

Cobertura efectiva del manejo de la violencia contra mujeres en municipios Mexicanos: límites de la métrica*

COBERTURA EFETIVA DA GESTÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NOS MUNICÍPIOS MEXICANOS: OS LIMITES MÉTRICOS

EFFECTIVE COVERAGE TO MANAGE DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN IN MEXICAN MUNICIPALITIES: LIMITS OF METRICS

Diana P. Viviescas-Vargas¹, Alvaro Javier Idrovo², Erika López-López³, Gloria Uicab-Pool⁴,
Mónica Herrera-Trujillo⁵, Maricela Balam-Gómez⁶, Elisa Hidalgo-Solórzano⁷

RESUMEN

El estudio estimó la cobertura efectiva de los servicios en salud de primer nivel de atención para el manejo de la violencia doméstica contra la mujer en tres municipios mexicanos. Se estimó la prevalencia y severidad de la violencia usando una escala validada, y la cobertura efectiva con la propuesta de Shengelia y colaboradores, con modificaciones. Se consideró atención con calidad cuando hubo sugerencia de hacer la denuncia a las autoridades. La utilización y calidad de la atención fue baja en los tres municipios analizados, siendo más frecuente la utilización cuando hubo violencia sexual o física. La cobertura efectiva en Guachochi, Jojutla y Tizimín fue de 29.41%, 16.67% y cero, respectivamente. El indicador de cobertura efectiva tiene dificultades para medir eventos y respuestas no se fundamentan en modelos biomédicos. Los hallazgos sugieren que el indicador puede ser mejorado al incorporar otras dimensiones de la calidad.

DESCRIPTORES

Cobertura de los Servicios de Salud
Violencia contra la mujer
Indicadores de servicios
México

RESUMO

O estudo estimou a cobertura eficaz dos serviços da atenção primária em saúde na gestão da violência doméstica contra as mulheres em três cidades mexicanas. Estimou-se a prevalência e a gravidade da violência doméstica por meio de uma escala validada enquanto a cobertura eficaz foi obtida por meio da proposta de Shengelia e colaboradores, com algumas alterações. O atendimento foi considerado de qualidade quando houve a sugestão de fazer a denúncia às autoridades. O uso dos serviços e a qualidade do atendimento foram baixos nos três municípios analisados, sendo mais frequente a utilização do serviço quando houve violência sexual ou física. A cobertura efetiva em Guachochi, Jojutla e Tizimín foi de 29,41%, 16,67% e zero, respectivamente. O índice de cobertura eficaz apresentou dificuldade em medir desfechos reais e respostas não baseadas em modelos biomédicos. Os resultados sugerem que o indicador pode ser melhorado pela incorporação de outras dimensões da qualidade do atendimento.

DESCRITORES

Cobertura de Serviços de Saúde
Violência contra a mulher
Indicadores de serviços
México

ABSTRACT

The study estimated the effective coverage of health services in primary care for the management of domestic violence against women in three municipalities in Mexico. We estimated the prevalence and severity of violence using a validated scale, and the effective coverage proposed by Shengelia and partners with any modifications. Quality care was considered when there was a suggestion to report it to authorities. The use and quality of care was low in the three municipalities analyzed, used most frequently when there was sexual or physical violence. Effective coverage was 29.41%, 16.67% and zero in Guachochi, Jojutla and Tizimín, respectively. The effective coverage indicator had difficulties in measuring events and responses that were not based on biomedical models. Findings suggest that the indicator can be improved by incorporating other dimensions of quality.

DESCRIPTORS

Health Services Coverage
Violence against women
Indicators of health services
Mexico

* Extraído de la tesis "Determinantes institucionales de la cobertura efectiva de los servicios de salud para el manejo de la violencia intradoméstica contra la mujer en los municipios de Guachochi, Jojutla, y Tizimín", Programa de Maestría en Salud Pública y Administración en Salud de la Escuela de Salud Pública de México, 2011. ¹ Trabajadora Social. Maestra en Salud Pública. Investigadora del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. dipaviva@yahoo.com ² Médico Cirujano. Doctor en Ciencias en Epidemiología. Investigador de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca, Santander, Colombia. idrovoaj@yahoo.com.mx ³ Psicóloga. Maestra en Ciencias en Sistemas de Salud. Investigadora en Ciencias Médicas e la Subdirección de Investigación en Salud de los Servicios de Salud de Hidalgo, México. Hidalgo, México. erika.lopez.83@hotmail.com ⁴ Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Tizimín, Yucatán, México. upool@uady.mx ⁵ Nutrióloga. Maestra en Ciencias en Salud Ambiental. Profesora del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, Chihuahua, México. monique_95@hotmail.com ⁶ Enfermera. Profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán. Tizimín, Yucatán, México. maricela.balam@uady.mx ⁷ Médica. Maestra en Ciencias en Epidemiología. Investigadora y Docente del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. elisa.hidalgo@insp.mx

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica contra la mujer es un problema de salud pública mundial⁽¹⁾ reconocido por la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales. Se ha asociado con la ocurrencia de homicidios, suicidios, muerte materna, además de complicaciones en la salud física y mental. Estudios realizados en diversos países señalan que entre 10 y 69% de las mujeres han sufrido agresiones físicas por parte de su pareja en algún momento de sus vidas⁽²⁾. En México, la prevalencia nacional de violencia de pareja en 2006 fue de 33,3% y se estima que cerca de 29% de las mujeres mayores de 14 años de edad han sufrido alguna lesión o daño⁽³⁾.

Algunas revisiones del tema sugieren que las intervenciones más efectivas para manejar esta problemática se fundamentan en la consejería por el personal sanitario⁽⁴⁻⁶⁾, lo cual señala a los servicios de salud como un lugar propicio para prevenir los actos violentos contra las mujeres⁽⁷⁾. Por ello no es extraño que varias iniciativas de manejo y prevención incluyan los centros de atención de los sistemas de salud de países latinoamericanos⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Sin embargo, no hay estándares sobre cómo evaluar la calidad de los servicios que brindan atención a las mujeres víctimas de violencia, aunque es claro que el objetivo final va más allá de curar las heridas físicas; se busca la prevención de nuevas manifestaciones violentas.

En el caso de México, una opción para evaluar la calidad del servicio es utilizar los lineamientos de la Secretaría de Salud de México que deben, además de ofrecer atención física y psicológica a la mujer violentada, promover la denuncia de los agresores ante las autoridades competentes⁽¹¹⁾. El incremento en las denuncias busca prevenir la ocurrencia de eventos similares contra la misma mujer e incluso contra otros miembros de la sociedad. Al respecto, existe evidencia indicando que las sanciones legales tienen impacto sobre las actitudes de los perpetradores de las acciones violentas⁽¹²⁾, lo cual puede ayudar a disminuir su ocurrencia al actuar sobre las relaciones de género y otras expresiones culturales. Estas acciones que apuntan a determinantes poblacionales – como el empoderamiento de las mujeres – son de especial interés ya que en el país persisten grandes diferencias en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, con marcado impacto en la salud.

Dado el reto que resulta para los servicios de salud el atender con calidad a las mujeres víctimas de violencia doméstica, se decidió usar un indicador propuesto por la Organización Mundial de la Salud para evaluar el desempeño de los sistemas de salud: la cobertura efectiva⁽¹³⁾. Este indicador puede brindar elementos importantes al cuantificar independientemente el componente de utilización y calidad, y así identificar las brechas existentes.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue estimar la cobertura efectiva en la atención a mujeres víctimas de violencia doméstica que acudieron a los servicios de salud de tres municipios de México, y discutir los alcances de este indicador de la métrica en salud con creciente difusión en los últimos años en México y otros países.

MÉTODO

Se realizó un estudio de casos municipales usando datos provenientes de tres encuestas de hogares, estadísticamente representativas, en Guachochi (Chihuahua), Jojutla (Morelos) y Tizimín (Yucatán), ubicados en el norte, centro y sureste de México, respectivamente. Estos municipios fueron seleccionados por conveniencia, buscando incorporar parte de la heterogeneidad sociocultural presente en el país, y que el acceso a servicios de salud externos al municipio fuese reducido, buscando que las expresiones de necesidad debieran ser asumidas por los servicios de salud locales. En Guachochi participaron 305 hogares de la cabecera municipal, en Jojutla 356 y en Tizimín 378, los cuales fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, usando como guía los mapas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) disponibles, y actualizados directamente sobre el terreno.

Se diseñó un instrumento para obtener información de las mujeres residentes en los municipios participantes; éste incluyó variables sociodemográficas, de violencia doméstica, utilización y calidad de los servicios de salud. Estas tres últimas son los insumos para calcular la cobertura efectiva, como se verá más adelante. No se recolectaron más variables individuales debido al enfoque poblacional del estudio⁽¹⁴⁾. La recolección de la información se realizó entre diciembre de 2009 y abril de 2010 por personal de salud femenino entrenado y originario de la misma región. La información sobre esta temática fue brindada directamente por una única mujer de cada hogar, que estuviera sola para asegurar la confidencialidad y calidad de la información. Sólo se incluyeron aquellas mujeres que informaron tener un compañero sentimental, con el cual convivían, y eran mayores de 18 años de edad. Así se garantizó que fuesen mujeres que podían definir libremente su participación en el estudio, así como seguir lineamientos internacionales para la investigación sobre esta temática tan sensible⁽¹⁵⁾. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública de México (código CI-820 de 2009), y las participantes firmaron un consentimiento informado previamente a la aplicación del cuestionario.

Cobertura efectiva

La Organización Mundial de la Salud ha presentado la cobertura efectiva como un indicador útil para evaluar el desempeño de las intervenciones del sistema de salud. La

cobertura efectiva se define como la fracción, expresada como porcentaje, de ganancia potencial en salud que el sistema de salud puede aportar a través de una intervención a los individuos o la población⁽¹³⁾. Tiene tres componentes fundamentales: la calidad (Q), la necesidad (N) y la utilización (U), con los cuales se realiza su estimación mediante la fórmula: $\text{cobertura efectiva} = Q \cdot U \mid N > 0$, donde como pre-requisito debe haber algún nivel de necesidad ($N > 0$) para que se utilicen los servicios de salud, y pueda recibir sus beneficios. En este estudio se hicieron modificaciones a la propuesta original de Shengelia y colaboradores, dado que la violencia doméstica contra la mujer no es un evento dicotómico como una enfermedad, ni puede evaluarse la calidad de la atención con criterios de efectividad.

Medición de la necesidad (N)

La violencia doméstica contra la mujer es una condición con diferentes niveles de severidad, que tiene fuerte dependencia de los contextos socioculturales. Se espera que ante una mayor severidad exista mayor probabilidad de pasar de ser una condición a convertirse en una necesidad, lo cual debería relacionarse con una

utilización de servicios de salud. No existe un nivel umbral que determine cuando una condición de violencia se convierte en una necesidad de salud⁽¹⁶⁾, por lo cual es más adecuado entender la severidad como un indicador de la probabilidad de necesidad.

Se utilizó la escala evaluada psicométrica mediante procedimientos de las teorías clásica y de respuesta al ítem⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Esta se fundamentó en la *escala de tácticas del conflicto* y consta de 26 ítems que integran las dimensiones de violencia emocional (11 ítems), física (12 ítems) y sexual (3 ítems)⁽¹⁸⁾. Cada uno de los ítems tiene puntajes entre cero y uno, siendo mayor cuando el nivel de severidad es más intenso (Figura 1). Para identificar el nivel de severidad de violencia que ha padecido cada participante, se indagó por la experimentación de cada ítem; cuando se respondía afirmativamente a por lo menos uno de ellos, se consideró como nivel de severidad de cada mujer el del ítem con mayor puntaje. De esta manera no hubo certidumbre de necesidad sino probabilidad de necesidad, aceptando la naturaleza problemática de la necesidad promulgada desde la sociología, y contraria a la lógica biomédica dicotomizadora⁽¹⁹⁾.

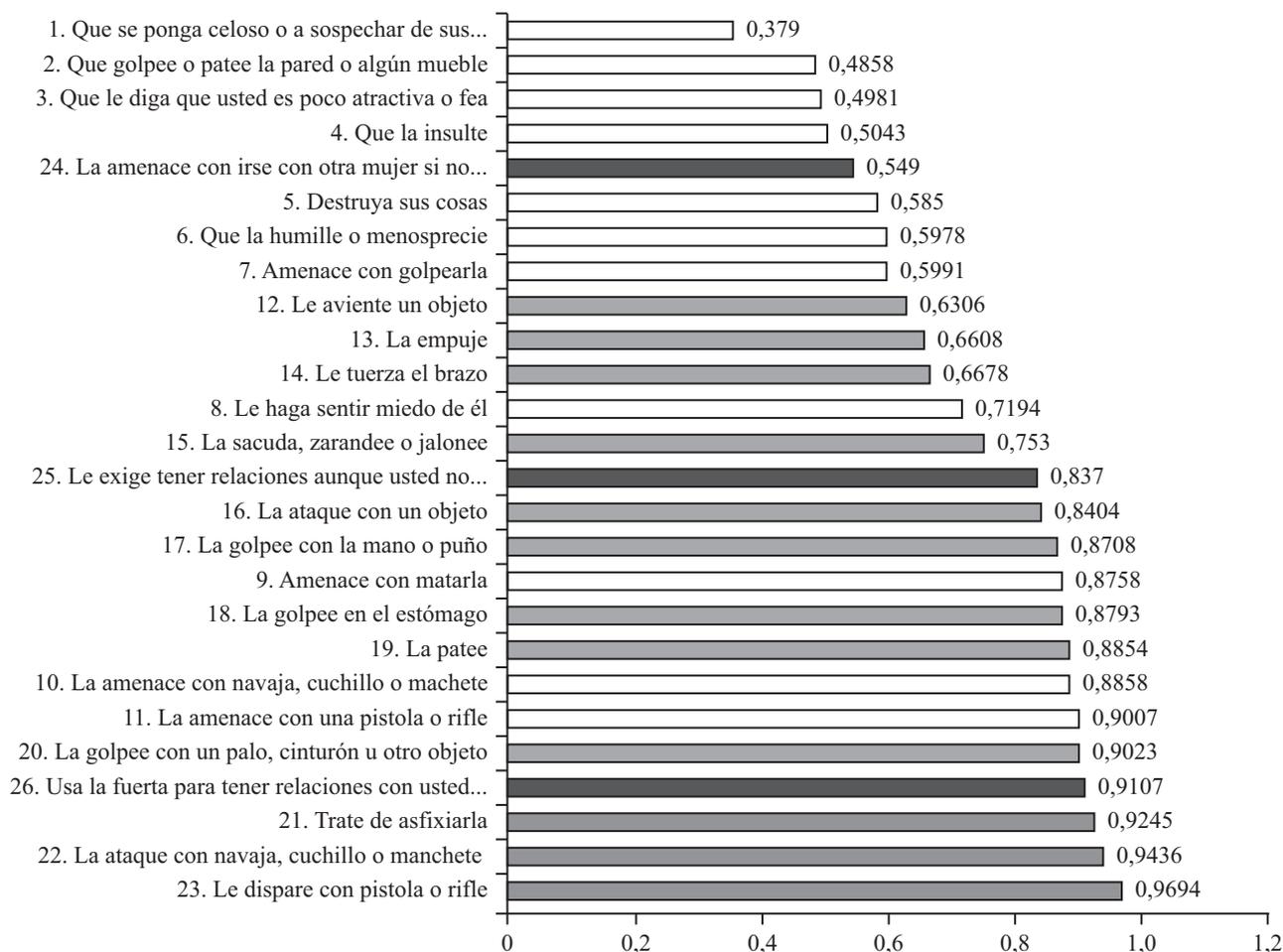


Figura 1 – Escala de violencia doméstica contra la mujer validada por Castro y Peek-Asa y colaboradores.

Medición de la utilización (U) y la calidad (Q)

La utilización se midió como el auto-reporte de uso de los servicios de salud asociados a manifestaciones de violencia. La calidad en la prestación de servicios de salud se estimó como la recomendación del personal que atendió a la mujer violentada de denunciar al agresor ante las instancias policiales, para prevenir futuras agresiones a la víctima u otras personas, siguiendo así la normatividad mexicana vigente. Este tipo de indicadores normativos son aceptados por los creadores de la métrica⁽¹³⁾. En ese sentido, la calidad sobrepasa los límites de la salud individual (efectividad) e incorpora dimensiones colectivas⁽²⁰⁾.

Cálculo de la cobertura efectiva

Con los datos obtenidos individualmente para cada mujer participante, primero se estimaron las prevalencias municipales de violencia sin considerar la severidad. Dado que se consideró que la manifestación violenta no siempre era una necesidad, el número de casos con necesidad se vio disminuido de acuerdo a la severidad reportada. Partiendo de este valor se calculó la proporción de mujeres violentadas que utilizó los servicios de salud y, finalmente, de las que respondieron afirmativamente se estimó la proporción que recibieron la recomendación de denunciar al agresor. Esta proporción condicional final correspondió a la cobertura efectiva.

RESULTADOS

En el estudio participaron en total 545 mujeres, de las cuales 28,81% reportó ser víctima de violencia de pareja actual. Las medianas de edad para cada municipio fueron 32, 30 y 28 años de edad para Guachochi (rango: 18 a 74), Jojutla (rango: 18 a 70) y Tizimín (rango: 18 a 59) respectivamente. En las figuras 2 y 3 se muestran la prevalencia y la severidad de la violencia por cada municipio.

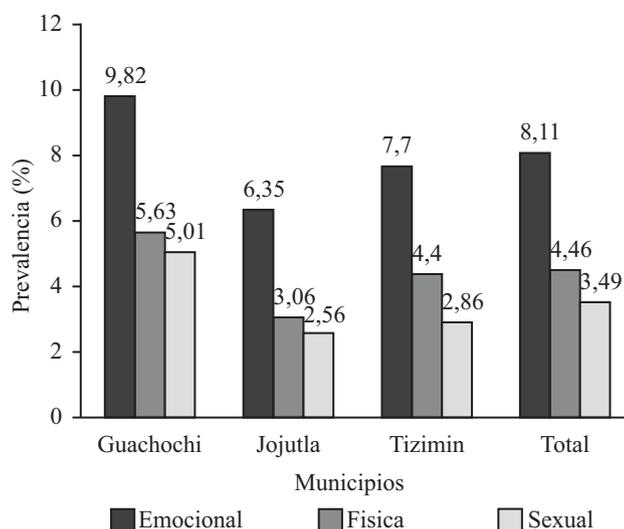


Figura 2 – Prevalencia de los diferentes tipos de violencia doméstica contra la mujer en tres municipios Mexicanos.

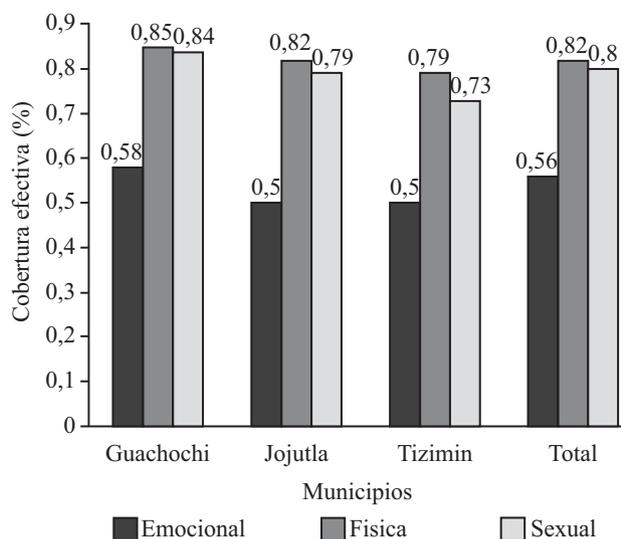


Figura 3 – Severidad de la violencia doméstica contra la mujer en tres municipios Mexicanos, expresada como probabilidad de necesidad en salud.

La violencia emocional presenta la mayor prevalencia y la violencia física la mayor severidad; donde Guachochi reporta los resultados más altos. Respecto a la prevalencia de violencia por cada ítem, los mayores porcentajes corresponden a la violencia emocional, específicamente a los ítems *Que se ponga celoso o a sospechar de sus amistades* y *Que la insulte*, los cuales representan el 17,06% y el 15,50% respectivamente. En la violencia física, el ítem *Que le aviente un objeto*, reporta un 10,83% y en la violencia sexual, el ítem *Que la amenace con irse con otra mujer si no accede a tener relaciones con él*, con un 4,59%.

En la Tabla 1, se muestran los resultados de cobertura cruda y efectiva, total y por municipio, para cada una de los tipos de violencia contra la mujer y sus combinaciones. Se observa que la utilización en todos los casos es inferior al 50%. El mayor porcentaje de utilización fue generado por mujeres que sufren violencia sexual, con 25%, del cual sólo el 19,45% tiene cobertura efectiva. Guachochi es el municipio con mayores porcentajes de utilización y calidad en los servicios de salud en los tres tipos de violencia. Por el contrario, en Tizimín se encuentran los porcentajes de utilización más bajos; en el caso de violencia sexual no se utilizan los servicios de salud; y ninguno de los tipos de violencia fue atendido con calidad.

Tabla 1 - Cobertura cruda (CC) y efectiva (CE) de los servicios de salud en el manejo de la violencia doméstica contra la mujer en tres municipios Mexicanos – México, 2010

Tipo de violencia	Total (%)		Guachochi (%)		Jojutla (%)		Tizimín (%)	
	CC	CE	CC	CE	CC	CE	CC	CE
Emocional	7,59	4,83	12,07	8,62	6,82	4,55	2,33	0
Física	10,34	6,89	18,42	13,16	4,35	4,35	3,85	0
Sexual	25,00	19,45	35,00	25,00	22,22	22,22	0	0
Emocional y física	11,69	7,79	18,92	13,51	5,26	5,26	4,76	0
Emocional y sexual	26,47	20,59	36,84	26,31	25,00	25,00	0	0
Física y sexual	27,59	20,69	41,18	29,41	16,67	16,67	0	0
Emocional, física y sexual	27,59	20,69	41,18	29,41	16,67	16,67	0	0

DISCUSIÓN

Este trabajo es la primera experiencia de medición de cobertura efectiva para la violencia doméstica contra la mujer. Se evidenció un gradiente en la prevalencia y severidad de violencia (Guachochi > Tizimín > Jojutla) que no es acorde con la respuesta del sistema de salud, pues el gradiente partiendo desde el mejor es Guachochi > Jojutla > Tizimín. De esta manera se observa que donde hay más violencia hay mejor respuesta del sistema, pero esta tendencia no se observa en los otros municipios. Dado que el nivel más bajo de desempeño del sistema fue en Tizimín, esto sugiere que existen características socioculturales propias del lugar que dificultan que se brinden los servicios con calidad. La baja utilización observada en este estudio es consistente con lo observado en otros estudios realizados en México⁽²¹⁾.

Algunas aproximaciones previas sugieren que las mujeres que utilizan servicios de salud son las mayores de 25 años de edad, que laboran fuera del hogar, tienen acceso a la seguridad social, provienen de estrato socioeconómico alto, toman decisiones sobre el gasto de dinero en el hogar y sufren lesiones más severas. Sin embargo, es notorio el contraste con un estudio realizado en ocho zonas indígenas donde se reporta que algo más de una tercera parte de las mujeres violentadas por sus compañeros hacen denuncias del hecho violento ante las autoridades⁽²²⁾. Las similitudes y diferencias entre los resultados también pueden explicarse por la heterogeneidad de las influencias socioculturales, que impiden, en diverso nivel, que se utilicen los servicios de salud y que los victimarios sean denunciados ante las autoridades competentes. Según algunas investigadoras, la violencia doméstica contra las mujeres es generada o reforzada por las relaciones intrafamiliares prevalentes en la sociedad mexicana⁽²³⁾, que pueden ser variadas en las diferentes regiones del país.

La violencia emocional presentó la mayor prevalencia y el menor porcentaje de utilización de servicios. Estos resultados coinciden con otros estudios donde se señala que esta forma de violencia, de baja intensidad y larga duración, produce efectos a la salud difíciles de reconocer. En varios

países de América Latina se han descrito problemas de depresión, drogadicción, ideación, ansiedad e intento suicida asociados con la violencia doméstica, especialmente con la violencia sexual⁽²³⁻²⁵⁾. Esto muestra que cualquier nivel de violencia tiene repercusiones sobre la salud mental, por lo cual su prevención debería enfocarse hacia sus determinantes sociales.

La calidad en la prestación de servicios sanitarios a mujeres violentadas no ha sido ampliamente abordada en la literatura especializada, quizá porque su evaluación debería incluir no solo la recuperación física o mental, sino porque es parte de un proceso circular que también debería tener la capacidad de prevenir nuevos episodios de maltrato, así como ganar una posición de rechazo social hacia la complicidad de actos de violencia. De acuerdo a una encuesta aplicada a 2638 profesionales de la salud, menos de 8% de ellos conoce los lineamientos nacionales para la atención de mujeres violentadas⁽²⁶⁾, pese a ser una norma de obligatorio cumplimiento. Una exploración posterior, confirma la baja calidad de la atención y señala que los profesionales de la salud enfrentan una fuerte tensión al manejar estos casos; entran en conflicto los discursos e imaginarios sobre lo que es público y lo que es privado, las relaciones familiares, las normas de género y la autoridad⁽²⁵⁾. Aunque son pocos los casos que denuncian al agresor, las que lo hacen suelen considerar que hubo mejor calidad en la atención; la calidad incluso es calificada mayor, cuando se observa que la justicia castigó al agresor⁽¹⁰⁾. Este hallazgo es un argumento para confirmar que la calidad de los servicios de salud puede ser evaluada mediante la recomendación de la denuncia.

Otro hallazgo importante de la experiencia con el uso del indicador de cobertura efectiva, fue el observar los límites que tiene como métrica para evaluar el desempeño de los servicios de salud. Al respecto es importante señalar que su diseño lleva a clasificarla como un indicador formativo⁽²⁷⁾, en este caso con un componente de utilización de servicios y otro de calidad. Sin embargo, su enfoque fundamentado en aproximaciones biomédicas impide que pueda capturar constructos dependientes de contextos socioculturales⁽²⁸⁾, lo cual resulta crucial para una adecuada medición en ciencias sociales.

Estos hallazgos deben ser interpretados teniendo en cuenta las limitaciones del diseño y la temática de estudio. Algunas mujeres no suelen reportar que son víctimas de violencia, porque ven éstos hechos como parte de su cotidianidad y de su vida privada, dado el contexto sociocultural imperante; si bien esto pudo suceder en este estudio, no se considera que haya sido de gran impacto debido a que las prevalencias reportadas son similares a las descritas previamente en México.

Teniendo en cuenta que la experiencia solo incluyó tres municipios, los hallazgos no corresponden a los de todo el país, y su extrapolación solo puede hacerse a otras poblacionales con similares características. En palabras de algunos autores⁽²⁹⁾, la generalización depende de la capacidad de transferencia, la cual depende de las similitudes, entre los casos incluidos en el estudio y los que quieran generalizarse.

REFERÊNCIAS

1. Valdez-Santiago R, Ruíz-Rodríguez M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Pública Mex.* 2009;51(6):505-11.
2. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet.* 2002;359(9313):1232-7.
3. México. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM 2006). México: Secretaría de Salud; 2009.
4. Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA.* 2003;289(5):589-600.
5. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence a systematic review to update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med.* 2012;156(11):796-808.
6. Decker MR, Frattaroli S, McCaw B, Coker AL, Miller E, Sharps P, et al. Transforming the healthcare response to intimate partner violence and taking best practices to scale. *J Womens Health (Larchmt).* 2012;21(12):1222-9.
7. Colombini M, Mayhew SH, Ali SH, Shuib R, Watts C. An integrated health sector response to violence against women in Malaysia: lessons for supporting scale up. *BMC Public Health.* 2012;12:548.
8. Alves ES, Oliveira DLLC, Maffaccioli R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(3):141-7.
9. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gac Sanit.* 2012;26(5):483-9.
10. Frías SM. Strategies and help-seeking behavior among Mexican women experiencing partner violence. *Violence Against Women.* 2013;19(1):24-49.
11. México. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999. Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. México: Secretaría de Salud; 2000.
12. McDonnell KA, Burke JG, Gielen AC, O'Campo P, Weidl M. Women's perceptions of their community's social norms towards assisting women who have experienced intimate partner violence. *J Urban Health.* 2011;88(2):240-53.
13. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJ. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med.* 2005;61(1):97-109.
14. Idrovo AJ. Three criteria for ecological fallacy. *Environ Health Perspect.* 2011;119(8):A332.
15. Fontes LA. Ethics in violence against women research: the sensitive, the dangerous, and the overlooked. *Ethics Behav.* 2004;14(2):141-74.
16. Wilkin D, Hallam L, Dogget M. Measures of need and outcomes in primary health care. Oxford: Oxford Medical Publications; 1992.
17. Castro R. La construcción de un índice para medir la severidad de la violencia contra las mujeres mexicanas. En: Universidad Nacional Autónoma de México; Centro de Investigaciones Multidisciplinarias. Violencia contra mujeres embarazadas: tres estudios sociológicos. Cuernavaca: Centro de Investigaciones Multidisciplinarias/ Universidad Nacional Autónoma de México; 2004. p. 103-27.

CONCLUSIÓN

Este estudio permite sugerir que la cuantificación de la utilización y la calidad con que brindan atención los servicios de salud a las mujeres víctimas de violencia doméstica es posible. Sin embargo, es necesario que los indicadores métricos sigan los principios teóricos propios del constructo teórico en cuestión, lo cual no fue plenamente cumplido por la cobertura efectiva, dada su aproximación biomédica predominante. Futuros estudios deberían encaminarse a mejorar, mediante complementación, el indicador de cobertura efectiva; incorporar dimensiones de calidad diferentes a la efectividad y/o la inclusión conjunta de varias de estas dimensiones son opciones que mejorarán la capacidad métrica del indicador para evaluar el desempeño de los servicios de salud.

18. Peek-Asa C, Garcia L, McArthur D, Castro R. Severity of intimate partner abuse indicators as perceived by women in Mexico and the United States. *Women Health*. 2002;35(2-3):165-80.
19. Allen D, Griffiths L, Lyne P. Accommodating health and social care needs: routine resource allocation in stroke rehabilitation. *Sociol Health Illn*. 2004;26(4):411-32.
20. Arah OA. On the relationship between individual and population health. *Med Health Care Philos*. 2009;12(3):235-44.
21. Berenzon Gorn S, Sainz MT, Rey GN, Gorn, SB. Mental health services utilization among Mexican female victims of intimate partner violence. *Salud Mental*. 2010;33(3):243-8.
22. González-Montes S, Valdez-Santiago R. Violencia hacia las mujeres en ocho regiones indígenas de México: notas metodológicas en torno a la Encuesta Nacional sobre Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI). *Estudios Sociol*. 2007;26(2):435-50.
23. Avila-Burgos L, Valdez-Santiago R, Híjar M, del Rio-Zolezzi A, Rojas-Martínez R, Medina-Solís CE. Factors associated with severity of intimate partner abuse in Mexico: results of the first National Survey of Violence Against Women. *Can J Public Health*. 2009;100(6):436-41.
24. Jong LC, Sadala ML, Tanaka AC. Giving up reporting the aggressor: reports of female victims of domestic violence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2012 Aug 17];42(4):744-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/en_v42n4a17.pdf
25. Lettiere A, Nakano AM, Rodrigues DT. Violence against women: visibility of the problem according to the health team. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2012 Aug 17];42(3):467-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a07.pdf
26. México. Secretaría de Salud; Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (ENVIM). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
27. Bollen KA, Bauldry S. Three Cs in measurement models: causal indicators, composite indicators, and covariates. *Psychol Methods*. 2011;16(3):265-84.
28. Schraiber LB, Pires Lucas D'Oliveira AF, Couto MT. Violence and health: theoretical, methodological, and ethical contributions from studies on violence against women. *Cad Saúde Pública*. 2009;25 Suppl 2:S205-16.
29. Lincoln YS, Guba EG. The only generalization is: there is no generalization. In: Gomm R, Hammersley M, Foster M, editors. *Case study method*. 6th ed. London: Sage; 2006. p. 27-44.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las mujeres participantes en el estudio, y al equipo de trabajo de campo. Este estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología – Conacyt, mediante Fondo Sectorial N° 87719 de 2008.