos y laborales de los migrantes y de sus aportaciones en las sociedades tanto de origen como de destino (Mármora 2002).

La migración internacional tiene causas en los países de origen y destino. No obstante la diversidad de factores que la determinan, algunos de los más decisivos pueden agruparse en los relacionados con la falta de trabajadores en los países de acogida, derivada del estadio avanzado de su transición demográfica, así como el elevado nivel de ingreso y acceso a bienes públicos que proporcionan una vida más confortable en el mundo industrializado. En los países de origen de la migración internacional, por su parte, el menor desarrollo económico relativo, los elevados niveles de pobreza y de concentración del ingreso, el bajo crecimiento

económico y las dificultades para generar el número suficiente de empleos bien remunerados, entre otros, destacan como poderosos factores que animan a sus residentes a buscar oportunidades sociales en otros países. Sin duda, las densas redes sociales que los migrantes han construido con el paso del tiempo son un factor que sostiene e impulsa la migración; dichas redes no sólo vinculan cada vez más a las naciones de origen y destino, sino que ahí donde tienen raíces históricas han generado una "inercia social de la migración" (Durand y Massey 2003).

Como resultado de la interacción de ese conjunto de factores, la migración internacional aumentó en 21 000 000 en la última década, al pasar de un total de 154 000 000 de personas que en 1990 vivían en un país distinto al de su origen, a 175 000 000 en 2000; de éstos, entre 60 y 65 000 000 son migrantes económicamente activos. Se estima que los 175 000 000 de migrantes internacionales representan 3% de la población mundial (ONU 2002; OIT 2004).

Las naciones de mayor desarrollo relativo se están convirtiendo en el destino principal de la migración internacional, al punto que hacia ellas se dirigió 28% del total de inmigrantes durante la década pasada, mientras que las naciones menos desarrolladas disminuyeron su participación en 3%. Consecuentemente, en el mundo industrializado residen 104 000 000 de inmigrantes internacionales y 71 000 000 en las naciones en desarrollo (ONU 2002). En dicho lapso, en África, Asia, Oceanía y América Latina la inmigración internacional se mantuvo en sus niveles o disminuyó ligeramente, mientras que en Europa y Estados Unidos de América (EUA) aumentó en 7 y 13%, respectivamente, de forma que tan sólo en estas dos zonas del mundo viven 97 de los 175 000 000 de migrantes internacionales que se estiman para el año 2000.

No obstante que cada año alrededor de 2 000 000 de personas cambian de país de residencia habitual, en el sistema mundial aún se carece de un régimen migratorio ordenado, legal, seguro y digno. Con intensidad diversa, en la etapa de salida, traslado, llegada o integración, los migrantes y sus familias sufren la violación de los derechos humanos y laborales, enfrentan discriminación o vulnerabilidades que amenazan su integridad física, lastiman su dignidad y autoestima o experimentan otros obstáculos que les impiden el desarrollo pleno de sus potencialidades. A ese respecto, destacan los menores de edad, las mujeres y los grupos étnicos como las poblaciones migrantes de mayor vulnerabilidad (ACNUR 2003).

La violencia colectiva e institucional que acompaña a la experiencia de migrar es una realidad preocupante en el ambiente nacional e internacional. No obstante que en la segunda mitad del siglo XX se lograron avances significativos en la materia, las Naciones Unidas, los gobiernos de los países, las organizaciones no gubernamentales y de migrantes, reconocen que en ese objetivo aún queda mucho por avanzar. Al mismo tiempo, debe señalarse que el cambio favorable que se apreció en los últimos años en las percepciones gubernamentales sobre la migración internacional contrasta con indicios considerables de que la xenofobia, la discriminación, el maltrato y el abuso para los migrantes y sus familias está empeorando después de los sucesos del 11 de septiembre de 2001 en EUA (OIT 2004).

Por esta razón, es necesario redoblar esfuerzos para alcanzar el reconocimiento de la migración internacional como un fenómeno social con causas y consecuencias en los países de origen, tránsito y destino. Para revertir las condiciones que hacen posible la violación de los derechos laborales y humanos de los migrantes, es necesario que las naciones compartan un enfoque global con perspectiva de mediano y largo plazos, sin menoscabo de las soberanías nacionales. Por lo pronto, el reconocimiento explícito

de las responsabilidades y compromisos de las naciones, así como el monitoreo sistemático y las evaluaciones periódicas del fe-nómeno, pueden abrir cauce a la aplicación de políticas, estrategias y programas multilaterales que destierren la violencia colectiva e institucional de la migración internacional.

México es país de origen, tránsito y destino de una cuantiosa corriente migratoria. El influjo de su dinámica y escala se aprecia en prácticamente todos los órdenes de la vida social y plantea retos desafiantes en muy diversos ámbitos, entre los que destaca brindar protección y seguridad a las poblaciones migrantes. Enseguida se presenta una caracterización concisa de los flujos emigratorios de México y de inmigración y transmigración de centroamericanos a nuestro país. En la descripción de cada flujo se destacan las situaciones de violencia colectiva e institucional que sufren los migrantes, así como algunas acciones gubernamentales y de la sociedad civil para revertirla.

Mexicanas y mexicanos en Estados Unidos de América

La migración de mexicanas y mexicanos a EUA es un fenómeno secular que en las últimas décadas ha experimentado profundas transformaciones, tanto en su cuantía como en sus modalidades y categorías (Corona 2000). El aumento de la migración definitiva de mexicanos a EUA puede advertirse en que mientras en la década de los sesenta del siglo pasado el flujo neto de migrantes se estima en un promedio anual máximo de 29 000 personas (SRE 1997), en 2000 se situó en 398 000, es decir, que en los últimos treinta años la pérdida poblacional de México debida a la migración a EUA aumentó casi 14 veces (CONAPO 2003).

Actualmente viven en EUA 10 200 000 de personas nacidas en México, lo cual significa que desde nuestro país se origina alrededor de 6% de la migración internacional del mundo. Debe precisarse que 42% de los migrantes llegaron al país vecino en la última década, así como el equilibro entre la población masculina y femenina.

El carácter primordialmente laboral de la migración se manifiesta en que 76% de los connacionales que viven allá tiene entre 15 y 49 años de edad y escolaridad cada vez mayor. Seis de cada diez migrantes está unido y más de la mitad (57%) de sus hogares tiene entre cuatro y seis miembros, 29% entre uno y tres y sólo 14% tiene 7 o más integrantes, lo que sugiere que las y los migrantes que viven en EUA tienen una cultura demográfica moderna, materializada en niveles moderados de natalidad.

La nueva geografía de la migración México-EUA, consiste en la incorporación de migrantes procedentes de la zona centro y sureste en detrimento de la participación de quienes proceden de las 10 entidades con gran tradición migratoria. La diversificación del fenómeno explica que actualmente de los 2 443 municipios de México sólo 96 tienen contacto nulo con la migración a EUA y 1 de cada 5 tiene alta y muy alta intensidad migratoria (Tuirán, Fuentes y Ávila 2002). En EUA un número creciente de connacionales establece su residencia en entidades fronterizas con México.

Violencia y vulnerabilidad

Alrededor de 4 000 000 de connacionales que viven en EUA carecen de la documentación exigida por la autoridad migratoria estadounidense para permanecer o trabajar en ese país (CONAPO 2004). La cifra, en sí misma relevante, sugiere que en siete años habría aumentado en cerca de un millón y medio el número de migrantes no autorizados, pues se estima que en 1996 había entre 2 300 000 y 2 400 000 migrantes en esa condición (SRE 1997).

La vulnerabilidad de al menos 35 de cada 100 connacionales que vive en EUA deviene en violencia colectiva, porque los migrantes y sus familias carecen de personalidad jurídica –y con ello de los medios– para exigir a sus empleadores y a las autoridades competentes el cumplimiento de sus derechos laborales, aun cuando cumplen con sus obligaciones fiscales. A ese respecto, cabe destacar la sanción de la violencia económica que sufren los migrantes no autorizados con la resolución de la Suprema Corte de Justicia de EUA de marzo de 2002, relativa a que los derechos laborales sólo son exigibles por ciudadanos y residentes legales. En cambio, y en clara reivindicación de los derechos laborales de los migrantes, en la Opinión Consultiva OC-18/03 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA), formulada a solicitud de México,

"se considera que los derechos de carácter laboral surgen necesariamente de la condición de trabajador, y no del estatuto migratorio, ciudadano o cualquiera que sea. Toda persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada, adquiere inmediatamente la condición de trabajador y, consecuentemente, los derechos inherentes a dicha condición. Lo cual implica, además, el derecho al debido proceso legal que debe ser reconocido en el marco de las garantías mínimas que se deben brindar a todos los migrantes, independientemente de su estatus migratorio. Finalmente, la Corte concluye que los Estados no pueden subordinar o condicionar la observancia del principio de la igualdad ante la ley y la no-discriminación a la consecución de los objetivos de sus políticas públicas, cualesquiera que sean éstas, incluidas las de carácter migratorio" (CIDH 2003).

Otra de las consecuencias que entraña esta modalidad de violencia colectiva implícita en la inseguridad jurídica de los migrantes mexicanos no autorizados en EUA es la falta de opciones para cuidar su salud y la de sus familiares, inclusive al padecer enfermedades o accidentes de trabajo. En el cuadro I puede observarse que más de la mitad (53%) de los connacionales que viven en EUA carece de acceso al sistema de salud; 13% se atiende en servicios públicos y 1 de cada 3 acude a servicios privados, es decir, los paga. Es frecuente que los migrantes sin acceso a servicios de salud acudan al apoyo que proporcionan organizaciones no gubernamentales y asociaciones humanitarias, civiles y religiosas.

Cuadro I. Población nacida en México residente en Estados Unidos de América, por diversas características, según sexo, 2003

Características	Total	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Absolutos	10 237 189	5 638 094	4 599 095
Relativos	100.0	55.1	44.9
Edad promedio (años)	34.3	33.8	34.9
Ciudadanía en Estados Unidos	100.0	100.0	100.0
Ciudadano Estadounidense	21.8	20.5	23.4
No ciudadano Estadounidense	78.2	79.5	76.6
Condición de pobreza	100.0	100.0	100.0
Pobres	25.4	22.3	29.2
No pobres	74.6	77.7	70.8
Cobertura de salud	100.0	100.0	100.0
Público	12.9	10.5	15.9
Privado	32.3	32.7	31.9
Ambos	2.2	1.8	2.5
No tiene	52.6	55.0	49.6

Fuente: estimaciones propias con base en Bureau of Census, Current Population Survey (CPS), de marzo de 2003

La situación parece ser más delicada de lo que sugieren los datos presentados, no sólo por la comprensible escasa representatividad de los migrantes no autorizados en las fuentes de información oficiales de EUA, sino también porque refieren a la disponibilidad, y no al uso, de servicios de salud. De acuerdo con investigaciones de El Colegio de la Frontera Norte (EL COLEF), a mediados de la década pasada, 81% de los migrantes residentes en EUA que regresaron de visita a México declararon no haber recibido atención médica durante su última estadía, y de los que sí la obtuvieron, 35% acudió a un hospital privado, 46% a una clínica u hospital con seguro de gastos médicos y 25% a unidades de servicio público. Si bien la edad promedio de los migrantes puede explicar la baja incidencia de enfermedades y de la demanda de atención médica, la información citada es especialmente relevante porque los entrevistados en su gran mayoría son jefes de hogar, tienen experiencia migratoria, poseen documentos para permanecer y trabajar en EUA, no contrataron a traficantes o polleros para cruzar y cuentan con familiares en ese país que también poseen documentos. En suma, se trata de población migrante que cuenta con personalidad jurídica en el país vecino del norte.

La protección de la salud de los migrantes debe ser encarada integralmente y mediante

programas binacionales, como tácitamente fue reconocido en la Declaración Conjunta sobre Salud del Migrante que los gobiernos de EUA y México suscribieron en 2000. En ese sentido, debe señalarse que en la última década en ambos países se han llevado a cabo iniciativas notables de prevención y control de enfermedades así como de promoción de la salud de los migrantes y sus familias. Por su importancia, deben mencionarse el Programa Semana Binacional de la Salud México-Estados Unidos; las iniciativas de Salud México-California, México-Texas; El Grupo Nuclear de Salud del Migrante México-Estados Unidos; los programas de México Vete Sano y Regresa Sano y de Salud para Migrantes y sus Familias, el cual opera en 20 entidades federativas. Así mismo, en julio de 2004 ambas naciones suscribieron un acuerdo referido al reconocimiento y acumulación de cotizaciones para la jubilación en algunas modalidades de trabajadores migratorios.

Los programas actuales cubren áreas tan diversas como la prevención y atención de enfermedades, fomento de una cultura de autocuidado y monitoreo de enfermedades infecciosas, cardiovasculares y mentales; salud bucal, adicciones, riesgos y accidentes y de salud sexual y reproductiva.[1] Los programas de mayor cobertura se localizan en México y cuentan con estrategias para atender las necesidades de los migrantes y sus familias en sus lugares de residencia, reduciendo con ello su vulnerabilidad al carecer de acceso al sistema de salud, porque no cotizan en el país. Cabe destacar que el Programa Vete Sano y Regresa Sano atiende al migrante en el traslado de su lugar de residencia hasta las localidades fronterizas del norte, y durante su estancia en ellas, etapas del proceso migratorio que eran descuidadas en el pasado. Para facilitar el monitoreo epidemiológico de poblaciones móviles, también comienza a difundirse la Tarjeta Viajera. Los programas que se llevan a cabo en EUA se están expandiendo desde las entidades fronterizas con México, densamente pobladas por connacionales, hacia el interior de la Unión Americana. Al respecto, debe reconocerse el papel estratégico que las organizaciones no gubernamentales juegan en el proceso, señaladamente las promotoras de la salud del migrante, muchas de las cuales lo canalizan con médicos que hablan español y, cuando no es posible, los auxilian de diversas formas tanto durante la consulta como en la compra de medicamentos.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son objeto de un monitoreo sistemático debido a que los flujos migratorios se dirigen principalmente a los estados de la Unión Americana donde se registran las prevalencias más elevadas, lo cual, aunado a la importante presencia de migrantes jóvenes, varones y solteros que pasan temporadas prolongadas en una sociedad con costumbres sexuales más abiertas, convierten a los migrantes en altamente vulnerables a las ITS, en general, y a la infección por el VIH, en particular (Bronfman, Sejenovich y Uribe 1998). Si bien no existe una relación causal entre la migración y las ITS, el vínculo entre ambas es evidente: a fines de la década pasada, 10% de los connacionales infectados con el VIH tenían antecedentes migratorios en EUA, pero el porcentaje se eleva hasta 25% en el medio rural, donde la intensidad del fenómeno es mayor, contra 6.1% en el medio urbano (Bronfman, Sejenovich y Uribe 1998). En la sociedad estadounidense también se registra una signifi-

1 Las principales causas de morbilidad en los hispanos, en EUA, son: el SIDA y el VIH, enfermedades coronarias, enfermedad cerebrovascular, hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad relacionada con riesgos ambientales y ocupacionales, trastornos mentales, adicciones y tuberculosis. Las principales causas de mortalidad entre los hispanos en EUA, son: enfermedad del corazón, neoplasias malignas, accidentes y efectos adversos, VIH/SIDA, homicidios, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, enfermedad crónica del hígado, neumonía e influenza (Secretaría de Salud 2002).

cativa prevalencia de estas enfermedades entre la población mexicana; por ejemplo, se estima que en 1999 del total de enfermos de SIDA en el estado de California 25% eran latinos, 40% de ellos de origen mexicano y, entre éstos, 86% nacidos en México.

El gobierno de México lleva a cabo programas y acciones para apoyar y proteger los derechos de los connacionales en EUA. A través de los Consulados, proporciona asistencia jurídica, promueve la identidad nacional y fortalece las organizaciones sociales de los migrantes. Con el mismo propósito se creó el Instituto de Mexicanos en el Exterior en 2003, el cual continúa y amplía las acciones desplegadas por el extinto Programa Comunidades en el Exterior de la Cancillería. De sus acciones sobresale la promoción de la Matrícula Consular, identificación oficial de México que cada vez es más aceptada como documento de identidad en algunos estados del país vecino. Por último, en 1989 el Programa Paisano se creó para proteger a los migrantes de los abusos de diferentes autoridades y facilitar sus visitas a nuestro país. En 2003 logró atender a más de 23 000 connacionales en trámites migratorios, internación de mercancías, presentación de denuncias por abuso de autoridad o extorsión, y protección de su integridad física o de sus bienes. Los resultados de una evaluación para los años 2002 y 2003 que de dicho programa realizó EL COLEF, sugieren que han disminuido las extorsiones y abusos de las autoridades nacionales, así como que los paisanos que utilizaron dichos servicios aprecian sus bondades. Sin embargo, queda pendiente ampliar su cobertura, enriquecerlo y vincularlo con otras áreas de actuación en las cuales los migrantes enfrentan riesgos y vulnerabilidades (Santibáñez 2004).

Ingresos, situación de pobreza y género

Debido al carácter esencialmente laboral de la migración y al dinamismo de la demanda de trabajo migrante estadounidense, 7 de cada 10 connacionales de 15 y más años de edad que viven en EUA forman parte de la población económicamente activa (PEA), estimada en 6 500 000 personas en 2003. De este total, 68% son varones y el restante 32%, mujeres, lo cual seguramente se relaciona con los roles de género que asignan a las mujeres el desempeño del trabajo doméstico, la educación y el cuidado de los menores de edad y los adultos mayores.

La gran mayoría de los migrantes mexicanos (90%) cumple su objetivo de encontrar un empleo en EUA y trabaja con jornada completa como asalariado. De ellos, 1 de cada 4 se emplea en establecimientos pequeños (menos de 10 empleados). Sus remuneraciones ascienden a un promedio anual de 21 000 dólares, observándose notables desigualdades de género, dado que los varones ganan como promedio anual casi 30% más que las mujeres.

Una realidad social preocupante es que la incidencia de la pobreza está aumentando en la población de migrantes mexicanos, seguramente como resultado de su inserción precaria en los mercados de trabajo, la menor escolaridad respecto de los nativos estadounidenses u otros inmigrantes, e incluso la falta del dominio del idioma inglés. Así, mientras que en 1990, según el Estudio Binacional México-Estados Unidos sobre Migración se estimó que 13% de los mexicanos residentes en el país vecino era pobre, en 2003, de acuerdo con la norma estadounidense el porcentaje prácticamente se duplicó al situarse en 25%, lo que significa que la pobreza compromete

la calidad de vida de 2 400 000 connacionales que viven en EUA.

La residencia legal de los mexicanos en EUA no es garante del respeto de sus derechos laborales. Organizaciones sociales de los migrantes en EUA han denunciado muchos casos en los que los migrantes cuentan con documentos para vivir y trabajar en ese país, a pesar de lo cual los empleadores utilizan una multitud de recursos para intimidarlos, pagar menos por hora de trabajo y no respetar sus derechos. Esa situación parece haberse deteriorado aún más tras los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001. En palabras de la líder sindical de los empleados de restaurantes y hoteles:

"El gobierno federal ahora está usando el ataque como excusa para reprimir más al inmigrante y para distraer de problemas muy grandes en la economía. Por ejemplo, la administración del seguro social está mandando ahora más de 200 000 cartas de '*no much social security*'… Sabemos que todas las compañías lo están usando para intimidar más a los trabajadores, para sacar sueldos más bajos, para asustarlos, en fin, crear un ambiente de que ustedes no tienen derechos y en cualquier momento los puedo despedir. Qué pasa con la pobreza, más pobreza porque los sueldos van a bajar bastante" (Durazo 2004).

No puede pasar desapercibida la opinión antiinmigrante de Samuel P. Huntington, influyente intelectual estadounidense, quien sostiene que la inmigración de mexicanos representa una amenaza para la unidad nacional e integridad territorial de ese país, debido a que no comparten los valores de su país. De hecho, considera peligrosa la concentración territorial de los mexicanos y méxico-americanos en el suroeste del país, su carácter endogámico, la conservación de la lengua española y los fuertes vínculos culturales, sociales y familiares con México, y comparte la opinión de que los mexicanos "sostienen que el Suroeste les fue arrebatado tras una agresión militar en la década del 1840 y ha llegado el momento de *'la reconquista'* (que demográfica, social y culturalmente, está ya sin duda en marcha)" (Huntington 2004, cursivas del autor).

El estímulo de sentimientos de xenofobia en la sociedad estadounidense es una preocupante invitación a recrear situaciones de violencia colectiva, además de que se funda en interpretaciones simplistas y prejuicios sobre la población mexicana residente en EUA. Al respecto, los datos de una encuesta realizada en 2003, representativa de los valores de los mexicanos que viven en ocho zonas metropolitanas de este país, confirman lo equivocado de las apreciaciones de Huntington:

Los migrantes mexicanos que viven en EUA "comparten ampliamente los valores centrales de la cultura anglosajona: valoran la democracia y la libertad, el individualismo económico, tienen un concepto sorprendentemente alto de la representación política y están convencidos de que los representantes populares son sujetos a la rendición de cuentas… En estas dimensiones valorativas es evidente que los mexicanos en EUA comparten con los angloestadounidenses, así como con los afroestadounidenses, los asiático-estadounidenses y los hispanos de origen no mexicano, un mismo credo definido por los valores centrales que han predominado en esa sociedad: la democracia, el mercado y el sentido de la representación política" (Moreno 2004).

Migración temporal no autorizada y violencia en la frontera norte

La migración temporal de trabajadores mexicanos a EUA es una modalidad que predominó durante el *Programa Bracero* (1942-1964) y en las dos décadas y media posteriores coexistió con el ya referido aumento de la migración definitiva. Debido a la interacción de un conjunto de factores de diversa naturaleza (SRE 1997), desde el segundo lustro de la década pasada se produjo una disminución de 572 a 249 000 migrantes temporales en 1993-1994 y 1999-2000. Entre 2001-2003, sin embargo, se ubicó en 436 000 migrantes. Debe precisarse que el "desgaste" de los mecanismos de la circularidad del flujo temporal se relaciona con el reforzamiento estadounidense del control fronterizo desde que, en 1993, se instauró el *Programa Guardián*.[2] Se trata de acciones que no están logrando contener la migración y sí, en cambio, animando a los migrantes temporales a prolongar sus estancias en ese país o, después de varias visitas, a optar por la migración definitiva, aumentando con ello el total de mexicanos en EUA (Ávila, Fuentes y Tuirán 2000; Leite, Ramos y Gaspar 2003).

La información disponible revela que los migrantes devueltos por la patrulla fronteriza conforman una de las poblaciones más vulnerables, dado que 7 de cada 10 son primerizos y se trasladan acompañados de amigos o familiares a las localidades fronterizas, donde permanecen dos o tres días antes de intentar cruzar y, al menos, uno de cada cuatro duerme en terminales de autobuses, en la calle, bajo los puentes o en las inmediaciones de la línea divisoria internacional. Asimismo, debe señalarse que 7 de cada 10 migrantes devueltos son aprehendidos cruzando la línea, en la carretera o la calle y que, al momento de la devolución, declaran que reintentarán cruzar, no obstante que como mecanismo de disuasión la patrulla fronteriza los regresa cada vez por un lugar distinto al que utilizaron para cruzar.

2 Entre otras medidas que han aumentado los riesgos para la salud y la vida de los migrantes destacan: la construcción de bardas triples en los segmentos de la línea divisoria internacional antes muy transitados; la multiplicación de efectivos de la patrulla fronteriza; la incorporación de vehículos especiales para terreno de difícil acceso y de helicópteros que sobrevuelan varias veces al día las zonas tradicionales de cruce; la instalación de telescopios infrarrojos para advertir cruces nocturnos y de sensores para detectar calor humano y precisar las coordenadas de ubicación de los migrantes, entre otros recursos que obligan a los connacionales a buscar zonas alternativas para el cruce subrepticio.

Menores de edad en la migración no autorizada en la frontera norte

Dentro del grupo de migrantes devueltos, los riesgos y vulnerabilidades son mayores para quienes en sus intentos de cruce llevan en resguardo a menores de edad, estimados en un promedio anual de 20 000 migrantes entre 2001-2003, de los cuales 40% son mujeres. La participación de niños y niñas en los intentos de cruce no autorizado de adultos, casi siempre familiares o conocidos, denota la estrategia de migración por familias a la reunificación familiar en EUA, así como el que los migrantes consideran las devoluciones como parte de la experiencia de migrar y no creen poner en riesgo la vida o la integridad física de los menores de edad que los acompañan.[3]

Sin embargo, debe mencionarse que las devoluciones someten a los adultos acompañados de menores de edad a una multitud de problemas, angustias e incertidumbres, de las cuales la más conocida es la repatriación del adulto separado del menor, quien es devuelto por vía consular, y tendrá que ser posteriormente ubicado por esta vía o en los albergues para menores repatriados.

El aumento del número de adolescentes devueltos es una realidad preocupante porque son más vulnerables a sufrir intimidación, vejación, extorsión o abusos de índole sexual. Para atender a estas poblaciones, el gobierno de México ha puesto en marcha varios programas de ayuda y protección a los migrantes, en los cuales participan organismos multilaterales y de la sociedad civil interesados en la materia, como los que agrupa el proyecto Menores Repatriados por la Frontera Norte México-Estados Unidos de América, que surge en 1996 con el propósito de atender de manera integral los riesgos que enfrentan los menores que devuelve la patrulla fronteriza. Actualmente el programa dispone de cinco albergues donde los menores de edad pueden pernoctar y alimentarse en tanto se gestiona su regreso a las localidades de origen o su entrega a los adultos que los llevaban en resguardo. El programa cuenta con un sistema de intranet que facilita la localización de los menores.

Como problemas de gestión de dicho programa, destaca la falta de recursos para atender la demanda creciente, así como el frecuente incumplimiento de los acuerdos de repatriación por parte de la autoridad migratoria estadounidense, pues si normalmente los menores son repatriados por vía consular[4] "en algunos casos las autoridades estadounidenses realizan directamente la repatriación de menores de edad que son asegurados durante su in-

3 Los hallazgos de una encuesta levantada por EL COLEF confirman que la mayoría de los migrantes declara no tener preocupaciones por riesgos y accidentes durante el traslado desde sus lugares de origen hasta las localidades fronterizas del norte de México, en el intento de cruce o en el proceso de devolución por parte de la patrulla fronteriza (Santibáñez 2002).

4 "Los menores son recibidos por la autoridad migratoria y son trasladados a las oficinas del INM para verificar las condiciones de salud de los mismos. En caso de que algún menor presente algún incidente de maltrato o violación a sus derechos humanos, se notifica al personal superior, a la autoridad estadounidense y al Consulado para los efectos procedentes… Las autoridades migratorias, después de realizar una entrevista a cada menor y de acuerdo con su situación particular, los canaliza directamente a los albergues del DIF o a la Red de Albergues de tránsito encargados de iniciar el procedimiento de localización de sus familiares, así como del retorno a los núcleos familiares y lugares de origen. Es importante señalar que algunos menores fronterizos, o de ciertos rangos de edad, se niegan a ser enviados a los albergues y en otros casos los familiares acuden a las oficinas del INM a recogerlos o se trasladan ellos mismos a sus casas¨ (INM 2004).

tento por cruzar a los EUA, sin notificación al Consulado Mexicano. En otros casos se realiza la entrega de menores de edad en horas no hábiles de los Consulados" (INM 2004). El fortalecimiento de programas de esta naturaleza es una prioridad nacional no sólo por las penalidades, riesgos y vulnerabilidades que enfrentan los migrantes en las localidades de cruce, sino también porque cuando se quedan en las localidades con frecuencia son enrolados en actividades ilícitas –como el narcotráfico– o son objeto de explotación sexual, como ha sido recientemente documentado para Ciudad Juárez y Tijuana (Azaola 2003).

Riesgos, accidentes y muertes en la frontera norte

Debido a que las localidades fronterizas del norte de México son utilizadas por mexicanos y centroamericanos para cruzar subrepticiamente hacia EUA, la zona es un escenario de tensiones y conflictos donde los migrantes suelen experimentar rechazo, abusos y extorsiones, así como el maltrato de las autoridades migratorias en los procesos de devolución y repatriación (CDH-ONU 2002). Ese ambiente es aún más difícil debido a que la franja fronteriza es utilizada para introducir drogas, actividad que en ocasiones se mezcla también con las de los traficantes de migrantes.

Para evadir los operativos de la patrulla fronteriza los migrantes y los *polleros* fueron obligados a crear nuevas rutas por lugares despoblados, inhóspitos y peligrosos, lo cual originó el desplazamiento del flujo migratorio no autorizado hacia el este de la franja fronteriza (Leite, Ramos y Gaspar 2003). Un resultado trágico de la búsqueda de rutas alternativas para cruzar a EUA ha sido el aumento del número de muertes de migrantes: tan sólo entre 1994 y 2002 fallecieron más de 2 200 migrantes al intentar cruzar la línea fronteriza por lugares peligrosos, registrándose en los últimos años un promedio anual de 400 defunciones de connacionales; dicho de otra forma: cada día muere al menos un migrante en su intento de cruzar hacia ese país.[5] Si bien el hecho ha causado consternación en la opinión pública nacional e internacional, las medidas asumidas, como mayor vigilancia de la patrulla fronteriza de los lugares peligrosos o el rescate de migrantes abandonados en el desierto por los *polleros*, no representan una solución al problema de fondo:

"Lo más desalentador es que el número de muertes se haya reducido tan modestamente (entre 2001 y 2002, JLA) al mismo tiempo que la patrulla fronteriza ha intensificado su campaña de advertencia, búsqueda y rescate, confirmando que no hay medidas de salvamento suficientes, sean torres de auxilio o barriles de agua ante una estrategia de canalizar a los migrantes a lugares tan inhóspitos, por no decir infernales. Cabe señalar que el punto donde se intenta ahora la mayoría de los cruces es un tramo de 140 millas entre Sazabe y Yuma, Arizona, y es conocido como Devil road el 'camino del diablo'. En cuanto a las campañas binacionales de advertencia, el descenso en el tráfico de indocumentados es más probable que se deba al estancamiento de la economía estadounidense que a cualquier otra cosa, inclusive el reforzamiento de la vigilancia después de los ataques terroristas, la desesperación de

5 Según la autoridad migratoria estadounidense, entre octubre de 2003 y agosto de 2004 murieron 275 migrantes en su intento de cruzar la línea divisoria internacional, cifra que, de acuerdo con las estimaciones de esas autoridades, representa un aumento de casi 50%, en comparación con la cifra registrada en el periodo previo (Villalpando y Cornejo 2004).

la gente por pasar es tal que los migrantes se están embarrando con lodo del río Nuevo en el Valle Imperial, una de las corrientes de agua obviamente más contaminadas del mundo, con la esperanza de que esto impida que la patrulla fronteriza los detenga al no querer tocarlos. No eximo la responsabilidad de los llamados "polleros" (Smith 2004).

Como se comprenderá, las muertes y riesgos de los migrantes ponen en evidencia la urgencia de retomar el camino de las negociaciones sobre migración México-EUA, interrumpidas con los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001.

El abuso y maltrato a los migrantes por parte de la patrulla fronteriza son hechos que casi siempre permanecen impunes, pese a que muchas veces son denunciados ante las autoridades competentes, tanto por los propios migrantes como por organizaciones no gubernamentales. Como ejemplo de violencia física valga mencionar que, en septiembre de 2003, cuando cuatro mexicanos cruzaron a nado el Río Bravo a la altura del municipio de Jiménez, ya en territorio de EUA, agentes de la Patrulla Fronteriza del sector Del Río los interceptaron y, de acuerdo con su testimonio:

"nos golpearon en diferentes partes del cuerpo, nos esposaron y nos subieron a la patrulla. Después fuimos encerrados y deportados por Piedras Negras. De estos hechos dimos parte al Consulado mexicano en *Eagle Pass*, con el fin de que se actúe contra los agentes".[6]

También en *Eagle Pass*, el pasado 24 se septiembre de 2004 murieron tres mujeres de un grupo de seis migrantes no autorizados a quienes una vez que cruzaron el río y se encontraban del lado estadounidense, integrantes de la patrulla fronteriza les aventaron piedras y los obligaron a regresar por el río en lugar de aprehenderlos y entregarlos a la autoridad migratoria mexicana, como establece el acuerdo de repatriación ordenada, segura y digna que México y EUA acaban se suscribir. En el retorno, las tres mujeres no lograron llegar al lado mexicano, llevándoselas la corriente. Los integrantes del Grupo *Beta* ayudaron a los migrantes sobrevivientes y rescataron sólo uno de los tres cuerpos.

Cabe señalar, entre las acciones de maltrato y agresión física a los migrantes, el uso de balas de plástico con pimienta por parte de la patrulla fronteriza, las cuales, si bien no son letales, sí constituyen instrumentos de disuasión violatorios de los derechos humanos de los migrantes. La medida ha sido cuestionada por la opinión pública y comienza a ser revisada por el gobierno de México, que en un acuerdo previo la avaló en el entendido de que evitaba el uso de armas letales por parte de la patrulla fronteriza de EUA. A la fecha se han registrado 250 casos de migrantes agredidos con este tipo de balas, ocasionándoles quemaduras y contusiones (Saldierna y Ramírez 2004).

Como puede verse, en la dinámica de las devoluciones es frecuente el uso de la violencia institucional por parte de la autoridad migratoria estadounidense. Si bien el fenómeno es de larga data como para documentarlo aquí, baste destacar la impunidad de dichos delitos, como ha sido denunciado por el Cónsul de México en Douglas, Arizona:

"los maltratos físicos y verbales, los abusos, las lesiones con arma de fuego, los ocasionales homicidios y las presumibles violaciones a los derechos de indocumentados son denunciados por los consulados mexicanos a las instancias adecuadas. El problema que surge en

6 Disponible en: http://noticias.vanguardia.com.mx/showdetail.cfm/402382/Golpea-Border-Patrol-a-ilegales-mexicanos/.

ciertas áreas, Arizona, por ejemplo, es que la Oficina del Inspector General del Departamento de Justicia alega no contar con los recursos suficientes para llevar a cabo investigaciones exhaustivas en cada caso. Se actúa a criterio y en la inmensa mayoría de las denuncias por presuntas violaciones a los derechos de connacionales, la respuesta es la misma: no proceden" (Escobar 2004).

El carácter masivo de la migración al país vecino reduce las probabilidades individuales de riesgos y accidentes, lo cual seguramente se relaciona con la percepción de escaso riesgo que, según algunos estudios, tienen los migrantes ante los mayores controles fronterizos impuestos desde 1994 y su fortalecimiento tras los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001. De este modo, de acuerdo con Santibáñez (2002), la mayoría no considera que corre riesgos durante el desplazamiento (78%), no tiene preocupaciones durante el viaje (73%) o al ser capturado y devuelto por la patrulla fronteriza (70%). Ello sugiere que los migrantes han incluido la devolución como parte del proceso migratorio, de forma que la mayoría, sobre todo los que tienen experiencia, reintentan cruzar varias veces antes de desistir, y en el caso de los primerizos al menos una vez (Ávila, Fuentes y Tuirán 1997; Leite, Ramos y Gaspar 2003).

Cada año un número variable de migrantes es rescatado por agentes de la patrulla fronteriza de EUA, ya sea porque fueron abandonados por los *polleros* en medio del desierto, se extraviaron, sufrieron lesiones o picaduras de animales, hipotermia o deshidratación. Por su parte, el gobierno de México aplica programas de apoyo y protección que han reducido los riesgos y vulnerabilidades de los migrantes tanto en el trayecto de sus lugares de origen a las localidades fronterizas como durante su estancia en ellas, así como en el intento de cruce. De igual forma, proporciona información sobre los lugares peligrosos y el tipo de riesgos que se corren al intentar atravesarlos. Tan sólo en 2002 y 2003 los *Grupos Beta* realizaron 82 186 patrullajes, rescataron a 6 517 migrantes, dieron atención a 1 082 lesionados, apoyo a 494 extraviados y asistencia social a más de 110 000 migrantes (INM 2004).

La violación de los derechos de los migrantes también compromete a las autoridades nacionales. El gobierno mexicano ha realizado esfuerzos por capacitar al personal del INM así como al de aduanas, poder judicial y policías para garantizar el respeto de los derechos humanos de los migrantes, su protección y la de sus bienes, tanto en sus intentos de cruzar a EUA como a su regreso a México una vez que han trabajado allá. En ese sentido, también deben señalarse el retiro de funcionarios involucrados en actos delictivos, como la depuración de personal de alta responsabilidad que el INM realizó en 2003 debido a las denuncias relacionadas con su participación en el tráfico de migrantes, hecho en sí mismo loable, pero que al mismo tiempo muestra la dimensión de los problemas que se enfrentan en México para alcanzar una administración humana y responsable del fenómeno migratorio.

La violencia interpersonal es otra de las realidades que hacen ominosa la experiencia de migrar sin documentos al país vecino. Sobre el particular, llama la atención que en los últimos años hayan florecido en la franja fronteriza grupos de nacionales estadounidenses empeñados en realizar acciones de patrullaje y caza de migrantes no autorizados, como las organizadas por la *American Patrol Border* -que realiza patrullajes para detectar migrantes y señalar su localización a las autoridades migratorias-, o la *Ranch Rescue,* en el estado de Arizona -integrada por civiles armados vestidos con ropa militar que pretenden proteger las propiedades agrícolas de "invasiones de migrantes"-. Organizaciones de este tipo se han extendido al estado

de Texas y provocado incidentes que tensan el ambiente y violan los derechos humanos de los migrantes. Asimismo, cabe mencionar el reciente veto del gobernador del estado de California, Arnold Schwarzenegger, al proyecto de Ley SB60 para que los migrantes no autorizados pudieran tramitar licencias para conducir automóviles.[7]

Inmigración, refugio y transmigración en México

México es un país étnica y culturalmente diverso con una larga historia de contactos poblacionales, científicos y culturales con diversos países del mundo. En momentos críticos, nuestro país se ha distinguido por la acogida de extranjeros y sus familias, quienes han sido obligados a abandonar sus lugares de origen cuando la violencia política, las persecuciones, la discriminación étnica, religiosa o política ha puesto en riesgo su vida o su integridad física. En años recientes, México también se ha convertido en lugar de destino de trabajadores temporales guatemaltecos, así como de tránsito de cuantiosas corrientes de migrantes centroamericanos con destino hacia EUA. Estos fenómenos han creado situaciones enteramente nuevas y constituyen un auténtico desafío para la política migratoria nacional, pues si bien se han dado importantes avances para evitar que autoridades o civiles maltraten, extorsionen, abusen o intimiden a las poblaciones que ingresan al país por la frontera sur sin la documentación requerida, aún queda pendiente una abultada agenda para que los inmigrantes y transmigrantes reciban en nuestro país el trato que se reclama a EUA para los connacionales.

Migración temporal en la frontera sur

Hasta la década de los setenta del siglo pasado, los intercambios poblacionales en los 1 138 kilómetros de la frontera sur de México –962 kilómetros con Guatemala y el resto con Belice– fueron escasos y se relacionaron principalmente con el dinamismo económico de la zona y vínculos familiares y sociales de larga data. Asimismo, existía un modesto flujo de trabajadores temporales guatemaltecos en la zona del Soconusco, Chiapas, del que el gobierno de México tenía escaso control (Castillo y Casillas 1988). Entre los factores que desde fines de los años setenta incrementaron el flujo de trabajadores guatemaltecos temporales, cabe destacar el deterioro económico y social del país vecino, el recrudecimiento del conflicto armado y las opciones de encontrar en México un trabajo mejor remunerado, que incluye un lugar para dormir, en algunos casos alimentos al día o facilidades para que los preparen las esposas de los migrantes, pues con frecuencia la migración es por familia.

En un primer momento, se autorizó el ingreso del migrante y su familia con estadías cortas, me-

7 Un antecedente no lejano de actitudes oficiales antiinmigrante en el estado de California es la iniciativa conocida como Propuesta 187, presentada por el gobernador Pete Wilson y aprobada en 1994 por 59% del electorado californiano. En la exposición de motivos de la Propuesta 187 se sostenía que el estado de California sufría problemas económicos y una herida personal y un daño por la conducta criminal de los extranjeros ilegales en el estado, y proponía excluir a los migrantes el acceso a bienes públicos esenciales, como la salud y la educación. La Corte Federal derogó la iniciativa porque, de acuerdo con la Constitución de Estados Unidos de América, un estado no puede legislar en materia migratoria. (Bustamante 2002).

diante una solicitud que exhibía a las autoridades nacionales documentación oficial de Guatemala. Desde ese entonces el papel de los intermediarios o "enganchadores" fue creciendo, de forma que actualmente 7 de cada 10 migrantes los contratan para establecer contactos con los patrones y realizar las gestiones migratorias (Venet 2000). Ante denuncias y quejas de los migrantes por abusos de patrones y enganchadores, así como por la existencia de un número no determinado de migrantes no autorizados, en 1997 se introdujo una forma migratoria para visitantes agrícolas (FMVA) con vigencia de hasta un año y con entradas y salidas múltiples.

En los últimos años el flujo de trabajadores temporales guatemaltecos ha variado sensiblemente, sin que pueda establecerse una tendencia, pues si bien en los tres lustros del siglo pasado el flujo se estima en un promedio anual de 65 000 trabajadores documentados, en 2000 ingresaron 69 000 migrantes temporales documentados y en los años siguientes la cifra descendió a 42 000 en 2001, 39 000 en 2002 y 45 000 en 2003. Al primer semestre de 2004, cuando aun no comienza la cosecha del café, se ha registrado el ingreso documentado de 25 370 trabajadores temporales (INM-Delegación Regional de Chiapas 2004).

Las cifras relativas al número de trabajadores temporales no autorizados son inciertas. Asimismo, se carece de información confiable sobre el reclutamiento de migrantes provenientes de otros países del Istmo, como Honduras y El Salvador. Por ejemplo, en un estudio reciente de las plantaciones de café en Chiapas, se estima que uno de cada cuatro trabajadores es irregular (COESPO-Chiapas 2004), mientras que otros estudios y reportes de organizaciones no gubernamentales aportan información valiosa sobre la presencia de extranjeros no guatemaltecos en las fincas del estado de Chiapas, pero de ellas no puede deducirse una estimación (Venet 2000; COESPO-Chiapas 2004).

La FMVA permite un mayor control del fenómeno migratorio a las autoridades locales y federales, pero al parecer no ha proporcionado mayor seguridad a los trabajadores temporales ni está impidiendo abusos patronales como el despido injustificado para no pagarles días trabajados, así como maltratos, condiciones inadecuadas de las viviendas proporcionadas o el incumplimiento de derechos laborales, como el acceso a los servicios de salud. El escaso número de inspectores en las fincas o puestos de trabajo impide dar seguimiento al cumplimiento de las obligaciones patronales. Algunas características de los trabajadores temporales ayudan a comprender su vulnerabilidad y escasa capacidad de agencia[8]: la mayoría son indígenas y varones con una edad promedio de 31 años; con frecuencia viajan acompañados de sus familias y 1 de cada 3 es analfabeto (Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia 2003; COESPO-Chiapas 2004).

Además de administrar un fenómeno complejo y cambiante, la autoridad migratoria de México enfrenta en la frontera sur la migración temporal con la afluencia masiva de visitantes locales, así como con la transmigración no autorizada. Para formarse una idea de la intensa movilidad poblacional en la zona, considérese que en 2003 se registraron 108 000 visitantes locales y 908 000 visitas; esta última cifra representa más del doble de lo registrado cinco años atrás. Pero quizá un dato que ayuda a comprender la dinámica transfronteriza es que del total de visitantes locales registrados, sólo 177 tenían documento para el registro de su entrada y salida mientras que el resto ingresó a México con un pase local de 72 horas (INM-Delegación Regional de Chiapas 2004). Asimismo, poco menos de 20 000 extranjeros –guatemaltecos

8 Capacidad para ampliar y profundizar lo que hasta ahora se ha logrado.

en su gran mayoría– viven en la franja fronteriza del lado mexicano, y tienen características de vulnerabilidad semejantes a las de los trabajadores temporales.

Por consiguiente, es necesario continuar avanzando en la instrumentación de programas que atiendan al fenómeno fronterizo en su integralidad y destierren la violencia colectiva e institucional que lo ha caracterizado. En ese sentido, debe mencionarse que para enfrentar las violaciones de derechos humanos y laborales de los migrantes temporales y de sus familias, así como resolver en forma expedita quejas y denuncias en la materia, los gobiernos de México y Guatemala instalaron en 2002 un Grupo *ad-hoc* sobre *Trabajadores Agrícolas Migrantes Temporales Guatemaltecos.*

Transmigración en la frontera sur

El ingreso de extranjeros sin documentación por la frontera sur de México es un problema emergente y delicado que requiere una gran sensibilidad por parte de las autoridades nacionales, toda vez que se enfrentan denuncias por violación de derechos humanos así como presiones del gobierno de EUA, destino final del desplazamiento, quien ha reclamado medidas más enérgicas para contener el flujo de transmigrantes en la frontera sur.

El fenómeno de la transmigración no autorizada alcanzó dimensiones preocupantes desde los años ochenta del siglo pasado, cuando el INM realizaba cerca de 65 000 devoluciones por año (Castillo 2000).[9] Sin embargo, fue en la siguiente década cuando se produjo un auténtico salto de la transmigración irregular y, por ende, de los aseguramientos y devoluciones realizados por el INM. Así, mientras que en 1990 y 1991 se llevaron a cabo 126 000 y 133 000 devoluciones de extranjeros no autorizados, respectivamente, en los años subsiguientes, salvo en 1997 y 1999 cuando se mantuvo por encima de 100 000, en la década de los noventa el INM acumuló alrededor de 1 000 000 de devoluciones.

En la actualidad, la transmigración no autorizada continúa en niveles elevados, dado que en 2002 las autoridades migratorias de México realizaron un total de 110 000 devoluciones, y en 2003 la cifra se elevó hasta 174 000. Asimismo, debe mencionarse que las devoluciones involucran tanto a varones como mujeres, así como a menores de edad, de los cuales en 2003 fueron detenidos y asegurados 4 070. En su mayor proporción el flujo de transmigrantes no autorizados continúa originándose en Guatemala (47%), Honduras (34%) y El Salvador (16%), mientras que se observa una tendencia a diversificar los lugares donde el INM asegura a los migrantes, pues si bien 75% ocurre en cuatro entidades del sur del país (Chiapas, Tabasco, Oaxaca y Veracruz), el fenómeno comienza a tener importancia en la zona centro (Distrito Federal y Querétaro) y en algunos estados del norte del país como Tamaulipas y Chihuahua (INM -Delegación Regional de Chiapas 2004).

La frontera sur de México es sumamente "porosa" en el sentido de que las autoridades migratorias nacionales enfrentan serios problemas para asegurar un control de toda la franja, pues además de la falta de recursos para realizar los

9 No se cuenta con mediciones continuas y confiables de la transmigración no autorizada. En este capítulo las cifras de devoluciones del INM se asumen sólo como una aproximación al fenómeno, y para ponderar las cifras debe recordarse que la devolución es un evento en el que un transmigrante puede ser devuelto varias veces antes de lograr su objetivo o desistir.

operativos,[10] los *polleros* y los migrantes no autorizados cruzan por lugares terrestres formales (ocultos en casetas de trailer aparentemente mercantes) y por al menos 29 puntos de cruce informal, estos últimos tanto en zonas pobladas como por diversos puntos de la selva. Para cruces no autorizados también se utilizan los ríos Suchiate, Usumacinta y Lacantún, en embarcaciones precarias y cámaras de llantas de vehículos automotores.

Los riesgos más frecuentes que enfrentan los migrantes no autorizados en cruces subrepticios, ya sea que utilicen rutas terrestres o fluviales para internarse en México, son: picaduras de animales venenosos, lesiones, fracturas, infecciones o la posibilidad de morir ahogados.[11] Ya en tierras mexicanas, algunos migrantes sin documentos ni recursos para cubrir los costos de transporte hasta EUA, se suben a trenes en movimiento con destino al centro-norte del país, y con frecuencia sufren accidentes que ocasionan contusiones, mutilaciones e incluso, en algunos casos, la muerte (Cano 2003; Nájar 2003). Debido a que el ingreso a México es sólo una de las barreras que se interponen en la marcha hacia EUA, los transmigrantes no autorizados enfrentan durante su traslado desde las localidades fronterizas del sur hasta las del norte otro conjunto de riesgos y penalidades. Sobre todo en el sureste del país, las autoridades del INM regularmente detectan los *trailers* conducidos por *polleros*, en los cuales los migrantes –con frecuencia familias completas– van ocultos en casetas sin ventilación y con escasa alimentación, exponiéndolos a riesgos de asfixia o deshidratación. Muchos de ellos han sido encontrados con serios problemas de salud, por lo que han sido atendidos por la Secretaría de Salud (SSA). Por lo demás, no debe olvidarse que una vez que los transmigrantes no autorizados lograron cruzar con éxito el país, como el resto de los migrantes, para llegar a su destino aún deben enfrentar los riesgos que acompañan el cruce no autorizado en la frontera México-EUA, tema que abordamos en la primera sección de este subcapítulo.

Es importante destacar que un flujo de migrantes mujeres y menores de edad, con frecuencia organizado por polleros, es enrolado en actividades ilícitas, como la prostitución. Una investigación de Casa Alianza documentó cómo docenas de niñas, niños y adolescentes de Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua son llevados por los traficantes hasta México, algunos con la promesa de que serán trasladados a los EUA para reunirse con sus familiares; unos son abandonados y otros vendidos a prostíbulos de la zona y convertidos en víctimas de una diversidad de violaciones a sus derechos (Harris 2003). Datos recabados en las estaciones migratorias del INM de cinco entidades de la República Mexicana dejan ver que los menores de edad representan alrededor de 10% del total de migrantes en la frontera sur, los cuales tienen como destino preferente EUA (72%), una localidad mexicana del sur (19%) y una localidad del norte de México (9%), así como que la mitad de los menores de edad

10 "Magdalena Carral, titular del Instituto Nacional de Migración, dijo que se requieren al menos 500 agentes, pero que la dependencia dispone sólo de 329 (Alegre 2004).

11 Por ejemplo, en una entrevista a la BBC, realizada en 2002, Ademar Barilli, Director de la Casa del Migrante y de la Oficina de Derechos Humanos de Tecún Umán, Guatemala, declaró: "Hay muertes por la misma ley que han puesto México, Guatemala y Estados Unidos, en donde antes por lo menos se tenía la libertad de andar por las carreteras. Ahora ya no se tiene esto, se obliga a ir por el mar. El transporte marítimo no es seguro, las tiburoneras, las balsas de pescadores no brindan ninguna seguridad … Se dice que 22 personas en una de esas balsas es demasiado, imagínese usted con más de 30, como fue el caso del año pasado (el declarante descubrió que no fueron 22 sino 30 las personas fallecidas, JLA). ¿Qué seguridad pueden tener estas personas? El mar es muy violento en esta región, es muy violento, por eso la gente se ve obligada a tomar un guía, a un coyote y de esto el mismo gobierno es responsable. ¿Por qué no se abren las puertas y se permite que los migrantes vayan y trabajen? Ellos quieren trabajar, que los dejen trabajar." Disponible en: http://www.bbc.co.uk/spanish/especiales/humanrights/pesadilla.shtml. [2004 septiembre 5].

viaja acompañado de personas que no eran sus padres o hermanos (CRM 2001). También se han recogido testimonios en la frontera sur del reclutamiento en el sexo comercial de mujeres guatemaltecas menores de edad transmigrantes, o en el caso de mujeres migrantes, su incorporación en el trabajo doméstico (Azaola 2003).

Las difíciles condiciones de la transmigración en la frontera sur de México han puesto en evidencia la necesidad de ampliar las acciones de protección. Al respecto, cabe destacar que el programa Grupos Beta que opera en la frontera norte fue ampliado al sur, con unidades en Tabasco, Veracruz y Chiapas. En 2003 dichos grupos apoyaron a 296 migrantes lesionados, heridos o mutilados; rescataron a 72 migrantes de peligros o riesgos de muerte por condiciones climatológicas, ahogamiento o asalto; orientaron e informaron a más de 63 000 migrantes sobre los peligros del área, los apoyos que se ofrecen y sus derechos sin importar su nacionalidad o situación migratoria (INM-Delegación Regional de Chiapas 2004).

Sin embargo, debe precisarse que con frecuencia se violan los derechos humanos de extranjeros que ingresan en forma irregular por la frontera sur de México. "El tipo de abusos más recurrentes que enfrentan, son: la extorsión, el robo, la agresión física, la intimidación y las amenazas, el abuso sexual, la destrucción de documentos y la detención sin información sobre sus derechos" (ACNUR 2003). Se trata de una realidad desafiante para la política y la administración migratoria de México que ha sido denunciada en múltiples ocasiones. La más reciente fue la presentada ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México por cónsules de tres países centroamericanos.[12]

No existe un monitoreo sistemático sobre la inmigración y transmigración, y menos aun de la violación de los derechos humanos de los migrantes en la frontera sur de México. Por consiguiente, no es posible clasificar ilícitos, deslindar responsabilidades e impartir justicia plena. Por ejemplo, un estudio documentó, entre 1998 y 1999, un total de 1 971 casos de abuso contra los migrantes centroamericanos en Chiapas, de los cuales 63% fue responsabilidad de particulares y 37% de autoridades (Ruiz 2001). De acuerdo con el informe de la visita a México de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, de la Organización de los Estados Americanos, también es preocupante la presencia de bandas organizadas tanto de nacionales como de extranjeros, como el caso de la organización delictiva de origen salvadoreño conocida como Mara Salvatrucha.[13]

Sobre el trato indigno a los transmigrantes se han presentado denuncias diversas –recogidas en informes de misiones de organismos multilaterales–, entre las que destacan las condiciones inadecuadas de las Estaciones Migratorias del INM, donde con frecuencia los migrantes asegurados pasan más tiempo del previsto en los ordenamientos para que la autoridad re-

12 En su reciente visita a México los Cónsules de El Salvador, Honduras y Guatemala presentaron ante la CNDH denuncias de maltrato y abusos de migrantes en la frontera sur de México. La Jornada, 13 de agosto de 2004.

13 "La mayor cantidad de los incidentes se concentran en el Istmo de Tehuantepec. Aprovechándose de la condición de vulnerabilidad de los migrantes, diversos grupos de delincuentes atacan, roban, extorsionan y engañan a migrantes. En algunas ocasiones estas personas golpean o asesinan a las personas que se resisten. Muchas mujeres se convierten en víctimas de graves casos de violencia sexual. Las bandas de delincuentes en la frontera sur generalmente operan en ciertas áreas despobladas que los migrantes utilizan para evadir la presencia de las autoridades. También merodean caminos aledaños, vías férreas o trenes de carga que los migrantes utilizan para dirigirse al norte por territorio mexicano. Muchas de estas bandas están compuestas por nacionales de México o Guatemala. Numerosos reportes, sin embargo, indican que varios de los grupos más peligrosos son las llamadas Maras Salvatruchas, bandas criminales de extremada peligrosidad conformadas por nacionales de El Salvador" (CIDH 2003).

suelva sobre su devolución.[14] Para proporcionar un trato digno y humano a los transmigrantes no autorizados, el gobierno de México ha emprendido un programa de dignificación de las Estaciones Migratorias (CIDH 2003; ACNUR 2003).

El gobierno de México puso en marcha en 2001 un programa denominado Plan Sur, cuyo propósito es contribuir a la ordenación del flujo migratorio y proporcionar seguridad en la frontera mediante el aseguramiento y devolución de migrantes y transmigrantes no autorizados conforme un programa de repatriación ordenada y segura; acciones de detección de traficantes de migrantes; protección, vigilancia y apoyo. Sin embargo, debe señalarse que diversas organizaciones no gubernamentales han llamado la atención sobre el hecho de que dicho programa no atiende las causas del fenómeno y puede estar obligando a los migrantes y sus familias a cruzar por lugares peligrosos para evadir la vigilancia de las autoridades migratorias de México, aumentando con ello los riesgos y penalidades de la migración no autorizada (CIDH 2003).

Migración y salud en la frontera sur

La zona fronteriza del sur es un espacio con importantes problemas de salud pública debido al intenso movimiento de poblaciones provenientes de países con incidencias de enfermedades más elevadas que México, lo cual se ahonda con los propios rezagos en la materia. De esta forma, la población chiapaneca que reside en la región fronteriza con Guatemala presenta incidencia de enfermedades infecciosas, como tuberculosis, cólera, enfermedades gastroentéricas e infecciones respiratorias agudas, así como de paludismo, dengue clásico y hemorrágico, oncocercosis, leishmaniasis, rickettsiosis, leptospirosis, enfermedad de Chagas, encefalitis y otras virosis comunes al hombre y a los animales (COESPO-Chiapas 2004). También se registra incidencia significativa de infecciones de transmisión sexual, debiéndose considerar que en el caso particular del VHI, en 2003, Honduras, El Salvador y Guatemala presentaron tasas de prevalencia en la población de 15 a 24 años de edad dos o tres veces superiores a las de México (Bronfman y Ángeles 1999, citado por COESPO-Chiapas 2004).

Por consiguiente, es un imperativo fortalecer los programas para atender los problemas y riesgos de salud en la frontera sur. En particular, las autoridades federal y estatal deben ampliar la cobertura del sector, mejorar la infraestructura hospitalaria, las condiciones de las viviendas y los bienes y servicios públicos de los sitios fronterizos. Sin embargo, dado que los riesgos y las amenazas a la salud se vinculan con la alta movilidad de la población, es crucial mantener un monitoreo y control epidemiológico binacional de la zona. En ese sentido, son alentadoras tanto la puesta en marcha del *Programa de Salud Interfronterizo* suscrito por México y Guatemala, así como las acciones de control epidemiológico en la zona.

14 Por ejemplo, "10% de los extranjeros asegurados por las autoridades mexicanas son menores de 17 años. Estos menores, desde luego, se encuentran detenidos en las mismas condiciones materiales que los adultos. En ninguno de los sitios de confinamiento del INM (estaciones migratorias de cinco entidades de la República Mexicana, JLA) encontramos lugares específicos para mantener a los menores de edad. Junto con los asegurados adultos, 45% de los menores tienen menos de un metro cuadrado de espacio para moverse en las celdas, la mitad no cuenta con agua para asearse y 22% no recibe agua potable para beber. Las condiciones son cambiantes según el lugar donde se encuentre la estancia migratoria; la estación de la Ciudad de México tiene las mejores condiciones y las peores, las estaciones habilitadas y las casetas de los puestos de control migratorio" (CRM 2001).

Conclusiones y recomendaciones

La intensa actividad migratoria internacional en que están inmersas la sociedad y el gobierno de México constituye una realidad preocupante, tanto desde el punto de vista de la violencia colectiva e institucional que acompaña a la migración y transmigración no autorizada, como de quienes viven en el país vecino del norte y enfrentan la violación de sus derechos humanos y laborales. La situación ha empeorado tras los actos terroristas del 11 de septiembre de 2001, dado que EUA, el principal polo de atracción de los flujos migratorios de México y América Latina, suspendió las negociaciones en la materia que sostenía con México y asumió como parte de su estrategia de seguridad nacional la construcción de "fronteras seguras e inteligentes".

La erradicación del terrorismo internacional es un propósito inobjetable y contribuye a generar condiciones de seguridad y paz en la vida de las naciones. Sin embargo, la aplicación de medidas preventivas y de inteligencia no debe atentar contra la integridad de las personas ni vulnerar los derechos de quienes se trasladan a otro país en búsqueda de mejores opciones de vida. La seguridad internacional tiene entre sus componentes básicos la implantación de regímenes migratorios legales, ordenados, seguros y dignos.

Desde mediados de la década pasada, los países involucrados en la dinámica migratoria del norte y centro de América han dado pasos importantes en el reconocimiento de que la migración tiene causas y consecuencias en los países de origen y destino, así como en el hecho de que los problemas deben ser encarados mediante soluciones conjuntas y respetuosas de las soberanías nacionales (Tuirán, Avila, Fuentes y Castillo 2002). Entre los avances más significativos, cabe destacar la decisión del gobierno de México de hacer explícita su política y prioridades en la materia, muy señaladamente sus compromisos con los connacionales residentes en EUA, cuya nacionalidad mexicana ya es reconocida para los hijos de mexicanos nacidos en el extranjero. Asimismo, deben destacarse los avances alcanzados en la ordenación de los flujos migratorios en la frontera norte y sur del país, los programas de apoyo a los migrantes y transmigrantes, las iniciativas binacionales en materia de salud y para observar el cumplimiento de derechos y obligaciones, así como la aplicación de programas y acciones más enérgicas para combatir el tráfico de migrantes. Debe destacarse que aun en las difíciles condiciones posteriores a los atentados terroristas, en febrero de 2004 los gobiernos de México y EUA suscribieron un *Memorando de entendimiento sobre la repatriación segura, ordenada, digna y humana de nacionales mexicanos.*

Sin embargo, las medidas adoptadas por los gobiernos de la región involucrados en la migración internacional no han logrado contener el flujo migratorio no autorizado, y la violación de los derechos de los migrantes y sus familias, incluyendo las de quienes se encuentran asentados de manera irregular en los países de acogida, continúa como una realidad inaceptable que deja pendiente el cabal cumplimiento de las responsabilidades y compromisos asumidos en foros multilaterales.

Enseguida se presentan algunas sugerencias orientadas a reducir la violencia colectiva e institucional que sufren las personas en las distintas etapas del proceso migratorio internacional.

- Promover la realización de estudios y monitoreos sistemáticos del fenómeno migratorio y transmigratorio en el centro y norte de América, con la finalidad de profundizar en el conocimiento de la cuantía y de los patrones de continuidad y cambio de los flujos migra-

torios, las características sociodemográficas y las condiciones de salud de los migrantes y sus familias, así como la incidencia de la violencia colectiva, interpersonal e institucional en las distintas etapas del proceso migratorio.

• Apoyar a las organizaciones de migrantes y a las no gubernamentales interesadas en la materia, con la finalidad de ampliar su capacidad de agencia para denunciar en las instancias correspondientes las violaciones a los derechos humanos y laborales de los migrantes y sus familias, así como difundir en la opinión pública una cultura de reconocimiento de sus aportaciones tanto en los países de origen como de destino de la migración.

• Crear una instancia de procuración de justicia, defensa y atención de todos los migrantes y transmigrantes, independientemente de su sexo, edad, nacionalidad y condición migratoria.

• Impulsar iniciativas de mutuo beneficio que reabran las negociaciones binacionales México-EUA sobre migración interrumpidas tras los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001, con el fin de avanzar en la construcción de un régimen migratorio legal, seguro, ordenado y digno, que destierre la violencia colectiva e institucional que actualmente sufren los migrantes.

• Formular y llevar a cabo programas binacionales para promover el desarrollo económico y social de las regiones de origen de la migración a EUA, con la finalidad de reducir la brecha de los salarios respecto a los de las zonas de destino y crear incentivos para el arraigo de los migrantes y sus familias.

• Fortalecer la Conferencia Regional sobre Migración o Proceso Puebla, en tanto instancia de diálogo, intercambio de información, asesoría técnica, análisis y acuerdo para acceder en el centro y norte del continente americano a una administración del fenómeno migratorio respetuosa de los derechos humanos y laborales de los migrantes y sus familias, así como de las soberanías nacionales de los Estados miembros.

• Promover la adecuación de la legislación nacional y de las políticas públicas a la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos Humanos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, y considerar la adhesión a la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y sus Protocolos.

• Promover el diseño y puesta en marcha de un programa de empleo temporal de mexicanos en EUA por periodos determinados, con libertad de elegir el sector de actividad y patrón. De sus beneficios, destacan: la salvaguarda de los derechos humanos y laborales de los migrantes y sus familias; el estímulo del retorno a las comunidades de origen en México y los avances en la regulación de mercados de trabajo de ambos países, cada vez más interdependientes.

• Formular propuestas y aplicar programas orientados a regularizar la condición a los migrantes y sus familias no autorizados en EUA, para superar la inseguridad jurídica que los mantiene en la indefensión ante violaciones de derechos humanos y laborales, incluida la falta de acceso a bienes públicos esenciales como los de salud y educación.

• Revisar los programas de seguridad fronteriza del norte y sur del país para asegurar que no se creen condiciones que violenten los derechos humanos de los migrantes y sus familias.

• Combatir la trata de migrantes con acciones multilaterales concertadas que ataquen el fenómeno en los países de origen, tránsito y acogida, generando simultáneamente mecanismos que garanticen la vigencia de los derechos humanos de sus víctimas, y no se les penalice ni discrimine.

• Fortalecer la perspectiva de género en los estudios e intervenciones públicas sobre migración internacional en el centro y norte del continente americano, con la finalidad de que los programas de apoyo a migrantes y transmigrantes consideren las necesidades particulares y las distintas vulnerabilidades de hombres y mujeres.

• Fortalecer programas de capacitación de funcionarios directamente relacionados con la administración de la migración y transmigración internacionales, incorporando un mayor número de mujeres, con la finalidad de cultivar una cultura de protección, apoyo, orientación y respeto para los migrantes y sus familias, independientemente de su sexo, edad, nacionalidad y condición migratoria.

• Llevar a cabo campañas de información y comunicación sobre los peligros que enfrentan los migrantes y transmigrantes en cada uno de los lugares y etapas del proceso migratorio, con especial atención a los más vulnerables, como los menores de edad, las mujeres y los indígenas.

• Fortalecer los programas binacionales de salud del migrante y su familia México-EUA y México-Guatemala, así como la participación de las organizaciones de migrantes y las no gubernamentales interesadas en la materia.

• Reforzar y extender los programas de educación en salud, atención y monitoreo epidemiológico de poblaciones móviles para atender sus necesidades de salud durante sus desplazamientos, y proteger al resto de las poblaciones del contagio de enfermedades trasmisibles, con especial atención a las infecciones de transmisión sexual.

• Ampliar y vincular los programas de monitoreo epidemiológico de los países del norte y centro del continente involucrados en la migración internacional, con atención particular a las zonas con mayor intensidad migratoria.

• Fortalecer el Programa Menores Fronterizos en las fronteras norte y sur de México, así como las iniciativas que llevan a cabo organizaciones no gubernamentales, con la finalidad de proporcionar servicios básicos (albergue, alimentación, salud, asistencia legal), protección y seguridad a los menores de edad involucrados en la migración internacional, independientemente de su nacionalidad y situación migratoria, y vincularlo con los programas de repatriación legal, ordenada y segura.

Referencias

Alegre L. Es 'coladera' la frontera sur. Grupo Reforma (México) 2004 abril 5.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en México. 2003. Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México. México, DF: ACNUR.

Alto Comisionado de Naciones Unidos para Refugiados (ACNUR). 2003. Integración de refugiados guatemaltecos en Chiapas. México, DF: ACNUR.

Ávila JL, Fuentes C, Tuirán R. 2000. Tiempos de estancia de los trabajadores en Estados Unidos: situación actual y perspectivas. En: CONAPO, ed. La situación demográfica de México 2000. México, DF: CONAPO.

Ávila JL, Fuentes C, Tuirán R. 1997. Mujeres mexicanas en la migración a Estados Unidos. En: Tuirán R, coord. Migración México-Estados Unidos: pasado y presente. México, DF: CONAPO.

Azaola E. 2003. La explotación sexual de niños en las fronteras norte y sur de la República Mexicana. En: Azaola E, Estes RJ, coord. La infancia como mercancía sexual. México, Canadá y Estados Unidos. México, DF: Siglo XXI Editores.

Bustamante J. 2002. Migración internacional y los derechos humanos. México, DF: UNAM.

Bronfman M, Sejenovich G, Uribe P. 1998. Migración y Sida en México y América Central. México, DF: CONASIDA.

Cano A. 2003. Los mutilados por los trenes. En: La Jornada sin Fronteras (México) 2003 abril 20.

Castillo MA. 2000. Frontera sur y migraciones. En: Consejo Nacional de Población. Boletín No. 12. Migración Internacional en la frontera sur de México. México, DF: CONAPO.

Castillo MA, Casillas R. 1988. Características básicas de la migración guatemalteca al Soconusco Chiapaneco. En: Estudios demográficos y urbanos 3 (9). México, DF: El Colegio de México.

Comisión de los Derechos Humanos, Organización de las Naciones Unidas. 2002. Informe presentado por la Relatora Especial, Gabriela Rodríguez Pizarro, de conformidad con la resolución 2002/62 de la Comisión de Derechos Humanos de su Misión Oficial a México. México, DF: CDH-ONU.

Consejo Estatal de Población de Chiapas. 2004. Propuesta de Política Migratoria para el Estado de Chiapas. México: COESPO-Chiapas.

Comisión Interamericana de los Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos. 2003. Informe Anual 2003. Disponible en: http://www.cidh.org/publi.esp.htm. [2004 marzo 15].

Consejo Nacional de Población. 2003. La situación demográfica de México. México, DF: CONAPO.

Consejo Nacional de Población. 2004. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. México, DF: CONAPO.

Conferencia Regional sobre Migración. 2001. Menores migrantes: derechos humanos, protección y servicios en los países miembros de la Conferencia Regional sobre Migración, Costa Rica.

Corona R. 2000. Estimaciones del número de emigrantes permanentes de México a Estados Unidos, 1850-1990. En: Tuirán R, coord. Migración México-Estados Unidos. Continuidad y cambio. México, DF: CONAPO.

Durand J, Massey D. 2003. Clandestinos. Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI. México, DF: UAZ-Porrúa.

Durazo ME. 2004. Intervención en la mesa los Derechos de los Migrantes en Estados Unidos, vistos desde Los Ángeles. En: Encuentro sobre derechos humanos de los migrantes mexicanos en los Estados Unidos, 12-13 de noviembre de 2002. México, DF: Comisión Nacional de los Derechos Humanos-Universidad Nacional Autónoma de México.

Escobar-Valdez M. 2004. Derechos humanos de los migrantes indocumentados en el cruce. Ponencia presentada en la mesa "Ayuda legal y moral para los migrantes". Encuentro sobre derechos humanos de los migrantes mexicanos en los Estados Unidos, 12-13 de noviembre de 2002. México, DF: Comisión Nacional de los Derechos Humanos-Universidad Nacional Autónoma de México.

Harris B. 2003. La trata de niños. Ponencia presentada en el Seminario Derechos Humanos y Trata de Personas en las Américas. Conferencia Hemisférica sobre Migración, organizada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la Comisión Económica para América Latina, Organización Internacional para las Migraciones y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Chile.

Huntington S. 2004. ¿Quiénes somos? Los desafíos a la identidad nacional estadounidense. México, DF: Paidós.

Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia 2003. Disponible en: http://idh.pnud.bo/webportal.

Instituto Nacional de Migración. 2004. Proyecto Menores Repatriados por la Frontera Norte México-Estados Unidos de América. Disponible en: www.inm. gob.mx. [2004 mayo 10].

Instituto Nacional de Migración-Delegación Regional de Chiapas. 2004. Información Estadística, 2003, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. México, DF: INM.

Leite P, Ramos DF, Gaspar S. 2003. Tendencias recientes de la migración México-Estados Unidos. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. México, DF: CONAPO: 97-115.

Mármora L. 2002. Las políticas de migraciones internacionales. Argentina: Paidós.

Moreno A. 2004. Valores de los mexicanos en Estados Unidos. Foreign Affairs en Español (2):58-65.

Nájar A. 2003. El largo brazo de la migra mexicana. La Jornada sin Fronteras (México) 2003 mayo 18.

Organización de las Naciones Unidas. 2002. International Migration Report. Nueva York (NY): ONU.

Organización Internacional del Trabajo. 2004. Reunión 92 de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra: OIT.

Organización Internacional para las Migraciones. 2002. Informe sobre las Migraciones en el Mundo. Washington, D.C, Estados Unidos de América: OIM.

Ruiz O. 2001. Riesgo, migración, y fronteras: una reflexión. En: Estudios Demográficos y Urbanos, núm. 47, mayo-junio. México, DF: El Colegio de México.

Saldierna G, Ramírez BT. México avaló el uso de balas de goma contra migrantes, reconoce la SRE. La Jornada (México) 2004 agosto 25.
Disponible en: http://www.claret.org.mx/;pic/campanas/emigrados/040922.htm.

Santibáñez J. 2004. Los programas de protección a emigrantes: el caso del Programa Paisano. Ponencia presentada al Seminario Permanente sobre Migración Internacional. México: El Colegio de la Frontera Norte.

Santibáñez J. 2002. Seguridad fronteriza: impactos en el proceso migratorio. Ponencia presentada en el encuentro Seminario Internacional sobre Seguridad Nacional, Seguridad Fronteriza, Migración y Derechos Humanos. México, DF: Sin Fronteras. Disponible en: www.sinfronteras.org.mx. [2004 mayo 6].

Secretaría de Salud. 2002. Programa de Acción Migrantes: Vete Sano y Regresa Sano. México, DF: SSA.

Secretaría de Relaciones Exteriores y Comission on Immigration Reform. 1997. Estudio Binacional México-Estados Unidos sobre Migración. México, DF: SRE.

Smith C. 2004. Participación en la mesa "Ayuda legal y moral para los migrantes". Encuentro sobre Derechos Humanos de los Migrantes Mexicanos en los Estados Unidos, 12-13 de noviembre de 2002. México, DF: Comisión Nacional de los Derechos Humanos-Universidad Nacional Autónoma de México.

Tuirán R, Fuentes C, Ávila JL. 2002. Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos. México, DF: CONAPO.

Tuirán R, Ávila JL, Fuentes C, Castillo MA. 2002. Dinámica reciente de las migraciones en América. En: Consejo Nacional de Población. Boletín No. 18. Migración internacional. México, DF: CONAPO.

Venet F. 2000. La otra frontera. Informe preliminar de la misión de monitoreo en la zona de Tapachula, Chiapas. En: Foro Migraciones. Migración: México entre sus dos fronteras, 2000-2001. México, DF.

Villalpando R, Cornejo JA. Este año aumentó 50% el número de migrantes muertos: Patrulla Fronteriza. La Jornada (México) 2004 septiembre 5.
Disponible en: http://www.rmalc.org.ms/boletines/seguimiento_100904.pdf.

Fuentes de información estadística básica

Bureau of Census. Current Population Survey 2003. Estados Unidos de América.

Secretaría del Trabajo y Protección Social/Consejo Nacional de Población /Instituto Nacional de Migración /El Colegio de la Frontera Norte. Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF) 1993-2003. México.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2001. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Cuestionario ampliado. México, DF: INEGI.

Instituto Nacional de Migración. 2004. Estadísticas Migratorias, México. México, DF: INM.



Capítulo XI

Violencia y Recursos Naturales

Capítulo XI

Violencia y recursos naturales en México

Fernando Rascón Fuentes

Importancia de los recursos naturales

En los bosques, selvas, cuerpos y corrientes de agua se producen bienes y servicios vitales para el país. Dado que México cuenta con importantes extensiones que son fuente de productos de subsistencia para la población que habita las zonas rurales y que constituyen la base del desarrollo y de la actividad económica de pueblos, ejidos y comunidades, la competencia que se genera por estos recursos es a menudo el origen de conflictos que se expresan de manera violenta.

Los mayores índices de conflictividad y violencia que se han dado durante los últimos años en el país se encuentran relacionados con la disputa por la propiedad social y sus recursos naturales y, en menor medida, por la propiedad privada. Cabe advertir que, de la superficie territorial total, 89.6% son tierras rústicas, de éstas, 37.6% son propiedad privada, 51.4 % corresponde a la propiedad social que se encuentra distribuida entre 3 500 000 ejidatarios y comuneros.

De acuerdo con la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, la gran mayoría de las áreas forestales, cuerpos y corrientes de agua, recursos minerales, flora y fauna de México se hallan bajo el régimen de propiedad social (SEMARNAP 1999). De igual modo, una parte importante de las áreas naturales protegidas se asienta en las tierras de los núcleos agrarios (INEGI 2001). Destacan, tanto por su riqueza biótica así como por su compleja situación política y social: Calakmul, Campeche; Montes Azules, Chiapas; Sian Ka'an, Quintana Roo; Los Tuxtlas, Veracruz; Mariposa Monarca, Estado de México y Michoacán, y Los Chimalapas y Lagunas de Chacahua, Oaxaca.

De los más de 29 000 pueblos y comunidades rurales, 82% cuenta con al menos un recurso natural susceptible de ser explotado. De hecho, 28% de los bosques y la mitad de las selvas que existen en el país pertenecen a pueblos indígenas (Robles y Concheiro 2004). Además, en los municipios donde habitan se producen volúmenes muy importantes de agua, resultado de altas precipitaciones, por lo que son considerados territorios captadores de agua que también son motivo de constantes disputas.

De este modo, la importancia de los recursos naturales con que cuentan los ejidos y las

comunidades propicia el interés económico, político y social de agentes externos, interesados en acceder o apropiarse de los recursos ahí existentes. Para el logro de estos propósitos se emplean distintas formas de violencia que pueden ser directas, encubiertas o estructurales, tales como: el uso o la amenaza del uso de la fuerza; los actos de omisión en la aplicación del Estado de derecho; asesinatos; represión; despojo; violación de derechos humanos y agrarios; enfrentamientos entre grupos campesinos o entre campesinos, caciques y guardias blancas, entre otras.

Lo anterior deja en claro la necesidad de que se generen políticas públicas y programas que estimulen tanto la conservación como el aprovechamiento racional de los recursos naturales.

Problemática relacionada con los recursos naturales que genera violencia social

De acuerdo con el Informe Anual de 2002 de la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente (PROFEPA), entre los años 1993 y 2000 se perdieron en México alrededor de 8 000 000 de hectáreas de bosques como consecuencia de: una alta marginación social, proliferación de asentamientos humanos aislados, cambio del uso de suelo para actividades agropecuarias, incendios inducidos, conflictos agrarios por la tenencia de la tierra y transformación irregular de productos forestales, entre otros (PROFEPA 2002).

El Informe señala que se detectaron 100 áreas críticas, caracterizadas por la alta incidencia de ilícitos forestales y la deforestación acelerada. Entre estas áreas destacan nueve que, además del agudo deterioro ambiental, presentan diversos conflictos que ponen en riesgo la gobernabilidad. Entre estas áreas se encuentran: Reserva de la Biósfera Mariposa Monarca, en el Estado de México y Michoacán; Región Izta-Popo, Estado de México y Puebla; Santa María Ocotán, Durango; Sierra Tarahumara, Chihuahua; Región de Uxpanapa, Veracruz; Sierra de Petatlán y Coyuca de Catalán, Guerrero; Parque Nacional Zoquiapan y Anexas, Estado de México; Sierra de Zempoala, Huitzilac-Ocuilán-Ajusco, Estado de México, Distrito Federal y Morelos; Los Chimalapas, Oaxaca y Chiapas; Selva Lacandona, Marquez de Comillas y Montes Azules, Chiapas.

La pobreza es considerada como uno de los factores que inciden en la sobreexplotación de los recursos naturales. De acuerdo con Chapela, en las tierras forestales se encuentran las regiones con mayor población indígena, los municipios con los más elevados índices de marginación, los lugares más incomunicados, menos atendidos, con mayor incidencia de cultivos ilegales y con los más altos índices de violencia y distorsión económica (Chapela 1999).

El rentismo forestal, el despojo y el mal manejo técnico financiero de las empresas campesinas inciden también en la deforestación. Las extracciones de las pequeñas empresas madereras son en muchos casos ineficientes en el uso de la materia prima forestal y su impacto sobre los bosques es elevado, ya que operan a menudo con base en constantes violaciones a las leyes. Por su parte, la concesión de los bosques y selvas a empresas particulares impone a las comunidades fuertes restricciones para el uso del bosque y les deja muy pocos beneficios económicos a los dueños de los recursos naturales. Durante los últimos años los vicios antes señalados han venido generando movilizaciones sociales y conflictos que han culminado en el encarcelamiento de campesinos y el des-

plazamiento de comunidades, pero también han traído como consecuencia una mayor conciencia y la creación de organizaciones que se ocupan de la defensa de los recursos naturales.

Algunas disposiciones legales sobre aprovechamiento de bosques, al marginar a los dueños, han favorecido la tala clandestina y el contrabando de madera, auspiciados también por la corrupción de funcionarios forestales y autoridades ejidales. Así, por ejemplo, a fines de los años noventa, una encuesta reportó que en cinco periódicos nacionales aparecían 226 denuncias de funcionarios asociados con la explotación de bosques. Generalmente estos funcionarios eran denunciados por presionar a los Comisariados a vender por debajo del precio los derechos de extracción o por solicitar sobornos a cambio de tramitar documentos. La misma encuesta encontró 122 denuncias de corrupción interna en los ejidos forestales, usualmente asociadas a líderes comunitarios sobornados por agentes de la industria forestal (Merino 2004).

Asimismo, algunos estados que cuentan con bosques y selvas -Chihuahua, Durango, Oaxaca, Chiapas, Guerrero y Michoacán- se han convertido en zonas atractivas para la producción de estupefacientes a causa de la pobreza, la incomunicación y el aislamiento. Los mecanismos a través de los cuales penetra este fenómeno van desde la amenaza, la coerción, el ofrecimiento de grandes utilidades económicas, sin descartar el uso de la violencia. Quienes resultan afectados son los campesinos ya que, tan sólo entre los indígenas, hay 256 presos por cultivo de estupefacientes, según datos de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

De igual modo, el aprovechamiento diferenciado de los bosques y selvas al interior de los núcleos agrarios genera conflictos entre los mismos ejidatarios y comuneros. Dos de cada cinco ejidatarios no hacen ningún uso de las tierras de uso común (TUC) y otra proporción similar realiza un aprovechamiento marginal de los mismos, de suerte que sólo 16% de los que tienen derechos sobre este tipo de tierras las explota de manera intensiva. Esto se debe a la falta de recursos económicos de unos, a los controles caciquiles o a la falta de ganado y a las características poco apropiadas para el cultivo que dichas tierras tienen (DGEP 2000).

La dimensión y el peso que tienen los conflictos que se generan en torno de la propiedad y el uso de los recursos naturales queda de manifiesto si se toma en cuenta que, de acuerdo con la Procuraduría Agraria (PA 2004), entre 1992 y 2003 se tienen registradas 10 872 controversias de las que 5 570 se suscitaron por la restitución de tierras, bosques y aguas, 3 027 por el uso o aprovechamiento de tierras y 2 275 por el uso o aprovechamiento de aguas. Estos datos sin considerar las 23 027 controversias que se registraron por límites de terrenos, las que en muchos casos se encuentran asociadas a la disputa por bosques y selvas (cuadro I).

Cuadro I. Controversias agrarias. México, 1992-2003

Estado	Por límites en ejido	Por límites en comunidad	Por restitución de tierras, bosques y aguas	Por aprovechamiento de las aguas	Por aprovechamiento de recursos naturales	Total
Aguascalientes	48	3	41	17	6	115
Baja California	176	7	122	20	27	352
Baja California Sur	136		229	41	38	444
Campeche	154	1	32	10	27	224
Coahuila	414	8	200	443	66	1 131
Colima	166		129	6	8	309
Chiapas	838	69	420	31	76	1 434
Chihuahua	835	85	175	120	222	1 437
DF	26	31	86	3	10	156
Durango	736	169	234	162	119	1 420
Guanajuato	618	18	236	129	60	1 061
Guerrero	1 170	541	131	53	112	2 007
Hidalgo	1 309	204	128	72	160	1 873
Jalisco	894	75	307	41	118	1 435
Estado de México	1 512	383	201	129	176	2 401
Michoacán	1 210	279	251	109	143	1 992
Morelos	130	35	17	21	19	222
Nayarit	382	99	48	17	51	597
Nuevo León	373	13	214	111	75	786
Oaxaca	1 360	2,257	245	138	470	4 470
Puebla	702	113	113	94	113	1 135
Querétaro	266	13	81	26	31	417
Quintana Roo	215	1	16	10	58	300
San Luis Potosí	690	55	211	127	163	1 246
Sinaloa	584	70	226	34	63	977
Sonora	257	38	246	73	47	661
Tabasco	312	30	177	22	36	577
Tamaulipas	539	11	143	39	23	755
Tlaxcala	121	7	26	6	11	171
Veracruz	1 374	156	683	102	190	2 505
Yucatán	382	5	117	23	246	773
Zacatecas	300	22	85	46	63	516
Nacional	**18 229**	**4 798**	**5 570**	**2 275**	**3 027**	**33 899**

Fuente: Procuraduría Agraria, SUI, 2004

Los conflictos que se suscitan en el medio rural pueden observarse desde el punto de vista colectivo o individual. Los conflictos colectivos más frecuentes se relacionan con las solicitudes pendientes de dotación de tierras, la inconformidad de colindancias entre las distintas formas de propiedad, el aprovechamiento de aguas y la explotación de bosques y selvas. Entre los de tipo individual se encuentran más frecuentemente los surgidos por la posesión de predios y parcelas.

También las tierras de propiedad privada y social que se encuentran en la periferia de las grandes ciudades han dado lugar a numerosos conflictos y hechos de violencia que tienen su origen en despojos e invasiones de terrenos cuya propiedad se busca "regularizar".

Aunque no existen estadísticas que permitan medir el número y el tipo de hechos de violencia que se encuentran asociados a la disputa por los recursos naturales, las controversias que han presentado los núcleos agrarios constituyen un claro indicador que permite afirmar que una buena parte de los conflictos sociales y de la violencia que se genera en el país tienen su origen en desacuerdos relacionados con la tenencia de la tierra. Por ello nos detendremos en este tipo de controversias.

Por lo que se refiere a los conflictos por la restitución de tierras, bosques y aguas, que ascienden a 5 570 asuntos (PA 2004, cuadro I), se trata de controversias que interpusieron los núcleos agrarios en contra de particulares o bien de otros ejidos y comunidades. Las entidades donde existe el mayor número de estos conflictos son: Veracruz (12.3%), Chiapas (7.5%), Jalisco (5.5%), Michoacán (4.5%), Oaxaca (4.4%), Sonora (4.4%), Durango (4.2%), Guanajuato (4.2%), Baja California Sur (4.1%) y Sinaloa (4.1%).

Las controversias por el aprovechamiento de los recursos naturales se refieren a todos aquellos conflictos en donde el núcleo agrario demandó a otros ejidos, comunidades o a algún particular por invasión o aprovechamiento ilegal de sus recursos naturales o por la falta de cumplimiento del contrato establecido. Estos asuntos ascienden a 3 027.

Las controversias por el aprovechamiento de las aguas de los núcleos agrarios se refieren a todos aquellos conflictos por el aprovechamiento irregular que realizan terceras personas de las aguas que les fueron dotadas a ejidos o comunidades. Se registran 2 275 controversias, la mayoría de ellas localizadas en Coahuila (19.5%), Durango (7.1%), Oaxaca (6.1%), Guanajuato (5.7%), Estado de México (5.7%), San Luis Potosí (5.6%) y Chihuahua (5.3%). En estas siete entidades se concentra 55% de los conflictos (PA 2004, cuadro I).

Recuadro 1. Los homicidios en las áreas rurales de México

Andrés Villarreal
Universidad de Texas

A pesar del interés que ha generado el reciente incremento de violencia en las grandes ciudades de México, las áreas rurales del país continúan teniendo índices superiores de homicidios de acuerdo con las estadísticas de mortalidad generadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Por ejemplo, en el año 2000 el índice promedio de homicidios en los municipios rurales –definidos como aquellos en donde el total de la población vive en pueblos con menos de 2 500 habitantes– era 12.4 por 100 000 habitantes, mientras que en municipios con localidades de 100 000 habitantes o más, el índice era de 10.0. Los estados con las tasas más altas de homicidio como Guerrero, Oaxaca, Michoacán y Sinaloa son predominantemente rurales.

El mapa adjunto muestra las tasas de homicidio a escala municipal en todo México (figura 1). Los municipios que se encuentran a lo largo del sistema montañoso del país, específicamente aquellos localizados sobre la Sierra Madre Occidental y la Oriental tienen índices que generalmente superan al promedio nacional. Un análisis estadístico señala que el número de homicidios por habitante es más alto en municipios con mayor variación en la elevación sobre el nivel del mar. Una explicación que ha sido propuesta para este patrón de homicidios es que las montañas sirven como un impedimento natural al acceso de instituciones del Estado que sirven para la resolución pacífica de conflictos. En regiones en donde el poder del Estado es débil los habitantes tienden a recurrir a la violencia para resolver disputas.

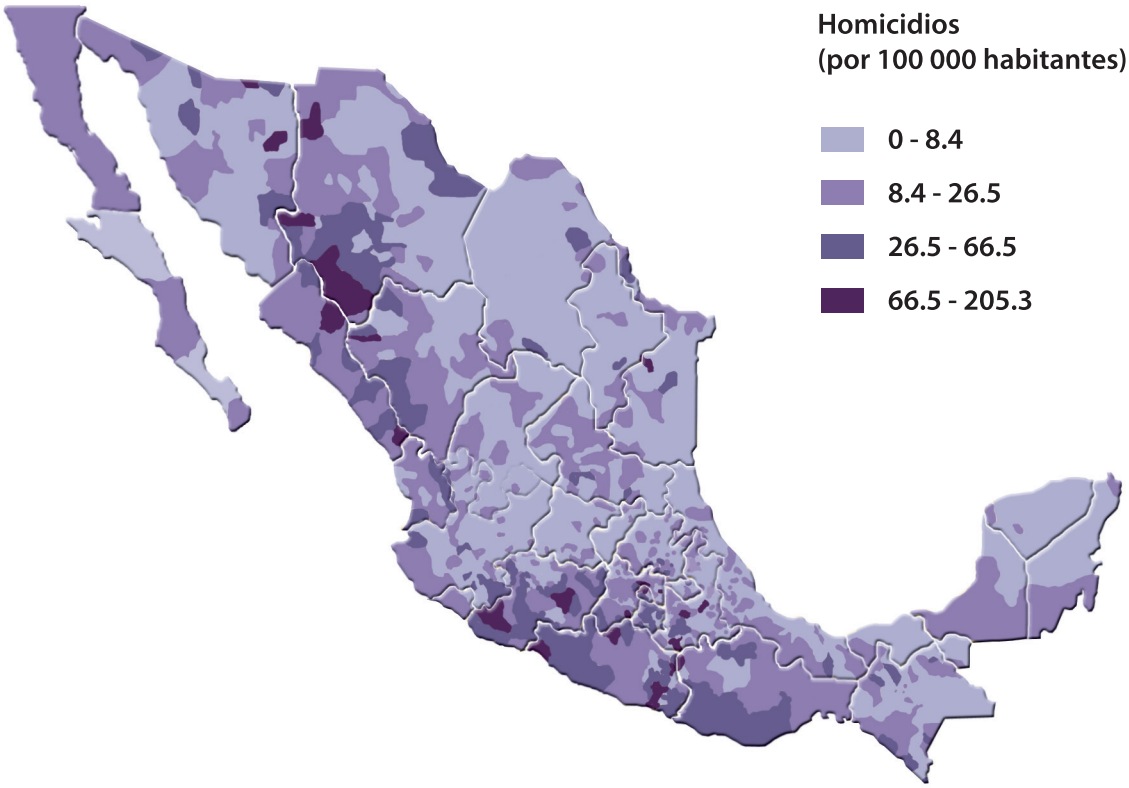
Los conflictos agrarios han sido una causa histórica de violencia en las zonas rurales. Numerosos estudios etnográficos e históricos señalan problemas en la distribución de la tierra como origen del conflicto agrario que se torna violento. La inequidad en la distribución de la tierra según datos del Censo Agrícola-Ganadero de 1991 está asociada con un mayor índice de homicidios en el ámbito municipal, de acuerdo con un análisis estadístico que toma en cuenta además la calidad de la tierra. Asimismo, la inseguridad en la tenencia de la tierra está también asociada con un índice superior de homicidios. Así se explica que los municipios rurales con mayor número de tierras ejidales y comunales tienden a tener un mayor número de muertes por esta causa. Una posible explicación para este fenómeno es que la falta de títulos que garanticen la propiedad de la tierra da pie a conflictos sobre límites territoriales que resultan en el uso de violencia. Finalmente, se ha encontrado que la introducción de cultivos comerciales como el café y la producción de ganado bovino resulta en un incremento en muertes violentas.

Entre los factores más importantes que afectan los niveles de homicidio en áreas rurales, al igual que en las áreas urbanas del país, se encuentra el nivel de pobreza. Las mismas zonas antes mencionadas con las tasas más altas de homicidios tienen también los índices más altos de marginación y analfabetismo, dos medidas comúnmente usadas como indicadores de pobreza. Análisis multivariados señalan que una vez que el nivel de pobreza y otras variables han sido tomadas en cuenta, los municipios con población predominantemente indígena tienden a tener tasas de homicidio ligeramente inferiores a otros municipios con características similares.

Otro factor relacionado con los índices de homicidios en áreas rurales es el clima político. Un análisis detallado de los resultados de las elecciones municipales durante la década de los noventa indica que aquellos municipios rurales en donde se incrementó la competencia electoral sufrieron un aumento en el número de homicidios por persona. Una posible explicación es que la competencia electoral debilita a los caciques que han ejercido el poder local a lo largo de varias décadas, y reduce temporalmente el control social en los municipios rurales. Esto no implica que la democracia local sea la causa de violencia, puesto que la alternancia política lleva a una mayor legitimidad de las autoridades locales a largo plazo y a un mejor funcionamiento de las fuerzas del Estado.

Fuente: Villarreal A. 2002. Political competition and violence in Mexico: Hierarchical social control in local patronage structures. Am Sociol Rev 67(4):477-98.

FIGURA 1. Tasa de homicidios en los Municipios de México. 2000



Conflictos sociales asociados a los recursos naturales de impacto regional

Los conflictos que se describen a continuación presentan una o varias características que los asemejan entre sí: a) se localizan en importantes áreas boscosas y selváticas; b) se trata de conflictos que llevan años sin resolverse; c) se trata de poblaciones indígenas; d) presentan los más altos índices de marginación y pobreza; e) presentan problemas de deterioro de los recursos naturales, y f) por lo agreste del territorio, su lejanía e incomunicación, el narcotráfico se ha hecho presente.

Otros de los rasgos presentes en varios de estos conflictos originados en la disputa por el control de tierras y recursos, son: la emergencia y fortalecimiento de caciques; el enriquecimiento de unos a costa del empobrecimiento de otros; los enfrentamientos religiosos; la corrupción; la presencia de disputas partidistas y, en algunos casos, de grupos guerrilleros –Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), Ejército Popular Revolucionario (EPR), Ejército Revolucionario Insurgente Popular (ERIP), Ejército Clandestino Indígena de Liberación Nacional (ECILN).

Entre las principales zonas de conflicto, de acuerdo con la Secretaría de la Reforma Agraria (SRA), destacan las siguientes:

1. Zona Lacandona, en Chiapas.
2. Comunidad Chimalapa, en Oaxaca.
3. Huitzilac, Morelos.
4. Los Tuxtlas, Veracruz.
5. Región Purépecha, Michoacán.
6. Región Huichol, que comparten Jalisco, Zacatecas, Nayarit y Durango.
7. Santa María Ocotán y Xoconostle.
8. Durango-Nayarit.
9. La Tarahumara, en Chihuahua.
10. Los totonacos, de Puebla.
11. Zona Maya de Quintana Roo.
12. La Montaña de Guerrero.
13. San Miguel y Santo Tomás Ajusco, al sur de la Ciudad de México.
14. Reserva de la Biosfera para la Mariposa Monarca.

Recuadro 2.

Enfrentamiento entre zoques y colonos en la zona de los Chimalapas

En 2003, el conflicto entró nuevamente en una etapa de violencia que, tan sólo en los últimos meses, ha arrojado el saldo de un colono muerto, un zoque herido de bala, más de 250 desplazados, el secuestro de 214 comuneros, una serie de demandas penales contra los zoques, la ruptura del diálogo y la polarización de la posición de los grupos en pugna con la consecuente postergación de la posibilidad de alcanzar una solución concertada. Entre los eventos ocurridos en 2003, destacan:

El 18 de abril, los habitantes de la Colonia Cuauhtémoc retuvieron a 180 comuneros que habían ingresado a fijar los nuevos límites de su tierra, violándose así el derecho a la integridad personal y a la libertad de tránsito. Los colonos portaban armas de alto calibre como ametralladoras R-15 y rifles calibre 16. Al día siguiente, retuvieron a otros 19 comuneros. Las autoridades no intervinieron.

El 20 de abril, los pobladores de la Colonia Cuauhtémoc entregaron a los comuneros detenidos y, en declaraciones a la prensa, expresaron que serían los últimos comuneros que entregarían vivos. Asimismo, declararon al periódico Reforma que ya les habían comunicado a los comuneros de Chalchijapa que tenían un plazo de 10 días para desalojar sus viviendas y retirarse hacia Santa María Chimalapa.

El 25 de abril, ante el emplazamiento a ser desalojados por colonos de Cuauhtémoc, unos 250 zoques de Chalchijapa huyeron a la cabecera de Santa Maria Chimalapa.

El 10 de junio, un enfrentamiento entre comuneros y ganaderos de la zona dejó como saldo un muerto de los ganaderos, un herido de los chimalapas y dos desaparecidos.

Informe de Violaciones a los Derechos Humanos 2003, Área de Análisis del Centro Prodh

Enfrentamiento entre talamontes y miembros del Ejército Mexicano

En la comunidad de Tangancicuaro, municipio de Chilchota, el 7 de junio de 2002, se presentó un enfrentamiento entre talamontes y miembros del Ejército Mexicano con un saldo de tres militares y dos civiles muertos. El motivo principal de la disputa fue que un grupo de talamontes fue descubierto cuando realizaba tala ilegal, al tiempo que tendió una emboscada a los militares, con el resultado antes mencionado. No ha sido éste el primer conflicto por la tala clandestina entre integrantes de comunidades indígenas y autoridades, pero sí uno de los más graves.

En la zona serrana de Michoacán existe una historia de saqueo de madera y enfrentamientos por este recurso, como sucedió en abril de 2002, cuando habitantes de la comunidad de Tanaco, del municipio de Cherán, agredieron a 50 comuneros de San Francisco que defendían sus bosques. Los representantes de la comunidad agredida tuvieron que recurrir al gobierno del estado en virtud de que los Ministerios Públicos de la región

se negaron a admitir su denuncia (*La Prensa y Reforma, junio de 2002*).

Asesinato del ingeniero forestal Wilfredo Álvarez Sotelo

Un acto de violencia que se registró el 26 de marzo de 2003 entre los poblados de Omiltemil y Chilpancingo, fue el asesinato del ingeniero forestal Wilfredo Álvarez Sotelo, quien fue víctima de un balazo en la cabeza. Él había sido enviado por la SEMARNAT a una zona conflictiva para detener una de las muchas talas ilegales que tienen lugar en la región.

La Jornada, 21 de abril de 2003.

Conflicto entre Santo Tomás Ajusco, Distrito Federal, con Xalatlaco, Estado de México

Sobresale el conflicto por límites entre Santo Tomás Ajusco, en el Distrito Federal y Xalatlaco, Estado de México, el cual ha generado enfrentamientos entre los pobladores y el secuestro de nueve elementos de la policía de la Secretaría de Seguridad Pública del Gobierno del Distrito Federal y un comunero de Santo Tomás Ajusco. Estos hechos motivaron la intervención de las policías federal y del Distrito Federal. Ahora el paraje de Agua Grande se encuentra vigilado por ambos cuerpos policíacos. Además, se vive en un clima de constante confrontación entre las dos comunidades.

La Jornada 11 y 23 de julio de 2004.

Medidas adoptadas recientemente para proteger los recursos y evitar los enfrentamientos

Recientemente el Gobierno de la República ha adoptado un conjunto de medidas que tienen como propósito proteger los recursos naturales y evitar los conflictos violentos que se generan en torno de la disputa por los mismos. Así, durante la presente administración, se incorpora el concepto de sustentabilidad en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

De acuerdo con el *Informe Anual de PROFEPA 2003*, se han emprendido diversas acciones en las áreas consideradas como de alta prioridad en función de la importancia de sus recursos naturales, de los servicios ambientales que prestan y de la detección de niveles y procesos críticos de confrontación social. Entre dichas acciones, destacan:

Inspección y vigilancia en el aprovechamiento de recursos naturales mediante los sellamientos forestales, con el fin de detener el tráfico ilícito de madera y de productos forestales en tránsito, en tres de las zonas forestales del país que presentan un alto índice de deforestación y de violencia.

La recuperación de áreas críticas con problemas de ingobernabilidad. En materia forestal se han concentrado esfuerzos en la protección de 100 áreas forestales consideradas como críticas por la alta incidencia de ilícitos ambientales y deforestación acelerada, entre las que destacan nueve zonas que, además del agudo deterioro ambiental, presentan problemas considerados como de ingobernabilidad por los actos de violencia que se han presentado y el riesgo que representan para poder ejercer actos de autoridad debido a la presencia de bandas delictivas asociadas a diversos ilícitos. De este modo, durante el periodo 2001-2003, de acuerdo con el Informe de PROFEPA, se logró la recuperación de seis zonas.

Recuadro 3.

Zonas críticas consideradas como de ingobernabilidad

1. Reserva de la Biosfera Mariposa Monarca, Estado de México y Michoacán; 2. Región Izta-Popo, Estado de México y Puebla; 3. Santa María Ocotán, Durango; 4. Sierra Tarahumara, Chihuahua; 5. Región de Uxpanapa, Veracruz; 6. Sierra de Petatlán y Coyuca de Catalán, Guerrero; 7. Parque Nacional Zoquiapan y Anexas, Estado de México; 8. Sierra de Zempola, Huitzilac- Ocuilán- Ajusco, Estado de México, Distrito Federal y Morelos; 9. Los Chimalapas, Oaxaca y Chiapas; Selva Lacandona, Márquez de Comillas y Montes Azules, Chiapas.

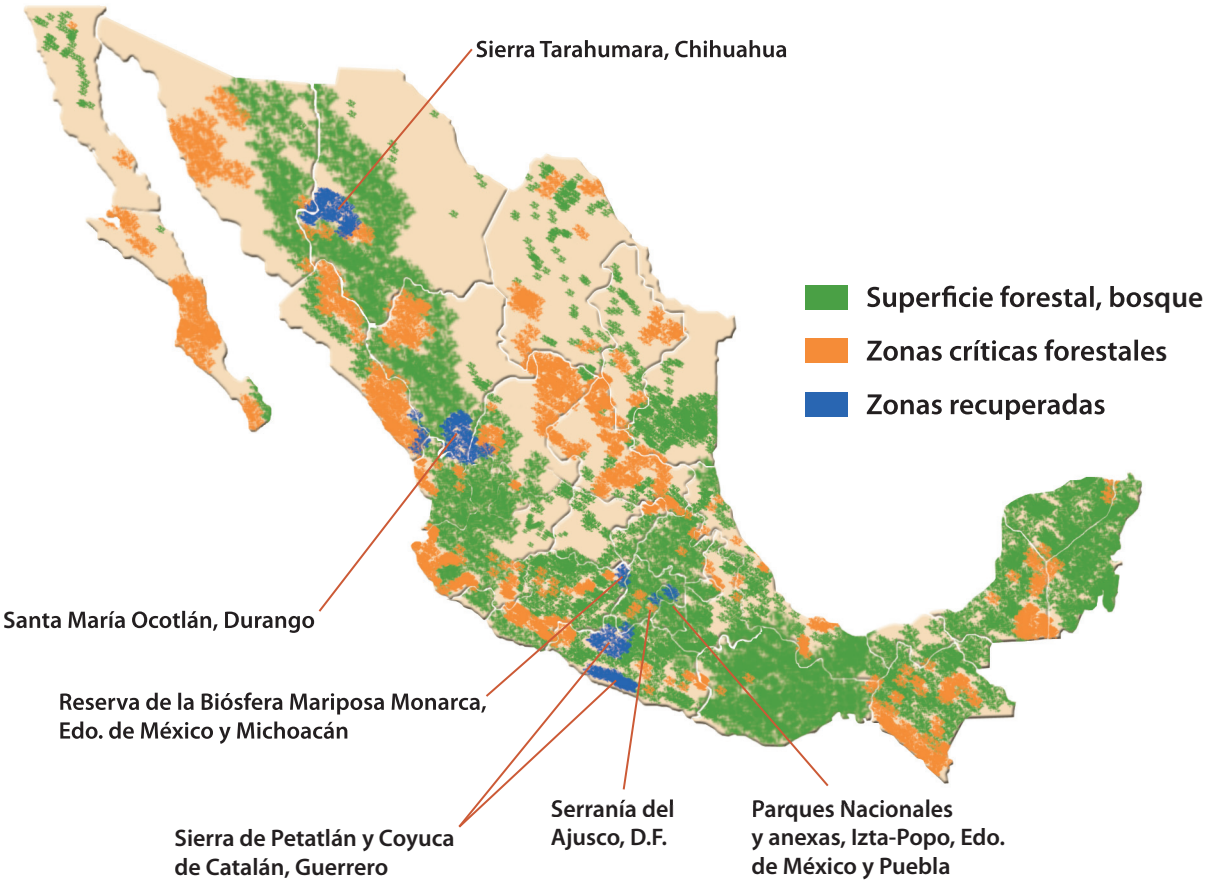
Informe Anual PROFEPA, 2003.

Zonas críticas de ingobernabilidad recuperadas

En los años 2001-2002 se recuperaron: 1. Reserva de la Biosfera Mariposa Monarca, Estado de México y Michoacán; 2. Región Izta-Popo, Estado de México y Puebla; 3. Santa María Ocotán, Durango y 4. Serranía del Ajusco, Distrito Federal En el año 2003 se recuperaron: 5. Sierra de Petatlán y de Coyuca de Catalán, Guerrero, y 6. Sierra Tarahumara, Chihuahua.

La ubicación de dichas zonas puede observarse en el mapa siguiente (figura 2).

FIGURA 2. Zonas críticas y recuperadas (2001-2003)



Por otra parte, el Presidente de la República otorgó el indulto en dos de cuatro casos de campesinos presos en los estados de Michoacán y Guerrero, por conflictos derivados de disputas por los recursos naturales.

En el primer caso, se trata de dos indígenas de la ribera y de las islas del lago de Pátzcuaro, quienes habían sido condenados a 20 años de prisión tras de ser acusados por el delito de secuestro por haber detenido a inspectores de la PROFEPA cuando intentaban aplicar la veda en el lago de Pátzcuaro. Los pescadores Aurelio Guzmán Mateo y Leocadio Asensio Amaya, obtuvieron el indulto presidencial en febrero de 2002.

El otro caso fue el de los conocidos como campesinos ecologistas de la Sierra de Petatlán, Guerrero, quienes fueron detenidos con violencia, incomunicados, torturados y obligados a confesarse como culpables de delitos contra la salud y posesión de armas de uso exclusivo del ejército.

Otro caso similar se presentó en junio de 2004, ya que fueron liberados dos indígenas presos por defender el bosque de su comunidad.

Comunidad de Coloradas de la Virgen, en el municipio de Guadalupe y Calvo, Chihuahua

Agentes de la Policía Judicial del estado detuvieron el 29 de marzo de 2003, sin orden judicial, a Isidro Baldenegro López, dirigente indígena tarahumara, y a Hermenegildo Rivas. La razón esgrimida fue que ambos portaban armas de uso exclusivo del ejército.

La causa real de su detención, sin embargo, fue el activismo que ambos habían desplegado para proteger sus derechos y detener la tala ilegal y descontrolada de áreas forestales de la comunidad de Coloradas de la Virgen.

El 23 de junio de 2004 fueron liberados los indígenas ecologistas encarcelados mediante pruebas falsas sobre presuntos delitos de narcotráfico y portación de armas de uso reservado al Ejército Mexicano. Finalmente, fueron liberados después de intensas protestas sociales cuando la Procuraduría General de la República concluyó los trámites para cerrar el expediente y retirarles los cargos.

Informe de Violaciones a los Derechos Humanos 2003, Área de Análisis del Centro Prodh

Otro de los avances ha sido la entrada en vigor de la Ley de Desarrollo Forestal que permitirá disminuir y evitar los conflictos al contarse con una normatividad que regula la explotación de los bosques. Asimismo, esta misma ley permite el pago de servicios ambientales por la conservación de bosques y aguas.

Conclusiones y recomendaciones

El recuento de los conflictos, y de hechos de violencia asociados a éstos, que tienen por origen la disputa por el uso y el aprovechamiento de los recursos naturales, permite formular una serie de recomendaciones que enunciamos a continuación.

1. Dado el alto nivel de conflictividad y violencia que existe en algunas regiones del país y que tiene por origen el uso y el aprovechamiento de los recursos naturales, es preciso que se diseñen políticas públicas y programas inter y multisectoriales que, al tiempo que estimulen la conservación y el aprovechamiento racional de los recursos, fortalezcan los lazos sociales y las formas pacíficas de solución de conflictos.

2. Entre los procedimientos que podrían diseñarse y aplicarse a la solución de disputas por recursos naturales entre comunidades, estarían la mediación, la conciliación y el arbitraje, los que permitirían desahogar los conflictos de manera más ágil que haciendo uso de las instancias judiciales tradicionales.

3. La indefinición de los derechos de propiedad trae como consecuencia, entre otras, el surgimiento de conflictos y violencia entre comunidades; por ello, es preciso que los Tribunales Agrarios resuelvan en definitiva los conflictos por tenencia de la tierra que subsisten, con el fin de generar la certidumbre que se requiere para poder explotar de manera armoniosa y racional los recursos naturales.

4. La irregularidad en los derechos de agua es otro de los problemas que genera enfrentamientos tanto entre pobladores de una misma región, como entre estados de la República y entre sectores urbanos y rurales. Es por ello necesario que la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA) concluya la regularización de los derechos de agua y establezca conjuntamente con los usuarios los planes del manejo más adecuado de este recurso.

5. En la mayoría de los núcleos agrarios que disponen de recursos naturales no existen reglamentos internos que estipulen las formas para el buen aprovechamiento de los bosques y selvas, de manera que no existen procedimientos claros para sancionar a quienes realicen actos que afecten dicho aprovechamiento adecuado. La ausencia de estos reglamentos limita, asimismo, al núcleo agrario para interponer denuncias en contra de terceros y dificulta la intervención de las autoridades administrativas. Es necesario que la Procuraduría Agraria, la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente y la SEMARNAT implementen, por tanto, un programa conjunto para la elaboración de reglamentos internos en los ejidos y comunidades que disponen de bosques y selvas, lo que evitará los conflictos y los enfrentamientos violentos que también se suscitan por este motivo.

6. Dado que el decreto por el cual se crearon algunas de las Áreas Naturales Protegidas (ANP) agravó los conflictos por la posesión de la tierra, provocó una mayor tala clandestina y no consideró la importancia que tenía para la subsistencia familiar el aprovechamiento de los recursos naturales, es necesario que se revise para poder buscar soluciones conjuntas con los propietarios de la tierra a los conflictos que se han generado.

7. Las regiones donde existen conflictos por el aprovechamiento de los recursos naturales comparten varios rasgos en común, lo cual reclama la acción coordinada, real y efectiva de un conjunto de instituciones: en el aprove-

chamiento de los recursos deben participar SEMARNAT y CONAGUA; en los conflictos por la tenencia de la tierra, Secretaría de la Reforma Agraria, Procuraduría Agraria, Registro Agrario Nacional y Tribunal Agrario; en la atención a pueblos indígenas, la CDI; en los asuntos relacionados con la pobreza y la salud, SEDESOL y la Secretaría de Salud y, en los de narcotráfico, las distintas policías.

8. Los conflictos en torno de los recursos naturales han ocasionado enfrentamientos violentos entre ejidatarios o comuneros, y entre éstos y terceros. En algunos casos estos conflictos han llevado a detenciones arbitrarias o acusaciones sin fundamento y, en otros, las controversias se han intentado dirimir ante tribunales donde las soluciones, muchas veces, no dejan satisfechas a las partes o éstas quedan convencidas de que no se les hizo justicia. Por esta razón es necesario estudiar a fondo los conflictos asociados con disputas por los recursos naturales, identificar sus causas y consecuencias, promover la conciliación entre las partes y revisar los expedientes de campesinos que, por no contar con la asesoría legal adecuada, han sido privados de su libertad mediante acusaciones en las que no siempre quedó debidamente acreditado el delito. En la medida en que se conozcan mejor estas controversias, podrán evitarse innumerables conflictos y hechos de violencia que ocasionan pérdidas humanas y materiales y daños considerables a la salud de los pobladores de muchas zonas rurales del país.

9. Se requiere diseñar los mecanismos que aseguren la aplicación efectiva de las leyes ambientales, con el fin de poder combatir la impunidad con la que continúan actuando las empresas privadas forestales. De igual modo, se requiere integrar en los programas forestales de los tres niveles de gobierno el pago por los servicios ambientales que señala la nueva Ley de Desarrollo Forestal.

10. Adoptar las medidas necesarias para garantizar el acceso efectivo a la justicia en materia ambiental.

Referencias

Centro Prodh. 2003. Informe de Violaciones a los Derechos Humanos.

Chapela F. 1999. La gestión comunitaria de los bosques en el sur de México. Trabajo presentado en el Taller de Análisis sobre el Deterioro de los Recursos Forestales y el Cambio Institucional en México. México, DF: UNAM, SEMARNAP.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2001. Tabulados VIII Censo Ejidal. México, DF: INEGI.

Merino L. 2004. Las políticas forestales y de conservación en México y Quintana Roo. En: Uso, conservación y cambio en los bosques de Quintana Roo. México: Universidad de Quintana Roo.

Procuraduría Agraria. Dirección General de Estudios y Publicaciones. 2000. Un recorrido por las tierras de uso común, México, DF: Procuraduría Agraria.

Procuraduría Agraria. 2004. Sistema Único de Información. México, DF: Procuraduría Agraria.

Procuraduría Federal de Protección al Ambiente. 2002. Informe Anual. México, DF: PROFEPA.

Procuraduría Federal de Protección al Ambiente. 2003. Informe Anual. México, DF: PROFEPA.

Robles H, Concheiro L. 2004. Entre las fábulas y la realidad; los ejidos y las comunidades con población indígena. México, DF: CDI-UAM-X.

Secretaría del Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca. 1999. Programa de trabajo 1999. México, DF: SEMARNAP.

Villarreal A. 2002. Political competition and violence in Mexico: Hierarchical social control in local patronage structures. Am Sociol Rev 67(4):477-98.



XII. Anexo Estadístico

XII Anexo Estadístico

Nota Metodológica

Tipos de cuadros

El anexo estadístico incluye dos tipos de cuadros referentes a:

- Mortalidad.
- Egresos hospitalarios.

Mortalidad

El cuadro I presenta las 10 principales causas de defunción, por sexo de la población, así como la posición relativa de las defunciones por causas violentas y el porcentaje que representan respecto al total. Los cuadros II, III y IV presentan, en números absolutos tasas y proporciones, información desagregada por sexo de las defunciones relacionadas con la violencia para los años 2000 a 2004, así como un promedio de ese mismo periodo para todo el país.

En los cuadros V y VI se muestran las defunciones por homicidios y suicidios, respectivamente, según entidad federativa de residencia, de acuerdo con la posición que ocupan en las causas de muerte de cada entidad federativa, y la proporción que representan respecto a lesiones y al total de las defunciones.

El número de defunciones, proporciones y tasas por suicidios, homicidios, lesiones y lesiones intencionales se presentan en los cuadros del VII al XXIII. En todos ellos se observan los indicadores mencionados en el párrafo anterior para cada año de registro de la defunción, (VIIA al XXIIIA) y para el promedio del periodo analizado (VIIB al XXIIIB).

En los cuadros que presentan el promedio de las defunciones para el periodo 2000 – 2004 los números absolutos, las tasas por 100 000 habitantes y las proporciones se presentan por sexo, según entidad federativa de residencia y para seis grupos de edad: de 0 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 a 29 años, de 30 a 44 años, de 45 a 59 años y de 60 y más años.

Es posible distinguir cada una de las causas de muerte a través de los códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE–10), que aparecen en el cuadro XXIV.

Por último, se presentan los cuadros del XXVA al XXVIB que dan cuenta de las poblaciones estimadas,[1] para los años 2002 y 2004, con las que se realizaron los cálculos de algunas de las tasas de mortalidad.

1 Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la población de México, 2000 – 2050.

Métodos

Categorías

Las categorías de lesiones empleadas en el anexo se definieron de acuerdo con los códigos de las causas externas de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). Los grupos de causas externas se formaron de la siguiente manera.

Recuadro | Muertes por causas externas

Causa	Códigos CIE-10
Lesiones	**L01-Y98**
Accidentes	V01-X59, Y40-Y86, Y88
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2
Peatón lesionado en accidentes de vehículo de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9
Envenenamiento accidental	X40-X49
Caídas accidentales	W00-W19
Exposición al fuego, humo y llamas	X00-X09
Ahogamiento y sumersión accidentales	W65-W74
Otros accidentes	V01, V02-V04 (.0), V05, V06, V09.0-V09.1, V10, V11, V12-V14 (.0-.2), V15-V18, V19.0-V19.3, V19.7-V19.9, V20-V28 (.0-.2), V29-V79 (.0-.3), V80.0-V80.2, V80.6-V80.9, V81.0, V81.2-V81.9, V82.0, V82.2-V82.9, V83-V86 (.4-.9), V87.9, V89.0, V89.1, V89.3, V90-V9
Lesiones intencionales	X60-Y09, Y35-Y36
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84, Y87.0
Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1
Operaciones de guerra	Y36, Y89.1
Otras lesiones intencionales	Y35, Y89.0
Eventos (lesiones) de intención no determinada	Y10-Y34, Y899

Datos de defunciones

Las cifras que se proporcionan como números absolutos se obtuvieron a partir de las bases de datos de defunciones del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y de la Secretaría de Salud[2] para los años 2000 a 2004.

Cabe señalar que en todos los cálculos de las defunciones por entidad federativa se excluyeron los casos en donde el sexo y la edad no eran especificados, así como las defunciones de personas cuya residencia habitual era en el extranjero.

La lista de causas de muerte que se utilizó para elaborar este cuadro es la del proyecto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Carga Mundial de la Morbilidad; dicha lista fue elaborada después de un análisis extenso de la mortalidad para todas las regiones del mundo, con el fin de desarrollar información epidemiológica comparable, válida y confiable sobre un rango amplio de enfermedades y lesiones.

Para el cálculo de las tasas por 100 000 habitantes presentadas para el periodo 2000-2004 el numerador es el promedio anual de las defunciones ocurridas en los cinco años y el denominador es la población del año 2002, que es el punto central del quinquenio.

2 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las Defunciones, 2000 – 2004.

Cuadros

Cuadro I. Diez principales causas de muerte, posición relativa y porcentaje de defunciones respecto al total. México, 2000-2004

Total	Posición	Causa	%
	1	Diabetes mellitus	15.4
	2	Enfermedades isquémicas del corazón	13.5
	3	Enfermedad cerebrovascular	7.4
	4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	7.4
	5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4.8
	6	Infecciones respiratorias agudas bajas	3.9
	7	Asfixia y trauma al nacimiento	3.1
	8	Enfermedades hipertensivas	3.1
	9	Nefritis y nefrosis	2.9
	10	**Homicidios**	**2.2**
	23	**Suicidios**	**0.8**
Hombres	**Posición**	**Causa**	**%**
	1	Enfermedades isquémicas del corazón	10.4
	2	Diabetes mellitus	9.7
	3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	7.9
	4	Enfermedad cerebrovascular	4.9
	5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.8
	6	**Homicidios**	**3.5**
	7	Infecciones respiratorias agudas bajas	2.9
	8	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	2.8
	9	Asfixia y trauma al nacimiento	2.5
	10	Nefritis y nefrosis	2.1
	18	**Suicidios**	**1.3**
Mujeres	**Posición**	**Causa**	**%**
	1	Diabetes mellitus	19.1
	2	Enfermedades isquémicas del corazón	13.7
	3	Enfermedad cerebrovascular	8.9
	4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	4.7
	5	Infecciones respiratorias agudas bajas	4.1
	6	Enfermedades hipertensivas	4.1
	7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	3.9
	8	Nefritis y nefrosis	3.1
	9	Asfixia y trauma al nacimiento	2.9
	10	Desnutrición calórico protéica	2.9
	26	**Homicidios**	**0.6**
	35	**Suicidios**	**0.3**

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro II. Defunciones por lesiones,* según año de registro y sexo. México, 2000 - 2004

	2000			2001			2002		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Lesiones	**50 638**	**40 702**	**9 936**	**50 497**	**39 952**	**10 545**	**50 972**	**40 271**	**10 701**
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13 595	10 718	2 877	13 613	10 577	3 036	14 189	10 986	3 203
Envenenamiento accidental	958	701	257	935	662	273	876	626	250
Caídas accidentales	2 223	1 697	526	2 279	1 796	483	2 229	1 715	514
Exposición al fuego, humo y llamas	657	461	196	618	422	196	592	406	186
Ahogamiento y sumersión accidentales	2 571	2 170	401	2 386	1 956	430	2 466	2 062	404
Otros accidentes	14 252	10 741	3 511	14 587	10 788	3 799	14 240	10 490	3 750
Suicidios	3 440	2 905	535	3 760	3 088	672	3 826	3 170	656
Homicidios	10 481	9 225	1 256	10 014	8 769	1 245	9 797	8 557	1 240
Operaciones de guerra	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Otras lesiones intencionales	2	2	0	1	1	0	0	0	0
Lesiones de intención no determinada	2 458	2 081	377	2 304	1 893	411	2 757	2 259	498

	2003			2004			2000-2004* (promedio anual)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Lesiones	**50 934**	**40 207**	**10 727**	**50 068**	**39 474**	**10 594**	**50 621**	**40 121**	**10 500**
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	14 530	11 248	3 282	14 675	11 414	3 261	14 120	10 989	3 132
Envenenamiento accidental	938	677	261	859	596	263	913	652	261
Caídas accidentales	2 267	1 766	501	2 233	1 752	481	2 246	1 745	501
Exposición al fuego, humo y llamas	546	404	142	505	360	145	584	411	173
Ahogamiento y sumersión accidentales	2 473	2 084	389	2 214	1 844	370	2 422	2 023	399
Otros accidentes	13 711	9 984	3 727	13 545	9 815	3 730	14 067	10 364	3 703
Suicidios	4 070	3 376	694	4 056	3 381	675	3 830	3 184	646
Homicidios	9 801	8 507	1 294	9 124	7 938	1 186	9 843	8 599	1 244
Operaciones de guerra	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras lesiones intencionales	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Lesiones de intención no determinada	2 597	2 160	437	2 857	2 374	483	2 595	2 153	441

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones, 2000 - 2004

Cuadro III. Porcentaje de muertes por lesiones* respecto al total de las defunciones, según año de registro y sexo. México, 2000 - 2004

	2000			2001			2002		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Lesiones	**11.6**	**16.8**	**5.2**	**11.5**	**16.3**	**5.4**	**11.1**	**15.8**	**5.3**
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	3.1	4.4	1.5	3.1	4.3	1.5	3.1	4.3	1.6
Envenenamiento accidental	0.2	0.3	0.1	0.2	0.3	0.1	0.2	0.2	0.1
Caídas accidentales	0.5	0.7	0.3	0.5	0.7	0.2	0.5	0.7	0.3
Exposición al fuego, humo y llamas	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
Ahogamiento y sumersión accidentales	0.6	0.9	0.2	0.5	0.8	0.2	0.5	0.8	0.2
Otros accidentes	3.3	4.4	1.8	3.3	4.4	1.9	3.1	4.1	1.8
Suicidios	0.8	1.2	0.3	0.9	1.3	0.3	0.8	1.2	0.3
Homicidios	2.4	3.8	0.7	2.3	3.6	0.6	2.1	3.4	0.6
Operaciones de guerra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otras lesiones intencionales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Lesiones de intención no determinada	0.6	0.9	0.2	0.5	0.8	0.2	0.6	0.9	0.2

	2003			2004			2000-2004* (promedio anual)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Lesiones	**10.8**	**15.4**	**5.1**	**10.6**	**15.1**	**5.0**	**11.1**	**15.9**	**5.2**
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	3.1	4.3	1.6	3.1	4.4	1.5	3.1	4.4	1.5
Envenenamiento accidental	0.2	0.3	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.3	0.1
Caídas accidentales	0.5	0.7	0.2	0.5	0.7	0.2	0.5	0.7	0.2
Exposición al fuego, humo y llamas	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1
Ahogamiento y sumersión accidentales	0.5	0.8	0.2	0.5	0.7	0.2	0.5	0.8	0.2
Otros accidentes	2.9	3.8	1.8	2.9	3.8	1.8	3.1	4.1	1.8
Suicidios	0.9	1.3	0.3	0.9	1.3	0.3	0.8	1.3	0.3
Homicidios	2.1	3.3	0.6	1.9	3.0	0.6	2.2	3.4	0.6
Operaciones de guerra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otras lesiones intencionales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Lesiones de intención no determinada	0.6	0.8	0.2	0.6	0.9	0.2	0.6	0.9	0.2

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones, 2000 - 2004

Cuadro IV. Tasa de mortalidad por lesiones,* según año de registro y sexo. México, 2000 - 2004

	2000			2001			2002		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Lesiones	**50.4**	**81.3**	**19.7**	**49.6**	**78.8**	**20.6**	**49.5**	**78.5**	**20.7**
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13.5	21.4	5.7	13.4	20.9	5.9	13.8	21.4	6.2
Envenenamiento accidental	1.0	1.4	0.5	0.9	1.3	0.5	0.9	1.2	0.5
Caídas accidentales	2.2	3.4	1.0	2.2	3.5	0.9	2.2	3.3	1.0
Exposición al fuego, humo y llamas	0.7	0.9	0.4	0.6	0.8	0.4	0.6	0.8	0.4
Ahogamiento y sumersión accidentales	2.6	4.3	0.8	2.3	3.9	0.8	2.4	4.0	0.8
Otros accidentes	14.2	21.5	7.0	14.3	21.3	7.4	13.8	20.5	7.2
Suicidios	3.4	5.8	1.1	3.7	6.1	1.3	3.7	6.2	1.3
Homicidios	10.4	18.4	2.5	9.8	17.3	2.4	9.5	16.7	2.4
Operaciones de guerra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otras lesiones intencionales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Lesiones de intención no determinada	2.4	4.2	0.7	2.3	3.7	0.8	2.7	4.4	1.0

	2003			2004			2000-2004* (promedio anual)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Lesiones	**48.9**	**77.6**	**20.5**	**47.5**	**75.3**	**20.0**	**49.1**	**78.2**	**20.3**
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13.9	21.7	6.3	13.9	21.8	6.2	13.7	21.4	6.1
Envenenamiento accidental	0.9	1.3	0.5	0.8	1.1	0.5	0.9	1.3	0.5
Caídas accidentales	2.2	3.4	1.0	2.1	3.3	0.9	2.2	3.4	1.0
Exposición al fuego, humo y llamas	0.5	0.8	0.3	0.5	0.7	0.3	0.6	0.8	0.3
Ahogamiento y sumersión accidentales	2.4	4.0	0.7	2.1	3.5	0.7	2.4	3.9	0.8
Otros accidentes	13.2	19.3	7.1	12.9	18.7	7.0	13.7	20.2	7.2
Suicidios	3.9	6.5	1.3	3.9	6.5	1.3	3.7	6.2	1.2
Homicidios	9.4	16.4	2.5	8.7	15.2	2.2	9.6	16.8	2.4
Operaciones de guerra	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Otras lesiones intencionales	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Lesiones de intención no determinada	2.5	4.2	0.8	2.7	4.5	0.9	2.5	4.2	0.9

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
Tasa por 100 000 habitantes, representativa para 2002. Para el denominador se consideró la población de 2002, por ser el punto medio del quinquenio
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones, 2000 - 2004
Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

Cuadro V.

Promedio anual de defunciones por homicidio, posición que ocupan en las principales causas, porcentaje que representan respecto al total de lesiones y al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo. México, 2000-2004

	Total				Mujeres				Hombres			
	Defunciones	Posición que ocupa	% respecto a lesiones	% respecto al total	Defunciones	Posición que ocupa	% respecto a lesiones	% respecto al total	Defunciones	Posición que ocupa	% respecto a lesiones	% respecto al total
Nacional	**9 843**	**10**	**19.5**	**2.2**	**1 244**	**26**	**11.92**	**0.63**	**8 599**	**6**	**21.4**	**3.5**
Aguascalientes	24	31	5.2	0.6	5	40	4.35	0.26	19	23	5.5	0.9
Baja California	403	5	22.6	3.6	38	22	10.83	0.85	365	4	25.4	5.3
Baja California Sur	27	13	11.5	1.6	4	26	8.16	0.57	23	11	12.4	2.2
Campeche	46	12	13.3	1.8	4	32	6.35	0.36	42	8	14.8	2.7
Coahuila	129	13	13.0	1.2	23	28	10.18	0.47	106	12	13.8	1.8
Colima	50	9	17.6	2.1	6	27	9.68	0.56	44	7	19.8	3.3
Chiapas	329	10	16.7	2.2	46	23	13.52	0.68	283	7	17.4	3.3
Chihuahua	553	6	23.6	3.5	63	17	14.07	0.95	490	3	25.8	5.4
Distrito Federal	829	10	21.9	1.8	110	29	12.39	0.48	719	7	24.8	3.0
Durango	174	6	22.3	2.9	16	26	10.67	0.61	158	5	25.0	4.6
Guanajuato	223	16	9.8	1.0	35	33	6.76	0.35	188	15	10.7	1.6
Guerrero	637	3	34.8	5.9	63	17	17.39	1.35	574	1	39.1	9.4
Hidalgo	93	15	8.3	1.0	13	33	5.22	0.30	80	14	9.2	1.5
Jalisco	454	14	13.1	1.4	54	33	6.86	0.38	400	10	15.0	2.3
Estado de México	2 002	7	32.4	3.7	315	14	24.02	1.30	1 687	4	34.7	5.6
Michoacán	574	6	22.1	3.1	62	23	11.55	0.75	512	4	24.8	4.9
Morelos	181	6	24.0	2.7	18	25	11.04	0.57	163	6	27.4	4.4
Nayarit	121	8	20.6	2.9	13	24	11.11	0.71	108	6	22.8	4.5
Nuevo León	103	27	7.0	0.6	20	34	6.10	0.28	83	18	7.3	0.9
Oaxaca	615	6	30.1	3.6	69	20	17.93	0.90	546	4	33.0	5.8
Puebla	381	13	15.4	1.4	55	30	10.09	0.47	326	11	17.0	2.3
Querétaro	82	14	10.6	1.3	13	31	7.32	0.44	69	13	11.5	2.0
Quintana Roo	89	7	18.9	3.8	15	13	16.48	1.54	74	4	19.5	5.2
San Luís Potosí	184	11	16.4	1.8	21	31	9.87	0.47	163	7	18.0	2.8
Sinaloa	448	4	29.4	4.3	26	28	9.80	0.58	422	3	33.3	6.8
Sonora	221	11	17.5	2.0	20	28	8.98	0.48	201	8	19.5	3.1
Tabasco	103	17	8.8	1.4	14	32	7.33	0.44	89	15	9.1	2.0
Tamaulipas	201	12	15.3	1.7	29	27	11.11	0.57	172	8	16.3	2.6
Tlaxcala	47	13	10.2	1.1	11	25	10.00	0.59	36	14	10.3	1.5
Veracruz	386	18	12.5	1.1	48	35	8.05	0.33	338	12	13.6	1.8
Yucatán	41	30	5.7	0.5	6	45	4.67	0.18	35	24	5.9	0.8
Zacatecas	93	13	11.4	1.4	9	35	5.08	0.31	84	9	13.1	2.3

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro VI.

Promedio anual de defunciones por suicidio, posición que ocupan en las principales causas, porcentaje que representan respecto al total de lesiones y al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo. México, 2000-2004

	Total				Mujeres				Hombres			
	Defunciones	Posición que ocupa	% respecto a lesiones	% respecto al total	Defunciones	Posición que ocupa	% respecto a lesiones	% respecto al total	Defunciones	Posición que ocupa	% respecto a lesiones	% respecto al total
Nacional	**3 830**	**23**	**7.5**	**0.8**	**646**	**35**	**6.1**	**0.3**	**3 184**	**18**	**7.9**	**1.3**
Aguascalientes	50	14	10.8	1.2	9	32	7.8	0.5	41	11	11.8	1.9
Baja California	105	18	5.8	0.9	14	36	3.7	0.3	91	15	6.3	1.3
Baja California Sur	32	12	13.6	1.8	3	32	6.1	0.4	29	10	15.5	2.7
Campeche	62	8	17.8	2.4	9	22	15.9	0.9	53	5	18.2	3.4
Coahuila	125	14	12.4	1.2	15	35	6.2	0.3	110	10	14.2	1.9
Colima	30	16	11.1	1.3	4	30	8.1	0.5	26	12	11.9	2.0
Chiapas	62	34	3.1	0.4	11	41	3.4	0.2	51	29	3.0	0.6
Chihuahua	222	13	9.3	1.4	29	33	6.2	0.4	193	11	10.1	2.1
Distrito Federal	345	25	9.0	0.7	62	37	6.8	0.3	283	16	9.7	1.2
Durango	64	15	8.2	1.1	10	33	7.3	0.4	54	14	8.3	1.5
Guanajuato	180	22	7.9	0.8	31	34	6.0	0.3	149	17	8.5	1.3
Guerrero	74	26	4.0	0.7	19	32	5.2	0.4	55	21	3.8	0.9
Hidalgo	55	31	4.9	0.6	10	40	4.0	0.2	45	21	5.1	0.8
Jalisco	312	19	9.0	1.0	53	34	6.9	0.4	259	17	9.6	1.5
Estado de México	275	31	4.4	0.5	65	40	4.9	0.3	210	24	4.3	0.7
Michoacán	152	24	5.8	0.8	35	31	6.5	0.4	117	17	5.6	1.1
Morelos	39	31	4.9	0.5	10	35	5.5	0.3	29	25	4.7	0.8
Nayarit	36	22	6.1	0.9	7	33	6.0	0.4	29	19	6.2	1.2
Nuevo León	165	15	10.9	1.0	24	30	6.7	0.3	141	13	12.2	1.5
Oaxaca	93	29	4.6	0.5	16	43	4.5	0.2	77	21	4.6	0.8
Puebla	141	29	5.7	0.5	33	37	5.9	0.3	108	21	5.7	0.8
Querétaro	54	20	7.0	0.9	10	33	6.1	0.4	44	17	7.2	1.3
Quintana Roo	55	11	11.2	2.2	8	21	9.9	0.9	47	9	11.6	3.1
San Luís Potosí	118	19	10.4	1.1	17	35	7.2	0.3	101	16	11.2	1.8
Sinaloa	89	22	5.9	0.9	10	38	3.9	0.2	79	15	6.3	1.3
Sonora	155	14	12.2	1.4	16	32	6.9	0.4	139	11	13.5	2.2
Tabasco	173	10	14.6	2.2	26	23	13.1	0.8	147	5	14.9	3.2
Tamaulipas	131	17	9.8	1.1	14	36	5.6	0.3	117	13	10.8	1.7
Tlaxcala	23	30	4.7	0.5	6	36	5.0	0.3	17	23	4.6	0.7
Veracruz	231	28	7.4	0.7	40	37	6.6	0.3	191	21	7.6	1.0
Yucatán	130	11	17.7	1.5	22	24	14.7	0.6	108	8	18.5	2.4
Zacatecas	52	23	6.3	0.8	8	38	4.5	0.3	44	19	6.8	1.2

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro VIIA.

Promedio anual de defunciones por suicidio, posición que ocupan en las principales causas, porcentaje que representan respecto al total de lesiones y al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**2 905**	**535**	**3 088**	**672**	**3 170**	**656**	**3 376**	**694**	**3 381**	**675**
Aguascalientes	23	7	40	5	37	7	52	11	52	11
Baja California	86	6	83	14	87	17	108	19	93	12
Baja California Sur	30	2	20	2	35	4	30	3	29	4
Campeche	52	8	54	16	60	9	42	4	57	10
Coahuila	89	9	115	18	107	18	126	15	112	9
Colima	29	5	20	5	31	2	21	8	30	6
Chiapas	67	11	30	11	53	11	45	6	61	19
Chihuahua	202	30	200	26	185	28	182	34	195	23
Distrito Federal	282	43	305	72	260	59	298	77	269	55
Durango	35	12	50	11	71	12	64	9	51	9
Guanajuato	149	29	131	36	160	42	162	25	141	27
Guerrero	47	21	58	17	56	19	58	15	58	24
Hidalgo	51	10	51	14	42	6	47	10	35	9
Jalisco	234	58	245	42	265	56	256	56	290	62
Estado de México	162	48	205	69	241	69	223	62	215	76
Michoacán	107	39	126	40	126	28	105	34	121	30
Morelos	26	7	34	11	22	9	35	7	26	12
Nayarit	19	5	33	7	32	5	33	14	30	7
Nuevo León	125	18	106	19	115	21	176	28	181	31
Oaxaca	62	14	74	17	75	15	80	30	95	11
Puebla	77	27	107	32	105	32	117	36	136	37
Querétaro	34	9	47	13	34	5	49	11	57	11
Quintana Roo	48	6	43	5	40	10	56	9	49	14
San Luís Potosí	97	11	91	24	104	17	93	19	122	12
Sinaloa	64	8	74	7	75	18	106	8	77	11
Sonora	117	12	150	20	142	17	152	22	135	11
Tabasco	137	30	147	20	151	25	147	25	153	25
Tamaulipas	123	10	111	15	99	12	119	13	133	22
Tlaxcala	12	0	20	5	21	8	21	8	12	8
Veracruz	194	22	184	44	179	43	191	43	207	48
Yucatán	91	15	91	24	107	22	135	25	117	22
Zacatecas	34	3	43	11	53	10	47	8	42	7

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro VIIB.

Promedio anual de defunciones por suicidio, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000 - 2004

	Hombres						Mujeres					
	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**3 184**	**87**	**1 395**	**889**	**438**	**375**	**646**	**54**	**324**	**139**	**81**	**48**
Aguascalientes	41	2	18	11	5	5	9	0	3	3	2	1
Baja California	91	2	37	34	10	8	14	2	5	3	2	2
Baja California Sur	29	0	13	9	5	2	3	1	1	1	0	0
Campeche	53	2	27	13	6	5	9	1	4	2	1	1
Coahuila	110	3	51	28	14	14	15	1	7	4	2	1
Colima	26	0	11	7	5	3	4	0	2	1	1	0
Chiapas	51	1	22	16	8	4	11	1	7	2	0	1
Chihuahua	193	4	83	57	23	26	29	2	13	6	6	2
Distrito Federal	283	8	123	78	40	34	62	5	27	14	10	6
Durango	54	0	26	16	6	6	10	0	5	3	1	1
Guanajuato	149	4	80	36	17	12	31	3	17	7	3	1
Guerrero	55	2	20	14	10	9	19	2	11	3	1	2
Hidalgo	45	3	18	10	8	6	10	1	5	2	1	1
Jalisco	259	5	119	78	35	22	53	6	26	11	6	4
Estado de México	210	13	105	56	22	14	65	7	35	12	8	3
Michoacán	117	5	56	32	13	11	35	3	20	6	4	2
Morelos	29	0	12	7	5	5	10	1	5	1	2	1
Nayarit	29	1	15	6	2	5	7	1	3	1	1	1
Nuevo León	141	2	58	42	19	20	24	0	10	8	4	2
Oaxaca	77	2	34	19	12	10	16	1	10	3	1	1
Puebla	108	6	52	26	13	11	33	4	17	6	3	3
Querétaro	44	1	24	12	5	2	10	1	6	2	1	0
Quintana Roo	47	1	24	13	6	3	8	0	4	2	2	0
San Luís Potosí	101	5	42	27	14	13	17	1	9	4	1	2
Sinaloa	79	1	29	24	12	13	10	0	6	2	1	1
Sonora	139	2	53	42	20	22	16	1	9	3	2	1
Tabasco	147	4	59	45	21	18	26	2	14	5	3	2
Tamaulipas	117	1	41	33	18	24	14	0	6	4	3	1
Tlaxcala	17	1	9	4	1	2	6	1	2	1	1	1
Veracruz	191	5	68	53	37	28	40	4	21	9	4	2
Yucatán	108	1	47	30	19	11	22	1	10	6	3	2
Zacatecas	44	0	19	11	7	7	8	1	4	2	1	0

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO VIIIA.

Porcentaje de defunciones por suicidio respecto al total de las lesiones, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**7.1**	**5.4**	**7.7**	**6.4**	**7.9**	**6.1**	**8.4**	**6.5**	**8.6**	**6.4**
Aguascalientes	7.3	6.9	12.9	5.6	10.1	5.3	14.3	7.7	14.6	10.4
Baja California	5.8	1.8	6.0	4.0	6.4	5.1	7.3	5.5	6.2	3.1
Baja California Sur	15.7	4.3	11.3	5.3	18.1	7.4	15.8	6.1	14.9	7.1
Campeche	16.7	13.8	21.6	24.2	19.3	14.5	14.0	6.6	22.1	15.9
Coahuila	11.8	4.7	14.3	7.9	12.8	7.5	16.7	6.1	15.9	4.1
Colima	12.9	9.4	8.7	7.5	13.8	4.0	10.0	10.3	13.4	10.5
Chiapas	3.7	3.1	1.8	3.3	3.1	3.0	2.8	1.8	3.9	5.7
Chihuahua	10.8	7.7	10.6	6.1	9.6	5.8	9.6	6.8	10.2	5.2
Distrito Federal	9.8	5.0	10.4	7.6	8.7	6.5	10.0	8.0	9.9	6.7
Durango	6.2	11.1	8.2	8.3	10.9	7.3	9.1	5.2	7.7	5.3
Guanajuato	8.3	5.9	7.7	6.8	9.0	8.0	9.4	4.9	8.3	5.3
Guerrero	2.9	5.9	3.9	4.8	3.8	4.7	4.2	4.2	4.2	6.8
Hidalgo	5.8	3.8	5.8	5.2	5.1	3.0	5.6	4.3	3.7	3.3
Jalisco	8.8	7.5	9.1	5.4	9.8	6.8	9.4	6.8	11.0	7.9
Estado de México	3.3	3.9	4.3	5.0	4.9	5.1	4.6	4.7	4.5	5.7
Michoacán	4.8	7.5	6.0	7.4	6.3	5.0	5.2	6.6	5.9	5.6
Morelos	4.2	4.5	5.5	5.9	3.8	6.6	5.8	4.6	4.6	6.8
Nayarit	4.2	5.4	7.3	7.1	5.9	4.5	6.9	10.8	6.5	4.7
Nuevo León	11.4	5.6	8.9	5.6	10.2	6.6	14.6	8.3	16.2	8.2
Oaxaca	3.7	3.8	4.4	4.6	4.5	3.8	4.7	7.0	6.0	2.9
Puebla	3.9	5.3	5.8	5.8	5.6	5.5	6.0	6.4	7.1	6.7
Querétaro	5.8	5.8	7.3	7.6	6.1	2.9	8.7	7.5	9.0	6.5
Quintana Roo	12.9	7.8	11.4	5.4	10.4	13.3	14.7	8.7	11.4	13.7
San Luís Potosí	10.6	4.8	10.0	11.7	11.2	7.3	10.5	8.8	13.8	5.3
Sinaloa	4.9	3.0	5.9	2.9	5.9	7.1	8.6	3.3	6.1	4.2
Sonora	11.6	4.7	13.7	8.5	14.1	7.1	15.7	9.5	12.7	4.4
Tabasco	13.7	15.5	15.0	9.9	15.9	13.6	15.1	14.5	16.4	12.6
Tamaulipas	10.8	3.5	10.7	5.6	9.8	4.6	11.5	5.8	11.9	7.8
Tlaxcala	3.6	0.0	5.2	5.3	5.1	6.2	6.0	6.8	3.7	6.1
Veracruz	7.7	4.0	7.3	6.7	7.1	7.0	7.6	7.0	8.7	8.4
Yucatán	16.4	11.5	17.4	14.5	16.0	15.1	22.0	14.7	20.3	16.4
Zacatecas	5.5	2.6	7.1	7.5	8.1	5.3	6.8	3.3	6.6	3.7

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro VIIIB.

Porcentaje de defunciones por suicidio respecto al total de lesiones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y gupo de edad. México, 2000-2004

	Hombres						Mujeres					
	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**7.9**	**4.7**	**10.9**	**8.4**	**6.9**	**5.7**	**6.2**	**6.4**	**14.0**	**8.9**	**6.8**	**1.5**
Aguascalientes	12.0	8.7	17.3	15.5	10.4	7.2	7.0	0.0	15.8	18.8	18.2	2.4
Baja California	6.3	4.1	8.3	7.1	5.1	5.4	4.0	7.1	5.7	4.9	5.9	3.6
Baja California Sur	15.3	0.0	17.9	18.0	17.9	9.1	6.1	33.3	8.3	12.5	0.0	0.0
Campeche	18.5	16.7	29.0	17.1	12.2	11.1	14.5	16.7	26.7	20.0	14.3	6.7
Coahuila	14.3	9.1	19.2	14.4	12.0	10.7	6.3	7.1	15.6	11.4	9.5	1.2
Colima	11.7	0.0	14.3	11.9	15.2	7.1	8.2	0.0	15.4	12.5	16.7	0.0
Chiapas	3.1	1.3	3.6	3.5	2.8	1.9	3.5	2.4	6.9	3.3	0.0	1.5
Chihuahua	10.2	5.3	12.2	10.3	8.5	11.5	6.3	5.4	11.3	7.8	11.3	2.1
Distrito Federal	9.8	9.9	12.7	9.8	8.8	6.6	6.8	11.6	14.4	10.4	7.9	1.8
Durango	8.5	0.0	11.4	9.5	6.5	5.9	7.4	0.0	13.2	15.0	6.7	2.1
Guanajuato	8.6	3.2	13.6	10.0	7.1	3.7	6.2	7.5	16.5	11.7	5.9	0.6
Guerrero	3.7	3.2	5.2	3.4	3.6	3.3	5.2	7.7	13.4	5.2	2.1	1.7
Hidalgo	5.2	6.4	7.9	5.1	5.1	3.3	4.0	4.8	9.6	5.6	3.8	1.3
Jalisco	9.6	3.4	13.9	12.1	9.2	4.6	6.9	9.1	17.8	10.8	7.6	1.5
Estado de México	4.3	5.9	6.3	4.3	2.8	2.1	4.9	6.3	10.8	5.2	4.7	1.0
Michoacán	5.6	4.0	8.9	6.2	4.0	3.0	6.4	6.0	16.7	8.8	6.8	1.2
Morelos	4.8	0.0	6.7	4.4	5.1	4.3	5.6	10.0	15.2	4.5	11.1	1.7
Nayarit	6.1	4.8	9.9	4.9	2.6	6.0	6.9	10.0	13.0	5.3	7.1	2.8
Nuevo León	12.3	5.4	15.7	14.2	10.9	10.1	6.8	0.0	16.7	15.4	11.4	1.8
Oaxaca	4.6	2.3	7.7	4.3	3.8	3.1	4.3	2.8	14.3	4.6	2.0	0.8
Puebla	5.7	5.7	9.7	5.7	4.1	3.1	6.0	8.9	15.6	8.5	4.8	1.8
Querétaro	7.4	2.9	11.7	8.8	6.3	2.0	6.1	9.1	14.6	8.7	6.7	0.0
Quintana Roo	12.1	8.3	17.0	11.6	9.8	7.1	10.0	0.0	15.4	10.5	18.2	0.0
San Luís Potosí	11.1	9.1	15.1	14.0	10.0	6.9	7.7	4.8	23.1	12.5	4.2	2.7
Sinaloa	6.2	2.0	7.1	6.1	6.3	7.1	3.9	0.0	10.3	5.4	4.0	1.1
Sonora	13.5	6.1	16.8	14.4	12.6	14.2	6.6	5.6	15.0	8.8	8.3	1.6
Tabasco	15.2	7.7	17.5	16.2	14.3	14.4	13.2	8.0	24.6	16.7	16.7	5.0
Tamaulipas	11.0	2.5	11.7	10.7	11.3	14.8	5.3	0.0	10.9	7.8	11.1	1.4
Tlaxcala	4.7	4.8	8.4	4.9	2.2	2.6	5.0	12.5	10.0	7.1	10.0	2.4
Veracruz	7.7	4.2	10.3	7.9	7.8	6.1	6.7	7.0	15.6	9.5	5.5	1.1
Yucatán	18.4	4.5	29.3	20.3	17.9	8.6	14.8	10.0	37.0	28.6	18.8	3.3
Zacatecas	6.9	0.0	8.6	7.7	8.2	5.3	4.5	6.3	11.4	8.3	5.6	0.0

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO IXA.

Porcentaje de defunciones por suicidio respecto a lesiones intencionales, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**23.9**	**29.9**	**26.0**	**35.1**	**27.0**	**34.6**	**28.4**	**34.9**	**29.9**	**36.3**
Aguascalientes	59.0	70.0	66.7	55.6	63.8	53.8	72.2	61.1	76.5	73.3
Baja California	19.1	17.1	19.8	25.5	19.4	34.0	22.8	29.2	19.1	23.1
Baja California Sur	54.5	28.6	62.5	28.6	52.2	57.1	62.5	37.5	52.7	50.0
Campeche	46.8	66.7	54.5	80.0	56.6	81.8	58.3	36.4	66.3	71.4
Coahuila	45.9	36.0	48.7	36.7	47.3	51.4	57.0	37.5	54.9	25.7
Colima	38.7	38.5	28.6	41.7	43.7	40.0	35.0	53.3	40.5	54.5
Chiapas	16.3	17.7	16.8	36.7	12.4	12.9	11.4	9.1	23.6	41.3
Chihuahua	27.9	34.1	26.8	26.3	25.6	27.7	28.7	34.3	33.0	32.9
Distrito Federal	29.3	28.5	28.9	41.1	26.4	37.6	29.2	37.9	27.4	31.8
Durango	19.0	54.5	24.8	44.0	30.7	37.5	26.4	32.1	25.2	36.0
Guanajuato	41.6	42.0	40.1	46.8	49.1	51.2	44.1	43.1	46.4	56.3
Guerrero	6.2	21.6	9.3	22.1	9.3	25.7	10.1	17.9	9.8	29.6
Hidalgo	38.6	40.0	33.6	41.2	39.6	40.0	38.8	50.0	29.9	45.0
Jalisco	35.8	52.7	37.0	47.2	39.3	46.7	38.4	52.8	45.7	53.0
Estado de México	8.2	13.1	10.9	17.4	12.3	18.1	11.6	16.3	12.4	20.3
Michoacán	16.3	41.5	18.3	35.7	21.2	29.5	17.4	35.1	20.2	35.7
Morelos	11.2	24.1	15.8	27.5	12.4	45.0	20.0	41.2	16.4	41.4
Nayarit	15.1	55.6	24.6	31.8	20.5	23.8	24.8	60.9	21.4	24.1
Nuevo León	62.5	40.9	58.2	67.9	58.1	56.8	62.9	56.0	70.4	53.4
Oaxaca	9.4	15.4	12.0	23.9	12.5	19.7	13.1	30.3	15.2	11.8
Puebla	18.3	35.5	23.1	36.0	25.4	34.4	28.0	40.9	29.8	38.9
Querétaro	29.8	36.0	35.6	40.6	37.0	35.7	43.8	55.0	49.6	52.4
Quintana Roo	42.9	46.2	37.4	25.0	44.4	43.5	39.7	28.1	33.1	46.7
San Luís Potosí	29.6	23.9	31.8	47.1	42.8	51.5	41.9	57.6	50.0	50.0
Sinaloa	12.7	20.5	13.6	23.3	14.6	41.9	21.0	23.5	17.4	31.4
Sonora	39.0	44.4	40.7	51.3	45.4	38.6	43.1	51.2	37.0	35.5
Tabasco	61.4	73.2	61.5	66.7	64.0	64.1	60.7	56.8	63.2	62.5
Tamaulipas	39.3	17.5	41.6	36.6	39.0	44.4	38.8	29.5	43.6	45.8
Tlaxcala	22.6	0.0	31.7	29.4	33.9	42.1	44.7	53.3	27.9	38.1
Veracruz	33.7	32.4	34.1	46.3	36.9	46.2	35.3	46.2	40.9	53.3
Yucatán	76.5	65.2	72.8	92.3	71.8	84.6	78.0	69.4	77.5	81.5
Zacatecas	30.1	75.0	34.7	57.9	38.7	40.0	35.3	44.4	32.3	43.8

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro IXB.

Porcentaje de defunciones por suicidio respecto a lesiones intencionales, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y gupo de edad. México, 2000-2004

	Hombres						Mujeres					
	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**27.0**	**34.8**	**29.7**	**23.5**	**24.0**	**33.0**	**34.2**	**39.5**	**43.2**	**30.5**	**33.3**	**21.2**
Aguascalientes	68.7	88.9	73.9	64.0	57.8	73.5	63.1	100.0	60.0	70.0	72.7	50.0
Baja California	20.0	40.0	19.8	18.8	17.8	34.8	26.5	52.9	25.0	19.8	25.0	61.5
Baja California Sur	56.0	0.0	59.4	52.8	55.3	61.1	40.5	100.0	33.3	40.0	50.0	25.0
Campeche	55.9	75.0	65.2	47.7	45.3	50.0	69.1	85.7	74.1	73.3	60.0	50.0
Coahuila	50.8	53.1	48.1	47.5	57.1	65.1	37.5	57.1	43.0	30.2	38.1	36.4
Colima	37.4	40.0	48.1	30.6	38.2	29.8	46.4	33.3	50.0	50.0	60.0	66.7
Chiapas	15.3	13.6	17.0	15.2	14.0	13.2	20.1	23.1	31.6	18.3	5.1	10.0
Chihuahua	28.2	32.3	27.0	25.0	28.5	50.0	30.9	33.3	32.6	25.4	45.9	28.2
Distrito Federal	28.2	46.6	27.0	24.2	31.1	46.6	35.6	41.1	41.2	32.4	40.3	25.8
Durango	25.5	20.0	28.8	22.1	20.3	35.7	40.2	40.0	38.5	43.8	53.8	38.5
Guanajuato	44.2	42.3	48.3	43.5	38.0	38.0	47.6	70.8	60.0	44.6	47.2	13.2
Guerrero	8.8	16.4	11.3	6.1	7.7	11.9	23.2	33.3	35.0	16.8	7.0	20.0
Hidalgo	36.0	68.4	40.9	28.7	32.8	36.8	43.0	57.1	53.2	43.5	38.9	18.8
Jalisco	39.2	40.9	43.8	35.3	36.0	40.3	50.6	69.0	59.1	45.5	44.4	36.0
Estado de México	11.0	21.2	13.5	9.9	7.7	8.3	17.1	22.7	25.1	13.9	18.5	6.8
Michoacán	18.6	30.9	25.3	14.5	13.0	16.2	35.5	34.2	48.3	30.1	31.3	14.3
Morelos	14.9	0.0	17.2	10.9	14.4	23.2	34.1	50.0	42.9	19.2	40.0	20.0
Nayarit	21.3	50.0	28.4	14.7	11.1	27.8	36.5	60.0	40.5	28.6	40.0	23.1
Nuevo León	62.9	75.0	63.8	59.2	59.6	75.0	53.9	15.4	55.2	56.5	61.3	81.8
Oaxaca	12.4	14.7	16.8	9.7	9.6	12.5	20.2	22.6	38.0	15.9	10.1	9.0
Puebla	25.0	46.8	32.5	20.9	15.7	22.7	37.2	55.6	52.8	32.0	23.0	19.4
Querétaro	39.1	46.2	44.1	40.4	31.6	23.1	43.8	44.4	52.8	41.4	57.1	10.0
Quintana Roo	38.9	50.0	44.9	34.9	36.9	29.8	37.3	22.2	48.8	30.6	64.3	20.0
San Luís Potosí	38.3	41.4	40.4	39.8	35.0	35.6	44.4	33.3	59.7	42.2	33.3	32.3
Sinaloa	15.8	11.1	15.6	12.5	15.6	36.2	28.7	10.0	37.0	19.0	25.0	37.5
Sonora	40.9	75.0	38.3	36.4	39.9	69.4	44.6	57.1	57.1	34.0	50.0	26.3
Tabasco	62.2	90.5	61.2	62.0	56.9	71.3	64.4	64.3	68.7	58.5	62.5	60.0
Tamaulipas	40.5	66.7	36.4	34.1	42.9	68.5	33.2	15.4	32.6	32.4	61.5	20.0
Tlaxcala	32.1	60.0	37.5	23.1	27.3	33.3	34.1	42.9	35.3	35.3	62.5	25.0
Veracruz	36.1	48.1	39.4	30.9	33.8	44.3	45.6	55.0	57.1	41.9	30.8	24.4
Yucatán	75.5	77.8	80.1	77.9	73.4	60.0	78.3	66.7	87.3	84.8	89.5	45.8
Zacatecas	34.4	25.0	33.3	30.3	37.0	46.3	47.6	37.5	62.9	52.9	25.0	22.2

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO XA.

Porcentaje de defunciones por suicidio respecto al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**1.2**	**0.3**	**1.3**	**0.3**	**1.3**	**0.3**	**1.3**	**0.3**	**1.3**	**0.3**
Aguascalientes	1.2	0.4	2.0	0.3	1.6	0.3	2.3	0.5	2.3	0.6
Baja California	1.2	0.1	1.2	0.3	1.3	0.4	1.5	0.4	1.2	0.2
Baja California Sur	2.9	0.3	1.8	0.3	3.3	0.6	2.6	0.4	2.5	0.5
Campeche	3.6	0.8	3.8	1.6	3.7	0.8	2.5	0.3	3.4	0.8
Coahuila	1.6	0.2	2.0	0.4	1.8	0.4	2.0	0.3	1.9	0.2
Colima	2.1	0.5	1.5	0.5	2.2	0.2	1.6	0.7	2.1	0.5
Chiapas	0.8	0.2	0.3	0.2	0.6	0.2	0.5	0.1	0.7	0.3
Chihuahua	2.3	0.5	2.2	0.4	2.0	0.4	1.9	0.5	2.1	0.3
Distrito Federal	1.2	0.2	1.3	0.3	1.1	0.3	1.2	0.3	1.1	0.2
Durango	1.1	0.5	1.5	0.4	1.9	0.5	1.7	0.3	1.4	0.3
Guanajuato	1.3	0.3	1.2	0.4	1.3	0.4	1.3	0.2	1.2	0.3
Guerrero	0.8	0.5	1.0	0.4	0.9	0.4	0.9	0.3	0.9	0.5
Hidalgo	1.0	0.2	0.9	0.3	0.7	0.1	0.8	0.2	0.6	0.2
Jalisco	1.4	0.4	1.5	0.3	1.5	0.4	1.4	0.4	1.6	0.4
Estado de México	0.6	0.2	0.7	0.3	0.8	0.3	0.7	0.2	0.7	0.3
Michoacán	1.0	0.5	1.2	0.5	1.2	0.3	1.0	0.4	1.1	0.3
Morelos	0.7	0.2	0.9	0.4	0.6	0.3	0.9	0.2	0.6	0.4
Nayarit	0.8	0.3	1.4	0.4	1.2	0.3	1.3	0.7	1.2	0.4
Nuevo León	1.4	0.2	1.2	0.3	1.2	0.3	1.9	0.4	1.9	0.4
Oaxaca	0.7	0.2	0.8	0.2	0.8	0.2	0.8	0.4	1.0	0.1
Puebla	0.5	0.2	0.8	0.3	0.7	0.3	0.8	0.3	0.9	0.3
Querétaro	1.0	0.3	1.4	0.5	1.0	0.2	1.4	0.4	1.6	0.4
Quintana Roo	3.4	0.7	2.9	0.6	2.6	1.1	3.5	0.9	2.8	1.3
San Luís Potosí	1.7	0.2	1.7	0.5	1.8	0.4	1.5	0.4	2.0	0.2
Sinaloa	1.1	0.2	1.2	0.2	1.2	0.4	1.6	0.2	1.2	0.2
Sonora	1.9	0.3	2.4	0.5	2.2	0.4	2.2	0.5	2.0	0.2
Tabasco	3.2	1.0	3.4	0.6	3.4	0.8	3.0	0.7	3.3	0.8
Tamaulipas	1.9	0.2	1.7	0.3	1.5	0.2	1.7	0.2	1.8	0.4
Tlaxcala	0.5	0.0	0.8	0.2	0.8	0.4	0.9	0.4	0.5	0.4
Veracruz	1.1	0.2	1.0	0.3	0.9	0.3	0.9	0.3	1.0	0.3
Yucatán	2.1	0.4	2.0	0.6	2.3	0.6	2.7	0.6	2.6	0.6
Zacatecas	1.0	0.1	1.2	0.4	1.4	0.3	1.3	0.3	1.1	0.2

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XB.

Porcentaje de defunciones por suicidio respecto al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000-2004

	Hombres						Mujeres					
	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**1.3**	**2.2**	**6.9**	**3.1**	**1.1**	**0.3**	**0.3**	**1.9**	**4.2**	**1.1**	**0.3**	**0.0**
Aguascalientes	1.9	4.3	10.8	5.0	1.5	0.4	0.4	0.0	4.3	2.7	0.8	0.1
Baja California	1.3	2.1	5.3	2.7	0.8	0.3	0.3	2.9	2.2	0.8	0.3	0.1
Baja California Sur	2.6	0.0	12.8	7.1	2.6	0.4	0.4	9.1	3.2	1.8	0.0	0.0
Campeche	3.4	7.1	19.4	7.1	2.3	0.6	0.8	6.3	8.5	2.5	0.7	0.1
Coahuila	1.9	4.0	12.7	5.1	1.4	0.4	0.3	2.0	4.6	1.4	0.3	0.0
Colima	1.9	0.0	8.9	4.7	2.4	0.4	0.5	0.0	5.6	1.6	0.7	0.0
Chiapas	0.6	0.4	2.1	1.3	0.6	0.1	0.2	0.5	1.5	0.3	0.0	0.0
Chihuahua	2.1	3.0	9.1	4.6	1.5	0.5	0.4	2.2	4.6	1.3	0.6	0.0
Distrito Federal	1.2	3.6	7.6	2.8	0.9	0.2	0.3	3.0	4.3	1.2	0.3	0.0
Durango	1.5	0.0	9.0	4.7	1.1	0.3	0.4	0.0	5.2	2.1	0.3	0.1
Guanajuato	1.3	1.7	8.7	3.3	1.0	0.2	0.3	2.2	5.0	1.3	0.3	0.0
Guerrero	0.9	1.8	3.4	1.7	1.0	0.3	0.4	2.6	4.2	0.7	0.1	0.1
Hidalgo	0.8	2.9	4.9	1.7	0.8	0.2	0.2	1.5	2.9	0.7	0.2	0.0
Jalisco	1.5	1.7	8.9	4.3	1.3	0.2	0.4	3.2	5.8	1.4	0.3	0.0
Estado de México	0.7	2.6	3.9	1.5	0.4	0.1	0.3	2.0	3.2	0.7	0.2	0.0
Michoacán	1.1	2.3	6.2	2.8	0.9	0.2	0.4	2.3	6.5	1.3	0.4	0.0
Morelos	0.8	0.0	4.2	1.7	0.8	0.2	0.3	2.6	4.3	0.5	0.5	0.0
Nayarit	1.2	2.6	7.4	2.4	0.6	0.3	0.4	3.6	4.4	0.9	0.4	0.1
Nuevo León	1.5	2.0	9.9	5.0	1.2	0.4	0.3	0.0	4.7	1.9	0.4	0.0
Oaxaca	0.8	0.9	4.5	1.6	0.8	0.2	0.2	0.7	3.0	0.6	0.1	0.0
Puebla	0.7	2.2	5.3	1.6	0.6	0.2	0.3	2.1	3.7	0.8	0.2	0.0
Querétaro	1.3	1.4	7.5	2.7	0.8	0.1	0.4	2.2	5.0	1.1	0.3	0.0
Quintana Roo	3.0	3.2	11.7	4.8	2.2	0.5	0.9	0.0	6.0	2.1	1.3	0.0
San Luís Potosí	1.7	4.7	10.2	5.3	1.7	0.4	0.4	1.4	5.7	1.6	0.2	0.1
Sinaloa	1.3	1.1	5.3	3.4	1.3	0.4	0.2	0.0	3.8	0.8	0.2	0.0
Sonora	2.1	2.5	11.7	6.3	1.9	0.6	0.3	1.6	5.5	1.1	0.3	0.0
Tabasco	3.2	3.8	11.6	7.5	3.1	0.8	0.8	2.9	8.2	2.2	0.7	0.1
Tamaulipas	1.7	1.2	7.9	4.5	1.6	0.6	0.3	0.0	3.3	1.1	0.4	0.0
Tlaxcala	0.7	2.0	4.9	1.7	0.3	0.2	0.3	3.0	2.6	0.9	0.4	0.1
Veracruz	1.0	1.7	5.2	2.3	1.1	0.3	0.3	1.8	3.7	0.9	0.2	0.0
Yucatán	2.4	1.7	18.2	6.9	2.9	0.4	0.6	2.2	9.7	3.3	0.6	0.1
Zacatecas	1.2	0.0	6.2	3.6	1.6	0.3	0.3	2.4	4.0	1.4	0.3	0.0

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO XIA. Tasa de mortalidad por suicidios, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000 - 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**5.8**	**1.1**	**6.1**	**1.3**	**6.2**	**1.3**	**6.5**	**1.3**	**6.5**	**1.3**
Aguascalientes	4.9	1.4	8.4	1.0	7.6	1.4	10.5	2.1	10.4	2.1
Baja California	6.7	0.5	6.2	1.1	6.3	1.3	7.6	1.4	6.4	0.9
Baja California Sur	13.4	0.9	8.7	0.9	14.7	1.8	12.3	1.3	11.5	1.7
Campeche	14.5	2.3	14.7	4.5	16.1	2.5	11.1	1.1	14.7	2.7
Coahuila	7.4	0.8	9.5	1.5	8.7	1.5	10.1	1.2	8.9	0.7
Colima	10.4	1.8	7.1	1.8	10.9	0.7	7.3	2.8	10.3	2.1
Chiapas	3.2	0.5	1.4	0.5	2.5	0.5	2.1	0.3	2.8	0.9
Chihuahua	12.8	1.9	12.4	1.6	11.3	1.7	10.9	2.1	11.4	1.4
Distrito Federal	6.5	1.0	7.1	1.6	6.0	1.3	6.9	1.7	6.3	1.2
Durango	4.6	1.6	6.6	1.4	9.3	1.6	8.3	1.2	6.6	1.2
Guanajuato	6.3	1.2	5.5	1.4	6.6	1.7	6.7	1.0	5.8	1.0
Guerrero	3.0	1.3	3.6	1.1	3.5	1.2	3.6	0.9	3.6	1.5
Hidalgo	4.5	0.9	4.5	1.2	3.7	0.5	4.1	0.8	3.0	0.7
Jalisco	7.2	1.8	7.5	1.3	8.0	1.7	7.7	1.7	8.6	1.8
Estado de México	2.4	0.7	3.0	1.0	3.4	1.0	3.1	0.9	3.0	1.1
Michoacán	5.3	1.8	6.2	1.9	6.2	1.3	5.1	1.6	5.9	1.4
Morelos	3.2	0.9	4.2	1.3	2.7	1.1	4.2	0.8	3.1	1.4
Nayarit	3.9	1.1	6.7	1.5	6.5	1.0	6.6	2.9	6.0	1.4
Nuevo León	6.4	0.9	5.3	1.0	5.6	1.0	8.5	1.4	8.6	1.5
Oaxaca	3.5	0.8	4.2	0.9	4.2	0.8	4.4	1.6	5.2	0.6
Puebla	3.0	1.0	4.1	1.2	4.0	1.2	4.4	1.3	5.0	1.3
Querétaro	4.7	1.2	6.4	1.7	4.5	0.7	6.4	1.4	7.3	1.4
Quintana Roo	10.4	1.4	8.9	1.1	7.9	2.1	10.7	1.8	9.0	2.7
San Luís Potosí	8.4	0.9	7.8	2.0	8.9	1.4	7.9	1.6	10.3	1.0
Sinaloa	4.8	0.6	5.5	0.5	5.5	1.4	7.7	0.6	5.5	0.8
Sonora	10.1	1.1	12.7	1.7	11.8	1.5	12.4	1.9	10.9	0.9
Tabasco	14.0	3.1	14.8	2.0	15.0	2.5	14.5	2.5	14.9	2.5
Tamaulipas	8.5	0.7	7.5	1.0	6.6	0.8	7.8	0.9	8.5	1.4
Tlaxcala	2.5	0.0	4.0	1.0	4.1	1.6	4.1	1.5	2.3	1.5
Veracruz	5.4	0.6	5.1	1.2	5.0	1.2	5.3	1.2	5.7	1.3
Yucatán	10.8	1.8	10.6	2.8	12.3	2.5	15.4	2.8	13.1	2.5
Zacatecas	5.0	0.4	6.3	1.5	7.7	1.4	6.8	1.1	6.1	1.0

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
Tasa por 100 000 habitantes, representativa para 2002. Para el denominador se consideró la población de 2002, por ser el punto medio del quinquenio
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004
Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

Cuadro XIB.

Tasa de mortalidad por suicidios, por entidad federativa de residencia habitual , según sexo y grupo de edad. México, 2000 - 2004

	Hombres						Mujeres					
	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**6.2**	**0.8**	**9.3**	**8.5**	**7.9**	**11.1**	**1.2**	**0.5**	**2.2**	**1.3**	**1.4**	**1.2**
Aguascalientes	8.4	1.7	12.8	11.8	10.7	18.3	1.6	0.0	2.1	2.9	3.7	2.9
Baja California	6.6	0.7	9.4	10.8	7.0	10.9	1.1	0.7	1.3	1.0	1.4	2.6
Baja California Sur	12.2	0.0	17.1	15.9	19.6	15.7	1.3	2.2	1.5	1.9	0.0	0.0
Campeche	14.2	2.3	24.4	17.1	15.5	23.0	2.5	1.2	3.8	2.7	2.6	4.2
Coahuila	8.9	1.1	14.1	10.5	10.1	17.3	1.2	0.4	2.0	1.5	1.4	1.1
Colima	9.1	0.0	12.0	11.4	15.3	15.7	1.8	0.0	2.4	1.6	3.0	0.0
Chiapas	2.4	0.2	3.2	4.1	4.2	4.0	0.6	0.2	1.1	0.5	0.0	0.9
Chihuahua	11.7	1.1	17.7	15.5	12.7	24.7	1.7	0.6	2.9	1.7	3.3	1.7
Distrito Federal	6.6	1.0	10.0	7.6	6.9	9.5	1.4	0.7	2.2	1.3	1.5	1.3
Durango	7.1	0.0	11.7	11.0	7.5	11.1	1.4	0.0	2.2	2.0	1.2	1.6
Guanajuato	6.2	0.7	10.8	8.2	7.7	8.1	1.3	0.5	2.3	1.4	1.2	0.5
Guerrero	3.4	0.5	4.6	5.1	6.3	8.3	1.2	0.5	2.4	1.1	0.6	1.6
Hidalgo	3.9	1.1	5.8	4.6	6.5	7.6	0.8	0.4	1.5	0.8	0.7	1.0
Jalisco	7.8	0.7	12.2	11.9	9.6	9.5	1.6	0.8	2.9	1.6	1.6	1.5
Estado de México	3.0	0.9	5.0	3.6	2.9	3.7	0.9	0.5	1.7	0.8	1.0	0.7
Michoacán	5.7	1.0	9.1	9.0	6.4	7.3	1.6	0.6	3.2	1.5	1.8	1.1
Morelos	3.5	0.0	5.1	4.1	5.3	8.3	1.1	0.6	2.1	0.6	2.0	1.4
Nayarit	5.9	0.9	10.4	6.2	3.5	13.3	1.7	1.0	2.1	1.1	1.8	2.4
Nuevo León	6.9	0.5	9.7	9.0	7.9	14.5	1.1	0.0	1.8	1.7	1.6	1.3
Oaxaca	4.3	0.4	6.5	6.4	6.6	7.5	0.9	0.2	1.9	0.9	0.5	0.6
Puebla	4.1	0.9	6.8	5.3	4.9	6.2	1.2	0.6	2.2	1.1	1.0	1.4
Querétaro	5.8	0.6	10.5	8.0	7.0	4.9	1.3	0.6	2.6	1.3	1.3	0.0
Quintana Roo	9.3	0.9	15.3	11.0	13.4	17.2	1.9	0.0	2.7	1.9	4.8	0.0
San Luís Potosí	8.6	1.7	13.0	12.6	11.6	15.4	1.4	0.4	2.7	1.7	0.8	2.0
Sinaloa	5.8	0.3	7.4	8.6	7.7	13.8	0.8	0.0	1.5	0.7	0.7	1.0
Sonora	11.6	0.8	15.7	15.9	14.2	27.2	1.4	0.4	2.7	1.2	1.5	1.1
Tabasco	14.6	1.7	19.0	22.0	21.4	34.3	2.5	0.9	4.6	2.5	3.0	3.4
Tamaulipas	7.8	0.3	9.1	9.7	10.8	23.1	0.9	0.0	1.4	1.2	1.8	0.9
Tlaxcala	3.4	0.8	5.9	4.0	2.0	6.2	1.2	0.9	1.3	1.0	1.9	2.6
Veracruz	5.3	0.6	6.8	7.4	8.8	10.5	1.1	0.5	2.1	1.2	0.9	0.6
Yucatán	12.5	0.5	18.7	17.4	19.0	17.7	2.5	0.5	4.0	3.5	2.8	2.7
Zacatecas	6.4	0.0	8.9	8.9	10.6	13.3	1.1	0.6	1.9	1.4	1.3	0.0

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
Tasa por 100 000 habitantes, representativa para 2002. Para el denominador se consideró la población de 2002, por ser el punto medio del quinquenio
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004
Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

CUADRO XIIA. Defunciones por homicidio, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000 - 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**9 225**	**1 256**	**8 769**	**1 245**	**8 557**	**1 240**	**8 507**	**1 294**	**7 938**	**1 186**
Aguascalientes	16	3	20	4	21	6	20	7	16	4
Baja California	364	29	337	41	362	33	365	46	395	40
Baja California Sur	25	5	12	5	32	3	18	5	26	4
Campeche	59	4	45	4	46	2	30	7	29	4
Coahuila	105	16	121	31	119	17	95	25	92	26
Colima	45	8	50	7	40	3	39	7	44	5
Chiapas	344	51	149	19	375	74	351	60	197	27
Chihuahua	521	58	546	73	537	73	452	65	396	47
Distrito Federal	679	108	752	103	724	98	724	126	714	118
Durango	149	10	152	14	160	20	178	19	151	16
Guanajuato	209	40	196	41	166	40	205	33	163	21
Guerrero	707	76	569	60	545	55	518	69	531	57
Hidalgo	81	15	101	20	64	9	74	10	82	11
Jalisco	420	52	418	47	410	64	410	50	344	55
Estado de México	1 820	318	1 680	328	1 720	312	1 692	319	1 522	299
Michoacán	549	55	563	72	468	67	500	63	478	54
Morelos	207	22	181	29	156	11	140	10	133	17
Nayarit	106	4	100	15	124	16	100	9	110	22
Nuevo León	75	26	76	9	83	16	104	22	76	27
Oaxaca	598	77	543	54	526	61	533	69	532	82
Puebla	343	49	357	57	309	61	301	52	320	58
Querétaro	80	16	85	19	58	9	63	9	58	10
Quintana Roo	64	7	72	15	50	13	85	23	99	16
San Luís Potosí	231	35	195	27	139	16	129	14	122	12
Sinaloa	440	31	469	23	439	25	398	26	365	24
Sonora	183	15	219	19	171	27	201	21	230	20
Tabasco	86	11	92	10	85	14	95	19	89	15
Tamaulipas	190	47	156	26	155	15	187	31	172	26
Tlaxcala	41	13	43	12	41	11	26	7	31	13
Veracruz	381	46	355	51	306	50	350	50	299	42
Yucatán	28	8	34	2	42	4	38	11	34	5
Zacatecas	79	1	81	8	84	15	86	10	88	9

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XIIB.

Promedio anual de defunciones por homicidio, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000 - 2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**8 599**	**100**	**168**	**3 289**	**2 891**	**1 388**	**763**	**1 244**	**81**	**85**	**425**	**320**	**161**	**172**
Aguascalientes	19	0	0	7	6	4	2	5	0	0	2	1	1	1
Baja California	365	1	2	154	149	44	15	38	1	2	16	13	5	1
Baja California Sur	23	0	0	10	8	4	1	4	0	0	2	1	0	1
Campeche	42	0	1	15	14	7	5	4	0	0	1	1	1	1
Coahuila	106	0	3	54	31	11	7	23	1	1	8	9	3	1
Colima	44	0	1	11	17	8	7	6	1	1	3	1	0	0
Chiapas	283	3	8	104	90	50	28	46	4	4	16	10	7	5
Chihuahua	490	4	9	223	170	58	26	63	4	3	25	18	7	6
Distrito Federal	719	6	9	330	246	89	39	110	5	7	37	29	14	18
Durango	158	1	2	63	56	25	11	16	1	1	7	4	1	2
Guanajuato	188	2	6	85	47	28	20	35	3	1	12	8	4	7
Guerrero	574	2	10	168	211	120	63	63	1	4	20	17	13	8
Hidalgo	80	1	1	27	25	16	10	13	1	1	3	3	2	3
Jalisco	400	4	8	151	143	61	33	54	4	3	20	13	8	6
Estado de México	1 687	45	49	667	512	258	156	315	34	24	103	77	33	44
Michoacán	512	4	11	167	186	88	56	62	3	5	21	14	9	10
Morelos	163	1	2	59	59	27	15	18	1	1	8	4	2	2
Nayarit	108	1	1	36	37	19	14	13	1	1	4	3	2	2
Nuevo León	83	1	1	32	29	13	7	20	1	2	9	6	2	0
Oaxaca	546	3	13	167	181	115	67	69	3	5	17	18	12	14
Puebla	326	5	7	110	98	68	38	55	3	3	14	14	9	12
Querétaro	69	1	1	31	17	11	8	13	1	1	5	3	1	2
Quintana Roo	74	2	1	28	25	11	7	15	2	1	4	5	1	2
San Luís Potosí	163	3	7	63	41	26	23	21	1	2	7	5	2	4
Sinaloa	422	0	5	165	167	63	22	26	1	2	10	7	4	2
Sonora	201	2	1	85	73	30	10	20	1	1	6	7	2	3
Tabasco	89	1	0	38	27	16	7	14	0	1	7	3	2	1
Tamaulipas	172	2	1	70	64	24	11	29	1	2	13	9	2	2
Tlaxcala	36	1	1	15	12	3	4	11	1	1	4	2	1	2
Veracruz	338	2	6	106	117	72	35	48	1	4	16	12	9	6
Yucatán	35	1	0	12	8	7	7	6	0	0	2	1	0	3
Zacatecas	84	1	1	36	25	12	9	9	0	1	3	2	2	1

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO XIIIA. Porcentaje de defunciones por homicidio respecto al total de lesiones, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**22.7**	**12.6**	**21.9**	**11.8**	**21.2**	**11.6**	**21.2**	**12.1**	**20.1**	**11.2**
Aguascalientes	5.1	2.9	6.5	4.4	5.7	4.6	5.5	4.9	4.5	3.8
Baja California	24.7	8.8	24.4	11.8	26.8	9.9	24.6	13.3	26.4	10.4
Baja California Sur	13.1	10.9	6.8	13.2	16.6	5.6	9.5	10.2	13.4	7.1
Campeche	19.0	6.9	18.0	6.1	14.8	3.2	10.0	11.5	11.2	6.3
Coahuila	13.9	8.3	15.1	13.5	14.2	7.1	12.6	10.2	13.0	11.9
Colima	20.0	15.1	21.6	10.4	17.9	6.0	18.7	9.0	19.6	8.8
Chiapas	19.2	14.6	9.1	5.8	22.3	20.3	21.9	17.8	12.5	8.0
Chihuahua	28.0	14.9	29.1	17.2	27.9	15.1	23.7	13.0	20.8	10.6
Distrito Federal	23.6	12.7	25.5	10.9	24.3	10.9	24.2	13.2	26.3	14.4
Durango	26.5	9.3	24.8	10.6	24.5	12.2	25.2	11.0	22.8	9.5
Guanajuato	11.7	8.1	11.5	7.8	9.3	7.6	11.9	6.5	9.6	4.1
Guerrero	43.5	21.5	38.7	16.9	37.5	13.6	37.3	19.1	38.0	16.1
Hidalgo	9.2	5.8	11.6	7.4	7.8	4.5	8.9	4.3	8.7	4.0
Jalisco	15.8	6.7	15.6	6.1	15.2	7.8	15.0	6.1	13.1	7.0
Estado de México	36.5	26.1	34.9	23.8	35.3	23.0	34.8	24.4	31.9	22.5
Michoacán	24.8	10.5	26.8	13.3	23.5	12.1	24.6	12.3	23.4	10.0
Morelos	33.1	14.2	29.4	15.5	26.6	8.1	23.1	6.5	23.7	9.7
Nayarit	23.5	4.3	22.0	15.3	23.0	14.4	20.9	6.9	23.7	14.9
Nuevo León	6.8	8.1	6.4	2.6	7.4	5.0	8.7	6.5	6.8	7.1
Oaxaca	35.7	20.6	32.4	14.6	31.8	15.3	31.2	16.2	33.4	21.4
Puebla	17.5	9.6	19.3	10.4	16.5	10.4	15.5	9.2	16.7	10.5
Querétaro	13.6	10.4	13.2	11.2	10.5	5.1	11.2	6.2	9.1	5.9
Quintana Roo	17.2	9.1	19.0	16.3	13.1	17.3	22.3	22.1	23.0	15.7
San Luís Potosí	25.1	15.2	21.4	13.2	15.0	6.9	14.6	6.5	13.8	5.3
Sinaloa	33.5	11.4	37.1	9.4	34.6	9.8	32.4	10.7	28.7	9.2
Sonora	18.2	5.8	20.0	8.1	17.0	11.3	20.7	9.1	21.7	8.0
Tabasco	8.6	5.7	9.4	4.9	9.0	7.6	9.8	11.0	9.5	7.6
Tamaulipas	16.8	16.5	15.1	9.8	15.3	5.7	18.1	13.7	15.4	9.2
Tlaxcala	12.4	10.9	11.2	12.6	9.9	8.5	7.4	5.9	9.6	9.9
Veracruz	15.0	8.5	14.2	7.7	12.2	8.1	14.0	8.1	12.6	7.4
Yucatán	5.0	6.1	6.5	1.2	6.3	2.7	6.2	6.5	5.9	3.7
Zacatecas	12.7	0.9	13.5	5.4	12.8	7.9	12.5	4.2	13.9	4.7

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XIIIB.

Porcentaje de defunciones por homicidio respecto al total de lesiones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000-2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**21.4**	**5.1**	**9.0**	**25.8**	**27.4**	**21.8**	**11.5**	**11.8**	**5.6**	**10.0**	**18.3**	**20.1**	1**3.5**	**5.5**
Aguascalientes	5.6	0.0	0.0	2.0	1.8	1.2	0.6	1.5	0.0	0.0	0.6	0.3	0.3	0.3
Baja California	25.4	0.1	0.1	10.7	10.4	3.1	1.0	2.6	0.1	0.1	1.1	0.9	0.3	0.1
Baja California Sur	12.2	0.0	0.0	5.3	4.2	2.1	0.5	2.1	0.0	0.0	1.1	0.5	0.0	0.5
Campeche	14.7	0.0	0.3	5.2	4.9	2.4	1.7	1.4	0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	0.3
Coahuila	13.7	0.0	0.4	7.0	4.0	1.4	0.9	3.0	0.1	0.1	1.0	1.2	0.4	0.1
Colima	19.7	0.0	0.4	4.9	7.6	3.6	3.1	2.7	0.4	0.4	1.3	0.4	0.0	0.0
Chiapas	17.1	0.2	0.5	6.3	5.4	3.0	1.7	2.8	0.2	0.2	1.0	0.6	0.4	0.3
Chihuahua	25.8	0.2	0.5	11.8	9.0	3.1	1.4	3.3	0.2	0.2	1.3	0.9	0.4	0.3
Distrito Federal	24.8	0.2	0.3	11.4	8.5	3.1	1.3	3.8	0.2	0.2	1.3	1.0	0.5	0.6
Durango	24.7	0.2	0.3	9.9	8.8	3.9	1.7	2.5	0.2	0.2	1.1	0.6	0.2	0.3
Guanajuato	10.8	0.1	0.3	4.9	2.7	1.6	1.2	2.0	0.2	0.1	0.7	0.5	0.2	0.4
Guerrero	39.1	0.1	0.7	11.5	14.4	8.2	4.3	4.3	0.1	0.3	1.4	1.2	0.9	0.5
Hidalgo	9.2	0.1	0.1	3.1	2.9	1.8	1.1	1.5	0.1	0.1	0.3	0.3	0.2	0.3
Jalisco	14.9	0.1	0.3	5.6	5.3	2.3	1.2	2.0	0.1	0.1	0.7	0.5	0.3	0.2
Estado de México	34.7	0.9	1.0	13.7	10.5	5.3	3.2	6.5	0.7	0.5	2.1	1.6	0.7	0.9
Michoacán	24.7	0.2	0.5	8.0	9.0	4.2	2.7	3.0	0.1	0.2	1.0	0.7	0.4	0.5
Morelos	27.2	0.2	0.3	9.8	9.8	4.5	2.5	3.0	0.2	0.2	1.3	0.7	0.3	0.3
Nayarit	22.6	0.2	0.2	7.5	7.7	4.0	2.9	2.7	0.2	0.2	0.8	0.6	0.4	0.4
Nuevo León	7.2	0.1	0.1	2.8	2.5	1.1	0.6	1.7	0.1	0.2	0.8	0.5	0.2	0.0
Oaxaca	32.9	0.2	0.8	10.1	10.9	6.9	4.0	4.2	0.2	0.3	1.0	1.1	0.7	0.8
Puebla	17.1	0.3	0.4	5.8	5.1	3.6	2.0	2.9	0.2	0.2	0.7	0.7	0.5	0.6
Querétaro	11.6	0.2	0.2	5.2	2.9	1.8	1.3	2.2	0.2	0.2	0.8	0.5	0.2	0.3
Quintana Roo	19.0	0.5	0.3	7.2	6.4	2.8	1.8	3.9	0.5	0.3	1.0	1.3	0.3	0.5
San Luís Potosí	18.0	0.3	0.8	6.9	4.5	2.9	2.5	2.3	0.1	0.2	0.8	0.6	0.2	0.4
Sinaloa	33.2	0.0	0.4	13.0	13.1	5.0	1.7	2.0	0.1	0.2	0.8	0.6	0.3	0.2
Sonora	19.6	0.2	0.1	8.3	7.1	2.9	1.0	1.9	0.1	0.1	0.6	0.7	0.2	0.3
Tabasco	9.2	0.1	0.0	3.9	2.8	1.7	0.7	1.4	0.0	0.1	0.7	0.3	0.2	0.1
Tamaulipas	16.2	0.2	0.1	6.6	6.0	2.3	1.0	2.7	0.1	0.2	1.2	0.8	0.2	0.2
Tlaxcala	10.0	0.3	0.3	4.2	3.3	0.8	1.1	3.0	0.3	0.3	1.1	0.6	0.3	0.6
Veracruz	13.6	0.1	0.2	4.3	4.7	2.9	1.4	1.9	0.0	0.2	0.6	0.5	0.4	0.2
Yucatán	6.0	0.2	0.0	2.0	1.4	1.2	1.2	1.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.0	0.5
Zacatecas	13.1	0.2	0.2	5.6	3.9	1.9	1.4	1.4	0.0	0.2	0.5	0.3	0.3	0.2

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO XIVA. Porcentaje de defunciones por homicidio respecto a lesiones intencionales, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**76.0**	**70.1**	**74.0**	**64.9**	**73.0**	**65.4**	**71.6**	**65.1**	**70.1**	**63.7**
Aguascalientes	41.0	30.0	33.3	44.4	36.2	46.2	27.8	38.9	23.5	26.7
Baja California	80.9	82.9	80.2	74.5	80.6	66.0	77.2	70.8	80.9	76.9
Baja California Sur	45.5	71.4	37.5	71.4	47.8	42.9	37.5	62.5	47.3	50.0
Campeche	53.2	33.3	45.5	20.0	43.4	18.2	41.7	63.6	33.7	28.6
Coahuila	54.1	64.0	51.3	63.3	52.7	48.6	43.0	62.5	45.1	74.3
Colima	60.0	61.5	71.4	58.3	56.3	60.0	65.0	46.7	59.5	45.5
Chiapas	83.7	82.3	83.2	63.3	87.6	87.1	88.6	90.9	76.4	58.7
Chihuahua	72.1	65.9	73.2	73.7	74.4	72.3	71.3	65.7	67.0	67.1
Distrito Federal	70.7	71.5	71.1	58.9	73.6	62.4	70.8	62.1	72.6	68.2
Durango	81.0	45.5	75.2	56.0	69.3	62.5	73.6	67.9	74.8	64.0
Guanajuato	58.4	58.0	59.9	53.2	50.9	48.8	55.9	56.9	53.6	43.8
Guerrero	93.8	78.4	90.7	77.9	90.7	74.3	89.9	82.1	90.2	70.4
Hidalgo	61.4	60.0	66.4	58.8	60.4	60.0	61.2	50.0	70.1	55.0
Jalisco	64.2	47.3	63.0	52.8	60.7	53.3	61.6	47.2	54.3	47.0
Estado de México	91.8	86.9	89.1	82.6	87.7	81.9	88.4	83.7	87.6	79.7
Michoacán	83.6	58.5	81.7	64.3	78.8	70.5	82.6	64.9	79.8	64.3
Morelos	88.8	75.9	84.2	72.5	87.6	55.0	80.0	58.8	83.6	58.6
Nayarit	84.1	44.4	74.6	68.2	79.5	76.2	75.2	39.1	78.6	75.9
Nuevo León	37.5	59.1	41.8	32.1	41.9	43.2	37.1	44.0	29.6	46.6
Oaxaca	90.6	84.6	88.0	76.1	87.5	80.3	86.9	69.7	84.8	88.2
Puebla	81.7	64.5	76.9	64.0	74.6	65.6	72.0	59.1	70.2	61.1
Querétaro	70.2	64.0	64.4	59.4	63.0	64.3	56.3	45.0	50.4	47.6
Quintana Roo	57.1	53.8	62.6	75.0	55.6	56.5	60.3	71.9	66.9	53.3
San Luís Potosí	70.4	76.1	68.2	52.9	57.2	48.5	58.1	42.4	50.0	50.0
Sinaloa	87.3	79.5	86.4	76.7	85.4	58.1	79.0	76.5	82.6	68.6
Sonora	61.0	55.6	59.3	48.7	54.6	61.4	56.9	48.8	63.0	64.5
Tabasco	38.6	26.8	38.5	33.3	36.0	35.9	39.3	43.2	36.8	37.5
Tamaulipas	60.7	82.5	58.4	63.4	61.0	55.6	60.9	70.5	56.4	54.2
Tlaxcala	77.4	100.0	68.3	70.6	66.1	57.9	55.3	46.7	72.1	61.9
Veracruz	66.3	67.6	65.9	53.7	63.1	53.8	64.7	53.8	59.1	46.7
Yucatán	23.5	34.8	27.2	7.7	28.2	15.4	22.0	30.6	22.5	18.5
Zacatecas	69.9	25.0	65.3	42.1	61.3	60.0	64.7	55.6	67.7	56.3

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XIVB.

Porcentaje de defunciones por homicidio respecto al total de lesiones intencionales, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y gupo de edad. México, 2000-2004

	Hombres						Mujeres					
	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**73.0**	**65.2**	**70.2**	**76.5**	**76.0**	**67.0**	**65.8**	**60.5**	**56.8**	**69.5**	**66.7**	**78.8**
Aguascalientes	31.3	11.1	26.1	36.0	42.2	26.5	36.9	0.0	40.0	30.0	27.3	50.0
Baja California	80.0	60.0	80.2	81.2	82.2	65.2	73.5	47.1	75.0	80.2	75.0	38.5
Baja California Sur	44.0	100.0	40.6	47.2	44.7	38.9	59.5	0.0	66.7	60.0	50.0	75.0
Campeche	44.1	25.0	34.8	52.3	54.7	50.0	30.9	14.3	25.9	26.7	40.0	50.0
Coahuila	49.2	46.9	51.9	52.5	42.9	34.9	62.5	42.9	57.0	69.8	61.9	63.6
Colima	62.3	60.0	50.9	69.4	61.8	70.2	53.6	66.7	50.0	50.0	40.0	33.3
Chiapas	84.7	86.4	83.0	84.8	86.0	86.8	79.9	76.9	68.4	81.7	94.9	90.0
Chihuahua	71.8	67.7	73.0	75.0	71.5	50.0	69.1	66.7	67.4	74.6	54.1	71.8
Distrito Federal	71.8	53.4	73.0	75.8	68.9	53.4	64.4	58.9	58.8	67.6	59.7	74.2
Durango	74.5	80.0	71.2	77.9	79.7	64.3	59.8	60.0	61.5	56.3	46.2	61.5
Guanajuato	55.8	57.7	51.7	56.5	62.0	62.0	52.4	29.2	40.0	55.4	52.8	86.8
Guerrero	91.2	83.6	88.7	93.9	92.3	88.1	76.8	66.7	65.0	83.2	93.0	80.0
Hidalgo	64.0	31.6	59.1	71.3	67.2	63.2	57.0	42.9	46.8	56.5	61.1	81.3
Jalisco	60.8	59.1	56.2	64.7	64.0	59.7	49.4	31.0	40.9	54.5	55.6	64.0
Estado de México	89.0	78.8	86.5	90.1	92.3	91.7	82.9	77.3	74.9	86.1	81.5	93.2
Michoacán	81.4	69.1	74.7	85.5	87.0	83.5	64.5	65.8	51.7	69.9	68.8	85.7
Morelos	85.1	100.0	82.8	89.1	85.6	76.8	65.9	50.0	57.1	80.8	60.0	80.0
Nayarit	78.4	50.0	71.6	84.9	88.0	72.2	63.5	40.0	59.5	71.4	60.0	76.9
Nuevo León	37.1	25.0	36.2	40.8	40.4	25.0	46.1	84.6	44.8	43.5	38.7	18.2
Oaxaca	87.6	85.3	83.2	90.3	90.4	87.5	79.8	77.4	62.0	84.1	89.9	91.0
Puebla	75.0	53.2	67.5	79.1	84.3	77.3	62.8	44.4	47.2	68.0	77.0	80.6
Querétaro	60.9	53.8	55.9	59.6	68.4	76.9	56.3	55.6	47.2	58.6	42.9	90.0
Quintana Roo	61.1	50.0	55.1	65.1	63.1	70.2	62.7	77.8	51.2	69.4	35.7	80.0
San Luís Potosí	61.7	58.6	59.6	60.2	65.0	64.4	55.6	66.7	40.3	57.8	66.7	67.7
Sinaloa	84.2	88.9	84.4	87.5	84.4	63.8	71.3	90.0	63.0	81.0	75.0	62.5
Sonora	59.1	25.0	61.7	63.6	60.1	30.6	55.4	42.9	42.9	66.0	50.0	73.7
Tabasco	37.8	9.5	38.8	38.0	43.1	28.7	35.6	35.7	31.3	41.5	37.5	40.0
Tamaulipas	59.5	33.3	63.6	65.7	57.1	31.5	66.8	84.6	67.4	67.6	38.5	80.0
Tlaxcala	67.9	40.0	62.5	76.9	72.7	66.7	65.9	57.1	64.7	64.7	37.5	75.0
Veracruz	63.9	51.9	60.6	69.1	66.2	55.7	54.4	45.0	42.9	58.1	69.2	75.6
Yucatán	24.5	22.2	19.9	22.1	26.6	40.0	21.7	33.3	12.7	15.2	10.5	54.2
Zacatecas	65.6	75.0	66.7	69.7	63.0	53.8	52.4	62.5	37.1	47.1	75.0	77.8

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO XVA.

Porcentaje de defunciones por homicidio respecto al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**3.8**	**0.7**	**3.6**	**0.6**	**3.4**	**0.6**	**3.3**	**0.6**	**3.1**	**0.6**
Aguascalientes	0.8	0.2	1.0	0.2	0.9	0.3	0.9	0.3	0.7	0.2
Baja California	5.2	0.7	5.0	1.0	5.3	0.8	5.0	1.0	5.3	0.8
Baja California Sur	2.4	0.8	1.1	0.7	3.0	0.4	1.6	0.7	2.3	0.5
Campeche	4.1	0.4	3.1	0.4	2.9	0.2	1.8	0.6	1.7	0.3
Coahuila	1.9	0.3	2.1	0.6	2.0	0.3	1.5	0.5	1.5	0.5
Colima	3.3	0.8	3.7	0.6	2.8	0.3	2.9	0.6	3.1	0.4
Chiapas	4.0	0.8	1.7	0.3	4.1	1.1	3.7	0.8	2.1	0.4
Chihuahua	5.8	0.9	6.0	1.1	5.7	1.1	4.6	0.9	4.2	0.7
Distrito Federal	2.9	0.5	3.1	0.5	3.0	0.4	2.9	0.5	2.9	0.5
Durango	4.6	0.4	4.6	0.6	4.4	0.8	4.7	0.7	4.1	0.6
Guanajuato	1.8	0.4	1.8	0.4	1.4	0.4	1.7	0.3	1.4	0.2
Guerrero	11.8	1.7	9.4	1.3	8.9	1.2	8.3	1.4	8.1	1.1
Hidalgo	1.6	0.4	1.9	0.5	1.1	0.2	1.3	0.2	1.4	0.2
Jalisco	2.5	0.4	2.5	0.3	2.3	0.4	2.3	0.3	2.0	0.4
Estado de México	6.3	1.4	5.7	1.4	5.7	1.3	5.5	1.3	4.9	1.2
Michoacán	5.3	0.7	5.5	0.9	4.5	0.8	4.7	0.7	4.4	0.6
Morelos	5.6	0.7	5.0	0.9	4.0	0.3	3.6	0.3	3.3	0.5
Nayarit	4.5	0.2	4.3	0.8	4.7	0.9	4.0	0.5	4.3	1.1
Nuevo León	0.9	0.4	0.9	0.1	0.9	0.2	1.1	0.3	0.8	0.3
Oaxaca	6.3	1.0	5.8	0.7	5.4	0.8	5.4	0.8	5.4	1.0
Puebla	2.4	0.4	2.5	0.5	2.1	0.5	2.0	0.4	2.2	0.5
Querétaro	2.4	0.6	2.5	0.7	1.7	0.3	1.8	0.3	1.6	0.4
Quintana Roo	4.5	0.8	4.8	1.7	3.3	1.4	5.3	2.2	5.6	1.4
San Luís Potosí	4.1	0.8	3.5	0.6	2.4	0.3	2.1	0.3	2.0	0.2
Sinaloa	7.4	0.8	7.9	0.6	6.9	0.6	6.2	0.6	5.7	0.5
Sonora	3.0	0.4	3.4	0.4	2.6	0.6	3.0	0.4	3.4	0.4
Tabasco	2.0	0.4	2.1	0.3	1.9	0.4	2.0	0.6	1.9	0.5
Tamaulipas	2.9	0.9	2.4	0.5	2.3	0.3	2.7	0.6	2.4	0.5
Tlaxcala	1.8	0.7	1.8	0.6	1.6	0.5	1.1	0.3	1.2	0.6
Veracruz	2.1	0.3	1.9	0.4	1.6	0.3	1.7	0.3	1.5	0.3
Yucatán	0.7	0.2	0.8	0.1	0.9	0.1	0.8	0.3	0.7	0.1
Zacatecas	2.2	0.0	2.3	0.3	2.3	0.5	2.3	0.3	2.3	0.3

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XVB.

Porcentaje de defunciones por homicidio respecto al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000-2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**3.4**	**0.4**	**4.1**	**16.4**	**10.0**	**3.4**	**0.6**	**0.6**	**0.4**	**3.0**	**5.5**	**2.5**	**0.6**	**0.1**
Aguascalientes	0.9	0.0	0.0	4.2	2.7	1.2	0.2	0.3	0.0	0.0	2.9	0.9	0.4	0.1
Baja California	5.2	0.2	2.1	21.5	11.8	3.4	0.5	0.9	0.2	2.9	7.1	3.5	0.7	0.0
Baja California Sur	2.1	0.0	0.0	10.6	6.3	2.1	0.2	0.6	0.0	0.0	6.5	1.8	0.0	0.2
Campeche	2.7	0.0	3.6	10.8	7.7	2.7	0.6	0.4	0.0	0.0	2.1	1.3	0.7	0.1
Coahuila	1.8	0.0	4.0	13.7	5.6	1.1	0.2	0.5	0.4	2.0	5.3	3.1	0.4	0.0
Colima	3.2	0.0	5.0	9.8	11.3	3.8	0.9	0.6	1.4	6.3	8.3	1.6	0.0	0.0
Chiapas	3.1	0.3	3.3	10.2	7.3	3.5	0.7	0.7	0.4	2.1	3.4	1.5	0.7	0.1
Chihuahua	5.3	0.5	6.8	24.6	13.8	3.8	0.5	0.9	0.7	3.2	8.8	3.9	0.7	0.1
Distrito Federal	3.0	0.3	4.1	20.5	8.8	2.1	0.3	0.5	0.4	4.2	5.9	2.4	0.5	0.1
Durango	4.5	0.6	4.9	21.7	16.4	4.8	0.5	0.6	0.8	3.4	7.2	2.8	0.3	0.1
Guanajuato	1.6	0.1	2.5	9.5	4.3	1.7	0.3	0.4	0.3	0.7	3.5	1.5	0.3	0.1
Guerrero	9.3	0.5	8.9	27.4	25.5	11.6	2.0	1.3	0.3	5.2	7.7	4.2	1.9	0.3
Hidalgo	1.4	0.2	1.0	7.0	4.3	1.6	0.3	0.3	0.3	1.5	1.7	1.0	0.3	0.1
Jalisco	2.3	0.3	2.7	11.3	7.9	2.3	0.3	0.4	0.4	1.6	4.1	1.7	0.4	0.1
Estado de México	5.6	1.1	9.8	25.1	13.4	4.7	1.2	1.3	1.0	6.7	9.4	4.2	0.9	0.3
Michoacán	4.9	0.5	5.1	18.6	16.4	5.8	0.9	0.7	0.5	3.8	6.8	3.1	0.9	0.2
Morelos	4.3	0.3	3.8	20.6	14.1	4.5	0.7	0.6	0.4	2.6	7.0	2.1	0.5	0.1
Nayarit	4.4	0.7	2.6	17.7	14.7	5.5	0.9	0.7	1.0	3.6	5.9	2.6	0.9	0.2
Nuevo León	0.9	0.2	1.0	5.6	3.4	0.8	0.1	0.3	0.2	2.5	4.2	1.5	0.2	0.0
Oaxaca	5.6	0.3	6.1	22.1	15.7	7.5	1.3	0.9	0.4	3.5	5.1	3.6	1.2	0.3
Puebla	2.2	0.2	2.6	11.1	6.1	2.9	0.5	0.5	0.2	1.6	3.1	1.9	0.6	0.2
Querétaro	2.0	0.3	1.4	9.7	3.8	1.8	0.5	0.5	0.3	2.2	4.2	1.6	0.3	0.1
Quintana Roo	4.7	1.0	3.2	13.6	9.3	4.1	1.2	1.5	1.2	4.3	6.0	5.2	0.6	0.4
San Luís Potosí	2.8	0.6	6.6	14.9	8.1	3.2	0.7	0.4	0.2	2.8	4.4	1.9	0.4	0.1
Sinaloa	6.8	0.0	5.5	29.0	23.9	6.8	0.6	0.6	0.5	4.1	6.4	2.7	0.7	0.1
Sonora	3.1	0.4	1.3	18.4	10.9	2.8	0.3	0.4	0.3	1.6	3.7	2.6	0.3	0.1
Tabasco	2.0	0.2	0.0	7.5	4.5	2.3	0.3	0.4	0.0	1.4	4.1	1.3	0.5	0.1
Tamaulipas	2.5	0.5	1.2	13.8	8.8	2.1	0.3	0.6	0.3	3.2	7.1	2.6	0.3	0.1
Tlaxcala	1.5	0.3	2.0	8.2	5.0	0.9	0.3	0.5	0.4	3.0	5.1	1.7	0.4	0.2
Veracruz	1.8	0.1	2.0	8.0	5.1	2.1	0.3	0.3	0.1	1.8	2.8	1.2	0.4	0.1
Yucatán	0.8	0.3	0.0	4.5	1.8	1.1	0.2	0.2	0.0	0.0	1.9	0.5	0.0	0.1
Zacatecas	2.3	0.3	1.5	12.4	8.1	2.8	0.4	0.3	0.0	2.4	3.0	1.4	0.6	0.0

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO XVIA. Tasa de mortalidad por homicidios, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000 - 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**18.4**	**2.5**	**17.3**	**2.4**	**16.7**	**2.4**	**16.4**	**2.5**	**15.2**	**2.2**
Aguascalientes	3.4	0.6	4.2	0.8	4.3	1.2	4.1	1.4	3.2	0.8
Baja California	28.2	2.3	25.3	3.2	26.3	2.5	25.8	3.4	27.1	2.8
Baja California Sur	11.2	2.3	5.2	2.3	13.5	1.3	7.4	2.2	10.3	1.7
Campeche	16.4	1.1	12.3	1.1	12.3	0.6	7.9	1.9	7.5	1.1
Coahuila	8.8	1.4	10.0	2.6	9.7	1.4	7.6	2.0	7.3	2.1
Colima	16.2	2.9	17.8	2.5	14.0	1.1	13.5	2.4	15.1	1.7
Chiapas	16.7	2.5	7.1	0.9	17.6	3.5	16.2	2.8	9.0	1.2
Chihuahua	33.0	3.8	33.9	4.6	32.7	4.5	27.0	4.0	23.2	2.8
Distrito Federal	15.7	2.4	17.4	2.3	16.8	2.2	16.8	2.8	16.6	2.6
Durango	19.7	1.3	20.0	1.8	20.9	2.6	23.2	2.5	19.6	2.1
Guanajuato	8.9	1.6	8.2	1.6	6.9	1.6	8.4	1.3	6.7	0.8
Guerrero	44.6	4.8	35.7	3.7	34.0	3.4	32.2	4.2	32.9	3.5
Hidalgo	7.2	1.3	8.9	1.7	5.6	0.8	6.4	0.8	7.0	0.9
Jalisco	13.0	1.6	12.8	1.4	12.4	1.9	12.3	1.5	10.2	1.6
Estado de México	26.9	4.7	24.4	4.8	24.6	4.5	23.8	4.5	21.1	4.1
Michoacán	27.1	2.6	27.6	3.4	22.9	3.1	24.3	2.9	23.2	2.5
Morelos	25.7	2.7	22.2	3.5	18.9	1.3	16.8	1.2	15.8	2.0
Nayarit	21.8	0.8	20.4	3.1	25.1	3.3	20.1	1.8	22.0	4.5
Nuevo León	3.8	1.3	3.8	0.5	4.1	0.8	5.0	1.1	3.6	1.3
Oaxaca	33.9	4.2	30.6	2.9	29.4	3.3	29.6	3.7	29.3	4.4
Puebla	13.3	1.8	13.6	2.1	11.7	2.2	11.2	1.9	11.8	2.1
Querétaro	11.1	2.2	11.5	2.5	7.7	1.2	8.2	1.2	7.4	1.3
Quintana Roo	13.8	1.6	14.9	3.3	9.9	2.8	16.2	4.7	18.2	3.1
San Luís Potosí	20.0	3.0	16.8	2.3	11.9	1.3	11.0	1.2	10.3	1.0
Sinaloa	32.8	2.4	34.6	1.7	32.1	1.9	28.8	1.9	26.2	1.8
Sonora	15.8	1.3	18.5	1.7	14.2	2.3	16.4	1.8	18.5	1.7
Tabasco	8.8	1.1	9.3	1.0	8.5	1.4	9.3	1.9	8.7	1.5
Tamaulipas	13.2	3.3	10.6	1.8	10.3	1.0	12.2	2.0	11.0	1.7
Tlaxcala	8.4	2.6	8.6	2.4	8.1	2.1	5.0	1.3	5.9	2.4
Veracruz	10.7	1.3	9.9	1.4	8.5	1.4	9.7	1.4	8.3	1.1
Yucatán	3.3	0.9	4.0	0.2	4.8	0.5	4.3	1.2	3.8	0.6
Zacatecas	11.5	0.1	11.8	1.1	12.2	2.1	12.5	1.4	12.7	1.2

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
Tasa por 100 000 habitantes, representativa para 2002. Para el denominador se consideró la población de 2002, por ser el punto medio del quinquenio
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004
Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de Estado de México, 2000 - 2050

Cuadro XVIB.

Tasa de mortalidad por homicidios, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000 - 2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**16.8**	**1.9**	**1.5**	**21.9**	**27.5**	**25.0**	**22.6**	**2.4**	**1.6**	**0.8**	**2.9**	**3.0**	**2.7**	**4.3**
Aguascalientes	3.9	0.0	0.0	5.0	6.4	8.5	7.3	1.0	0.0	0.0	1.4	1.0	1.8	2.9
Baja California	26.6	0.7	0.7	38.2	47.2	30.7	20.5	2.9	0.7	0.7	4.1	4.3	3.5	1.3
Baja California Sur	9.7	0.0	0.0	14.2	14.2	15.6	7.8	1.8	0.0	0.0	3.1	1.9	0.0	7.2
Campeche	11.2	0.0	1.2	13.6	18.4	18.1	23.0	1.1	0.0	0.0	0.9	1.4	2.6	4.2
Coahuila	8.6	0.0	1.1	15.2	11.6	8.0	8.7	1.9	0.8	0.4	2.3	3.4	2.1	1.1
Colima	15.4	0.0	1.6	13.2	27.7	24.5	36.7	2.1	3.8	1.7	3.7	1.6	0.0	0.0
Chiapas	13.3	1.2	1.5	16.0	23.1	26.5	27.9	2.2	1.7	0.8	2.5	2.6	3.6	4.4
Chihuahua	29.8	2.3	2.5	48.1	46.2	32.0	24.7	3.9	2.5	0.9	5.6	5.1	3.8	5.0
Distrito Federal	16.7	1.7	1.2	26.9	24.1	15.4	10.9	2.4	1.4	0.9	3.0	2.7	2.2	4.0
Durango	20.6	1.2	1.1	28.3	38.6	31.2	20.3	2.1	1.3	0.6	3.1	2.7	1.2	3.3
Guanajuato	7.8	0.7	1.0	11.8	10.7	12.6	13.4	1.4	1.1	0.2	1.6	1.6	1.5	3.8
Guerrero	35.8	1.0	2.4	37.2	77.3	75.8	58.0	3.9	0.5	1.0	4.4	6.0	7.7	6.3
Hidalgo	7.0	0.8	0.4	8.3	11.4	13.1	12.7	1.1	0.9	0.4	0.9	1.3	1.5	3.1
Jalisco	12.1	1.2	1.1	15.7	21.8	16.8	14.2	1.6	1.2	0.4	2.1	1.9	2.1	2.2
Estado de México	24.1	6.4	3.2	32.0	33.0	34.2	41.7	4.5	5.1	1.6	5.0	4.9	4.2	10.1
Michoacán	25.0	1.8	2.2	27.2	52.5	43.4	37.4	2.9	1.4	1.0	3.3	3.5	3.9	5.6
Morelos	19.8	1.2	1.1	25.2	34.3	28.8	25.0	2.2	1.3	0.6	3.4	2.3	2.0	2.9
Nayarit	21.9	2.0	0.9	24.8	38.5	33.6	37.4	2.7	2.1	1.0	2.9	3.2	3.6	4.8
Nuevo León	4.1	0.5	0.3	5.4	6.2	5.4	5.1	1.0	0.5	0.5	1.6	1.3	0.8	0.0
Oaxaca	30.5	1.5	2.8	32.1	60.9	63.5	50.2	3.7	1.6	1.1	3.2	5.5	5.9	8.6
Puebla	12.3	1.7	1.1	14.2	20.1	25.5	21.4	2.0	1.1	0.5	1.8	2.7	3.0	5.5
Querétaro	9.2	1.2	0.6	13.6	11.3	15.4	19.7	1.7	1.3	0.6	2.2	1.9	1.3	4.1
Quintana Roo	14.7	3.7	0.9	17.8	21.2	24.6	40.1	3.2	3.8	0.9	2.7	4.6	2.4	11.2
San Luís Potosí	13.9	2.3	2.4	19.0	19.1	21.6	27.3	1.7	0.8	0.7	2.1	2.2	1.5	3.9
Sinaloa	30.9	0.0	1.7	40.9	59.7	40.4	23.3	2.0	0.8	0.7	2.6	2.6	2.6	2.0
Sonora	16.7	1.6	0.4	24.8	27.6	21.3	12.4	1.7	0.9	0.4	1.8	2.8	1.5	3.4
Tabasco	8.9	1.0	0.0	12.2	13.2	16.3	13.3	1.4	0.0	0.4	2.3	1.5	2.0	1.7
Tamaulipas	11.4	1.3	0.3	16.0	18.8	14.5	10.6	2.0	0.7	0.7	3.1	2.7	1.2	1.7
Tlaxcala	7.1	1.9	0.8	9.8	12.0	6.1	12.4	2.1	1.9	0.9	2.6	1.9	1.9	5.1
Veracruz	9.4	0.6	0.7	10.5	16.2	17.1	13.1	1.3	0.3	0.5	1.6	1.6	2.0	1.9
Yucatán	4.0	1.2	0.0	4.7	4.6	7.0	11.2	0.7	0.0	0.0	0.8	0.6	0.0	4.0
Zacatecas	12.2	1.3	0.6	17.8	20.2	18.1	17.1	1.2	0.0	0.6	1.4	1.4	2.6	1.6

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
Tasa por 100 000 habitantes, representativa para 2002. Para el denominador se consideró la población de 2002, por ser el punto medio del quinquenio
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004
Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de Estado de México, 2000 - 2050

Cuadro XVIIA. Defunciones por lesiones, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000 - 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**40 702**	**9 936**	**39 952**	**10 545**	**40 271**	**10 701**	**40 207**	**10 727**	**39 474**	**10 594**
Aguascalientes	315	102	310	90	368	131	363	142	355	106
Baja California	1 474	331	1 379	346	1 351	334	1 483	347	1 499	383
Baja California Sur	191	46	177	38	193	54	190	49	194	56
Campeche	311	58	250	66	311	62	299	61	258	63
Coahuila	755	192	803	229	838	239	753	244	705	218
Colima	225	53	231	67	224	50	209	78	224	57
Chiapas	1 790	350	1 632	330	1 684	364	1 601	338	1 577	336
Chihuahua	1 864	389	1 879	425	1 927	483	1 905	500	1 905	444
Distrito Federal	2 881	852	2 945	944	2 978	901	2 991	957	2 714	817
Durango	563	108	612	132	652	164	705	172	663	169
Guanajuato	1 789	494	1 697	529	1 776	525	1 728	509	1 701	509
Guerrero	1 624	353	1 471	355	1 455	405	1 390	361	1 396	353
Hidalgo	885	260	873	269	821	201	836	234	942	276
Jalisco	2 661	778	2 680	771	2 691	822	2 736	826	2 628	784
Estado de México	4 982	1 220	4 810	1 381	4 873	1 354	4 861	1 307	4 774	1 331
Michoacán	2 211	522	2 103	542	1 993	556	2 031	513	2 041	538
Morelos	626	155	616	187	586	136	607	153	561	176
Nayarit	451	92	455	98	538	111	479	130	465	148
Nuevo León	1 100	320	1 185	340	1 122	319	1 202	339	1 116	378
Oaxaca	1 675	373	1 674	371	1 656	400	1 706	426	1 594	383
Puebla	1 956	508	1 852	550	1 875	586	1 939	563	1 913	554
Querétaro	587	154	643	170	555	175	561	146	635	169
Quintana Roo	373	77	378	92	383	75	381	104	431	102
San Luís Potosí	919	231	913	205	929	233	886	216	887	225
Sinaloa	1 314	271	1 264	245	1 269	255	1 229	242	1 272	262
Sonora	1 005	258	1 095	236	1 007	239	971	231	1 062	251
Tabasco	1 000	193	979	203	948	184	974	172	934	198
Tamaulipas	1 134	285	1 033	266	1 011	262	1 032	226	1 117	282
Tlaxcala	331	119	384	95	414	130	350	118	324	131
Veracruz	2 533	544	2 505	660	2 518	615	2 506	614	2 377	571
Yucatán	555	131	522	166	667	146	614	170	575	134
Zacatecas	622	117	602	147	658	190	689	239	635	190

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XVIIB. Defunciones por lesiones, por entidad federativa de residencia, según sexo y grupo de edad. México, 2000 - 2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**40 121**	**1 962**	**1 876**	**12 728**	**10 569**	**6 367**	**6 619**	**10 500**	**1 447**	**851**	**2 320**	**1 596**	**1 190**	**3 096**
Aguascalientes	342	27	23	104	71	48	69	114	20	7	19	16	11	41
Baja California	1 437	107	49	457	482	195	147	348	84	28	86	61	34	55
Baja California Sur	189	12	11	66	50	28	22	49	9	3	13	8	5	11
Campeche	286	11	12	93	76	49	45	62	9	6	15	10	7	15
Coahuila	771	34	33	261	195	117	131	224	27	14	45	35	21	82
Colima	223	10	9	70	59	33	42	61	7	6	13	8	6	21
Chiapas	1 657	40	80	580	459	282	216	344	34	41	102	60	39	68
Chihuahua	1 896	96	76	673	555	270	226	448	72	37	114	77	53	95
Distrito Federal	2 902	95	81	963	794	453	516	894	69	43	187	135	127	333
Durango	639	22	24	229	169	93	102	149	16	13	38	20	15	47
Guanajuato	1 738	116	124	574	360	240	324	513	86	40	103	60	51	173
Guerrero	1 467	40	63	402	411	279	272	365	32	26	82	58	48	119
Hidalgo	871	48	47	241	196	158	181	248	38	21	52	36	26	75
Jalisco	2 679	169	149	850	647	382	482	796	131	66	157	102	79	261
Estado de México	4 859	244	220	1 646	1 302	789	658	1 319	181	111	325	233	169	300
Michoacán	2 076	108	126	632	518	321	371	534	68	50	120	68	59	169
Morelos	599	24	24	179	158	99	115	161	18	10	33	22	18	60
Nayarit	478	22	21	153	122	77	83	116	14	10	23	19	14	36
Nuevo León	1 145	78	37	363	295	174	198	339	61	23	60	52	35	108
Oaxaca	1 661	59	87	444	441	312	318	391	47	36	70	65	49	124
Puebla	1 907	128	106	545	457	320	351	552	97	45	109	71	63	167
Querétaro	596	40	35	206	137	80	98	163	29	11	41	23	15	44
Quintana Roo	389	21	12	141	112	61	42	90	13	8	27	19	11	12
San Luís Potosí	907	46	55	284	193	140	189	222	32	21	39	32	24	74
Sinaloa	1 270	34	49	421	391	192	183	255	23	18	58	37	25	94
Sonora	1 028	69	33	321	291	159	155	243	45	18	60	34	24	62
Tabasco	967	29	52	337	277	147	125	190	20	25	57	30	18	40
Tamaulipas	1 065	54	40	343	307	159	162	264	35	23	55	51	27	73
Tlaxcala	361	29	21	107	81	46	77	119	26	8	20	14	10	41
Veracruz	2 488	93	119	671	672	473	460	601	65	57	135	95	73	176
Yucatán	587	19	22	164	148	106	128	149	16	10	27	21	16	59
Zacatecas	641	36	37	209	143	85	131	177	23	16	35	24	18	61

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO XVIIIA. Porcentaje de defunciones por lesiones respecto al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**16.9**	**5.2**	**16.4**	**5.4**	**15.9**	**5.3**	**15.5**	**5.1**	**15.2**	**5.0**
Aguascalientes	15.8	6.0	15.4	5.0	16.3	6.5	15.9	7.1	15.5	5.5
Baja California	21.2	7.7	20.6	8.1	19.7	7.6	20.2	7.7	19.9	8.0
Baja California Sur	18.6	7.0	16.3	5.6	18.1	7.7	16.4	6.5	16.9	7.6
Campeche	21.4	5.6	17.4	6.5	19.3	5.6	18.1	5.3	15.3	5.1
Coahuila	13.5	4.2	13.8	4.7	14.0	4.8	12.2	4.7	11.7	4.4
Colima	16.6	5.2	17.1	6.2	15.7	4.8	15.7	7.2	16.0	4.9
Chiapas	20.8	5.4	18.7	4.8	18.3	5.2	17.0	4.6	17.1	4.6
Chihuahua	20.8	6.2	20.7	6.4	20.4	7.0	19.6	7.1	20.2	6.7
Distrito Federal	12.2	3.8	12.3	4.2	12.4	3.9	12.0	4.1	10.9	3.4
Durango	17.5	4.4	18.3	5.2	17.8	6.3	18.7	6.3	18.1	6.1
Guanajuato	15.3	5.2	15.6	5.7	14.9	5.1	14.4	4.9	14.4	5.1
Guerrero	27.0	8.1	24.2	7.7	23.7	8.7	22.3	7.1	21.4	7.1
Hidalgo	17.5	6.5	16.2	6.3	14.4	4.6	14.9	5.3	16.1	5.9
Jalisco	15.9	5.5	16.0	5.6	15.4	5.6	15.3	5.5	14.9	5.3
Estado de México	17.1	5.2	16.3	5.8	16.2	5.5	15.7	5.2	15.3	5.2
Michoacán	21.4	6.6	20.7	6.8	19.0	6.5	19.3	6.0	18.7	6.2
Morelos	17.0	5.3	16.9	6.1	14.9	4.2	15.7	4.7	14.0	5.2
Nayarit	19.3	5.3	19.4	5.5	20.5	6.0	19.0	6.9	18.3	7.5
Nuevo León	12.5	4.4	13.3	4.7	12.1	4.3	12.7	4.4	11.7	4.8
Oaxaca	17.7	5.0	17.9	4.9	16.9	5.0	17.3	5.2	16.2	4.7
Puebla	13.7	4.3	13.1	4.8	12.8	4.9	13.2	4.6	12.9	4.5
Querétaro	17.4	5.9	18.8	6.6	15.9	6.6	15.8	5.1	17.9	6.0
Quintana Roo	26.5	8.8	25.1	10.2	24.9	8.0	23.6	10.0	24.2	9.2
San Luís Potosí	16.4	5.2	16.6	4.6	16.1	4.9	14.7	4.3	14.6	4.6
Sinaloa	22.0	6.7	21.3	6.1	19.9	5.8	19.1	5.3	19.7	5.7
Sonora	16.3	6.0	17.2	5.3	15.6	5.3	14.3	4.8	15.7	5.1
Tabasco	23.4	6.7	22.4	6.3	21.0	5.9	20.0	5.1	20.0	6.2
Tamaulipas	17.5	5.5	15.7	5.2	15.0	5.1	14.7	4.2	15.4	5.0
Tlaxcala	14.1	6.3	15.7	4.7	16.2	6.3	14.7	5.7	12.7	5.9
Veracruz	14.2	3.9	13.6	4.6	13.1	4.2	12.4	3.9	11.9	3.5
Yucatán	13.0	3.6	11.7	4.3	14.2	3.7	12.4	4.1	12.5	3.4
Zacatecas	17.4	4.3	17.2	5.2	17.7	6.2	18.4	7.6	16.4	6.4

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XVIIIB.

Porcentaje de defunciones por lesiones respecto al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000 - 2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**16.0**	**8.3**	**45.6**	**63.3**	**36.7**	**15.6**	**5.0**	**5.2**	**7.9**	**30.1**	**29.8**	**12.5**	**4.4**	**2.3**
Aguascalientes	15.8	11.5	50.0	62.3	32.3	14.6	5.9	6.0	11.1	25.0	27.5	14.2	4.4	3.4
Baja California	20.3	16.2	51.0	64.1	38.0	14.9	4.9	7.8	16.8	40.0	38.8	16.6	5.1	2.1
Baja California Sur	17.2	11.0	50.0	71.3	39.4	14.4	4.0	6.9	11.3	27.3	38.7	14.5	4.9	2.6
Campeche	18.2	8.6	42.9	66.9	41.8	19.1	5.4	5.6	8.9	37.5	31.9	12.5	4.6	2.1
Coahuila	13.0	9.8	44.0	66.4	35.5	11.7	3.7	4.5	9.9	28.6	29.6	11.9	2.7	2.5
Colima	16.2	10.3	45.0	62.5	39.3	15.6	5.4	5.7	9.5	37.5	36.1	13.1	4.1	2.8
Chiapas	18.3	3.6	33.2	56.8	37.4	20.0	5.4	4.9	3.8	21.6	21.5	9.1	3.6	1.8
Chihuahua	20.3	12.3	57.1	74.4	45.2	17.7	4.8	6.7	12.0	39.8	40.4	16.7	5.6	2.2
Distrito Federal	12.0	5.2	36.8	59.7	28.6	10.7	3.8	3.9	4.9	25.7	30.0	11.1	4.2	2.0
Durango	18.1	12.2	58.5	79.0	49.6	17.7	4.7	5.7	12.8	44.8	39.2	14.2	4.3	2.5
Guanajuato	14.9	8.3	51.7	64.2	32.6	14.7	5.1	5.2	8.2	29.4	30.0	11.1	4.3	2.6
Guerrero	23.7	9.2	56.3	65.6	49.7	27.1	8.6	7.7	9.4	33.8	31.7	14.4	7.0	4.0
Hidalgo	15.8	9.8	46.1	62.1	33.9	15.7	6.1	5.7	10.0	31.3	29.7	12.2	4.3	2.7
Jalisco	15.5	11.9	49.7	63.9	35.8	14.6	4.9	5.5	11.9	35.1	32.4	13.3	4.4	2.6
Estado de México	16.1	5.7	43.9	61.9	34.2	14.4	4.9	5.4	5.5	31.1	29.5	12.6	4.5	2.1
Michoacán	19.8	14.0	58.3	70.3	45.6	21.3	6.2	6.4	12.3	38.5	38.7	15.1	5.9	2.9
Morelos	15.7	8.3	45.3	62.6	37.8	16.5	5.3	5.1	7.8	26.3	28.7	11.5	4.2	2.8
Nayarit	19.3	16.3	53.8	74.4	48.6	22.3	5.5	6.3	13.7	35.7	33.8	16.7	6.1	2.8
Nuevo León	12.5	12.5	36.6	63.0	34.8	11.4	3.6	4.5	12.4	29.1	28.3	12.6	3.5	2.1
Oaxaca	17.2	6.3	40.8	58.7	38.2	20.3	6.3	5.0	6.4	25.0	20.8	13.1	4.8	2.4
Puebla	13.1	5.8	39.0	54.9	28.4	13.7	4.9	4.6	5.7	23.3	23.7	9.8	4.3	2.3
Querétaro	17.2	10.2	50.7	64.6	31.0	13.4	5.9	6.0	9.1	23.9	34.2	12.4	4.2	2.6
Quintana Roo	24.8	10.0	38.7	68.4	41.5	22.7	7.2	9.2	8.1	34.8	38.8	19.8	6.9	2.6
San Luís Potosí	15.7	8.8	51.9	67.1	38.1	17.5	5.5	4.7	7.9	29.2	24.5	12.4	4.3	2.3
Sinaloa	20.4	14.4	53.8	74.3	55.9	20.7	4.9	5.9	12.6	36.7	36.9	14.3	4.5	3.0
Sonora	15.8	13.5	41.8	69.6	43.4	14.8	4.2	5.3	11.5	29.5	36.8	12.8	3.8	2.1
Tabasco	21.3	5.9	49.5	66.5	46.3	21.6	5.8	6.0	5.4	36.2	33.3	12.9	4.1	2.1
Tamaulipas	15.6	12.6	47.6	67.7	42.1	13.9	4.1	5.0	10.5	36.5	30.2	14.7	3.5	2.0
Tlaxcala	14.7	8.1	42.9	58.2	33.6	14.0	5.9	5.8	9.6	24.2	25.6	12.1	4.1	3.1
Veracruz	13.0	6.3	39.5	50.6	29.4	14.0	4.4	4.0	5.6	26.0	23.5	9.7	3.5	1.8
Yucatán	12.8	5.7	37.3	62.1	34.2	16.0	4.5	3.8	5.7	22.2	26.2	11.5	3.4	2.1
Zacatecas	17.4	11.5	54.4	72.1	46.6	19.6	5.8	6.0	9.8	38.1	34.7	16.3	5.5	2.9

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XIXA. Tasa de mortalidad por lesiones, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000 -2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**81.3**	**19.7**	**78.8**	**20.6**	**78.5**	**20.7**	**77.6**	**20.5**	**75.3**	**20.0**
Aguascalientes	67.3	20.7	65.0	18.0	75.8	25.7	73.5	27.4	70.8	20.1
Baja California	114.4	26.4	103.5	26.8	98.3	25.1	104.7	25.3	102.8	27.2
Baja California Sur	85.5	21.5	76.8	17.3	81.3	23.9	77.7	21.1	77.2	23.5
Campeche	86.5	16.6	68.2	18.5	83.3	17.1	78.7	16.5	66.7	16.7
Coahuila	63.2	16.3	66.2	19.1	68.1	19.7	60.3	19.8	55.7	17.5
Colima	81.0	19.2	82.1	23.9	78.6	17.6	72.4	27.1	76.6	19.5
Chiapas	86.7	17.2	77.8	16.0	79.0	17.3	74.1	15.8	72.0	15.5
Chihuahua	118.1	25.2	116.6	26.9	117.2	30.0	113.7	30.5	111.6	26.6
Distrito Federal	66.7	19.0	68.3	21.0	69.1	20.0	69.5	21.2	63.2	18.1
Durango	74.3	14.2	80.3	17.2	85.2	21.3	91.8	22.2	86.0	21.7
Guanajuato	75.8	19.9	71.1	21.1	73.8	20.7	71.2	19.9	69.5	19.7
Guerrero	102.5	22.1	92.3	22.1	90.8	25.0	86.4	22.2	86.5	21.6
Hidalgo	78.7	22.4	76.9	22.9	71.6	17.0	72.3	19.6	80.8	22.9
Jalisco	82.2	23.8	82.0	23.3	81.5	24.6	82.2	24.5	78.3	23.1
Estado de México	73.8	18.1	70.0	20.1	69.7	19.4	68.4	18.4	66.1	18.4
Michoacán	109.0	24.7	103.2	25.5	97.4	26.1	98.9	23.9	99.0	25.0
Morelos	77.7	19.1	75.5	22.7	71.0	16.3	72.8	18.1	66.5	20.6
Nayarit	92.8	19.3	92.8	20.4	109.0	23.0	96.3	26.7	92.9	30.2
Nuevo León	55.9	16.5	59.2	17.2	55.1	15.9	58.0	16.6	53.1	18.2
Oaxaca	95.1	20.5	94.2	20.2	92.5	21.6	94.6	22.8	87.8	20.4
Puebla	75.7	19.2	70.8	20.5	70.9	21.6	72.5	20.5	70.7	20.0
Querétaro	81.2	21.0	87.2	22.8	73.8	23.0	73.2	18.8	81.3	21.3
Quintana Roo	80.5	17.7	78.1	20.3	76.0	15.9	72.7	21.2	79.2	20.0
San Luís Potosí	79.6	19.5	78.5	17.2	79.3	19.4	75.2	17.9	75.0	18.5
Sinaloa	98.0	20.8	93.3	18.6	92.8	19.2	89.1	18.0	91.4	19.3
Sonora	86.5	22.9	92.6	20.6	83.7	20.5	79.4	19.5	85.4	20.8
Tabasco	102.0	20.0	98.6	20.8	94.4	18.6	95.8	17.1	90.9	19.5
Tamaulipas	78.5	20.0	70.1	18.3	67.2	17.6	67.3	14.9	71.5	18.3
Tlaxcala	67.6	23.9	77.1	18.8	81.7	25.3	67.9	22.6	61.8	24.6
Veracruz	71.1	15.1	70.1	18.2	70.2	16.9	69.7	16.8	66.0	15.6
Yucatán	65.8	15.5	61.0	19.4	76.9	16.8	69.9	19.3	64.6	15.0
Zacatecas	90.7	16.3	87.6	20.4	95.5	26.3	99.9	33.0	91.9	26.2

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
Tasa por 100 000 habitantes, representativa para 2002. Para el denominador se consideró la población de 2002, por ser el punto medio del quinquenio
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004
Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de Estado de México, 2000 - 2050

Cuadro XIXB.

Tasa de mortalidad por lesiones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000 -2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**78.2**	**36.8**	**16.3**	**84.9**	**100.7**	**114.7**	**195.9**	**20.3**	**28.3**	**7.7**	**15.6**	**14.7**	**20.1**	**77.8**
Aguascalientes	70.4	47.3	19.2	73.8	75.9	102.4	252.5	22.4	36.4	6.1	13.1	15.2	20.3	121.3
Baja California	104.6	73.6	16.7	113.6	152.7	135.9	200.6	26.1	60.6	10.0	22.5	20.0	23.8	70.6
Baja California Sur	79.6	50.3	22.7	95.3	88.5	109.5	172.7	21.7	39.8	6.5	18.3	15.0	20.1	79.5
Campeche	76.6	27.0	14.0	84.2	99.8	126.4	206.8	17.1	23.1	7.3	14.1	13.5	18.1	63.4
Coahuila	62.6	26.9	12.6	73.4	72.8	84.7	162.0	18.5	22.4	5.6	13.1	13.2	14.8	90.2
Colima	78.2	36.9	14.6	84.0	96.0	100.9	220.3	21.5	26.8	10.1	15.8	13.0	18.0	97.4
Chiapas	77.8	15.9	14.6	88.8	117.9	149.5	215.4	16.4	14.1	7.8	16.0	15.4	20.0	59.8
Chihuahua	115.3	56.4	21.4	145.2	150.8	148.8	214.8	27.9	44.3	10.8	26.0	21.7	28.9	78.4
Distrito Federal	67.4	26.3	10.6	78.5	77.8	78.5	144.7	19.8	19.9	5.8	15.3	12.4	19.5	73.8
Durango	83.5	26.5	13.3	102.8	116.6	115.9	188.2	19.3	20.1	7.5	17.1	13.3	17.9	76.6
Guanajuato	72.2	41.0	20.9	79.6	81.9	108.1	217.6	20.2	31.8	7.0	13.8	12.1	19.7	92.9
Guerrero	91.6	20.7	15.1	89.0	150.5	176.2	250.5	22.5	17.3	6.5	18.2	20.3	28.4	93.8
Hidalgo	76.0	39.5	16.9	73.8	89.4	129.2	229.3	20.9	32.6	7.9	15.7	15.1	19.3	79.7
Jalisco	81.2	48.6	20.2	88.1	98.7	105.0	208.0	23.8	39.4	9.3	16.4	15.0	20.4	96.3
Estado de México	69.5	34.9	14.4	79.1	83.9	104.6	175.8	18.9	27.0	7.6	15.8	14.8	21.3	68.6
Michoacán	101.4	48.2	25.1	102.8	146.3	158.5	247.6	25.0	31.7	10.3	19.0	17.2	25.8	94.5
Morelos	72.6	29.0	13.2	76.5	91.8	105.5	191.4	19.3	22.6	5.7	14.1	12.5	18.1	86.3
Nayarit	96.8	44.5	19.2	104.2	127.0	136.2	221.6	24.0	29.6	9.6	16.4	20.3	24.9	86.1
Nuevo León	56.2	38.8	9.3	61.3	62.9	72.0	143.4	16.9	31.7	6.0	10.6	11.3	14.2	68.3
Oaxaca	92.7	29.3	19.0	85.3	148.3	172.4	238.4	21.1	24.4	8.2	13.4	19.8	23.9	75.9
Puebla	72.1	44.2	16.3	70.4	93.5	120.2	197.9	20.3	34.9	7.2	14.0	13.6	21.3	76.8
Querétaro	79.2	48.9	19.5	90.2	90.8	112.1	241.3	21.4	36.9	6.4	18.0	14.6	19.5	88.4
Quintana Roo	77.2	38.4	10.7	89.6	95.2	136.4	240.7	19.1	24.9	7.5	17.8	17.6	26.6	67.2
San Luís Potosí	77.5	35.4	19.0	85.6	89.8	116.5	224.4	18.5	25.8	7.5	11.7	13.9	18.0	72.6
Sinaloa	92.9	24.7	16.5	104.6	139.8	123.0	193.8	19.2	17.5	6.3	14.9	13.7	16.3	92.0
Sonora	85.4	56.1	13.2	93.5	110.1	112.8	191.7	20.8	38.3	7.5	18.2	13.4	17.4	71.7
Tabasco	96.3	27.6	22.3	108.6	135.1	149.9	238.1	19.2	19.9	11.1	18.8	14.7	17.9	67.8
Tamaulipas	70.8	35.7	13.1	78.2	90.3	95.8	156.2	17.8	24.2	7.8	13.0	15.2	15.8	62.1
Tlaxcala	71.2	54.3	17.7	69.7	80.7	93.9	239.5	23.1	50.6	7.0	13.1	13.3	18.8	105.5
Veracruz	69.4	26.4	14.7	66.3	93.3	112.1	172.1	16.5	19.2	7.3	13.3	12.7	16.3	56.2
Yucatán	67.7	22.2	11.6	63.8	85.8	105.9	205.6	17.1	19.5	5.5	10.8	12.1	15.1	79.9
Zacatecas	93.1	46.7	22.2	103.2	115.5	128.3	249.5	24.5	31.0	10.0	16.7	17.3	23.7	97.0

No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
Tasa por 100 000 habitantes, representativa para 2002. Para el denominador se consideró la población de 2002, por ser el punto medio del quinquenio
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004
Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de Estado de México, 2000 - 2050

Cuadro XXA.

Defunciones por lesiones intencionales, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000 - 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**12 133**	**1 791**	**11 858**	**1 917**	**11 727**	**1 896**	**11 884**	**1 988**	**11 319**	**1 861**
Aguascalientes	39	10	60	9	58	13	72	18	68	15
Baja California	450	35	420	55	449	50	473	65	488	52
Baja California Sur	55	7	32	7	67	7	48	8	55	8
Campeche	111	12	99	20	106	11	72	11	86	14
Coahuila	194	25	236	49	226	35	221	40	204	35
Colima	75	13	70	12	71	5	60	15	74	11
Chiapas	411	62	179	30	428	85	396	66	258	46
Chihuahua	723	88	746	99	722	101	634	99	591	70
Distrito Federal	961	151	1 057	175	984	157	1 022	203	983	173
Durango	184	22	202	25	231	32	242	28	202	25
Guanajuato	358	69	327	77	326	82	367	58	304	48
Guerrero	754	97	627	77	601	74	576	84	589	81
Hidalgo	132	25	152	34	106	15	121	20	117	20
Jalisco	654	110	663	89	675	120	666	106	634	117
Estado de México	1 982	366	1 885	397	1 961	381	1 915	381	1 737	375
Michoacán	657	94	689	112	594	95	605	97	599	84
Morelos	233	29	215	40	178	20	175	17	159	29
Nayarit	126	9	134	22	156	21	133	23	140	29
Nuevo León	200	44	182	28	198	37	280	50	257	58
Oaxaca	660	91	617	71	601	76	613	99	627	93
Puebla	420	76	464	89	414	93	418	88	456	95
Querétaro	114	25	132	32	92	14	112	20	115	21
Quintana Roo	112	13	115	20	90	23	141	32	148	30
San Luís Potosí	328	46	286	51	243	33	222	33	244	24
Sinaloa	504	39	543	30	514	43	504	34	442	35
Sonora	300	27	369	39	313	44	353	43	365	31
Tabasco	223	41	239	30	236	39	242	44	242	40
Tamaulipas	313	57	267	41	254	27	307	44	305	48
Tlaxcala	53	13	63	17	62	19	47	15	43	21
Veracruz	575	68	539	95	485	93	541	93	506	90
Yucatán	119	23	125	26	149	26	173	36	151	27
Zacatecas	113	4	124	19	137	25	133	18	130	16

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XXB.

Defunciones por lesiones intencionales, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000 - 2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**11 784**	**100**	**253**	**4 682**	**3 785**	**1 822**	**1 142**	**1 891**	**82**	**136**	**750**	**462**	**244**	**217**
Aguascalientes	59	0	1	24	18	9	7	12	0	0	5	4	2	1
Baja California	456	1	4	191	183	54	23	51	1	3	22	16	6	3
Baja California Sur	51	0	0	20	18	9	4	8	0	1	3	2	1	1
Campeche	95	0	2	43	26	13	11	13	0	1	5	3	2	2
Coahuila	216	0	6	105	59	25	21	37	1	1	16	13	4	2
Colima	70	0	1	22	24	14	9	12	1	1	5	3	1	1
Chiapas	334	3	9	125	107	58	32	58	4	5	23	12	8	6
Chihuahua	683	4	13	305	227	81	53	92	4	5	39	24	12	8
Distrito Federal	1 002	6	18	451	324	129	74	173	5	12	65	43	24	24
Durango	212	1	2	88	72	32	17	27	1	1	13	6	3	3
Guanajuato	336	2	10	162	83	46	33	67	3	5	29	15	7	8
Guerrero	629	2	12	188	225	130	72	81	1	5	31	20	14	10
Hidalgo	126	1	4	47	36	23	15	23	1	1	9	5	4	3
Jalisco	658	4	13	269	221	96	55	108	4	8	47	25	14	10
Estado de México	1 897	45	62	772	568	279	171	381	34	32	138	89	41	47
Michoacán	629	4	16	223	218	101	67	97	3	8	41	21	13	11
Morelos	192	1	2	71	66	32	20	27	1	1	13	5	4	3
Nayarit	138	1	1	51	44	22	19	21	1	2	8	4	3	3
Nuevo León	223	1	2	90	71	32	27	43	1	3	17	14	6	2
Oaxaca	625	3	15	202	201	127	77	86	3	6	26	21	14	16
Puebla	434	5	12	164	124	80	49	88	3	7	32	20	12	14
Querétaro	113	1	3	54	29	16	10	23	1	2	11	6	1	2
Quintana Roo	121	2	2	53	38	17	9	24	2	2	8	7	3	2
San Luís Potosí	265	3	12	108	68	39	35	37	1	3	14	9	4	6
Sinaloa	502	0	5	197	191	74	35	36	1	2	16	8	6	3
Sonora	340	2	3	140	114	50	31	36	1	1	15	10	5	4
Tabasco	236	1	4	97	72	36	26	39	0	3	20	8	5	3
Tamaulipas	289	2	2	109	98	42	36	44	1	3	18	14	5	3
Tlaxcala	54	1	2	24	16	4	7	16	1	1	7	3	2	2
Veracruz	529	2	11	175	170	108	63	87	1	8	36	21	13	8
Yucatán	143	1	2	58	38	26	18	28	0	1	11	7	4	5
Zacatecas	127	1	2	54	36	18	16	16	0	2	7	3	2	2

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XXIA.

Porcentaje de defunciones por lesiones intencionales respecto al total de las lesiones, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**29.8**	**18.0**	**29.7**	**18.2**	**29.1**	**17.7**	**29.6**	**18.5**	**28.7**	**17.6**
Aguascalientes	12.4	9.8	19.4	10.0	15.8	9.9	19.8	12.7	19.2	14.2
Baja California	30.5	10.6	30.5	15.9	33.2	15.0	31.9	18.7	32.6	13.6
Baja California Sur	28.8	15.2	18.1	18.4	34.7	13.0	25.3	16.3	28.4	14.3
Campeche	35.7	20.7	39.6	30.3	34.1	17.7	24.1	18.0	33.3	22.2
Coahuila	25.7	13.0	29.4	21.4	27.0	14.6	29.3	16.4	28.9	16.1
Colima	33.3	24.5	30.3	17.9	31.7	10.0	28.7	19.2	33.0	19.3
Chiapas	23.0	17.7	11.0	9.1	25.4	23.4	24.7	19.5	16.4	13.7
Chihuahua	38.8	22.6	39.7	23.3	37.5	20.9	33.3	19.8	31.0	15.8
Distrito Federal	33.4	17.7	35.9	18.5	33.0	17.4	34.2	21.2	36.2	21.2
Durango	32.7	20.4	33.0	18.9	35.4	19.5	34.3	16.3	30.5	14.8
Guanajuato	20.0	14.0	19.3	14.6	18.4	15.6	21.2	11.4	17.9	9.4
Guerrero	46.4	27.5	42.6	21.7	41.3	18.3	41.4	23.3	42.2	22.9
Hidalgo	14.9	9.6	17.4	12.6	12.9	7.5	14.5	8.5	12.4	7.2
Jalisco	24.6	14.1	24.7	11.5	25.1	14.6	24.3	12.8	24.1	14.9
Estado de México	39.8	30.0	39.2	28.7	40.2	28.1	39.4	29.2	36.4	28.2
Michoacán	29.7	18.0	32.8	20.7	29.8	17.1	29.8	18.9	29.3	15.6
Morelos	37.2	18.7	34.9	21.4	30.4	14.7	28.8	11.1	28.3	16.5
Nayarit	27.9	9.8	29.5	22.4	29.0	18.9	27.8	17.7	30.1	19.6
Nuevo León	18.2	13.8	15.4	8.2	17.6	11.6	23.3	14.7	23.0	15.3
Oaxaca	39.4	24.4	36.9	19.1	36.3	19.0	35.9	23.2	39.3	24.3
Puebla	21.5	15.0	25.1	16.2	22.1	15.9	21.6	15.6	23.8	17.1
Querétaro	19.4	16.2	20.5	18.8	16.6	8.0	20.0	13.7	18.1	12.4
Quintana Roo	30.0	16.9	30.4	21.7	23.5	30.7	37.0	30.8	34.3	29.4
San Luís Potosí	35.7	19.9	31.3	24.9	26.2	14.2	25.1	15.3	27.5	10.7
Sinaloa	38.4	14.4	43.0	12.2	40.5	16.9	41.0	14.0	34.7	13.4
Sonora	29.9	10.5	33.7	16.5	31.1	18.4	36.4	18.6	34.4	12.4
Tabasco	22.3	21.2	24.4	14.8	24.9	21.2	24.8	25.6	25.9	20.2
Tamaulipas	27.6	20.0	25.8	15.4	25.1	10.3	29.7	19.5	27.3	17.0
Tlaxcala	16.0	10.9	16.4	17.9	15.0	14.6	13.4	12.7	13.3	16.0
Veracruz	22.7	12.5	21.5	14.4	19.3	15.1	21.6	15.1	21.3	15.8
Yucatán	21.4	17.6	23.9	15.7	22.3	17.8	28.2	21.2	26.3	20.1
Zacatecas	18.2	3.4	20.6	12.9	20.8	13.2	19.3	7.5	20.5	8.4

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XXIB.

Porcentaje de defunciones por lesiones intencionales respecto al total de las lesiones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000-2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**29.4**	**5.1**	**13.6**	**36.8**	**35.8**	**28.7**	**17.2**	**18.0**	**5.7**	**16.0**	**32.3**	**29.0**	**20.5**	**7.0**
Aguascalientes	17.3	0.0	8.7	23.1	25.4	18.8	10.1	11.4	0.0	0.0	26.3	25.0	18.2	2.4
Baja California	31.7	0.9	8.2	41.7	38.0	27.7	15.6	14.7	1.2	10.7	25.3	26.2	17.6	5.5
Baja California Sur	27.0	0.0	0.0	29.9	36.0	32.1	18.2	14.3	0.0	33.3	25.0	25.0	20.0	9.1
Campeche	33.2	0.0	16.7	45.2	34.2	26.5	24.4	22.6	0.0	16.7	33.3	30.0	28.6	13.3
Coahuila	28.0	0.0	18.2	39.8	30.3	21.4	16.0	16.5	3.7	7.1	35.6	37.1	19.0	2.4
Colima	31.4	0.0	11.1	31.4	40.7	42.4	21.4	18.0	14.3	16.7	38.5	37.5	16.7	4.8
Chiapas	20.2	7.5	11.3	21.8	23.3	20.6	14.8	16.9	11.8	12.2	22.5	20.0	20.5	8.8
Chihuahua	36.0	4.2	17.1	45.3	40.9	30.0	23.5	20.3	5.6	13.5	33.9	31.2	22.6	8.4
Distrito Federal	34.5	6.3	22.2	46.8	40.8	28.5	14.3	19.2	7.2	25.6	34.8	31.9	18.9	7.2
Durango	33.2	4.5	8.3	38.9	42.6	34.4	16.7	17.4	6.3	7.7	34.2	30.0	20.0	6.4
Guanajuato	19.3	1.7	8.1	28.2	23.1	19.2	10.2	13.1	3.5	12.5	28.2	25.0	13.7	4.6
Guerrero	42.9	5.0	19.0	46.8	54.7	46.6	26.5	22.7	3.1	19.2	37.8	34.5	29.2	8.3
Hidalgo	14.5	2.1	8.5	19.5	18.4	14.6	8.3	9.3	2.6	4.8	17.3	13.9	15.4	3.9
Jalisco	24.6	2.4	8.7	31.6	34.2	25.1	11.4	13.6	3.1	12.1	29.9	24.5	17.7	3.8
Estado de México	39.0	18.4	28.2	46.8	43.6	35.4	26.0	28.8	18.8	27.9	42.6	38.2	24.3	15.7
Michoacán	30.3	3.7	12.7	35.3	42.1	31.5	18.1	18.0	4.4	16.0	34.2	30.9	22.0	6.5
Morelos	32.1	4.2	8.3	39.7	41.8	32.3	17.4	16.8	5.6	10.0	39.4	22.7	22.2	5.0
Nayarit	28.9	4.5	4.8	33.8	36.1	28.6	22.9	18.1	7.1	20.0	34.8	21.1	21.4	8.3
Nuevo León	19.5	1.3	5.4	24.9	24.1	18.4	13.6	12.7	1.6	13.0	28.3	26.9	17.1	1.8
Oaxaca	37.6	5.1	17.2	45.5	45.6	40.7	24.2	22.0	6.4	16.7	37.1	32.3	28.6	13.0
Puebla	22.8	3.9	11.3	29.9	27.1	25.0	14.0	15.9	3.1	15.6	29.4	28.2	19.0	8.3
Querétaro	19.0	2.5	8.6	26.2	21.2	20.0	10.2	13.5	3.4	18.2	26.8	26.1	6.7	4.7
Quintana Roo	31.1	9.5	16.7	37.6	33.9	27.9	21.4	26.7	15.4	25.0	30.8	36.8	27.3	16.7
San Luís Potosí	29.2	6.5	21.8	37.3	35.2	27.9	18.5	16.7	3.1	14.3	35.9	28.1	16.7	8.1
Sinaloa	39.4	0.0	10.2	46.2	48.8	38.5	19.1	14.1	4.3	11.1	27.6	21.6	24.0	3.2
Sonora	33.1	2.9	9.1	43.6	39.2	31.4	20.0	15.2	2.2	5.6	25.0	29.4	20.8	6.3
Tabasco	24.4	3.4	7.7	28.8	26.0	24.5	20.8	20.5	0.0	12.0	35.1	26.7	27.8	7.5
Tamaulipas	27.1	3.7	5.0	31.8	31.9	26.4	22.2	16.3	2.9	13.0	32.7	27.5	18.5	4.1
Tlaxcala	15.0	3.4	9.5	22.4	19.8	8.7	9.1	14.3	3.8	12.5	35.0	21.4	20.0	4.9
Veracruz	21.3	2.2	9.2	26.1	25.3	22.8	13.7	14.6	1.5	14.0	26.7	22.1	17.8	4.5
Yucatán	24.4	5.3	9.1	36.0	25.7	24.5	14.1	18.8	0.0	10.0	40.7	33.3	25.0	8.3
Zacatecas	19.8	2.8	5.4	26.3	25.2	21.2	12.2	9.0	0.0	12.5	20.0	12.5	11.1	3.3

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO XXIIA. Porcentaje de defunciones por lesiones intencionales respecto al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000-2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**5.0**	**0.9**	**4.9**	**1.0**	**4.6**	**0.9**	**4.6**	**1.0**	**4.4**	**0.9**
Aguascalientes	2.0	0.6	3.0	0.5	2.6	0.6	3.2	0.9	3.0	0.8
Baja California	6.5	0.8	6.3	1.3	6.5	1.1	6.4	1.5	6.5	1.1
Baja California Sur	5.4	1.1	2.9	1.0	6.3	1.0	4.2	1.1	4.8	1.1
Campeche	7.6	1.2	6.9	2.0	6.6	1.0	4.4	1.0	5.1	1.1
Coahuila	3.5	0.5	4.1	1.0	3.8	0.7	3.6	0.8	3.4	0.7
Colima	5.5	1.3	5.2	1.1	5.0	0.5	4.5	1.4	5.3	0.9
Chiapas	4.8	0.9	2.1	0.4	4.7	1.2	4.2	0.9	2.8	0.6
Chihuahua	8.1	1.4	8.2	1.5	7.7	1.5	6.5	1.4	6.3	1.0
Distrito Federal	4.1	0.7	4.4	0.8	4.1	0.7	4.1	0.9	3.9	0.7
Durango	5.7	0.9	6.0	1.0	6.3	1.2	6.4	1.0	5.5	0.9
Guanajuato	3.1	0.7	3.0	0.8	2.7	0.8	3.1	0.6	2.6	0.5
Guerrero	12.5	2.2	10.3	1.7	9.8	1.6	9.2	1.7	9.0	1.6
Hidalgo	2.6	0.6	2.8	0.8	1.9	0.3	2.2	0.5	2.0	0.4
Jalisco	3.9	0.8	4.0	0.6	3.9	0.8	3.7	0.7	3.6	0.8
Estado de México	6.8	1.6	6.4	1.7	6.5	1.6	6.2	1.5	5.6	1.5
Michoacán	6.4	1.2	6.8	1.4	5.7	1.1	5.7	1.1	5.5	1.0
Morelos	6.3	1.0	5.9	1.3	4.5	0.6	4.5	0.5	4.0	0.9
Nayarit	5.4	0.5	5.7	1.2	5.9	1.1	5.3	1.2	5.5	1.5
Nuevo León	2.3	0.6	2.0	0.4	2.1	0.5	3.0	0.6	2.7	0.7
Oaxaca	7.0	1.2	6.6	0.9	6.1	0.9	6.2	1.2	6.4	1.2
Puebla	2.9	0.7	3.3	0.8	2.8	0.8	2.8	0.7	3.1	0.8
Querétaro	3.4	1.0	3.9	1.2	2.6	0.5	3.2	0.7	3.2	0.7
Quintana Roo	8.0	1.5	7.6	2.2	5.9	2.4	8.7	3.1	8.3	2.7
San Luís Potosí	5.9	1.0	5.2	1.2	4.2	0.7	3.7	0.7	4.0	0.5
Sinaloa	8.4	1.0	9.1	0.7	8.1	1.0	7.8	0.7	6.8	0.8
Sonora	4.9	0.6	5.8	0.9	4.8	1.0	5.2	0.9	5.4	0.6
Tabasco	5.2	1.4	5.5	0.9	5.2	1.3	5.0	1.3	5.2	1.3
Tamaulipas	4.8	1.1	4.0	0.8	3.8	0.5	4.4	0.8	4.2	0.9
Tlaxcala	2.3	0.7	2.6	0.8	2.4	0.9	2.0	0.7	1.7	1.0
Veracruz	3.2	0.5	2.9	0.7	2.5	0.6	2.7	0.6	2.5	0.6
Yucatán	2.8	0.6	2.8	0.7	3.2	0.7	3.5	0.9	3.3	0.7
Zacatecas	3.2	0.1	3.5	0.7	3.7	0.8	3.5	0.6	3.4	0.5

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

Cuadro XXIIB.

Porcentaje de defunciones por lesiones intencionales respecto al total de defunciones, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000-2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**4.7**	**0.4**	**6.2**	**23.3**	**13.1**	**4.5**	**0.9**	**0.9**	**0.4**	**4.8**	**9.6**	**3.6**	**0.9**	**0.2**
Aguascalientes	2.7	0.0	4.3	14.4	8.2	2.7	0.6	0.7	0.0	0.0	7.2	3.5	0.8	0.1
Baja California	6.4	0.2	4.2	26.7	14.4	4.1	0.8	1.1	0.2	4.3	9.8	4.3	0.9	0.1
Baja California Sur	4.6	0.0	0.0	21.3	14.2	4.6	0.7	1.0	0.0	9.1	9.7	3.6	1.0	0.2
Campeche	6.1	0.0	7.1	30.2	14.3	5.1	1.3	1.3	0.0	6.3	10.6	3.8	1.3	0.3
Coahuila	3.7	0.0	8.0	26.5	10.7	2.5	0.6	0.8	0.4	2.0	10.5	4.4	0.5	0.1
Colima	5.1	0.0	5.0	19.6	16.0	6.6	1.1	1.0	1.4	6.3	13.9	4.9	0.7	0.1
Chiapas	3.7	0.3	3.7	12.4	8.7	4.1	0.8	0.8	0.4	2.6	4.9	1.8	0.7	0.2
Chihuahua	7.3	0.5	9.8	33.7	18.5	5.3	1.1	1.4	0.7	5.4	13.7	5.2	1.3	0.2
Distrito Federal	4.1	0.3	8.2	27.9	11.7	3.1	0.5	0.7	0.4	6.6	10.4	3.5	0.8	0.1
Durango	6.0	0.6	4.9	30.7	21.1	6.1	0.8	1.0	0.8	3.4	13.4	4.3	0.9	0.2
Guanajuato	2.9	0.1	4.2	18.1	7.5	2.8	0.5	0.7	0.3	3.7	8.5	2.8	0.6	0.1
Guerrero	10.2	0.5	10.7	30.7	27.2	12.6	2.3	1.8	0.3	6.5	12.0	5.0	2.0	0.3
Hidalgo	2.3	0.2	3.9	12.1	6.2	2.3	0.5	0.5	0.3	1.5	5.1	1.7	0.7	0.1
Jalisco	3.8	0.3	4.3	20.2	12.2	3.7	0.6	0.7	0.4	4.3	9.7	3.3	0.8	0.1
Estado de México	6.3	1.1	12.4	29.0	14.9	5.1	1.3	1.6	1.0	8.7	12.6	4.8	1.1	0.3
Michoacán	6.0	0.5	7.4	24.8	19.2	6.7	1.1	1.2	0.5	6.2	13.2	4.7	1.3	0.2
Morelos	5.0	0.3	3.8	24.8	15.8	5.3	0.9	0.9	0.4	2.6	11.3	2.6	0.9	0.1
Nayarit	5.6	0.7	2.6	25.1	17.5	6.4	1.3	1.1	1.0	7.1	11.8	3.5	1.3	0.2
Nuevo León	2.4	0.2	2.0	15.7	8.4	2.1	0.5	0.6	0.2	3.8	8.0	3.4	0.6	0.0
Oaxaca	6.5	0.3	7.0	26.7	17.4	8.3	1.5	1.1	0.4	4.2	7.7	4.2	1.4	0.3
Puebla	3.0	0.2	4.4	16.4	7.7	3.4	0.7	0.7	0.2	3.6	7.0	2.8	0.8	0.2
Querétaro	3.3	0.3	4.3	16.9	6.6	2.7	0.6	0.8	0.3	4.3	9.2	3.2	0.3	0.1
Quintana Roo	7.7	1.0	6.5	25.7	14.1	6.3	1.5	2.5	1.2	8.7	11.9	7.3	1.9	0.4
San Luís Potosí	4.6	0.6	11.3	25.1	13.4	4.9	1.0	0.8	0.2	4.2	8.8	3.5	0.7	0.2
Sinaloa	8.0	0.0	5.5	34.3	27.3	8.0	0.9	0.8	0.5	4.1	10.2	3.1	1.1	0.1
Sonora	5.2	0.4	3.8	30.4	17.0	4.7	0.8	0.8	0.3	1.6	9.2	3.8	0.8	0.1
Tabasco	5.2	0.2	3.8	19.1	12.0	5.3	1.2	1.2	0.0	4.3	11.7	3.4	1.1	0.2
Tamaulipas	4.2	0.5	2.4	21.5	13.4	3.7	0.9	0.8	0.3	4.8	9.9	4.0	0.6	0.1
Tlaxcala	2.2	0.3	4.1	13.0	6.6	1.2	0.5	0.8	0.4	3.0	9.0	2.6	0.8	0.2
Veracruz	2.8	0.1	3.7	13.2	7.4	3.2	0.6	0.6	0.1	3.7	6.3	2.1	0.6	0.1
Yucatán	3.1	0.3	3.4	22.3	8.8	3.9	0.6	0.7	0.0	2.2	10.7	3.8	0.8	0.2
Zacatecas	3.4	0.3	2.9	19.0	11.7	4.1	0.7	0.5	0.0	4.8	6.9	2.0	0.6	0.1

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004

CUADRO XXIIIA. Tasa de mortalidad por lesiones intencionales, por entidad federativa de residencia habitual, según año de registro y sexo. México, 2000 - 2004

	2000		2001		2002		2003		2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Nacional	**24.2**	**3.5**	**23.4**	**3.7**	**22.9**	**3.7**	**22.9**	**3.8**	**21.6**	**3.5**
Aguascalientes	8.3	2.0	12.6	1.8	11.9	2.5	14.6	3.5	13.6	2.8
Baja California	34.9	2.8	31.5	4.3	32.7	3.8	33.4	4.7	33.5	3.7
Baja California Sur	24.6	3.3	13.9	3.2	28.2	3.1	19.6	3.4	21.9	3.4
Campeche	30.9	3.4	27.0	5.6	28.4	3.0	18.9	3.0	22.2	3.7
Coahuila	16.2	2.1	19.5	4.1	18.4	2.9	17.7	3.3	16.1	2.8
Colima	27.0	4.7	24.9	4.3	24.9	1.8	20.8	5.2	25.3	3.8
Chiapas	19.9	3.1	8.5	1.5	20.1	4.0	18.3	3.1	11.8	2.1
Chihuahua	45.8	5.7	46.3	6.3	43.9	6.3	37.8	6.0	34.6	4.2
Distrito Federal	22.3	3.4	24.5	3.9	22.8	3.5	23.8	4.5	22.9	3.8
Durango	24.3	2.9	26.5	3.3	30.2	4.2	31.5	3.6	26.2	3.2
Guanajuato	15.2	2.8	13.7	3.1	13.5	3.2	15.1	2.3	12.4	1.9
Guerrero	47.6	6.1	39.3	4.8	37.5	4.6	35.8	5.2	36.5	5.0
Hidalgo	11.7	2.2	13.4	2.9	9.2	1.3	10.5	1.7	10.0	1.7
Jalisco	20.2	3.4	20.3	2.7	20.5	3.6	20.0	3.1	18.9	3.4
Estado de México	29.3	5.4	27.4	5.8	28.1	5.4	27.0	5.4	24.1	5.2
Michoacán	32.4	4.5	33.8	5.3	29.0	4.5	29.4	4.5	29.1	3.9
Morelos	28.9	3.6	26.4	4.9	21.6	2.4	21.0	2.0	18.9	3.4
Nayarit	25.9	1.9	27.3	4.6	31.6	4.3	26.7	4.7	28.0	5.9
Nuevo León	10.2	2.3	9.1	1.4	9.7	1.8	13.5	2.4	12.2	2.8
Oaxaca	37.5	5.0	34.7	3.9	33.6	4.1	34.0	5.3	34.5	5.0
Puebla	16.3	2.9	17.7	3.3	15.6	3.4	15.6	3.2	16.9	3.4
Querétaro	15.8	3.4	17.9	4.3	12.2	1.8	14.6	2.6	14.7	2.7
Quintana Roo	24.2	3.0	23.8	4.4	17.9	4.9	26.9	6.5	27.2	5.9
San Luís Potosí	28.4	3.9	24.6	4.3	20.8	2.7	18.9	2.7	20.6	2.0
Sinaloa	37.6	3.0	40.1	2.3	37.6	3.2	36.5	2.5	31.7	2.6
Sonora	25.8	2.4	31.2	3.4	26.0	3.8	28.9	3.6	29.4	2.6
Tabasco	22.8	4.3	24.1	3.1	23.5	3.9	23.8	4.4	23.5	3.9
Tamaulipas	21.7	4.0	18.1	2.8	16.9	1.8	20.0	2.9	19.5	3.1
Tlaxcala	10.8	2.6	12.6	3.4	12.2	3.7	9.1	2.9	8.2	4.0
Veracruz	16.1	1.9	15.1	2.6	13.5	2.6	15.1	2.5	14.0	2.5
Yucatán	14.1	2.7	14.6	3.0	17.2	3.0	19.7	4.1	17.0	3.0
Zacatecas	16.5	0.6	18.0	2.6	19.9	3.5	19.3	2.5	18.8	2.2

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
Tasa por 100 000 habitantes, representativa para 2002. Para el denominador se consideró la población de 2002, por ser el punto medio del quinquenio
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004
Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de Estado de México, 2000 - 2050

Cuadro XXIIIB.

Tasa de mortalidad por lesiones intencionales, por entidad federativa de residencia habitual, según sexo y grupo de edad. México, 2000 - 2004

	Hombres							Mujeres						
	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más	Total	0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45a 59	60 y más
Nacional	**23.0**	**1.9**	**2.2**	**31.2**	**36.0**	**32.9**	**33.7**	**3.7**	**1.6**	**1.2**	**5.1**	**4.3**	**4.1**	**5.4**
Aguascalientes	12.2	0.0	1.7	17.0	19.2	19.2	25.6	2.5	0.0	0.0	3.4	3.8	3.7	2.9
Baja California	33.2	0.7	1.4	47.4	58.0	37.6	31.4	3.8	0.7	1.1	5.7	5.2	4.2	3.8
Baja California Sur	21.5	0.0	0.0	28.5	31.9	35.2	31.4	3.1	0.0	2.2	4.6	3.8	4.0	7.2
Campeche	25.4	0.0	2.3	38.0	34.1	33.5	50.5	3.9	0.0	1.2	4.7	4.1	5.2	8.4
Coahuila	17.5	0.0	2.3	29.2	22.0	18.1	26.0	3.0	0.8	0.4	4.7	4.9	2.8	2.2
Colima	24.5	0.0	1.6	26.4	39.0	42.8	47.2	3.9	3.8	1.7	6.1	4.9	3.0	4.6
Chiapas	15.7	1.2	1.6	19.3	27.5	30.8	31.9	2.8	1.7	1.0	3.6	3.1	4.1	5.3
Chihuahua	41.5	2.3	3.7	65.8	61.7	44.6	50.4	5.7	2.5	1.5	8.8	6.7	6.5	6.6
Distrito Federal	23.2	1.7	2.3	36.7	31.8	22.4	20.7	3.8	1.4	1.5	5.3	4.0	3.7	5.3
Durango	27.7	1.2	1.1	39.9	49.7	39.9	31.4	3.4	1.3	0.6	5.8	4.0	3.6	4.9
Guanajuato	14.0	0.7	1.7	22.5	18.9	20.7	22.2	2.6	1.1	0.9	3.9	3.0	2.7	4.3
Guerrero	39.3	1.0	2.9	41.6	82.4	82.1	66.3	5.1	0.5	1.2	6.9	7.0	8.3	7.8
Hidalgo	11.0	0.8	1.4	14.4	16.4	18.8	19.0	1.9	0.9	0.4	2.7	2.1	3.0	3.1
Jalisco	19.9	1.2	1.8	27.9	33.7	26.4	23.7	3.2	1.2	1.1	4.9	3.7	3.6	3.7
Estado de México	27.1	6.4	4.1	37.0	36.6	37.0	45.7	5.4	5.1	2.1	6.7	5.6	5.2	10.8
Michoacán	30.7	1.8	3.2	36.3	61.6	49.9	44.7	4.5	1.4	1.7	6.5	5.3	5.7	6.1
Morelos	23.3	1.2	1.1	30.3	38.3	34.1	33.3	3.2	1.3	0.6	5.6	2.8	4.0	4.3
Nayarit	28.0	2.0	0.9	35.2	45.8	38.9	50.7	4.3	2.1	1.9	5.7	4.3	5.3	7.2
Nuevo León	10.9	0.5	0.5	15.2	15.1	13.2	19.5	2.1	0.5	0.8	3.0	3.0	2.4	1.3
Oaxaca	34.8	1.5	3.3	38.8	67.6	70.2	57.7	4.6	1.6	1.4	5.0	6.4	6.8	9.9
Puebla	16.4	1.7	1.8	21.1	25.4	30.1	27.6	3.2	1.1	1.1	4.1	3.8	4.1	6.4
Querétaro	15.0	1.2	1.7	23.6	19.2	22.4	24.6	2.9	1.3	1.2	4.8	3.8	1.3	4.1
Quintana Roo	24.0	3.7	1.8	33.7	32.3	38.0	51.6	5.1	3.8	1.9	5.5	6.5	7.3	11.2
San Luís Potosí	22.6	2.3	4.1	32.0	31.6	32.5	41.6	3.1	0.8	1.1	4.2	3.9	3.0	5.9
Sinaloa	36.6	0.0	1.7	48.4	68.3	47.4	37.1	2.7	0.8	0.7	4.1	3.0	3.9	3.0
Sonora	28.3	1.6	1.2	40.8	43.1	35.5	38.3	3.2	0.9	0.4	4.6	3.9	3.6	4.5
Tabasco	23.5	1.0	1.7	31.2	35.1	36.7	49.5	3.9	0.0	1.3	6.6	3.9	5.0	5.1
Tamaulipas	19.2	1.3	0.7	24.8	28.8	25.3	34.7	2.9	0.7	1.0	4.3	4.2	2.9	2.6
Tlaxcala	10.7	1.9	1.7	15.6	15.9	8.2	21.8	3.3	1.9	0.9	4.6	2.9	3.8	5.1
Veracruz	14.8	0.6	1.4	17.3	23.6	25.6	23.6	2.4	0.3	1.0	3.5	2.8	2.9	2.6
Yucatán	16.5	1.2	1.1	23.0	22.0	26.0	28.9	3.2	0.0	0.5	4.4	4.0	3.8	6.7
Zacatecas	18.4	1.3	1.2	27.2	29.1	27.2	30.5	2.2	0.0	1.3	3.3	2.2	2.6	3.2

*Los códigos de cada una de estas causas aparecen en la página correspondiente
No se incluyen las defunciones de sexo y edad no especificada, así como las defunciones de residentes en el extranjero
Tasa por 100 000 habitantes, representativa para 2002. Para el denominador se consideró la población de 2002, por ser el punto medio del quinquenio
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Bases de datos de las defunciones. 2000 - 2004
Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de Estado de México, 2000 - 2050

CUADRO XXIVA. Población masculina, por entidad federativa de residencia, según grupo de edad. México, 2002

	Total	Grupos de edad					
		0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 y más
Nacional	**51 274 171**	**5 331 869**	**11 524 858**	**14 989 232**	**10 500 017**	**5 549 969**	**3 378 226**
Aguascalientes	485 524	57 096	119 786	140 887	93 570	46 863	27 322
Baja California	1 374 129	145 393	293 153	403 265	315 556	143 498	73 264
Baja California Sur	237 432	23 844	48 510	70 296	56 471	25 570	12 741
Campeche	373 370	40 688	85 513	110 473	76 182	38 752	21 762
Coahuila	1 230 880	126 425	261 927	355 680	267 870	138 130	80 848
Colima	285 142	27 134	61 486	83 289	61 465	32 706	19 062
Chiapas	2 130 400	251 965	548 381	651 903	389 285	188 567	100 299
Chihuahua	1 644 028	170 220	355 691	463 356	368 142	181 412	105 207
Distrito Federal	4 306 796	360 798	767 352	1 225 260	1 019 981	576 726	356 679
Durango	765 219	82 957	179 960	222 856	145 002	80 234	54 210
Guanajuato	2 407 739	282 778	593 613	721 136	439 299	222 021	148 892
Guerrero	1 601 924	193 424	416 854	451 616	273 046	158 380	108 604
Hidalgo	1 146 020	121 552	277 474	326 475	219 303	122 280	78 936
Jalisco	3 300 327	347 716	737 583	964 313	655 249	363 688	231 778
Estado de México	6 990 241	700 046	1 526 617	2 081 952	1 552 725	754 557	374 344
Michoacán	2 047 083	223 888	501 855	614 871	354 031	202 572	149 866
Morelos	825 110	82 884	182 167	233 977	172 162	93 837	60 083
Nayarit	493 733	49 431	109 354	144 876	96 084	56 533	37 455
Nuevo León	2 037 285	201 175	397 137	590 383	468 804	241 672	138 114
Oaxaca	1 790 881	201 137	457 202	520 712	297 431	181 013	133 386
Puebla	2 646 314	289 651	650 038	774 329	488 727	266 192	177 377
Querétaro	752 498	81 774	179 388	228 397	150 930	71 393	40 616
Quintana Roo	503 804	54 662	111 972	157 326	117 680	44 716	17 448
San Luís Potosí	1 171 017	129 789	290 121	331 764	214 931	120 179	84 233
Sinaloa	1 367 506	137 391	296 739	403 306	279 599	156 051	94 420
Sonora	1 203 131	122 918	250 751	343 391	264 265	140 947	80 859
Tabasco	1 004 521	105 012	233 520	310 409	204 991	98 081	52 508
Tamaulipas	1 504 284	151 354	304 500	438 648	340 027	166 033	103 722
Tlaxcala	506 982	53 449	118 598	153 441	100 362	48 978	32 154
Veracruz	3 584 813	352 515	811 327	1 011 212	720 451	422 036	267 272
Yucatán	867 199	85 646	189 712	256 936	172 558	100 081	62 266
Zacatecas	688 839	77 157	166 577	202 497	123 838	66 271	52 499

FUENTE: Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

Cuadro XXIVB. Población femenina, por entidad federativa de residencia, según grupo de edad. México, 2002

	Grupos de edad						
	Total	**0 a 4**	**5 a 14**	**15 a 29**	**30 a 44**	**45 a 59**	**60 y más**
Nacional	**51 765 793**	**5 107 557**	**11 081 610**	**14 848 848**	**10 820 595**	**5 920 823**	**3 986 360**
Aguascalientes	509 917	54 873	115 540	145 501	105 243	54 137	34 623
Baja California	1 331 485	138 645	280 945	385 821	305 067	143 052	77 955
Baja California Sur	226 185	22 588	46 197	65 537	53 185	24 843	13 835
Campeche	363 469	38 894	82 166	106 265	73 880	38 587	23 677
Coahuila	1 213 321	120 732	251 379	342 935	264 368	141 890	92 017
Colima	284 102	26 085	59 349	82 190	61 606	33 302	21 570
Chiapas	2 101 531	241 846	526 219	635 516	389 354	194 899	113 697
Chihuahua	1 607 745	162 375	341 740	443 140	355 648	183 705	121 137
Distrito Federal	4 505 789	347 592	744 343	1 225 824	1 085 212	650 503	452 315
Durango	770 569	79 625	172 862	222 433	150 351	83 950	61 348
Guanajuato	2 534 565	270 660	572 486	748 823	497 417	259 057	186 122
Guerrero	1 618 812	185 249	401 424	449 830	285 267	169 178	127 864
Hidalgo	1 183 786	116 508	266 628	331 855	238 425	135 001	95 369
Jalisco	3 338 196	332 812	709 212	957 071	680 113	386 830	272 158
Estado de México	6 993 473	670 438	1 464 686	2 051 743	1 575 765	793 798	437 043
Michoacán	2 134 192	214 540	483 351	631 804	396 296	228 343	179 858
Morelos	833 514	79 526	175 331	233 825	176 036	99 231	69 565
Nayarit	483 516	47 270	104 573	139 976	93 606	56 300	41 791
Nuevo León	2 008 527	192 436	381 082	568 557	460 965	245 925	159 562
Oaxaca	1 850 893	192 852	438 772	524 220	328 016	204 875	162 158
Puebla	2 715 820	277 746	624 254	777 169	522 367	295 517	218 767
Querétaro	762 223	78 490	172 660	228 167	157 501	76 784	48 621
Quintana Roo	472 384	52 213	106 755	146 178	108 092	41 297	17 849
San Luís Potosí	1 202 013	124 259	279 390	332 418	230 920	133 051	101 975
Sinaloa	1 329 462	131 325	285 175	388 022	270 334	153 571	101 035
Sonora	1 166 934	117 373	240 624	329 371	253 976	137 675	87 915
Tabasco	991 529	100 614	225 250	302 785	203 461	100 431	58 988
Tamaulipas	1 485 246	144 816	293 297	422 795	335 766	171 066	117 506
Tlaxcala	514 737	51 375	113 812	152 753	104 884	53 068	38 845
Veracruz	3 640 528	337 701	779 267	1 015 963	745 289	449 058	313 250
Yucatán	869 832	81 959	182 842	250 473	173 422	106 079	75 057
Zacatecas	721 498	74 140	159 999	209 888	138 763	75 820	62 888

FUENTE: Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

Cuadro XXVA. Población masculina, por entidad federativa de residencia, según grupo de edad. México, 2004

	Total	Grupos de edad					
		0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 y más
Nacional	**52 395 819**	**5 114 291**	**11 404 124**	**15 202 795**	**11 013 693**	**6 035 621**	**3 625 295**
Aguascalientes	501 618	54 848	120 059	145 824	99 389	51 995	29 503
Baja California	1 457 725	143 088	303 777	422 829	344 360	162 650	81 021
Baja California Sur	251 341	23 684	50 012	72 947	61 494	29 169	14 035
Campeche	386 638	39 313	85 490	114 462	81 169	42 758	23 446
Coahuila	1 264 817	121 849	263 693	357 268	284 042	150 627	87 338
Colima	292 305	26 364	60 160	84 699	64 248	36 245	20 589
Chiapas	2 191 220	239 922	545 141	673 547	415 869	207 176	109 565
Chihuahua	1 706 800	165 045	359 735	476 394	390 399	200 125	115 102
Distrito Federal	4 297 346	348 150	743 031	1 193 872	1 026 695	610 046	375 552
Durango	770 828	78 010	175 813	223 665	150 111	85 532	57 697
Guanajuato	2 447 769	266 342	589 514	727 768	466 228	240 257	157 660
Guerrero	1 614 140	180 044	409 571	461 275	279 682	168 310	115 258
Hidalgo	1 165 768	115 931	270 913	333 511	228 386	132 762	84 265
Jalisco	3 357 896	331 535	729 750	975 749	682 974	390 770	247 118
Estado de México	7 218 764	684 454	1 513 979	2 118 413	1 644 455	844 879	412 584
Michoacán	2 061 060	209 721	487 792	620 280	370 504	215 113	157 650
Morelos	843 247	79 970	180 369	236 877	179 097	102 729	64 205
Nayarit	500 618	47 493	106 622	145 584	100 276	60 695	39 948
Nuevo León	2 103 565	196 075	403 919	591 396	497 578	264 469	150 128
Oaxaca	1 815 605	190 771	444 956	539 546	307 413	191 553	141 366
Puebla	2 704 244	276 616	638 363	800 137	513 624	287 229	188 275
Querétaro	781 034	79 188	178 790	236 936	162 255	79 939	43 926
Quintana Roo	543 919	54 927	116 796	168 055	131 419	52 571	20 151
San Luís Potosí	1 183 192	119 211	284 910	338 201	222 820	128 713	89 337
Sinaloa	1 392 145	131 091	293 917	405 319	290 922	169 159	101 737
Sonora	1 243 145	119 415	253 502	347 911	279 840	154 775	87 702
Tabasco	1 027 939	101 444	228 578	315 645	216 508	108 694	57 070
Tamaulipas	1 562 854	148 321	309 888	444 024	367 181	181 901	111 539
Tlaxcala	524 012	51 994	117 558	158 151	107 612	54 473	34 224
Veracruz	3 602 955	333 198	787 891	1 009 891	733 980	452 080	285 915
Yucatán	890 639	83 720	186 798	262 817	183 270	107 751	66 283
Zacatecas	690 671	72 557	162 837	199 802	129 893	70 476	55 106

FUENTE: Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

CUADRO XXVB. Población femenina, por entidad federativa de residencia, según grupo de edad. México, 2004

	Total	Grupos de edad					
		0 a 4	5 a 14	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 y más
Nacional	**52 954 018**	**4 896 853**	**10 957 713**	**15 043 667**	**11 335 417**	**6 443 516**	**4 276 852**
Aguascalientes	526 661	52 742	116 102	149 445	111 211	59 851	37 310
Baja California	1 409 905	136 208	290 662	403 394	331 280	161 866	86 495
Baja California Sur	238 328	22 352	47 382	67 557	57 537	28 219	15 281
Campeche	376 399	37 537	82 117	109 987	78 634	42 600	25 524
Coahuila	1 246 297	116 197	252 649	343 852	279 403	154 714	99 482
Colima	291 763	25 362	58 215	83 989	64 230	36 779	23 188
Chiapas	2 166 081	230 286	522 534	658 284	416 760	214 069	124 148
Chihuahua	1 666 591	157 172	345 187	454 690	375 768	201 774	132 000
Distrito Federal	4 516 777	335 823	725 510	1 190 889	1 095 613	691 574	477 368
Durango	778 481	74 886	168 512	223 678	156 026	90 025	65 354
Guanajuato	2 579 410	254 761	568 411	752 948	524 647	281 289	197 354
Guerrero	1 635 419	172 304	394 298	460 116	292 544	180 491	135 666
Hidalgo	1 204 967	111 088	260 168	337 164	247 748	146 954	101 845
Jalisco	3 400 956	317 108	700 578	967 557	708 752	417 321	289 640
Estado de México	7 228 356	655 314	1 449 422	2 086 496	1 668 431	887 569	481 124
Michoacán	2 152 677	200 864	469 423	635 430	413 272	244 180	189 508
Morelos	854 985	76 723	173 781	237 989	183 204	108 724	74 564
Nayarit	490 524	45 366	101 681	141 233	97 440	60 383	44 421
Nuevo León	2 074 580	187 434	387 089	569 861	488 750	268 765	172 681
Oaxaca	1 877 892	182 843	426 666	539 765	338 557	217 827	172 234
Puebla	2 776 600	265 171	612 241	798 670	548 333	319 499	232 686
Querétaro	791 738	76 020	172 109	235 868	169 215	85 975	52 551
Quintana Roo	509 165	52 422	110 946	155 303	121 333	48 625	20 536
San Luís Potosí	1 215 498	114 050	274 056	337 435	238 662	142 954	108 341
Sinaloa	1 355 322	125 166	282 048	390 644	281 819	166 829	108 816
Sonora	1 205 694	113 880	242 843	333 969	268 687	151 202	95 113
Tabasco	1 017 598	97 142	220 447	308 922	215 424	111 534	64 129
Tamaulipas	1 543 675	141 795	298 808	428 106	361 023	187 243	126 700
Tlaxcala	531 636	50 009	112 702	156 960	111 940	58 709	41 316
Veracruz	3 671 817	319 025	754 933	1 019 054	761 558	481 560	335 687
Yucatán	893 628	80 041	180 126	256 788	183 074	113 798	79 801
Zacatecas	724 598	69 762	156 067	207 624	144 542	80 614	65 989

FUENTE: Consejo Nacional de Población, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050

CUADRO XXVIA. Egresos hospitalarios(1,2) por lesiones autoinfligidas, por sexo, según tipo de lesión y naturaleza. México, 2004

Naturaleza de la lesión(4)	Hombres. Tipo de lesión(3)						
	Envenenamiento	Ahorcamiento	Disparo de arma de fuego	Con objeto cortante	Por medios no especificados	Las demás lesiones	Total lesiones autoinfligidas
Tx Cabeza	0.3	3.9	45.5	3.4	15.6	10.9	6.2
Tx Cuello	0.0	17.6	0.0	12.7	0.0	3.1	4.9
Tx Tórax	0.0	0.0	7.3	6.4	6.3	1.6	2.7
Tx Abdomen, lumbosacra, lumbar y pelvis	0.0	0.0	18.2	20.6	15.6	3.1	7.8
Tx Hombro y brazo	0.0	0.0	5.5	2.0	3.1	3.1	1.3
Tx Antebrazo y codo	0.3	0.0	1.8	7.4	9.4	4.7	3.1
Tx Muñeca y mano	0.0	0.0	1.8	32.4	15.6	12.5	10.6
Tx Cadera y muslo	0.0	0.0	3.6	1.0	3.1	3.1	0.9
Tx Rodilla y pierna	0.3	0.0	0.0	1.0	3.1	15.6	1.9
Tx tobillo y pie	0.0	0.0	1.8	3.9	3.1	3.1	1.6
Tx Múltiple	0.0	0.0	0.0	1.5	6.3	3.1	0.9
Tx de parte no especificada	0.6	0.0	14.5	7.8	6.3	1.6	3.8
Efect. de cuerpos extr. que penetran por orificios nat.	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1	10.9	1.1
Quemaduras y corrosiones	2.9	0.0	0.0	0.0	0.0	10.9	2.3
Congelamiento	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Envenen. por drogas, medic. y sust. Biológicas	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.5
Efect. tóxicos de sust. de proced. princ. no medicinal	69.3	0.0	0.0	0.0	6.3	1.6	32.4
Otros efectos y los no esp. de causas externas	0.9	78.4	0.0	0.0	0.0	4.7	6.1
Algunas complicaciones precoces de traumatismos	0.0	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0
Complic. atn. méd. y quir. no clasif. en otra parte	0.3	0.0	0.0	0.0	3.1	6.3	0.8
Secuelas de txs, de envene. y de otr. caus. ext.	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
TOTAL %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
n	348	51	55	204	32	64	754

Fuente: Secretaría de Salud (SSA). Dirección General de Información en Salud
1. La base de egresos hospitalarios incluye hospitales generales y de especialidades de la SSA
2. No se incluyen los egresos hospitalarios por defunción
3. Tipo de lesión: Envenenamientos (CIE10: X60-X69); ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (CIE10: X70); disparo de arma de fuego (CIE10: X72-X74); con objeto cortante (CIE10: X78); por medios no especificados (CIE10: X84)
4. Tx Cabeza (CIE10: S00-S09); Tx Cuello (CIE10:S10-S19); Tx Tórax (CIE10: S20-S29); Tx Abdomen, lumbosacra, lubar y pelvis (CIE10: S30-S39); Tx Hombro y brazo (CIE10: S40-S49); Tx Antebrazo y codo (CIE10: S50-S59); Tx Muñeca y mano (CIE10: S60-S69); Tx C

Cuadro XXVIB. Egresos hospitalarios(1,2) por lesiones autoinfligidas, por sexo, según tipo de lesión y naturaleza. México, 2004

Naturaleza de la lesión(4)	Mujeres. Tipo de lesión(3)						
	Envenenamiento	Ahorcamiento	Disparo de arma de fuego	Con objeto cortante	Por medios no especificados	Las demás lesiones	Total lesiones agresiones
Tx Cabeza	0.1	3.4	37.5	0.0	0.0	0.0	0.6
Tx Cuello	0.0	0.0	0.0	4.5	5.9	0.0	0.5
Tx Tórax	0.0	0.0	12.5	3.0	0.0	0.0	0.3
Tx Abdomen, lumbosacra, lumbar y pelvis	0.3	0.0	37.5	24.2	17.6	0.0	2.7
Tx Hombro y brazo	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	3.6	0.2
Tx Antebrazo y codo	0.0	0.0	0.0	13.6	11.8	0.0	1.3
Tx Muñeca y mano	0.0	0.0	0.0	39.4	11.8	7.1	3.4
Tx Cadera y muslo	0.0	0.0	0.0	1.5	5.9	0.0	0.2
Tx Rodilla y pierna	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	7.1	0.3
Tx tobillo y pie	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	7.1	0.5
Tx Múltiple	0.3	0.0	0.0	4.5	5.9	3.6	0.8
Tx de parte no especificada	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Efect. de cuerpos extr. que penetran por orificios nat.	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	7.1	0.3
Quemaduras y corrosiones	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.3	1.3
Congelamiento	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Envenen. por drogas, medic. y sust. Biológicas	51.7	6.9	0.0	0.0	0.0	7.1	43.4
Efect. tóxicos de sust. de proced. princ. no medicinal	44.9	3.4	0.0	3.0	17.6	0.0	38.0
Otros efectos y los no esp. de causas externas	0.7	86.2	0.0	0.0	5.9	3.6	3.6
Algunas complicaciones precoces de traumatismos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Complic. atn. méd. y quir. no clasif. en otra parte	0.7	0.0	0.0	1.5	5.9	32.1	1.8
Secuelas de txs, de envene. y de otr. caus. ext.	0.3	0.0	12.5	0.0	0.0	7.1	0.6
TOTAL %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
n	729	29	8	66	17	28	877

Fuente: Secretaría de Salud (SSA). Dirección General de Información en Salud
1. La base de egresos hospitalarios incluye hospitales generales y de especialidades de la SSA
2. No se incluyen los egresos hospitalarios por defunción
3. Tipo de lesión: Envenenamientos (CIE10: X60-X69); ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (CIE10: X70); disparo de arma de fuego (CIE10: X72-X74); con objeto cortante (CIE10: X78); por medios no especificados (CIE10: X84)
4. Tx Cabeza (CIE10: S00-S09); Tx Cuello (CIE10:S10-S19); Tx Tórax (CIE10: S20-S29); Tx Abdomen, lumbosacra, lubar y pelvis (CIE10: S30-S39); Tx Hombro y brazo (CIE10: S40-S49); Tx Antebrazo y codo (CIE10: S50-S59); Tx Muñeca y mano (CIE10: S60-S69); Tx C

CUADRO XXVIIA. Egresos hospitalarios(1,2) por lesiones autoinfligidas, por sexo, según tipo de lesión y naturaleza. México, promedio anual 2002 - 2004

Naturaleza de la lesión(4)	Hombres. Tipo de lesión(3)						
	Envenenamiento	Ahorcamiento	Disparo de arma de fuego	Con objeto cortante	Por medios no especificados	Las demás lesiones	Total lesiones autoinfligidas
Tx Cabeza	0.3	4.4	35.1	3.0	12.5	9.5	5.5
Tx Cuello	0.1	17.7	1.2	13.6	6.3	1.7	5.4
Tx Tórax	0.1	0.0	8.9	9.5	3.1	1.1	3.5
Tx Abdomen, lumbosacra, lumbar y pelvis	0.2	2.5	19.0	22.4	16.7	7.8	9.0
Tx Hombro y brazo	0.0	0.6	4.8	1.5	3.1	1.1	1.1
Tx Antebrazo y codo	0.1	0.0	1.8	7.1	6.3	6.1	2.8
Tx Muñeca y mano	0.1	0.0	1.8	28.2	16.7	10.1	9.1
Tx Cadera y muslo	0.0	0.0	4.8	0.9	1.0	3.9	1.0
Tx Rodilla y pierna	0.1	0.0	6.0	0.7	4.2	9.5	1.7
Tx tobillo y pie	0.0	0.0	0.6	3.2	2.1	6.7	1.5
Tx Múltiple	0.0	0.6	2.4	1.5	4.2	7.3	1.4
Tx de parte no especificada	0.2	0.0	13.1	7.6	8.3	1.7	3.6
Efect. de cuerpos extr. que penetran por orificios nat.	0.0	0.0	0.0	0.7	4.2	10.1	1.2
Quemaduras y corrosiones	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	12.8	2.0
Congelamiento	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Envenen. por drogas, medic. y sust. Biológicas	26.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	11.9
Efect. tóxicos de sust. de proced. princ. no medicinal	69.8	0.0	0.0	0.0	6.3	2.8	32.3
Otros efectos y los no esp. de causas externas	0.5	74.1	0.0	0.0	0.0	2.2	6.0
Algunas complicaciones precoces de traumatismos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Complic. atn. méd. y quir. no clasif. en otra parte	0.3	0.0	0.6	0.0	5.2	4.5	0.8
Secuelas de txs, de envene. y de otr. caus. ext.	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.1
TOTAL %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
n	316	53	56	179	32	60	695

Fuente: Secretaría de Salud (SSA). Dirección General de Información en Salud
1. La base de egresos hospitalarios incluye hospitales generales y de especialidades de la SSA
2. No se incluyen los egresos hospitalarios por defunción
3. Tipo de lesión: Envenenamientos (CIE10: X60-X69); ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (CIE10: X70); disparo de arma de fuego (CIE10: X72-X74); con objeto cortante (CIE10: X78); por medios no especificados (CIE10: X84)
4. Tx Cabeza (CIE10: S00-S09); Tx Cuello (CIE10:S10-S19); Tx Tórax (CIE10: S20-S29); Tx Abdomen, lumbosacra, lubar y pelvis (CIE10: S30-S39); Tx Hombro y brazo (CIE10: S40-S49); Tx Antebrazo y codo (CIE10: S50-S59); Tx Muñeca y mano (CIE10: S60-S69); Tx C

Cuadro XXVIIB. Egresos hospitalarios(1,2) por lesiones autoinfligidas, por sexo, según tipo de lesión y naturaleza. México, promedio anual 2002 - 2004

Naturaleza de la lesión(4)	Mujeres. Tipo de lesión(3)						
	Envenenamiento	Ahorcamiento	Disparo de arma de fuego	Con objeto cortante	Por medios no especificados	Las demás lesiones	Total lesiones agresiones
Tx Cabeza	0.1	1.8	18.8	2.6	5.4	12.5	1.2
Tx Cuello	0.0	3.6	4.2	8.6	1.8	1.4	0.8
Tx Tórax	0.0	0.0	14.6	2.0	0.0	0.0	0.5
Tx Abdomen, lumbosacra, lumbar y pelvis	0.1	0.0	25.0	27.0	7.1	8.3	2.7
Tx Hombro y brazo	0.0	0.0	4.2	0.7	1.8	1.4	0.2
Tx Antebrazo y codo	0.0	0.0	6.3	10.5	5.4	1.4	1.0
Tx Muñeca y mano	0.0	0.0	0.0	33.6	8.9	6.9	2.6
Tx Cadera y muslo	0.0	0.0	4.2	2.0	3.6	0.0	0.3
Tx Rodilla y pierna	0.0	0.0	6.3	0.7	1.8	5.6	0.4
Tx tobillo y pie	0.0	0.0	0.0	1.3	1.8	2.8	0.2
Tx Múltiple	0.1	0.0	0.0	3.9	1.8	6.9	0.6
Tx de parte no especificada	0.0	0.0	10.4	3.9	3.6	1.4	0.6
Efect. de cuerpos extr. que penetran por orificios nat.	0.0	0.0	0.0	1.3	8.9	4.2	0.4
Quemaduras y corrosiones	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	9.7	1.1
Congelamiento	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Envenen. por drogas, medic. y sust. Biológicas	50.8	3.6	0.0	0.0	10.7	5.6	43.2
Efect. tóxicos de sust. de proced. princ. no medicinal	46.0	1.8	2.1	1.3	26.8	0.0	39.5
Otros efectos y los no esp. de causas externas	0.3	85.7	0.0	0.0	1.8	4.2	2.4
Algunas complicaciones precoces de traumatismos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Complic. atn. méd. y quir. no clasif. en otra parte	1.2	1.8	2.1	0.7	8.9	25.0	2.1
Secuelas de txs, de envene. y de otr. caus. ext.	0.1	1.8	2.1	0.0	0.0	2.8	0.2
TOTAL %	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
n	673	19	16	51	19	24	801

Fuente: Secretaría de Salud (SSA). Dirección General de Información en Salud
1. La base de egresos hospitalarios incluye hospitales generales y de especialidades de la SSA
2. No se incluyen los egresos hospitalarios por defunción
3. Tipo de lesión: Envenenamientos (CIE10: X60-X69); ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (CIE10: X70); disparo de arma de fuego (CIE10: X72-X74); con objeto cortante (CIE10: X78); por medios no especificados (CIE10: X84)
4. Tx Cabeza (CIE10: S00-S09); Tx Cuello (CIE10:S10-S19); Tx Tórax (CIE10: S20-S29); Tx Abdomen, lumbosacra, lubar y pelvis (CIE10: S30-S39); Tx Hombro y brazo (CIE10: S40-S49); Tx Antebrazo y codo (CIE10: S50-S59); Tx Muñeca y mano (CIE10: S60-S69); Tx C

XIII

Cápsulas Biográficas de los autores

José Luis Ávila

Formación profesional y grados académicos
Licenciado y Maestro en Economía, por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Desarrollo profesional y áreas de interés
Investigador y docente sobre desarrollo económico y social de México y América Latina. Ha sido consultor externo del Fondo de Población y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Fue miembro de los Comités Técnicos para la Medición de la Pobreza y de Ordenamiento Territorial, de la Secretaría de Desarrollo Social. Sus áreas de interés se centran en los temas de migración internacional, pobreza, marginación social y propuestas de políticas públicas para mejorar las condiciones de vida de la población y aumentar la justicia distributiva. Autor o coautor de 14 libros y de 43 artículos publicados en revistas especializadas.

Filiación institucional y cargo actual
Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinador del Colegio de Estudios Latinoamericanos, de la Facultad de Filosofía y Letras.

Elena Azaola Garrido

Formación profesional y grados académicos
Doctora en Antropología Social y Psicoanalista.

Área de interés y desarrollo profesional
Especialista en violencia.

Filiación institucional y cargo actual
Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

Deborah L. Billings

Formación profesional y grados académicos
Socióloga, Doctora en Sociología, por la Universidad de Michigan, Ann Arbor.

Área de interés y desarrollo profesional
Salud sexual y reproductiva, derechos humanos.

Filiación institucional y cargo actual
Ipas, Senior Associate, investigación y evaluación.

Guilherme Borges

Formación profesional y grados académicos
Licenciado en Psicología, con estudios de Maestría y Doctorado en Epidemiología, realizados en el Instituto Nacional de Salud Pública y en la Universidad Johns Hopkins. Tiene estudios de Posdoctorado en la Universidad de Harvard.

Área de interés y desarrollo profesional
La epidemiología aplicada a la salud mental y en particular a las adicciones. Ha realizado varios estudios sobre consumo de alcohol, accidentes e intentos de suicidio. Tiene un interés especial en los temas de migración y participa actualmente en diferentes proyectos internacionales sobre el tema de la salud mental/adicciones en el contexto transcultural. Tiene actualmente publicados 108 artículos especializados.

Filiación institucional y cargo actual
Es miembro Nivel III del Sistema Nacional de Investigadores, Profesor con perfil PROMEP, Profesor Titular "C" de la Universidad Autónoma Metropolitana e investigador del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Luis Botello Lonngi

Formación profesional y grados académicos
Licenciado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Maestría en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Doctor en Psicología Social por la UCM.

Área de interés y desarrollo profesional
Evaluación de proyectos sociales y de salud, metodologías de investigación, institucionalización de la perspectiva de género, construcción de la masculinidad, jóvenes, violencia de género, salud reproductiva. Es coautor de artículos y libros en estos campos.

Filiación institucional y cargo actual
Asesor del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud. Investigador del Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), de la UNAM.

Irene Casique Rodríguez

Formación profesional y grados académicos
Socióloga-demógrafa, PhD.

Área de interés y desarrollo profesional
Estudios de población, mujer y mercado de trabajo, género y familia, y salud reproductiva.

Filiación institucional y cargo actual
Investigadora Titular A, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Roberto Castro Pérez

Formación profesional y grados académicos
Licenciado en Sociología, por la Universidad Nacional Autónoma de México; Maestro en Estudios de Población, por la Universidad de Exeter, Inglaterra, y Doctor en Sociología Médica, por la Universidad de Toronto.

Área de interés y desarrollo profesional
Sociología médica, ciencias sociales y salud, violencia de género, derechos reproductivos, métodos de investigación. Tiene actualmente publicados 108 artículos especializados.

Filiación institucional y cargo actual
Investigador Titular C de tiempo completo, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Aurora del Río Zolezzi

Formación profesional y grados académicos
Médica Cirujana, por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Especialista en Estadística Aplicada a la Salud (UNAM), Maestra en Ciencias en Epidemiología, del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Área de interés y desarrollo profesional
Ha trabajado en diversas unidades administrativas de la Secretaría de Salud, desde 1983. Fue Coordinadora de la Maestría en Salud Pública en el INSP, donde además se desempeñó como Subdirectora de Documentación e Información y como Subdirectora de Posgrados Profesionalizantes y Educación a Distancia. Directora de Enlace en la Coordinación del Programa Mujer y Salud, de la Secretaría de Salud. Investigadora Asociada B de los Institutos Nacionales de Salud.

Filiación institucional y cargo actual
Directora General Adjunta de Equidad de Género, en el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud.

Gabriela Garrido Rodríguez

Formación profesional y grados académicos
Licenciada en Psicología, por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Área de interés y desarrollo profesional
Estudio Colaborativo de Alcohol y Lesiones, Organización Mundial de la Salud. Consumo de alcohol en salas de urgencias.

Filiación institucional y cargo actual
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". Ayudante de investigador.

Nadine Gasman Zylbermann

Formación profesional y grados académicos
Médica y Doctora en Salud Pública.

Área de interés y desarrollo profesional
Derechos en salud sexual y reproductiva. Docente e investigadora. Ex Directora Ejecutiva de Ipas, México, AC.

Filiación institucional y cargo actual
Representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en Guatemala.

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Formación profesional y grados académicos

Médico Cirujano, por la Universidad La Salle, en México, DF. Especialista en Geriatría y Maestro en Gerontología Social, por la Universidad de Grenoble, en Francia. Especialista en Medicina Interna, del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Maestro en Biología del Envejecimiento, por la Universidad de París VII. Doctor en Ciencias Médicas (orientación hacia la epidemiología), por la Universidad de Burdeos 2 "Víctor Segalen".

Área de interés y desarrollo profesional

Geriatría clínica y epidemiología del envejecimiento.
Tiene 101 publicaciones entre libros, artículos, capítulos, memorias y textos de divulgación.

Filiación institucional y cargo actual

Jefe del Servicio de Geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", en la Ciudad de México, y profesor fundador y Coordinador del Comité Académico de la especialidad en Geriatría, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es Miembro del Consejo Consultivo sobre Envejecimiento, de la Ciudad de México.

Martha Híjar Medina

Formación profesional y grados académicos

Maestría y Doctorado en Salud Pública, por la Escuela de Salud Pública de México.

Desarrollo profesional y áreas de interés

Profesor- Investigador en el tema de Lesiones por accidentes y Violencia desde hace 20 años. Sus áreas de interés se han centrado en la identificación de los determinantes del problema de lesiones, así como en la aplicación de intervenciones para su prevención. Es autora o coautora de 23 libros o capítulos de libro y de 42 artículos publicados en revistas especializadas.

Filiación institucional y cargo actual

Instituto Nacional de Salud Pública de México. Investigadora Titular F del Centro de Investigación en Salud Poblacional y Directora del Centro Colaborador de la OMS/OPS en el tema de Investigación de Lesiones Accidentales y Violencia.

Antonio López Ugalde

Formación profesional y grados académicos
Abogado y Maestro en Derecho, por la Universidad Nacional Autónoma de México.

Área de interés y desarrollo profesional
Seguridad pública, justicia y derechos humanos.

Filiación institucional y cargo actual
Coordinador del Centro de Acceso a la Justicia y Mediación, de la Universidad Iberoamericana (UIA), campus Ciudad de México, e investigador del Programa Atalaya, del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM).

Rafael Lozano Ascencio

Formación profesional y grados académicos
Médico Cirujano, por la Universidad Nacional Autónoma de México, con Maestría en Medicina Social, de la Universidad Autónoma Metropolitana. Research Fellow en el Departamento de Salud Internacional, de la Escuela de Salud Pública de Harvard.

Área de interés y desarrollo profesional
Epidemiología, salud pública, violencia, salud en el trabajo e información en salud. Docente, investigador, ex funcionario del área de Epidemiología en la Organización Mundial de la Salud y de Análisis de Necesidades en Salud, de la Fundación Mexicana para la Salud. Ha publicado más de 50 artículos y más de 30 capítulos en revistas científicas y en libros, respectivamente, de circulación internacional, y es autor o coautor de seis libros relacionados con temas de salud pública.

Filiación institucional y cargo actual
Director General de Información en Salud, de la Secretaría de Salud. Miembro del Comité Técnico Consultivo, del Instituto Nacional de Salud Pública. Profesor de las Facultades de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Autónoma Metropolitana, y del Instituto Nacional de Salud Pública. Investigador y Supervisor del Departamento de Sociología de la Salud, de la Jefatura de Supervisión y Control del Área Médica, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Claudia Moreno Uriza

Formación profesional y grados académicos
Licenciatura en Pedagogía.

Área de interés y desarrollo profesional
Violencia, educación, salud sexual y reproductiva y derechos humanos. Niños en circunstancias especialmente difíciles, explotación sexual comercial y VIH/SIDA, en Unicef México y Organizaciones no Gubernamentales.

Filiación institucional y cargo actual
Ipas, Senior Training & Services Advisor.

Francisco Pamplona Rangel

Formación profesional y grados académicos
Licenciado en Economía y Maestro en Sociología, por la Universidad de Guadalajara.

Desarrollo profesional y áreas de interés
Investigador de la Universidad de Guadalajara, del Colegio del Bajío y del Instituto Nacional de Salud Pública. Sociología de la cultura, sociología de la salud, Metodología de la Investigación, Epistemología e Historia del Pensamiento Económico. Es autor de numerosos artículos, ensayos, conferencias y ponencias sobre diversos temas de las Ciencias Sociales, particularmente los referidos al diseño de políticas públicas y su aplicación.

Filiación institucional y cargo actual
Profesor investigador del posgrado de Humanidades y Ciencias Sociales, de la Universidad Autónoma, de la Ciudad de México.

Fernando Rascón Fuentes

Formación profesional y grados académicos
Ingeniero Agrónomo, especialista en Sociología Rural, Maestro en Sociología Rural.

Área de interés y desarrollo profesional
La cuestión agraria en México, el desarrollo rural sustentable y soberanía alimentaria, expresión de los movimientos sociales en el medio rural. Asesoría a grupos campesinos para el desarrollo comunitario, por medio de la implantación de proyectos productivos. Servidor público en el gobierno federal en cuestiones agrarias y defensa de los derechos agrarios de los productores rurales. Asesor de grupos indígenas.

Filiación institucional y cargo actual
Socio y Presidente del Consejo de Administración, y representante legal de Ideas Rurales México, Asociación Civil.

Laura Patricia Villa Torres

Formación profesional y grados académicos
Licenciada en Sociología, por la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.

Área de interés y desarrollo profesional
Derechos sexuales y reproductivos, juventud, aborto y juventud.

Filiación institucional y cargo actual
Ipas, México, Consultora del Proyecto Adolescentes y Jóvenes.

César Joaquín Zambrano Ruiz

Formación Profesional y grados académicos
Actuario, por la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México.
Actualmente pasante de la Maestría en Ciencias Matemáticas (Estadística), por el Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y Sistemas, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Área de interés y desarrollo profesional
Estadística teórica y aplicada, investigación epidemiológica en el área de la salud mental.

Filiación Institucional y cargo actual
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Investigador en Ciencias Médicas, nivel "A".