

UNIVERSITA JAUME I
TRABAJO FINAL DE MÁSTER EN: IGUALDAD Y GÉNERO EN EL ÁMBITO
PÚBLICO PRIVADO
Curso académico 2015/2016

TÍTULO
DERECHO A LA SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO

ALUMNA: MARIA LUISA GARCIA CORTÉS
TUTORA: ROSARIO TUR

Índice de contenido

I.- Introducción	3
II.- Marco normativo contra la violencia de género	6
2.1.- Marco internacional y europeo	6
2.2.- Marco jurídico estatal	11
III.- Concepto y causas de la violencia de género en el campo de la salud	14
3.1.- Salud y Violencia de Género	14
3.2.- Incidencia en España. La importancia de los datos	18
3.3.- Tipos de Violencia	19
3.4.-La escalada y ciclo de la violencia	23
IV.- El servicio sanitario ante la violencia de género	25
4.1.- La Prestación sanitaria. Concepto y cartera de servicios	25
4.2.- Población cubierta por el Sistema Nacional de Salud	26
4.3.- La Estructura administrativa sanitaria. Competencias en materia de Violencia de Género	28
4.4.- Estructura de la asistencia sanitaria	30
4.4.1.- Atención Primaria	30
4.4.2.- Atención Especializada	31
4.5.- Implicaciones de la violencia de género en los servicios sanitarios. Barreras organizativas y propuestas de actividades preventivas de V.G.	32
4.6.- El gasto sanitario. Los recortes presupuestarios y la privatización sanitaria	34
4.7.- Violencia de género y emergencias sanitarias	36
V.- La Importancia del profesional sanitario en la detección de la V.G.	38
5.1- Planteamiento del problema	38
5.2.- Infradetección versus detección precoz en consulta	39
5.3.- Dificultades para la comprensión e identificación de la V.G	41
5.3.1- Obstáculos socio-culturales. Mitos y creencias	42
5.3.2.- Obstáculos desde el propio entorno de la violencia	43
5.3.3.- Obstáculos en el contexto de la consulta	43
5.3.4.- Obstáculos del profesional sanitario	43
5.4.- La Formación del personal sanitario clave para la detección y abordaje de la violencia de género	44
VI.- Conclusiones y propuestas	49
VII.- Bibliografía	52

I.- INTRODUCCIÓN

La violencia de Género es una de las violaciones más graves de los derechos humanos contra las mujeres y constituye en la actualidad un problema de salud pública de primera magnitud, tanto por su prevalencia como por las consecuencias, pues afecta a la vida y a la integridad física y psicológica, generando una gran demanda asistencial en atención primaria, hospitalaria y social.

En 1975, Naciones Unidas fue el primer organismo que reparó en la gravedad de la violencia contra las mujeres. En 1980, hizo la siguiente declaración: “La violencia contra la mujer es el crimen encubierto más frecuente del mundo”, constatándose que esta forma de agresión hacia la mujer es la causa de mortalidad no natural más elevada, entre mujeres de 15 a 45 años.

La preocupación por el espectacular aumento de la incidencia de los traumatismos causados intencionalmente en todo el mundo a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a las mujeres y a las niñas, llevó a que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Asamblea General celebrada en Melbourne en 1996, adoptara la Resolución 49.25 para que la prevención de la violencia fuese declarada una prioridad de salud pública en todo el mundo. Hace suyas, de este modo, las recomendaciones formuladas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo en 1994 y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995, para que se abordase urgentemente el problema de la violencia contra las mujeres y se determinaran las consecuencias para la salud de las mujeres. Se reconoce, así, que los agentes de salud se encuentran con frecuencia entre los primeros que ven a las víctimas de la violencia, tienen una capacidad técnica sin igual y gozan de una posición especial en la comunidad para ayudar a las personas expuestas a ese riesgo.

Pero ya antes, en 1952, al definir la salud como: “no sólo la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad”, permitió superar el concepto biologicista de salud tradicionalmente vinculado a la violencia, e introdujo el componente social y político, los cuales pasaban a jugar un importante papel junto con el científico y posibilitaba enfatizar las relaciones de poder dentro de la sociedad.

Por otro lado, una proporción considerable de los costes de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias, de ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en la prevención y tenga un papel clave que desempeñar al respecto.

En el ámbito sanitario español, los estudios señalan prevalencias de violencia que oscilan entre un 20% hasta el 50% (Ruiz Pérez e al, 2002; Ruiz Pérez et al, 2004; Ruiz

Pérez et al, 2006; Lorente Acosta, 2008), y muestran evidencias de que las mujeres maltratadas hacen un uso más frecuente de los servicios sanitarios respecto de aquellas mujeres que no han padecido violencia, incluyendo las consultas de atención primaria y los servicios de urgencias, con síntomas o padecimientos que enmascaran el problema de fondo. Al mismo tiempo la violencia de género acarrea graves consecuencias y riesgos para la salud de las víctimas siendo una fuente importante de mortalidad y morbilidad para las mujeres.

Los y las profesionales del sistema sanitario tienen una posición privilegiada para su detección y prevención, ya que la mayoría de las mujeres buscan atención médica a lo largo de su vida. Así, los estudios evidencian que el sólo hecho de preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta si han padecido o padecen situaciones de violencia de género aumenta el diagnóstico y provisión de servicios sanitarios e información a éstas mujeres. La detección e identificación temprana de la violencia reduciría las consecuencias y padecimientos de quienes la sufren (Rohfs y Valls Llobet 2003: 264).

En España, en la última década se han producido avances legislativos en materia de lucha contra la violencia de género e igualdad, atendiendo a las recomendaciones internacionales en el sentido de proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres. Con la promulgación de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, no sólo tuvo lugar un impulso al desarrollo de actuaciones en la conquista de la igualdad, el respeto a la dignidad humana y la libertad de las personas, sino que destacó el papel del sector de la salud ante este grave problema. Fruto de ello fue la implantación del Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007. Este protocolo fue el primero que se propuso para su aplicación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS): su objetivo era proporcionar a los/las profesionales sanitarios unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres por el compañero íntimo, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación en los casos detectados y seguimiento de los mismos. Posteriormente, en el año 2012 se aprobó la nueva edición del Protocolo Común, donde se amplían los conceptos generales, se profundiza en el modelo de atención integral desde los servicios sanitarios y en las características específicas de la actuación sanitaria en condiciones de mayor vulnerabilidad, y se completa el apartado de aspectos éticos y legales, a fin de aportar más herramientas al personal sanitario para la toma de decisiones.

Sin embargo, estas tareas asignadas al sistema sanitario y a sus profesionales, por la necesidad de afrontar la violencia, requieren de la adecuación de los recursos;

adecuación que tiene que ver con la sensibilización, capacitación y formación de los/las profesionales, que junto con la cooperación y la coordinación interinstitucionales e intersectoriales son imprescindibles para el abordaje de este problema.

La Ley Orgánica 1/2004 alude a la sensibilización y formación en el ámbito sanitario, por lo que “las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia”.

El problema de la violencia de género necesita de un tratamiento multisectorial, pero no debemos olvidar que el personal de los servicios sanitarios debe ser capaz de ver que tras una sintomatología de salud puede haber un caso de violencia de género, y así tratarlo como un diagnóstico diferencial. Para muchas mujeres maltratadas el personal sanitario es el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que puede ofrecerles apoyo e información, bajo una especial relación de confianza y confidencialidad y creando un clima para que la mujer pueda abrirse, romper su aislamiento y contar su proceso.

Sin embargo, pese a los avances que se han producido en los últimos años tras la implantación de estas medidas, se evidencia una infradetección y el retraso en el diagnóstico de la violencia de género dentro de los servicios sanitarios, incluso para las mujeres que presentan más factores de riesgo, pues “rara vez los profesionales sospechan la existencia de esta situación y sólo se identifica un 1% del total estimado de casos de mujeres maltratadas” (Coll Vinent et al, 2008: 7). Igualmente se concluye en este estudio que el personal sanitario no ve la violencia doméstica como un problema de salud, mostrando un gran desconocimiento y poca formación.

En función de lo anteriormente expuesto, destacando el enorme papel que representa el sector sanitario en la detección y prevención de la violencia de género, se propone con este trabajo describir la violencia de género como un problema de Salud Pública, determinando su alcance, magnitud y consecuencias para la salud de las mujeres que la sufren y, de este modo, presentar una aproximación al sector sanitario frente a la violencia de género. Se pretende resaltar la infradetección actual, los obstáculos y barreras con las que se encuentra el personal sanitario para reconocer la violencia, y cómo la formación y sensibilización del personal puede mejorar las habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para la detección precoz de los casos de violencia.

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre la violencia de género desde el ámbito sanitario, analizando estudios e informes realizados durante la última década por instituciones públicas, tanto internacionales como nacionales. Igualmente, se ha llevado a cabo un análisis de numerosos trabajos de profesionales sanitarios publicados en revistas de investigación relacionados con este tema. Para ello se realizaron búsquedas en bases de datos especializadas como Medline, Cuiden, Scielo, revistas electrónicas de salud como Gaceta Sanitaria, Elsevier, etc.

El presente trabajo consta de una revisión, capítulo dos, del marco teórico-normativo en el ámbito internacional y europeo así como de la normativa estatal. Una parte teórica, capítulo tres, en la que se revisan conceptos generales: la definición, las causas y tipos de violencia de género, el proceso de instauración y mantenimiento de la relación de violencia así como sus repercusiones sobre la salud. En el capítulo cuarto, describiremos la organización y estructura sanitaria en España, sus niveles organizativos, competencias de las administraciones públicas, cartera de servicios. Y nos centraremos en el capítulo quinto en la identificación de las dificultades para la detección de la violencia de género en el medio sanitario y la importancia de la formación de estos profesionales.

II.- MARCO NORMATIVO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Para comprender la intervención sanitaria en el ámbito de la atención en la violencia de género es esencial destacar la normativa legal vigente, en el que se inscriben las actuaciones en materia de violencia contra las mujeres, pues la violencia contra la mujer forma parte de las agendas y debates a nivel internacional, a la cual se han suscrito a nivel nacional. Para una respuesta efectiva y coordinada frente a la violencia contra las mujeres es fundamental una legislación completa, coherente, consecuente y que responda a una real y efectiva igualdad de mujeres y hombres acorde a la dignidad humana que les corresponde.

Asimismo, cabe señalar que las políticas de salud deben tener en cuenta las desigualdades de género e integrar la perspectiva de género, lo que se debe visualizar en los siguientes aspectos: en la construcción social de los problemas de salud, y en la toma de decisiones y en la formulación, implantación y evaluación de las políticas de salud (Borrel C y Artazcoz L, 2008: 249).

2.1. Ámbito internacional y europeo

La violencia contra las mujeres ha sido recogida y definida como una forma de discriminación y vulneración de los derechos de las mujeres en numerosas conferencias de los Organismos Internacionales.

La Asamblea General de Naciones Unidas proclamó 1975 como el Año Internacional de la Mujer. A partir de ese momento, se incluyeron temas relativos a las mujeres en los programas de la ONU.

I.- Las cuatro conferencias mundiales marcaron hitos históricos para avanzar en la igualdad de las mujeres en todas las esferas de la vida pública y privada.

“Las cuatro conferencias mundiales sobre las mujeres celebradas entre 1975 y 1995, organizadas por Naciones Unidas, han contribuido a situar la causa de la igualdad entre las mujeres y hombres en el centro del temario mundial, y unieron a la Comunidad Internacional en apoyo de un conjunto de objetivos comunes por la igualdad de género en todas las esferas de la vida, tanto de la vida privada como de la pública” (Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar la plataforma de acción de Beijing. Nueva York, 5 a 9 de junio de 2000). Éstas, junto con pactos y convenciones, han hecho más cercana la igualdad real entre hombres y mujeres, donde para la elaboración de este trabajo, se han seleccionado aquellas relacionadas con la violencia de género y salud.

La Tercera Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Nairobi en 1985 logró un consenso internacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Destaca la aparición del concepto Educación para la salud, que debe orientarse hacia el cambio de las actitudes, los valores y acciones que sean discriminatorias y perjudiciales para la salud de la mujer y de las niñas. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995, marca un hito en relación a los derechos de las mujeres. Supone un verdadero avance en la lucha por la igualdad en el marco internacional, logrando un documento unánime de compromiso de los Estados con el fin de erradicar la violencia y avanzar en la igualdad, desarrollo y la paz. En esta conferencia destacan dos conceptos: género y transversalidad del enfoque de género. Beijing avanza en una Plataforma de Acción, señalando la inequidad contra las mujeres, incorpora doce esferas de trabajo, y ya se aprecia una clara interrelación entre discriminación de género, violencia, salud y atención sanitaria. Enfatiza también el estudio de las causas y consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas de prevención (promoviendo investigaciones, estudios y recogida de datos, estadísticas así como difundir los estudios).

Estas conferencias ponen en primer plano el tema de la salud de las mujeres, como meta a conseguir a nivel mundial. Así, después la IV Conferencia Mundial sobre la mujer, en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, en 1996, se reconoció la violencia contra las mujeres como “un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo”, identificándolo como “un factor crucial en el deterioro de la salud, tanto por su magnitud como por sus consecuencias”.

II.- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), que entró en vigor en 1981, de la que surgen obligaciones para los Estados participantes, y en el que se crea un órgano de vigilancia, que establece recomendaciones generales y particulares a los Estados para garantizar la aplicación de lo dispuesto en la citada Convención. El artículo 12 está dedicado específicamente a la salud, y en él se concibe la salud como parte de la formación del capital humano de la mujer así como una inversión para el bienestar de la población.

III.- Conferencia Mundial por los Derechos Humanos, celebrada en Viena, en 1993, que reconoce que los derechos humanos de las mujeres y de las niñas son una parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. Considera que la violencia contra las mujeres es incompatible con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas por los Estados.

IV.- Declaración para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en 1993, cuyo artículo primero es el referente mundial para definir la violencia contra la mujer. En su artículo 2 nos describe las formas que abarca la violencia: “La violencia física, sexual y psicológica, incluidos los malos tratos, el abuso sexual que se produzca en la familia, perpetrados dentro de la comunidad en general y la perpetrada o tolerada por el Estado”.

V.- Declaración del Milenio. En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes del mundo convinieron en establecer objetivos y metas mensurables, para alcanzar en 2015. Entre sus objetivos se encuentran: promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer, mejorar la salud materna reduciendo la mortalidad materno y el acceso universal a la salud reproductiva, atención prenatal y planificación familiar. Los objetivos del Milenio han concentrado decisivamente la atención en la necesidad de la acción multisectorial coordinada, considerando todos los factores en interacción, de tal forma que sin progreso en la salud no se logrará alcanzar los objetivos en otras áreas.

VI.- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la Asamblea General de la ONU adoptó el 25 de septiembre de 2015 un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. La nueva Agenda se basa en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y aspira a completar lo que estos no lograron, en especial llegando a los más vulnerables. La Agenda plantea 17 Objetivos con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental. Entró en vigor el 1 de enero de 2016 y regirá los programas de desarrollo mundiales durante los próximos 15 años. Ello dado que “La consecución de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas contribuirá decisivamente al progreso

respecto de todos los Objetivos y metas. No es posible extraer todo el potencial humano y alcanzar el desarrollo sostenible si se sigue negando a la mitad de la humanidad el pleno disfrute de sus derechos humanos y sus oportunidades”.

Las Naciones Unidas sentaron así las bases jurídicas para que los gobiernos desarrollaran políticas orientadas a la eliminación de la violencia de género y la protección de las víctimas, y en cuanto a las políticas sobre la salud, se enfocan, no en un sentido asistencial, sino considerado como una cuestión social, un bien público, un derecho de los seres humanos que es necesario para su funcionamiento pleno.

Por ello, cuando a finales de la década, la Unión Europea empezó a desarrollar una normativa propia para promover la igualdad de género y erradicar la violencia contra las mujeres, no hizo sino recoger los mandatos de Naciones Unidas. Fue entonces cuando la comunidad internacional empezó a abordar la violencia contra las mujeres desde una nueva perspectiva: no como un fenómeno perteneciente al ámbito privado, sino como un problema social, cultural y político de carácter estructural. La violencia de género pasa a ser considerada no solamente una consecuencia sino también una causa de la desigualdad entre hombres y mujeres.

VII.- Tratados de La Unión y Carta de los Derechos fundamentales. La igualdad de hombres y mujeres es un derecho fundamental y un valor común de la Unión Europea, consagrado en los Tratados originarios. Se contemplan acciones al objeto de eliminar las desigualdades entre el hombre y la mujer y promover la igualdad, pero en ninguno de ellos se hace mención específica a como la violencia de género imposibilita alcanzar la igualdad. Al igual que los Tratados previos, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000 recoge el derecho a la igualdad, pero tampoco hace mención alguna a la violencia de género: ni como obstáculo a la igualdad entre hombres y mujeres ni en los Títulos dedicados al derecho a la dignidad (donde sí se prohíbe de forma explícita y genérica “la trata de seres humanos”), la integridad (donde se hace mención a “la tortura y los tratos degradantes”), o la libertad y seguridad (dos derechos vulnerados por la violencia de género). En su artículo 35 nos habla del derecho a la protección de la salud: “Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana”, pero no contempla la violencia de género como una fuente de insalubridad para la mujer.

Programas Daphne. Surgió a principios de 1997 como parte de la respuesta de la Comisión Europea a la creciente preocupación suscitada por la violencia ejercida hacia los y las menores, adolescentes y mujeres en Europa con el fin de combatirla.

Con el Programa Daphne cuatrienal (2000-2003), el alcance de la actividad se amplió y se solicitó a las instituciones y organizaciones que actuaran en el ámbito de la prevención y de protección contra la violencia ejercida contra los niños/as, adolescentes y mujeres. Se fomentó la cooperación transfronteriza entre las organizaciones no gubernamentales y las entidades nacionales, regionales y locales. Entre sus objetivos generales se encuentra el contribuir a garantizar un elevado nivel de protección de la salud física y psíquica, prestando apoyo a las víctimas con el fin de evitar futuras exposiciones a la violencia. Concretamente, en el programa Daphne II se valoraron las graves repercusiones de la violencia a corto y largo plazo sobre la salud, el desarrollo psicológico, el social y la igualdad de oportunidades de las personas afectadas, prestándole una atención especial al alto coste social y económico de la violencia.

Debido a su gran repercusión, el Parlamento europeo aprobó la tercera fase Daphne III (2007-2013). El objetivo general fue la prevención de la violencia y la protección de niños, jóvenes y mujeres víctimas de violencia. Cofinanció en el periodo 2007-2013 el intercambio de buenas prácticas de intervención y la formación de profesionales, la elaboración de protocolos de intervención y la implementación de campañas de sensibilización social.

Los programas Daphne han contribuido a constatar que la violencia de género hunde sus raíces en la sociedad europea y afecta a la salud de sus mujeres de una manera silenciosa y extensa.

Carta de la Mujer. La Comisión Europea en marzo de 2010 publicaba una Carta de la Mujer, que reafirma el compromiso de la Comisión con los derechos fundamentales, el respeto de la dignidad e integridad de las mujeres, así como la erradicación de la violencia de género, incluidas las costumbres y tradiciones dañinas. Sus iniciativas van encaminadas principalmente a eliminar las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y a erradicar toda forma de violencia de género.

Estrategia de la Comisión Europea para la igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015. Las mujeres y los hombres se enfrentan a riesgos sanitarios y enfermedades específicos que son precisos abordar adecuadamente en la investigación médica y en los servicios de salud. Hay que garantizar que los servicios sociales y de salud sigan mejorando su adaptación a las necesidades específicas de las mujeres y los hombres.

El Pacto por la Igualdad de Género 2011-2020, se propone combatir todas las formas de violencia contra la mujer, con objeto de garantizar que ésta disfrute plenamente de sus derechos humanos, y lograr la igualdad de género con vistas a un crecimiento integrador. Se indican, entre otras medidas, la adopción, aplicación y

supervisión de estrategias a escala nacional para eliminar la violencia contra las mujeres, reforzando la prevención y la protección a las víctimas así como la implicación de los hombres en la lucha y el refuerzo de la prevención.

Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011, y que entró en vigor en España el 1 de agosto de 2014. Su importancia deriva de que representa el primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer y violencia doméstica, siendo el tratado internacional de mayor alcance para hacer frente a esta grave violación de los derechos humanos, al disponer asimismo una tolerancia cero respecto a la violencia hacia la mujer. La violencia contra la mujer se reconoce en el Convenio como una violación de los derechos humanos y como una forma de discriminación, considerando responsables a los Estados si no responden de manera adecuada. Ningún otro tratado de ámbito europeo había identificado y expresado textualmente que la violencia contra la mujer es un atentado a los derechos humanos. El Convenio establece estándares mínimos de prevención, protección, persecución penal y servicios, obligando a los países que lo ratifiquen a establecer servicios como líneas de asistencia telefónica, centros de acogida, servicios médicos, orientación y asistencia legal.

Sorprende que, hasta el Convenio de Estambul de 2011 no se hubiera incorporado de forma ostensible y explícita el compromiso de la Unión Europea por eliminar, y la obligación de luchar contra la violencia de género. Sobre todo si se tiene en cuenta la gravedad y extensión del fenómeno en Europa, su impacto en la desigualdad de género, la vulneración de los derechos a la dignidad, la integridad, la libertad, la seguridad y la autonomía de las mujeres. Sin embargo, el derecho derivado de la Unión consta de varios textos en los que la lucha contra la violencia de género ocupa un lugar preponderante (Thill M, 2013).

2.2. Ámbito nacional

I.- La Constitución Española de 1978

Hemos de hacer en primer lugar una referencia al marco constitucional, ya que cuando se habla de violencia contra las mujeres, determinados derechos constitucionales se ven afectados. Nuestra Constitución Española, en su artículo primero declara que: “España se constituye en un Estado Social y Democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”.

El Estado y los poderes públicos en general tienen la obligación de intervenir para acabar con el desequilibrio y contribuir a erradicar la desigualdad por razón de género. Esta obligación aparece consagrada en el artículo 9.2 de la Constitución:

“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”. La violencia contra las mujeres está íntimamente relacionada con la desigualdad de género. Uno de los principios que se ven claramente afectados cuando hablamos de violencia de género es el principio de igualdad recogido en el artículo 14 de la Constitución: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. Pero, además, la violencia de género ataca directamente y de manera brutal a la dignidad de las mujeres, a su vida y a su integridad física y moral, bienes jurídicos que se encuentran protegidos por los artículos 10 y 15 de la Constitución, y vincula la salud como una libertad individual en conexión con el derecho a la vida y con el derecho a la integridad personal (León Alonso M, 2008).

II.- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

La Ley se configura como una respuesta integral de carácter interdisciplinar al contemplar diferentes ámbitos de actuación dirigidos a la sensibilización de la ciudadanía, la prevención, detección o intervención como medidas a tener presente en el proceso de atención de este gran problema. Otra novedad es que su capítulo III lo dedica exclusivamente al ámbito sanitario. Por primera vez se asume en una ley la importancia de la prevención y de la sensibilización social, así como la necesidad de la formación específica para todos los profesionales que intervienen en este campo, con especial incidencia en el terreno de la sanidad, para promover la detección precoz de la violencia (artículo 15.1). Para hacer posible esta tarea la ley prevé el desarrollo de programas de sensibilización y formación del personal sanitario en sus ámbitos de trabajo, así como la inclusión en los contenidos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas de las profesiones sanitarias de los contenidos dirigidos a la capacitación para el logro de aquellos objetivos.

Se ha alabado el diseño de una respuesta integral de la Ley Integral, con múltiples perspectivas y ámbitos de actuación, y el avance legislativo en el abordaje de la violencia contra la mujer. Pero tras más de una década de su publicación se plantea su eficacia, pues la violencia contra las mujeres en España no se ha reducido, y menos aún se ha erradicado. Asimismo, se destaca que el novedoso planteamiento relacionado con la prevención apenas se ha desarrollado en los diez años de vigencia de la ley. Así por ejemplo, se obligaba a los poderes públicos a poner en marcha un

Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género “de manera inmediata a la entrada en vigor de esta Ley, con la consiguiente dotación presupuestaria”. Sin embargo, el primer plan (2007/2008) se aprobó el 15-12-2006. Hubo un informe de ejecución en 2009, que no se ha vuelto a repetir y, a partir de ese momento, con el advenimiento de la crisis económica, se han reducido drásticamente los fondos destinados a ese ámbito (Ortubay Fuentes, 2014).

El plan de actuación diseñado por la Ley integral “no se ha cumplido más que en una pequeña parte. Sin duda, la coyuntura económica no ha ayudado a ello, pero considero que tienen más peso las razones ideológicas que, en una situación de escasez de recursos, han optado por sacrificar absolutamente los destinados a políticas de igualdad. Parecería que, si bien la sociedad española y sus líderes han asumido el discurso contra la violencia de género, lo han hecho de modo superficial, sin convencerse de que el avance hacia la igualdad real entre mujeres y hombres es el único medio eficaz para reducir la violencia de género” (Ortubay Fuentes, 2014).

Respecto a la aplicación de un protocolo sanitario, contemplado en el artículo 16 de la Ley Orgánica, se establece que “En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente Ley, una Comisión contra la violencia de género que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo, evalúe y proponga las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia”.

En abril de 2007, se editó el Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género, en colaboración con las Comunidades Autónomas, como herramienta fundamental para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano. Sin embargo, esto tampoco ha sido eficaz dado que teniendo conocimiento de su existencia apenas un tercio de los/las profesionales del sector de salud han leído el protocolo; por tanto, deviene inútil como herramienta de detección de la violencia de género.

La experiencia acumulada por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas así como la evolución creciente en la evidencia científica respecto a los impactos de la violencia de género en la salud de las mujeres que lo sufren, sus hijas e hijos, así como en relación a contextos de mayor vulnerabilidad, permitió la edición de un nuevo Protocolo Común en 2012.

III.- La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres ante la prevención de la violencia de género

En el artículo 27 se indican cuáles serán los criterios que deben regir la “integración del principio de igualdad en la política de salud”, de forma que se incluyan las diferentes necesidades de hombres y mujeres en las políticas, las estrategias y los programas de salud. Además las Administraciones públicas están obligadas a garantizar un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, integrando en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, el principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros. En el apartado tercero enumera cuáles serán las actuaciones que deberán desarrollar desde el principio de igualdad de oportunidades: entre ellas, la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.

Dentro del marco normativo nacional, se puede concluir que contamos con un marco legislativo, en líneas generales, adecuado para alcanzar la igualdad y la no discriminación, pero la falta de voluntad política e institucional deja constancia de que, **lejos de avanzar en la igualdad, España está en claro retroceso**. Respecto a la salud, pese a contar con una normativa adecuada, la falta de medios impide que el personal sanitario pueda hacer correctamente su labor para contribuir a la erradicación de la violencia de género.

III. CONCEPTO Y CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL CAMPO DE LA SALUD

3.1. Salud y Violencia de Género

La Organización Mundial de la Salud, en su carta Fundacional en 1946, define la salud como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad.

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. En su artículo primero define este tipo de violencia como “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual y psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad tanto si se produce en la vida pública como en la privada”. La Organización de Naciones Unidas tras definirla, estableció los objetivos estratégicos de su lucha, declarándola prioridad internacional para los servicios de salud en 1998, y reconociendo que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr los

objetivos de igualdad y paz, pues viola y menoscaba el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Esto constituye una preocupación a nivel mundial, de tal manera que la OMS en 1996 (Resolución 49.25) declaró que la violencia contra la mujer es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Las razones que expone para declarar la violencia contra las mujeres como un tema prioritario de salud son: 1º la violencia produce un considerable padecimiento y consecuencias negativas para la salud a una proporción significativa de la población femenina; 2º tiene un impacto negativo directo sobre temas importantes de salud, como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA; y 3º los trabajadores de salud son el principal o único punto de apoyo para las víctimas de violencia.

A pesar de la magnitud de dicha declaración y de los diferentes informes elaborados por la OMS dedicados a la salud de la mujer y violencia doméstica, en junio de 2013 publica un informe que destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. Es el primer estudio sistemático de los datos mundiales sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres, ejercida tanto por la pareja como por otras personas. En dicho informe se concluyó que cerca del 35% de todas las mujeres experimentarán hechos de violencia ya sea en la pareja o fuera de ella en algún momento de sus vidas. Y destaca que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer, ya que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo. Asimismo, detalla el impacto de la violencia sobre la salud, a corto y largo plazo, física y mental de mujeres y niñas, resaltando que el 38% de los asesinatos de mujeres se asocian a la violencia de pareja.

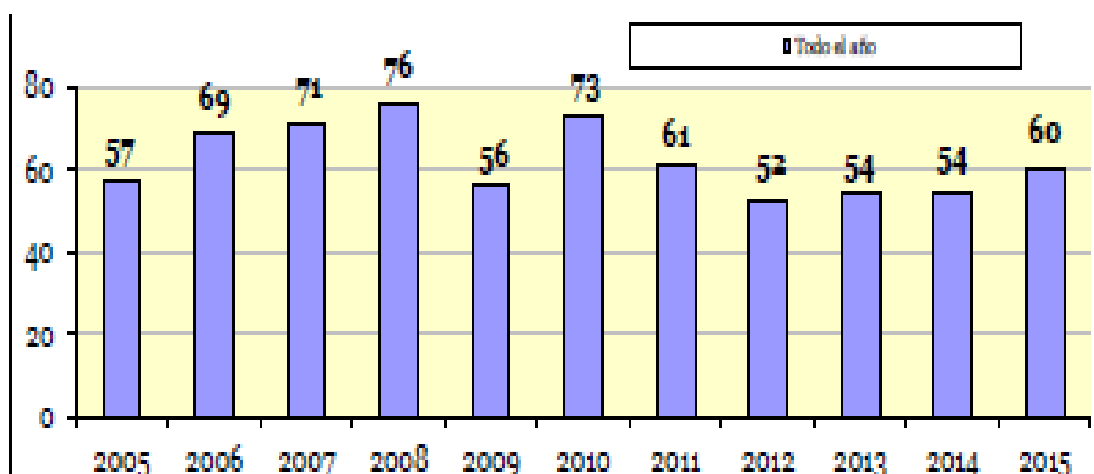
Las cifras que arroja la violencia de género desde el punto de vista del coste de vidas, el coste sanitario y social, apoyan su consideración como un asunto de salud pública. En el marco de un proyecto Daphne se ha calculado que los costes únicamente de la violencia conyugal se elevan a 16.000 millones de euros anuales, en los que se incluyen los costes médicos directos (urgencias, hospitalización, atención ambulatoria, medicamentos), el coste de las actividades policiales y judiciales, los costes sociales (refugios y ayudas diversas), y los costes económicos (pérdidas de producción).

La violencia contra las mujeres representa una de las violaciones de los derechos humanos y de salud pública más difundidas y está presente en todos los países, atravesando indistintamente todas las culturas, clases sociales, edades, niveles de educación, categorías económicas y grupos étnicos.

Esta violencia perpetúa la subordinación de la mujer a la autoridad masculina, pero además la violencia ha sido y continúa siendo un instrumento para mantener el orden establecido (Eguigure Bravo, 2004).

La investigación empírica ha demostrado que la experiencia de la violencia en la mujer tiene consecuencias directas no sólo para su propio bienestar, sino también para el de sus familias y comunidades. Estas consecuencias pueden ser amplias y fatales sobre la salud física y psíquica, tanto a corto como a largo plazo y pueden tener un impacto diferente en la salud de la mujer (Alfonsa Dehesa, 2014), siendo considerada por la OMS en 2002 como la principal causa de morbilidad.

Gráfico-1. Víctimas mortales de violencia de género en España desde 2005 a 2015



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad

En el marco de la Unión Europea, la encuesta publicada en 2014 por la Agencia de los Derechos Fundamentales, la encuesta de la FRA, pone de manifiesto que la violencia física, sexual y psicológica contra las mujeres supone una gran violación de los derechos humanos en todos los Estados miembros de la UE”. A partir de las respuestas de la encuesta, algunas de las principales conclusiones son:

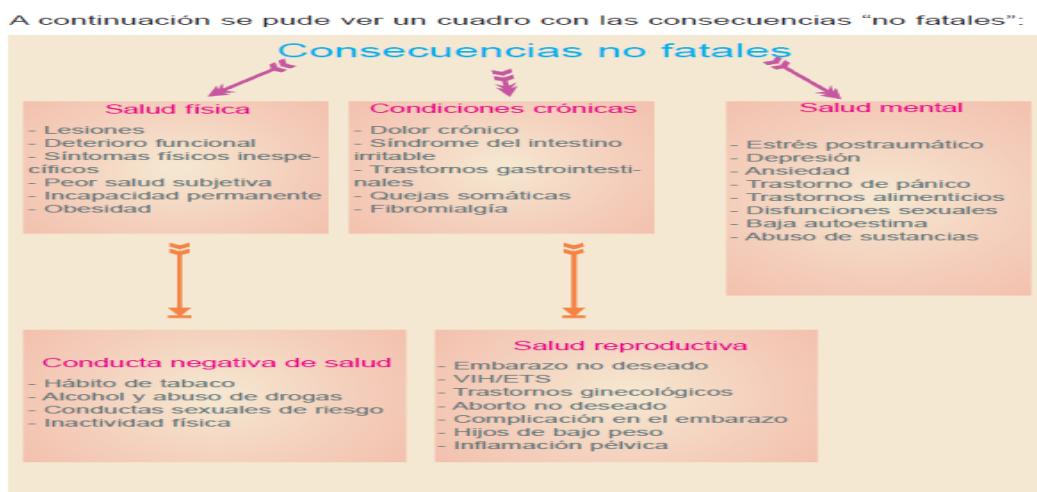
- El 33 % de las mujeres han experimentado violencia física y/o sexual desde que tenían 15 años. Esto representa 62 millones de mujeres, tan sólo en el marco europeo.
- El 43 % han experimentado algún tipo de violencia psicológica por parte de su pareja actual o una anterior, como humillaciones en público, prohibición de salir de casa o encerrarla, forzarla a ver pornografía y/o amenazas físicas
- El 22 % han experimentado violencia física y/o sexual por parte de una pareja.

Desde el modelo biomédico, la violencia se clasifica como una lesión intencionada, pero de esta forma se limita el conocimiento de muchas formas de violencia y de sus múltiples consecuencias para la salud. Por ello, hay que observar la violencia como un factor de riesgo para una mala salud (Plazaola-Castaño y Ruiz Pérez, 2004). En el informe mundial sobre la violencia y la salud de 2002, la OMS afirma que allí donde la

violencia persiste, la salud corre grave peligro. Y ello porque “el impacto sobre la salud de las mujeres que sufren violencia de género no se debe tanto a la acción puntual de la agresión, sino a lo que se denomina exposición de la violencia”. De tal forma que, además de la violencia en sí, la propia forma de ejercerla el agresor actúa como elemento agravante de las consecuencias y éstas alcanzarán a todas las personas que se encuentren expuestas. Por lo tanto, los niños y niñas que convivan en ese ambiente sufrirán los efectos de forma directa e indirecta (Lorente Acosta, 2008: 193). De ahí, que debamos entender que la violencia sobre las mujeres no siempre se ejerce a través de las agresiones físicas, sino que el objetivo de dicha violencia es someter y controlar a la persona sobre la que se ejercen, es decir, para someter a las mujeres, ocasionando importantes daños tanto físicos como psíquicos (Alberdi y Matas, 2002).

El Protocolo Sanitario Común de 2012, a la hora de examinar las consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres distingue entre: 1º. Consecuencias fatales (muerte, suicidio); 2º. Consecuencias en la Salud física; 3º. Consecuencias en condiciones crónicas de salud; 4º. Consecuencias en salud sexual y reproductiva; Consecuencias en salud psíquica y Consecuencias en la salud social (Dehesa Fontecilla, 2013).

Gráfico-2. Consecuencias “No fatales”



Fuente: Isabel Ruíz Pérez. Escuela Andaluza de Salud Pública. Programa de Formación de Formadores en Perspectiva de Género, 2005

En cuanto a los daños físicos, encontramos numerosos trabajos que ponen de manifiesto que las mujeres que sufren violencia física y/o sexual pueden llegar a padecer un 60% más enfermedades de carácter físico que las que no son víctimas de violencia; y cómo las lesiones, el miedo y el estrés asociado a la violencia ocasionan problemas de salud crónicos. La OMS en su “Informe Mundial de Violencia y Salud”

señala como los más frecuentes: daño abdominal/torácico, hematomas y contusiones, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, trastornos gastrointestinales, colon irritable, laceraciones y abrasiones, daño ocular y reducción del funcionamiento físico (Lorente Acosta, 2008, citando a Krug et al 2002). Los síntomas físicos, que muchas veces son crónicos e inespecíficos (cefaleas, cansancio, dolores de espalda, etc.), aparecen entremezclados con los psíquicos. El estrés crónico que implica el maltrato favorece la aparición de diferentes enfermedades y empeora las existentes (Calvo González y Camacho Bejarano, 2014: 430).

La vulneración de los derechos fundamentales de las víctimas justifica la intervención de los poderes públicos en la vida privada de las personas a fin de tratar de paliar esta gran problemática social. Los argumentos proporcionados por los diferentes organismos internacionales, expuestos en el capítulo anterior, nos permiten considerar la violencia de género desde una perspectiva de salud pública y observar las diferentes dimensiones del fenómeno estableciendo respuestas multisectoriales, porque permite incidir sobre las diferentes fases de la violencia desde su prevención y detección clínica, hasta el tratamiento y rehabilitación de las víctimas.

3.2. Incidencia en España. La importancia de los datos

La actuación en el ámbito de la salud pública exige calibrar la magnitud del problema concreto de salud que se está tratando; es una información esencial para formular políticas válidas. Es importante disponer de datos fidedignos sobre la violencia, no sólo para planificar y vigilar, sino también para sensibilizar a la población. Sin información, poca presión puede ejercerse para que las personas reconozcan el problema o reaccionen ante él. Además, la ocultación de la violencia hace que el conocimiento de las dimensiones reales del problema y de sus características resulte difícil de precisar (Lorente Acosta, 2008). De la importancia del análisis de la magnitud se han hecho eco en España, tanto el Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género 2006-2008, como la Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia de género 2013-2016. Por su parte, en los Estados miembros de la Unión Europea las estadísticas más desarrolladas suelen ser las policiales y judiciales, mientras que los datos obtenidos desde los sistemas sanitarios están mucho menos desarrollados, de ahí que desde Europa se insista en la necesidad de superar las deficiencias en la recopilación de datos y estadísticas. Por consiguiente, la obtención de información, el conocimiento y la recopilación de datos relativos a la violencia de género, es absolutamente fundamental para conocer la magnitud del problema y hacerlo visible.

La incidencia en España la analizamos a través de la macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015, donde se concluye que un 12,5% de mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido violencia física y/o violencia sexual de su pareja o

ex pareja en algún momento de su vida. Si comparamos las distintas macroencuestas realizadas desde 1999 a 2015, se observa un incremento, pues hemos pasado del 5,1% de las mujeres encuestadas en 1999, al 10,9% de 2011, al 12,5% de 2015. Si analizamos por categorías, el 25,4% sufrió maltrato psicológico y de control, el 21,9% sufrió psicológica emocional, y un 10% sufrió violencia económica.

Por tipos de maltrato, el de carácter psicológico, como medio de control y amenazas por parte de la pareja, es más frecuente que el maltrato físico. Dato coincidente con el informe FRA y otros estudios previos en mujeres que acuden a centros sanitarios españoles donde se detecta que la prevalencia sobre la violencia psicológica supera la física y sexual (Ruiz Pérez et al 2006; Ruiz Peña et al 2010).

Un gran número de estudios sobre violencia se han realizado en el ámbito sanitario, en ellos las cifras de prevalencia de maltrato oscilan entre el 20% y el 55% en todo el mundo. En España, en el ámbito de atención primaria se ha podido examinar prevalencias entre 12% y el 51% (Ruiz Pérez et al, 2006; García Torrecillas et al, 2008; Salvador Sánchez et al 2008 y González Lozoya et al, 2010).

Asimismo, en el Informe Violencia de Género 2013, publicado en 2015, de la Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del SNS sobre casos de mujeres maltratadas, detectados y registrados durante el 2013 en los servicios sanitarios, tanto a nivel de AP como en servicios de AE **CONCLUYE:** "Casos detectados totales y por ámbito asistencial. Se aprecia un incremento importante, tanto cuando la fuente es historia clínica como cuando es el parte de lesiones. Con respecto a parte de lesiones se han identificado 12819 casos de mujeres maltratadas, lo que supone un incremento respecto a 2012 del 38,9%. Por la Historia clínica se detectaron 11398, lo que supone un incremento respecto de 2012 del 29,6%. En conjunto el SNS ha detectado en 2013 una cifra de 20369 mujeres que han declarado sufrir maltrato".

Hay que resaltar que en el ámbito sanitario se define como caso de violencia de género el de aquella mujer mayor de 14 años que reconoce por primera vez sufrir maltrato.

Respecto al tipo de maltrato detectado es más frecuente el físico, principalmente cuando la fuente es parte de lesiones, donde representa un 44% si es en AP y un 47% en AE. La psicológica pasa a un segundo puesto, destacando cuando la fuente es parte de lesiones. El sexual sigue siendo menos declarado, con porcentajes más altos a partir de la AE.

Entre las conclusiones del informe se destaca que existen deficiencias para obtener datos reales por el propio sistema de recogida de datos, porque existe baja cobertura en indicadores importantes, y se considera necesaria la continuidad de la formación del personal sanitario así como una revisión de los indicadores actuales.

Por tanto, podemos concluir que sólo podemos conocer parcialmente la magnitud del problema, pues las cifras que se conocen subestiman la magnitud real de la violencia, ya que la información disponible está dispersa y la violencia es infradiagnosticada, infradeclarada e infradocumentada.

3.3. Tipos de Violencia

Existen distintos tipos, pero siempre en función de la naturaleza del acto agresivo, dependiendo de la acción realizada por el agresor y no de las secuelas que produzca en la víctima. Estas manifestaciones pueden darse simultáneamente, generándose situaciones donde la violencia adopta varias formas a la vez, y coexisten en una misma relación (Ruiz-Pérez Plazaola-Castaño et al 2006).

Atendiendo a la definición que da Naciones Unidas, antes transcrita (Alberdi y Matas, 2002), podemos distinguir entre:

1º.- Violencia física cualquier tipo de conducta que implique el uso deliberado de la fuerza con la intención de causar un daño físico. Sus efectos pueden ser temporales o permanentes, requerir hospitalización o llegar a la muerte. Este tipo de violencia es la más evidente, y por tanto, más difícil de ocultar al dejar secuelas de forma visible e inmediata. La consecuencia más brutal de este tipo es el asesinato de la víctima.

2º.- Violencia psicológica, la constituyen aquellas conductas que atentan contra la dignidad y la integridad psíquica y emocional. No es tan visible como la anterior pero produce en la víctima desvalorización o sufrimiento, aislamiento y anulación de la autoestima, que conlleva, en muchos casos, secuelas y consecuencias de mayor calado para la salud de la mujer. Implica por parte del agresor el control de la intimidad, de las emociones, del espacio y tiempo de las mujeres, perdiendo la mujer autoestima y seguridad.

3º.- Violencia sexual, comprende cualquier actividad sexual no deseada impuesta a la mujer por su pareja a través de la fuerza, intimidación o coacción. Muchas mujeres se ven forzadas a mantener una relación sexual no deseada por miedo a ser agredidas física o emocionalmente. La prevalencia de mujeres que declara haber sufrido este tipo de violencia es alta y alcanza cifras muy elevadas.

4º.- La violencia económica, caracterizada porque el hombre maltratador controla o priva a la mujer deliberadamente del acceso a bienes, patrimonio, dinero o recursos, en general necesarios para su bienestar o el de sus convivientes, aislando a la mujer.

5º.- Violencia ambiental, estrechamente vinculado al psicológico lastimando el medio que rodea a la mujer (romper objetos personales e íntimos, del hogar, atacar a los animales domésticos, etc.) (Andrés Domingo, Balaguer Callejón, et al, 2003).

6º.- Violencia Social, una estrategia utilizada con cierta frecuencia por muchos maltratadores es tratar de aislar socialmente a la mujer víctima, impidiendo que tenga

contacto con familiares, amistades con personas de su entorno, de tal manera que es difícil que se conozca la situación de violencia. De esta forma, es aún más difícil que la situación pueda hacerse pública. Por tanto, es más complicado que la mujer pueda salir del círculo de la violencia en el que se encuentra.

La realidad empírica (Ruiz Pérez et al 2006, García Torrecillas et al 2008 y Ruiz Peña et al 2010)- estudios realizados entre usuarias en centros sanitarios de A.P-, pone de manifiesto que las agresiones psíquicas son el tipo de maltrato más frecuente, seguidas del maltrato físico y sexual. Como referencia, en el estudio Ruiz Peña et al 2010, concluyeron que el 32,4% de las encuestadas había sufrido algún tipo de maltrato por parte de su pareja. De éstas, el 88,57% sufrían agresión psíquica, el 51,14% eran víctimas de maltrato físico, y 22,86% referían violencia sexual el 22,86%. Los estudios también reflejan que el 52% de las mujeres que refirieron los 3 tipos de maltrato, lo habían sufrido durante más de 5 años (Ruiz Pérez et al, 2006), y que 38,5% de las mujeres que sufrieron maltrato califican su salud como mala o muy mala (García Torrecillas et al 2008).

Por otro lado, cuando a las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas se les pregunta cuánto ha afectado esta violencia a su bienestar físico o mental, el 78,2% afirma que bastante o mucho (macroencuesta 2015). De ahí, que “El interés por abordar el maltrato físico, emocional y sexual radica en que hay indicios de que los diversos tipos de maltrato pueden tener diferentes repercusiones en la salud de la mujer. Incluso cuando la violencia ha finalizado, sus consecuencias pueden permanecer durante mucho tiempo” (Amor et el 2006).

“Algunos estudios también parecen sugerir la existencia de un “efecto acumulativo” de las diversas tipologías de maltrato, de manera que el impacto en la salud es mayor en las mujeres que experimentan malos tratos físicos, sexuales y emocionales que en las que experimentan solamente un tipo de maltrato”(Ruiz Pérez et al, 2006).

De hecho, se demuestra que el impacto en la salud sexual y reproductiva es mayor en mujeres que han experimentado violencia física y sexual que en las que sólo sufren violencia física (Plazaola Castaño y Ruiz Pérez, 2004: 463).

Además, si el maltrato conlleva relaciones sexuales forzadas aumenta la probabilidad de que la mujer padezca enfermedades pélvicas, lesiones vaginales, disfunción sexual, embarazos no deseados, y mayor probabilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA (Matud et al 2009). Estos padecimientos son más duraderos y se dan en una proporción tres veces mayor que en las mujeres no maltratadas. Además existen síntomas y comportamientos (ansiedad, problemas asociados al estrés, consumo abusivo de alcohol y drogas etc.) que aparecen tanto en víctimas que han sufrido violencia sexual como en mujeres maltratadas física o

psicológicamente. El maltrato físico durante el embarazo supone un factor de riesgo de muerte para la madre y el feto y puede provocar problemas como infecciones del tracto urinario, lesiones y secuelas físicas en la mujer y en el feto, abortos, pobre ganancia de peso en la mujer y poco peso en el bebé recién nacido (Amor et al, 2006). Se sabe que no todas las mujeres que sufren malos tratos presentan violencia física, pero frecuentemente los malos tratos físicos se acompañan además de agresiones psicológicas o sexuales (Raphfls y Valls-Llobet, 2003). Se sabe, además, que la violencia psicológica proveniente de la pareja tiene consecuencias adversas para la salud física de las mujeres, aunque no se acompañe de maltrato físico (dolores crónicos, migraña, artritis, dolores de cabeza o colon espástico, son algunas de las afecciones físicas fuertemente asociadas con el maltrato psicológico), al igual que se vincula al uso de tranquilizantes y antidepresivos.

Así, las secuelas físicas son las más visibles pero, junto al miedo y el estrés asociado a la situación de maltrato, ello favorece la aparición de problemas crónicos de salud (Plazaola Castaño y Ruiz Pérez, 2004; Ruiz Pérez et al, 2007). De hecho, se muestra una asociación del maltrato con la morbilidad psíquica y la salud autopercebida, lo que subraya la idea de que las lesiones físicas no son la única manifestación de la violencia de género. La asociación de violencia con baja autoestima, cuadros de ansiedad, estrés postraumático o intentos de suicidio también se han confirmado (García Torrecillas et al, 2008). Se afirma que “aproximadamente un 20% de las mujeres que consultan en los servicios sanitarios padecen esta situación”, aunque rara vez acuden por maltrato, sino por síntomas o patologías encubiertas, siendo en muchas ocasiones una ocasión para solicitar ayuda (Coll Vinent, 2008).

Con los datos expuestos podemos concluir que prácticamente un tercio de las mujeres que acuden a los centros sanitarios presentan algún tipo de maltrato, ya sea mayoritariamente psíquico, físico o sexual, pero esto entra en contradicción con los datos del informe de Violencia de 2013 sobre prevalencia y tipo de maltrato. Entendemos que esta contradicción hay que buscarla en la limitada eficacia diagnóstica del profesional sanitario, por lo que con seguridad estamos infravalorando la magnitud del problema, y muchos de estos casos están infradiagnosticados. Así por ejemplo, la depresión es uno de los efectos característicos del maltrato; y además se ha planteado la asociación entre la mala salud percibida y el maltrato, por lo que éstos datos son útiles a tener en cuenta para sospechar situaciones de violencia entre las usuarias en los centros sanitarios. Sin embargo, aunque la depresión, ansiedad y somatización se asocian con el maltrato, presenta poco valor predictivo para detectarlo (González Lozoya et al, 2010).

3.4. La escalada y ciclo de la violencia

Como venimos exponiendo, lo más visible de la violencia de género son los malos tratos a mujeres en el ámbito doméstico/familiar/en la pareja. La violencia en el marco de las relaciones de pareja o afectividad es un fenómeno muy complejo con graves consecuencias, dado que la violencia se da en un contexto afectivo, amoroso, de convivencia, y en muchas ocasiones de dependencia económica y emocional, pues el maltrato no se da de manera natural sino siguiendo unos patrones concretos que debemos conocerlos, saber cómo se generan y cómo se mantienen. Y ello porque la violencia de género se manifiesta a través de un ciclo que no solo perpetúa y mantiene la conducta violenta del agresor sino que, además, hace que la mujer víctima se sienta culpable de lo ocurrido y tenga dificultades, tanto para entender que se encuentra inmersa en un estado de violencia, como para salir de la situación del maltrato que está sufriendo, llegándose a cronificarse. Entre las teorías con mayor protagonismo destaca la escalada de la violencia y el ciclo de la violencia, formulada por la investigadora Leonore Walker. Este ciclo está compuesto por tres fases: tensión, explosión o agresión y reconciliación o luna de miel. Así, se afirma que el ciclo de la violencia es tan difícil de romper que se convierte en el principal responsable de la perdurabilidad de este tipo de relaciones (Moriani Mateo, 2015).

En la primera fase de tensión o acumulación, la violencia se va construyendo a partir de la suma de pequeños incidentes o conflictos cotidianos. Se intensifica la violencia psicológica, tendente a minar la autoestima (desvalorizaciones, humillaciones, intentos de restricción, control de las amistades, limitación del dinero, restricción de las salidas de casa, etc.) y por último, culpabilización a ella de las conductas violentas de él (Amor et al, 2006). Estos episodios, aislados al principio, se suceden cada vez con mayor frecuencia generando una enorme tensión provocando unas consecuencias muy negativas en la salud y el bienestar emocional de la mujer. “Los sentimientos de las mujeres son una mezcla de angustia, ansiedad, miedo, confusión y desilusión. En esta fase las mujeres acuden al centro de salud por diversos malestares que no son lesiones directas derivadas de las agresiones físicas y que, en general, ellas no asocian conscientemente con la relación violenta pero tiene su origen en ella” (Andrés Domingo, Balaguer Callejón et al, 2003).

Esta tensión acumulada da lugar a una explosión de violencia de mayor o menor gravedad; es la fase más brutal de todas ya que en ella pueden convivir todos los tipos de agresiones previamente descritos. La mujer es consciente de que no posee ningún control sobre la situación y en ocasiones no opone resistencia porque considera que sólo serviría para incrementar la violencia. Las mujeres experimentan un estado de colapso emocional. Es la fase en la cual las mujeres deciden llevar a cabo la denuncia

y cuando se perciben claramente signos de violencia en las consultas externas o en los servicios de urgencias, siendo la más detectada por los servicios sanitarios, tanto a través del parte de lesiones como en la historia clínica.

Inmediatamente tras ésta viene la tercera fase, llamada de calma o de luna de miel, en la que desaparece la violencia y la tensión. El agresor utiliza estrategias de manipulación afectiva, se muestra muy cariñoso, pide perdón a la mujer y promete que nunca más volverá a ocurrir. Esto supone un refuerzo positivo para que la mujer continúe la relación, llegando a creer que cambiará. Esta actitud es alimentada por la creencia de que es su responsabilidad mantener la situación de armonía a la que han llegado. Busca justificaciones como que su pareja tiene problemas y que ella debe ayudarle a resolverlos (Jáuregui Balenciaga, 2006). Pero al poco tiempo vuelve a aumentar la tensión y a repetirse el ciclo.

Pero si la violencia se plantea de forma explícita desde el comienzo de la relación, uno de los elementos que puede contribuir a que la mujer siga en convivencia con el agresor es la esperanza de que la pareja cambie y cese la violencia. Esto puede venir motivado por el "ideal de amor romántico", con su carga de sacrificio, abnegación y entrega (Deza Villanueva, 2012: 48). Es más, establecida la violencia crónica como pauta de la relación, entremezclada con períodos de arrepentimiento, suscita en la mujer una ansiedad extrema que guarda relación con el Trastorno de estrés postraumático. Pero al mismo tiempo, puede producir en la víctima una situación de dependencia emocional, también denominada apego paradójico. En este caso, la intermitencia entre el buen y el mal trato es el denominador común de las diversas teorías psicológicas, que intentan explicar la permanencia en convivencia con el maltratador.

Con el paso del tiempo, la fase de agresión se repite más a menudo o se está siempre entre la tensión y la agresión, sin apenas fase de conciliación (Ruiz Jarabo y Blanco, 2005). La psiquiatría ha identificado los trastornos derivados de la violencia en la forma de cuadros patológicos que describen cómo se alteran los rasgos del comportamiento en las víctimas, llegando a establecer que entre un 60% y un 85% de las víctimas pueden presentar problemas psicológicos moderados o graves (Lorente Acosta, 2008). Por la intensidad creciente del maltrato se describe una verdadera **escalada de violencia** que puede concluir en homicidio o suicidio de la mujer (Deza Villanueva, 2012). La escalada de la violencia se define como un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad y la frecuencia de las agresiones se incrementan a medida que pasa el tiempo. El agresor comienza con abuso psicológico sutil, de tal forma que pasa desapercibido para la víctima pero tiene un efecto devastador. No la percibe como violencia sino que la observa como parte del carácter de la pareja o de

rasgos de masculinidad, que la mujer ha interiorizado como normales -se ha dado en llamar acostumbramiento progresivo- a través de procesos de socialización (cultural, familiar y social), por lo que son admitidas y minimizadas, generando en las mujeres situaciones de indefensión aprendida y vulnerabilidad. Se produce así un síndrome de acomodación al maltrato (Amor et al, 2006). Posteriormente, aparece la violencia verbal, que viene a reforzar la agresión psicológica, creando un clima de miedo constante. “En muchos casos, la mujer llega a un estado de debilitamiento, desequilibrio emocional y depresión que la llevan a una consulta psiquiátrica, en la que habitualmente la medican con psicofármacos y no se llega al fondo del problema” (Deza Villanueva, 2012: 47).

La única forma de cortar el ciclo y la escalada de violencia es por medio de la intervención externa, de ahí que el personal sanitario que atiende a estas mujeres deben conocer las dificultades a las que se enfrentan durante el maltrato y cuando deciden terminar con una relación de malos tratos, por lo que necesitarán de un marco psicoterapéutico. Sólo así podrán establecer el entorno adecuado y el clima de confianza suficiente que permita a las mujeres ganar seguridad y avanzar en el proceso. Cuando así lo consideren las y los profesionales de AP derivarán a las mujeres al Servicio especializado correspondiente, manteniendo el contacto para realizar un seguimiento como si de otro proceso patológico se tratara (Lasheras et al, 2003).

IV. EL SERVICIO SANITARIO ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

4.1. La Prestación Sanitaria. Concepto y cartera de servicios

Se entiende por prestación sanitaria el conjunto de servicios que el SNS ofrece a los/las ciudadanos/as, y que incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud. La cartera de servicios básica se estableció en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, y en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se regula la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. Posteriormente, la reforma sanitaria que establece el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, modifica la cartera común de servicios del SNS incluyendo las siguientes modalidades:

a) La Cartera común básica de servicios asistenciales se despliega a través de las siguientes prestaciones y áreas: a) Prestaciones Salud Pública. b) Atención Primaria (AP). c) Atención Especializada (AE). d) Atención de Urgencia (AU).

b) Cartera común suplementaria que incluye las siguientes prestaciones: a) Prestación farmacéutica. b) Prestación ortoprotésica. c) Prestación con productos dietéticos. d) Transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas.

Entre las iniciativas llevadas a cabo en el terreno de la asistencia y la atención a las víctimas que han sufrido la violencia por parte de sus parejas o exparejas, se incorporó en 2006, en la cartera de servicios comunes de AP: a) La detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, personas mayores y personas con discapacidad. b) La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, personas mayores y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales (Informe ejecutivo, 2008: 11).

4.2. Población cubierta por el Sistema Nacional de Salud

La población cubierta por el SNS comprende a:

- a) Todos/as los/las españoles/as, independientemente de su situación laboral y económica. El acceso a los servicios se realiza a través de la tarjeta sanitaria.
- b) Extranjeros/as:
 - I) De Estados de la Unión Europea, que tienen acceso a los servicios sanitarios públicos a través de la tarjeta sanitaria europea.
 - II) De Estados no pertenecientes a la Unión Europea. Tienen los derechos sanitarios que les reconozcan las leyes, los tratados y los convenios suscritos entre el país de origen y el Estado Español.
 - III) Resto de extranjeros/as, no registrados ni autorizados a residir en España, y que sólo tienen acceso a la asistencia pública de urgencia, excepto cuando se trate de mujeres embarazadas y menores de 18 años.

Las modificaciones producidas a este respecto vinieron del Real Decreto-ley 16/2012, que cambió las características fundamentales de la atención sanitaria que garantizaba el SNS y que afectan a toda la ciudadanía, pero especialmente a las mujeres inmigrantes en situación irregular. Así, el acceso al SNS pasa de la universalidad a la vía del aseguramiento. Esta retirada es una consecuencia directa de los recortes presupuestarios llevados a cabo por el Gobierno en los últimos años. En España, a través de la tarjeta sanitaria, mujeres y hombres inmigrantes en situación irregular tenían acceso a todos los servicios prestados por el SNS, pero tras la reforma, esas garantías se transforman en desprotección. Por tanto, esta eliminación impide a los centros sanitarios la identificación de posibles casos de violencia de género, siendo menos probable que la víctima acuda a centros policiales o judiciales a denunciar su

caso debido a su situación irregular, e impidiéndoles con ello el acceso a los tratamientos médicos y psicológicos necesarios para su recuperación. Resulta especialmente grave la situación de mujeres que padecen VIH/SIDA, pues son enfermedades graves que de no tratarse puede llevar a la muerte. De este modo, con esta reforma se ponen barreras al derecho de la salud de estas mujeres y en igualdad a otras mujeres víctimas de violencia en España, por lo que el Estado, con esta modificación vulneró su obligación de proteger los derechos humanos de las mujeres víctimas de violencia, incluidos los derechos a la salud, igualdad y no discriminación.

Desde que se aprobó la reforma sanitaria han sido varios los mecanismos internacionales de protección de derechos humanos que han subrayado que ésta contraviene los estándares internacionales en materia de derechos humanos; y han solicitado a España su modificación para garantizar el acceso a la sanidad para todas las personas sin discriminación. En mayo de 2012 lo hizo el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, quien, al referirse a la reforma sanitaria, pidió al Estado que asegurase el acceso a los servicios de salud de todas las personas que residen en su territorio, cualquiera que sea su situación administrativa, en consonancia con el principio de universalidad de las prestaciones sanitarias.

El informe de la Plataforma CEDAW Sombra-España 2014 denunció ante el Comité de la CEDAW de Naciones Unidas, el Grupo de Trabajo llamó la atención al Estado español, describiendo un ensombrecido panorama en el marco de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las mujeres en España. En la misma línea el Comité Europeo de Derechos Sociales, en su informe de enero de 2014, reafirma lo que ya han establecido antes otros organismos internacionales: que los contextos de crisis económica no rebajan las obligaciones de derechos humanos de un Estado y que los gobiernos deben analizar el impacto de las medidas que planean tomar en respuesta a la crisis, en particular el efecto sobre los grupos más vulnerables de la sociedad, en consulta con las organizaciones pertinentes. De ahí que, comunicara a España que debía retirar el Real Decreto-ley pues estaba vulnerando el derecho a la protección de la salud, recogido en el art. 11.1 de la Carta Social Europea, que obliga a asegurar el acceso universal a la salud a toda la población sin discriminación alguna. En definitiva, el gobierno de España viene ignorando de manera reiterada las resoluciones y recomendaciones de los mecanismos internacionales.

Por último, destacar que la aplicación del Decreto-ley en las diferentes CCAA ha sido muy arbitraria, por lo que ha supuesto una gran desigualdad, haciendo depender el acceso a la salud del lugar de residencia de las personas inmigrantes (Informe sombra CEDAW 2014, Informe de Amnesty International 2015). De este modo, algunas

Comunidades como Asturias, Cataluña, Andalucía, País Vasco, Navarra, Galicia y Valencia, se han negado públicamente a dejar sin asistencia sanitaria a las personas migrantes en situación irregular. País Vasco, Navarra y Valencia, por ejemplo, han garantizado la universalidad del derecho a la salud elaborando legislación, mientras que otras como Asturias, Galicia o Cataluña han articulado vías de hecho para posibilitar el acceso a la atención sanitaria a través de programas específicos y de algún tipo de tarjeta sanitaria. Recientemente, en fecha 26 de julio de 2016, el Tribunal Constitucional (TC) ha resuelto el Recurso planteado por el Parlamento de Navarra, avalando que se pueda dejar sin tarjeta sanitaria a los inmigrantes sin papeles. La sentencia fue aprobada por ocho votos frente a tres, en la que convalida la mayor parte del Real Decreto. El TC argumenta que NO vulnera el artículo 43 de la Constitución que regula el derecho a la asistencia sanitaria ya que: "la universalidad no puede confundirse con un derecho a la gratuidad en las prestaciones y los servicios sanitarios". Los tres votos particulares consideran que sí que se vulnera el artículo 43, dado que la medida aprobada revierte un derecho social ya alcanzado, como es la universalización del sistema sanitario público. Además, no tiene en cuenta que el colectivo afectado está "en riesgo de exclusión social" y que no podrá acceder a ningún tipo de asistencia sanitaria por su falta de recursos económicos.

4.3. La estructura administrativa sanitaria. Competencias en materia de Violencia de Género

De acuerdo al principio de descentralización promulgado en la constitución, la competencia en materia sanitaria está coordinada conjuntamente por el Estado Central, a través del **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**, y los servicios de salud de cada una de las CCAA. La Ley 16/ 2003, contempla al Consejo Interterritorial como órgano de coordinación y cooperación dentro del Sistema Nacional de Salud. El gobierno central asume la responsabilidad de áreas estratégicas como la coordinación general, la legislación sanitaria básica, la definición de la cartera de servicios básica del SNS, la política farmacéutica, y la educación sanitaria de pre y posgrado, junto con la gestión de INGESA. Es decir, al Ministerio le corresponde establecer los sistemas de información y asegurar la cooperación entre las diferentes Comunidades Autónomas.

La sanidad es un servicio público en el que la cooperación y coordinación entre el Estado y las CCAA, para imponer condiciones, requisitos o criterios mínimos, son imprescindibles si se quiere asegurar la igualdad efectiva de todos en el derecho a la protección de la salud. La manera en que la cooperación ha venido funcionando hasta

ahora, con una escasa participación de las CCAA en las decisiones del Estado; la excesiva conflictividad territorial; y la práctica ausencia de cooperación, son aspectos susceptibles de ser mejorados para alcanzar una regulación general de la cooperación y solidaridad entre el Estado y las CCAA, con el objetivo de conseguir su finalidad última: la igualdad efectiva de todos los ciudadanos y ciudadanas, con independencia de su lugar de residencia, en el ejercicio de los derechos básicos (Tajadura Tejada, 2010).

Asimismo, al Estado le corresponde las políticas en materia de igualdad, lucha contra toda clase de discriminación y contra la violencia de género. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad cuenta con la Secretaría de Estado de Igualdad, órgano al que corresponde desempeñar, entre otras, las funciones en materia de cohesión e inclusión social, familia, protección del menor y atención a las personas dependientes o con discapacidad, así como proponer y desarrollar las políticas del Gobierno en materia de igualdad, de prevención y eliminación de toda clase de discriminación de las personas por razón de sexo, origen racial o étnico, religión o ideología, orientación o identidad sexual, edad, discapacidad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, y de erradicación de las distintas formas de violencia de género.

A partir de la promulgación de las Leyes de cohesión de la calidad del SNS y de la Ley de regulación de medidas fiscales, las competencias en materia de salud quedan totalmente descentralizadas desde el Estado hacia las CCAA, contando con capacidad de distribución y organización de los recursos sanitarios y sociosanitarios, así como de organizar los mencionados recursos y los modelos de gestión de acuerdo a criterios propios (Macia Soler y Moncho Vasallo, 2007).

En la actualidad, todas las **Comunidades Autónomas** han asumido las competencias en materia sanitaria, contando cada Comunidad Autónoma con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias. Como única excepción, la Administración Central del Estado mantiene, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), la gestión de la sanidad en las ciudades de Ceuta y Melilla.

Las 17 Comunidades Autónomas tienen, a su vez, poderes de planificación, administración, gestión y capacidad para organizar sus servicios de salud, uno por cada Comunidad, coordinado e integral, a través de demarcaciones territoriales denominadas "áreas de salud", respetando la cartera de servicios básica fijada por el gobierno central. Cada área se responsabiliza de la dirección de las instituciones sanitarias de su zona geográfica, de la atención sanitaria y de los problemas de salud

que en ella se desarrollan. Las áreas de salud atienden a poblaciones de 200.000 a 250.000 habitantes. Las personas deben ser atendidas, en su área de salud, tanto en el nivel de AP de salud, por el equipo de AP en el centro de salud, como en el nivel de AE, por un hospital propio o concertado, que como mínimo tiene que existir en cada área de salud. A su vez, las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud en donde se presta la AP de salud, que es llevada a cabo en los centros de salud, por equipos en los que trabajan distintos profesionales, que reciben el nombre de equipos de A.P.

El programa de Actividades de Prevención de AP ofrece un marco adecuado para la detección de casos de violencia de género. La frecuentación más elevada tiene lugar en las consultas de medicina y enfermería, por lo que son estos profesionales los que tienen más posibilidades de detección. En AP, cualquier profesional sanitario debe investigar la posibilidad de maltrato en toda mujer que acude a consulta (Protocolo Común de Actuación Sanitaria, 2012).

Dentro del Ministerio y con participación de todas las Comunidades Autónomas, se crea el Consejo Interterritorial de Sanidad cuyas funciones son la de información y comunicación entre todas las administraciones, y de coordinación de los aspectos fundamentales de la sanidad.

Finalmente, **las Corporaciones locales** tienen un papel muy limitado de funciones quedando éstas relegadas al cumplimiento de las normas y planes sanitarios.

4.4. Estructura de la asistencia sanitaria

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales: AP y AE.

4.4.1. Atención Primaria

La AP es la primera línea de atención al paciente. Pone a disposición de la población una serie de servicios básicos a una distancia media de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los Centros de Salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. Sus principales funciones son las de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los centros de salud constituyen el servicio más próximo a las usuarias víctimas de malos tratos, de ahí la importancia de la detección por parte de estos profesionales de los malos tratos y del conocimiento de los indicadores de sospecha de los mismos.

La AP desde su función en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, puede y debe realizar una prevención primaria, es decir, antes de que aparezca la violencia, en colaboración en actuaciones educativas para la salud, generando valores

en la igualdad, la tolerancia y la no violencia, y en la promoción de una cultura más igualitaria entre géneros y clases. E incluso, desde que el personal sanitario detecte signos o factores de riesgo de maltrato entre sus pacientes, debe realizar labores de prevención para cortar esta situación lo más precozmente posible. Proponiendo a la usuaria técnicas para mejorar su autoestima y apariencia física, aconsejando ejercicio físico, incluirlas en programas de atención a la mujer o citarla con el trabajador social del centro. Igualmente derivarla a planificación familiar por la existencia de psicólogos/as que abordan temas relacionados con desavenencias en la pareja o directamente derivarlas a centros municipales de orientación e información a la mujer. En general, “los especialistas deberían trabajar en la modificación de creencias y actitudes con los roles asignados de género, potenciar la seguridad en sí mismas (...de las víctimas) y la autoestima y facilitarles la integración en el mundo laboral como paso imprescindible para su autonomía” (Lucas Martínez y Pina Roche, 2014, citado Verónica Gayo).

En general, es deseable que desde la AP detecte y atienda al mayor número posible de casos de violencia de género.

4.4.2. Atención especializada

La AE se presta en Centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso.

Aunque la AP es el nivel asistencial fundamental para la detección del maltrato, hay que tener en cuenta que las repercusiones que conlleva sobre la salud física y psíquica determinan que las víctimas de violencia de género puedan buscar asistencia, no sólo en los servicios de SU o en AP, sino en las unidades de salud mental u otros servicios específicos como ginecología, traumatología, etc.

De ahí la importancia de la AE, la comunicación y coordinación con AP y SU, resultan del todo imprescindible. En el caso de mujeres que sufren violencia, si hubiera menores a su cargo o personas dependientes, la coordinación con pediatría y trabajo social resultan absolutamente necesaria para la recuperación de la víctima y su entorno.

Gráfico.-3 Niveles asistenciales

	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de atención	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Ministerio de Sanidad, Asuntos sociales e Igualdad. SNS. Monografía 2012

4.5. Implicaciones de la Violencia de Género en los servicios Sanitarios. Barreras organizativas y propuestas de actividades preventivas de Violencia de Género

Las mujeres que sufren violencia acuden con más frecuencia a los servicios sanitarios que las demás, y tienen peor estado de salud y problemas psicológicos, así como un mayor uso de antidepresivos y de fármacos. Igualmente, se someten a más cirugías y prolongan más las estancias hospitalarias, produciéndose un aumento considerable de la demanda asistencial, tanto en servicios de urgencias como de atención primaria, unidades de salud mental u otros servicios específicos, como ginecología, reumatología o gastroenterología (Plazaola Castaño et al, 2004: 466; Calvo González y Camacho Bejarano, 2014: 431).

Por otra parte, el diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en A.P (actividades para la prevención de la violencia y promoción de la salud) como especializada, están incluidos en la cartera de servicios. De ahí que se considere que los centros de salud son la puerta de entrada de estas mujeres, pues acuden a ellos antes de acudir a la justicia o servicios sociales o policiales. La A.P, por la accesibilidad, confidencialidad, el contacto directo y continuado con las pacientes y al contar con equipos interdisciplinarios, permiten a la mujer la confianza necesaria para desvelar su situación de violencia. Asimismo, los Servicios de Urgencias (hospitalarios y extrahospitalarios) pueden ser los primeros en examinar a una mujer víctima de violencia. Como vemos, las mujeres maltratadas están presentes en todos los ámbitos de atención sanitaria por diversas patologías físicas o psíquicas y los/las trabajadores de la salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecerles apoyo e información (González Lozoya et al, 2010).

Las necesidades de estas mujeres son, además, multidimensionales, por lo que se deberá atender a aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello se requiere de la implicación activa de todos los/las profesionales del Equipo de A.P (médicos/as, enfermeros/as, matronas/es y trabajadores/as sociales), en su detección precoz

(investigar la existencia de violencia), y en la intervención en cada caso, de manera integral e integrada (Pérez García y Manzano Felipe, 2014: 112).

Por todo ello, la coordinación entre los miembros del equipo como con otros profesionales e instituciones (sociales, policiales, justicia, etc.) es fundamental para garantizar el plan de intervención y las medidas más eficaces en cada caso.

La coordinación entre profesionales de los equipos de A. P con los hospitales, con los servicios sociales y con los cuerpos de seguridad o justicia, es absolutamente fundamental y necesaria en cualquier caso de Violencia de Género, a fin de garantizar el plan de intervención y las medidas más eficaces en cada caso (Sans y Sellarés, 2010: 106). Pero se hace aún más necesaria en el caso de mujeres en situación de especial vulnerabilidad. Así por ejemplo, en el caso de mujeres embarazadas o con problemas de salud mental o inmigrantes que desconozcan el idioma o la cultura española, se exigirá que el conjunto de profesionales de salud sexual y reproductiva o de salud mental, etc. en AP mantenga comunicación constante con los equipos profesionales de los servicios de ginecología y obstetricia, en el ámbito hospitalario y con otros agentes que pueden intervenir en la atención, seguimiento y recuperación de estas mujeres. Asimismo, el apoyo de profesionales de la mediación o agentes comunitarios/as puede ser de gran utilidad en la actuación con las mujeres inmigrantes (Protocolo sanitario Común, 2012).

Sin embargo, el personal sanitario identifica para la detección precoz y la asistencia a las víctimas barreras organizativas tales como: 1.- la falta de protocolos de detección y asistencia; 2.- la alta presión asistencial que encuentran en sus consultas que limita el tiempo de asistencia; 3.- falta de tiempo y espacios, que resguarden la intimidad y confidencialidad con las víctimas; 4.- la falta de profesionales cualificados y la ausencia de personal cualificado las 24h; 5.- la inexistencia de registros que recojan información unificada que permitan conocer la situación real de esta problemática en A.P (Arredondo et al, 2012: 95), o la variabilidad entre ellos y la falta de accesibilidad interinstitucional (Calvo González y Camacho Bejarano, 2014: 433). Asimismo, se han detectado barreras de coordinación tanto interna de los equipos sanitarios como entre los servicios interinstitucionales (sociales, policiales, judiciales, etc.). Por ello, los profesionales del sector sanitario destacaban que para mejorar estas situaciones se debe disminuir la presión asistencial y aumentar el tiempo de dedicación a estas pacientes; realizar protocolos unificados y consensuados con criterios claros de actuación de cada profesional implicado; garantizar la confidencialidad a la mujer, con una escucha activa y empatía; e incluir la valoración de un/a psicólogo/a y la implementación de la coordinación con otros profesionales a fin de alcanzar la mayor

implicación de todo el equipo para garantizar una asistencia de calidad e integral a estas pacientes (Arredondo et al, 2012).

La investigación sobre la violencia de género, englobando desde el conocimiento y recogida de datos sobre la violencia y sus consecuencias, factores de riesgo e intervenciones realizadas, así como nuevas forma de intervención y compartir los trabajos ya realizados, al tiempo que se promueva la reflexión y el estudio con asociaciones de profesionales, haría mejorar el conocimiento de la realidad de la violencia de género y rediseñar la orientación de los servicios socio-sanitarios. Igualmente, desde el ámbito comunitario también se pueden realizar propuestas preventivas, interviniendo tanto a través de los grupos de Educación para la Salud generados en los propios centros sanitarios como colaborando en iniciativas de otras entidades sociales y/o institucionales. Así, entre otras:

- Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre la violencia, transmitiendo su impacto en la vida y la salud, las formas de prevenirlo, divulgando el papel de los profesionales sanitarios.
- Colaborar con los centros educativos en actividades de sensibilización y prevención sobre violencia dirigidas a la comunidad educativa.
- Incluir actividades de sensibilización y prevención en las participaciones con los medios de comunicación locales (radios, periódicos, revistas).
- Proponer o participar en acciones, campañas, jornadas sobre la violencia o colaborar con las que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

4.6. El Gasto Sanitario. Los recortes Presupuestarios y la Privatización Sanitaria

España entró en una grave crisis económica a partir del año 2009, lo que llevó al Gobierno a implementar políticas de austeridad, con importantes repercusiones en el plano social. La austeridad ha conllevado desde 2009, un descenso del gasto público tanto en protección social como en educación y salud. Los ajustes económicos han venido acompañados de iniciativas para promover la privatización de la gestión y de los servicios sanitarios prestados. “Todas estas medidas podrían estar mediando la relación entre la crisis económica y la salud de la población, incrementando las necesidades no cubiertas y las desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios y en el estado de salud “ (Bacigalupe et al, 2016).

Según el informe de 2016 de la Federación de asociaciones en defensa de la sanidad pública, 2009 es el año clave del desmantelamiento de la sanidad pública. La Sanidad ha sufrido en estos años unos recortes presupuestarios brutales e indiscriminados incompatibles con su buen funcionamiento. El gasto sanitario en 2009 alcanzo la cifra de 70.464 millones, y para 2014 se presupuestaron 57.632 millones de euros. Estos casi 13.000 millones menos se ha producido básicamente sobre la remuneración del

personal sanitario y en los gastos de capital, mientras que otros capítulos como consumo intermedio y conciertos han tenido pequeñas reducciones.

Se ha recortado en sanidad más de lo que ha decrecido la economía y más de lo que ha decrecido el gasto público total. La AP y la Salud Pública han sido el principal objeto de recorte en el periodo 2007-2014, frente a la disminución de la AE, consolidando así la tendencia a una disminución del peso de la AP en el sistema sanitario, lo que resulta aún más incomprensible si se tiene en cuenta que es precisamente la AP la que puede abordar de una manera eficiente la detección y atención a la violencia de género y los problemas de salud de las víctimas.

Pero no todas las CCAA han respondido de igual manera, dándose grandes diferencias a nivel de acceso a prestaciones, desempeño y calidad de los servicios, lo que supone una inequidad entre las mujeres que sufren violencia, pues serán mejor o peor atendidas en función del lugar que residan. Por lo tanto, la crisis económica ha incrementado la aplicación de diferentes políticas en sus CCAA que impactarán en la salud y en las desigualdades sociales en salud, así como en la percepción sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios. Según los datos del Ministerio de Sanidad (Estadística de gasto sanitario público 2013), el gasto por habitante oscilaba entre 1.549€ en el País Vasco hasta 1.044€ en Andalucía (promedio de 1.208€), lo que hace imposible garantizar el mismo nivel de prestaciones entre las distintas CCAA, y pone de relieve la necesidad de un presupuesto sanitario finalista que asegure una financiación por habitantes más homogénea e igualitaria.

Por otro lado, se concluye que la privatización de la sanidad aumenta en todas las Comunidades, pero se observa una gran variabilidad entre las mismas, siendo el País Vasco la que muestra un comportamiento más claro tanto hacia una escasa o nula política de austeridad como de privatización, al contrario que La Rioja, Madrid e Islas Baleares. A partir de 2008 se produce, pues, un elevado gasto público destinado a centros privados y una alta proporción de camas privadas. Solamente el País Vasco mantuvo su gasto sanitario público y aumentó la tasa de personal público en atención primaria y atención especializada en el periodo. El resto de las Comunidades Autónomas, excepto Cantabria, redujeron de forma relevante su gasto público, y excepto Cataluña y la Comunidad Valenciana, redujeron también su personal público. El resultado final es una Sanidad Pública más deteriorada y un aumento de la privatización, en la provisión y en la financiación de nuestro sistema sanitario, con el impacto que esto trae sobre la salud de las mujeres víctimas de violencia de género, generando con ello más desigualdades sociales en salud para ellas. De hecho, la crisis y los recortes ya están afectando al acceso de la salud de las mujeres víctimas de violencia de género, tanto en la reducción en la oferta de servicios sanitarios como

en el incremento de los copagos. Así, la reducción de la oferta, con la revisión de la cartera de servicios que se está llevando a cabo, la disminución de personal sanitario con los efectos que tiene en la asistencia, la exclusión sanitaria de las inmigrantes en situación irregular o el cierre de centros de salud en horario de tardes o de urgencias continuadas afecta a este colectivo de un modo considerable. Y ello porque nos encontramos ante un grupo de población más vulnerable, con mayor demanda asistencial y mayor consumo de fármacos, afectándole más el desempleo y la precariedad salarial, al tiempo que han tenido que asumir los recortes sociales en dependencia. En consecuencia, estos reajustes y privatización conllevan la renuncia obligada para algunas de estas mujeres a los cuidados que necesitan por la reducción de los servicios financiados con fondos públicos. Ello podría tener efectos para su salud a largo plazo y consecuencias económicas para el conjunto de la sociedad.

4.7.- Violencia de Género y emergencias sanitarias

Junto con la AP, los SU Hospitalarias son uno de los lugares más accesibles que encuentran las víctimas para solicitar ayuda, dado que siempre están abiertos, pueden acudir libremente a ellos y pueden solucionar problemas médicos relacionados con la violencia (Coll Vinent Puig, 2008: 270). De hecho, para muchas mujeres que sufren violencia, este servicio será el primer o único contacto con los servicios sanitarios, de ahí que los y las profesionales de estos servicios deban estar alerta y sospecharlo. La falta de diagnóstico incrementará la morbilidad de estas pacientes, aumentando la frecuentación a estos servicios, un mayor número de ingresos hospitalarios y, por tanto un mayor uso de los recursos de salud ambulatorios (Salvador Sánchez et al, 2008: 344), pues la violencia de género puede presentarse de forma objetiva (lesiones) pero en otras ocasiones aparece como una manifestación subaguda o encubierta que será difícil de relacionar con la agresión (Lorente Acosta, 2008: 194).

Medir su prevalencia real resulta muy difícil, dado que los datos disponibles subestiman su magnitud, y porque no se disponen de datos de incidencia proporcionado por los servicios de urgencias españoles, bien por carecer de ellos o por ser de difícil interpretación (López Ventura, 2016). La mayoría de los estudios proceden de Estados Unidos y estiman que entre un 11,7% a un 35% de las mujeres que acuden a dichos servicios son víctimas de violencia (aunque no sea éste el motivo de consulta) con una prevalencia acumulada del 21 al 54,2% (Salvador Sánchez et al, 2008: 344). La incidencia de la violencia contra las mujeres en los SU y emergencias, atendiendo a los diferentes estudios, se manifiesta en estos datos: - Se establece la incidencia entre el 2% y el 7,2%.- El 17% de los casos acuden a urgencias y este servicio es el que presenta una incidencia más alta con respecto al resto de servicios hospitalarios. - La prevalencia general es del 37% y en los últimos 12 meses es del

14%. - La incidencia identificada en los servicios de urgencias y emergencias no se corresponde con la prevalencia general en la sociedad, situada en torno al 30%. Esto significa que en la mayoría de los casos las mujeres acuden a otros servicios en busca de solución para problemas de salud relacionada con la violencia sin que se registre como casos de malos tratos (Lorente Acosta, 2008; 194-195).

Sin embargo, se pone de manifiesto que al menos el 20% de las mujeres que sufren violencia acuden a los servicios de urgencias, y que éstas buscan atención en estos servicios entre 1,5 y 3 veces más que otras mujeres que no lo sufren, estimándose que sólo se diagnostican un 5%-15% de todos los casos (Echarte et al, 2010: 194).

Además, al igual que el resto de los profesionales sanitarios, el personal de urgencias comparte las mismas barreras que examinamos antes (Salvador Sánchez et al, 2008: 344; Lorente Acosta, 2008: 195; Larrauri et al, 2010 y López Ventura, 2016).

Los profesionales de urgencias y emergencias deben conocer la violencia de género para poder identificarla, y la mejor manera de hacerlo es pensar en ella y buscar elementos que permitan detectarla más allá de sus agresiones, tanto a través de la entrevista como de la exploración habitual y sistemática de todas las pacientes, en las que se les pregunte por sus relaciones con su pareja, hijos e hijas, y con preguntas directas sobre el maltrato. Por tanto, la actuación ante la violencia de género por personal de los servicios de urgencias se debe concretar en (Lorente Acosta, 2008 y Martos Sánchez, 2011):

- Actuar bajo los principios en los que se basa cualquier otro problema de salud.
- La violencia de género es un problema de salud individual y público, con independencia del contexto en el que se produzca.
- Actuación centrada en la responsabilidad y no en la sensibilidad.
- La actuación no debe prejuzgar las circunstancias para dar una respuesta, pero sí tenerlas en cuenta para adaptarse a ella (en tiempos y formas) aunque no para inhibirse.
- Cualquier actuación o ante la sospecha, debe quedar registrada en la historia clínica de la paciente, con continuidad y tener un seguimiento de las medidas aplicadas y mantener el control y evolución de la paciente.
- Cualquier actuación del profesional debe tener una actitud proactiva, abordando el problema de salud de la mujer de forma integral (social, laboral, familiar, etc.).
- El deber legal de emitir el parte de lesiones y comunicar a las autoridades judiciales cualquier situación que evidencia violencia de género. Pero éste deber legal NUNCA debe condicionar la asistencia y tratamiento sanitario continuado de la situación de violencia de género que sufre la mujer, centrándose al máximo en el problema de salud que padece la paciente.

V. LA IMPORTANCIA DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

5.1. Planteamiento del Problema

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de ellas entran en contacto con dichos servicios en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, partimos del análisis sobre el impacto que tiene la violencia sobre la salud de las mujeres maltratadas, por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental, donde hay periodos de hiperfrecuentación, utilizan repetidamente los servicios de urgencias y son frecuentes las hospitalizaciones, por lo que el contacto con el sistema sanitario es muy frecuente y directo. Además estas mujeres sufren más de un tipo de violencia, ya sea física, psíquica o sexual, siendo un proceso que se instaura y cronifica en el tiempo, por lo que es importante detectarlo precozmente para prevenir el desarrollo, manteniendo y secuelas, así como prevenir futuras agresiones (Matud et al, 2009). De ahí se concluye que los servicios sanitarios, sobre todo atención primaria y urgencias, ocupan una posición privilegiada para detectarla y orientar su atención (García Torrecillas et al, 2008), al tiempo que se reconoce a nivel internacional la responsabilidad que el sector sanitario tiene en la prevención de la violencia de género.

Por otra parte, según el Barómetro Sanitario del Centro de Investigaciones Sociológicas del año 2014, el área de mayor interés para la población, después del trabajo (37.9%) fue a parar al área de sanidad con un porcentaje del 29,4%.

De hecho, el 37% de las mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual y/o miedo de su pareja o expareja han acudido a algún servicio médico o psicológico, recibiendo el mayor grado de satisfacción con la ayuda recibida de los profesionales de centros de salud (Macroencuesta 2015).

Los estudios en muestras de mujeres que acuden a A.P, desvelan prevalencias de violencia en la pareja que van desde el 5,5% y el 28,6% en el último año o anterior y entre el 32% y el 66% alguna vez en la vida, de las cuales el 52% la han sufrido durante cinco años (Arredondo Provecho et al 2012), siendo la A.P el servicio que más casos detecta (Valdés Sánchez et al, 2016: 2). Así se confirma, en el último Informe de la Comisión contra la violencia de género 2013, que los servicios de A.P son los que más casos de maltrato han detectado, con un incremento del 43,7% respecto al año 2012.

Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos,

psicológicos y sociales, siendo para ello necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral.

Todo esto hace que el sistema sanitario tenga un papel trascendental en la detección y la prevención de la violencia de género, y que deba ofrecer a las mujeres que lo sufren un seguimiento para apoyarlas en el análisis de lo que les está pasando, la toma de decisiones y la derivación a otros servicios. Además, estas mujeres acuden a los diferentes ámbitos del sistema sanitario con síntomas diversos (físicos y psíquicos), sin que su malestar se relacione con violencia de género, o sin que la mujer exprese su situación, por lo que el personal sanitario debe tomar conciencia y conocer, no sólo los síntomas, sino los factores de riesgo que ocultan una situación de violencia, teniendo presente que es un problema frecuente en las consultas, para realizar una detección precoz (Calvo González y Camacho Bejarano, 2014). Para ello, en la práctica sanitaria será necesario un adecuado análisis de género, al objeto de comprender de forma global este fenómeno. Dependiendo del análisis que haga cada profesional, la detección, valoración e intervención posterior se orientarán de una forma u otra. “Pasar de una postura sensible a otra profesional dependerá tanto de la formación que se reciba como de la adquisición de herramientas de actuación acertadas” (Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria, Principado de Asturias, 2011).

5.2. Infradetección versus detección precoz en consulta

Pese a la alta prevalencia de la violencia de género, muchas víctimas no son identificadas como tales en los servicios de salud, existiendo una baja detección por parte del sector sanitario, entre un 5 y un 15% (Cano Martín et al, 2010) del total estimado de mujeres maltratadas (Lucas Martínez, y Pina Roche, 2014: 300), y con retrasos de entre 5 y 10 años, agravándose las consecuencias de la violencia para la mujer (Fernández Alonso et al, 2006: 169; y Calvo González y Camacho Bejarano, 2014: 424). Es más, se estima que al menos 7 de cada 10 maltratos pasan desapercibidos en la asistencia clínica habitual (Echarte et al, 2010). Igualmente podemos suponer la infradetección al comparar los datos estimativos de la violencia contra la mujer de la macroencuesta de 2015 frente a los bajos índices de denuncias, que en los últimos años ha descendido, como indicador más objetivo de maltrato (Fernández Alonso et al, 2006). Esto se debe, en parte, a que la violencia de género no es fácil de identificar o detectar, de hecho pasa inadvertida para muchas mujeres, pues el reconocimiento por la propia víctima es un proceso lento y difícil. De hecho, el porcentaje que presenta el informe de 2013 de violencia de género de auto-declaración es bajo, y los casos reales son superiores a los casos declarados por la

propia mujer, donde ésta no es consciente de la violencia que está viviendo (Calvo González y Camacho Bejarano. 2014:432).

Existen cuatro fases en el proceso de detección de la violencia que deben considerarse: sospechar, identificar, informar y evaluar. La forma más efectiva para que el personal sanitario reconozca la violencia de género es pensar en ella y buscar los signos que les permita detectarla (Andrés Domínguez et al, 2003).

A nivel institucional, el protocolo común de actuación sanitaria 2012, siguiendo las recomendaciones de la OMS, señala que el personal sanitario tenga una actitud de alerta ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha, enumerándose algunos de los indicadores de sospecha: antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos durante la infancia, lesiones frecuentes, abuso de alcohol, drogas o medicamentos, lesiones en genitales, abdomen o mamas durante el embarazo, abortos repetidos, ansiedad, baja autoestima, trastornos de conducta alimentaria, etc. Además, se recomienda que en la primera visita de cada mujer mayor de 14 años, al iniciar la historia clínica, se realicen preguntas exploratorias de abordaje psicosocial (Fernández Alonso MC, 2015: 129).

Y si nos referimos a las diferentes Comunidades Autónomas, en algunas como Andalucía el protocolo de actuación sanitaria de 2015 propone la detección sistemática, realizando preguntas exploratorias de abordaje psicosocial a las mujeres que acuden a consulta, tanto si es la primera visita (apertura de la historia clínica), como si se trata de consulta habitual y no consta que se le haya preguntado anteriormente. Otras Comunidades Autónomas, como Madrid o Cataluña, han desarrollado instrumentos de cribado proactivo y diagnóstico para los distintos tipos de violencia a mujeres entre 18 y 70 años (Cano Martín et al, 2010).

Si los/las profesionales de la salud, ante la sospecha, preguntan regularmente a las usuarias “cómo van las cosas en casa, cómo van las relaciones con su pareja, o qué es lo que la preocupa, no le deja dormir o la hace estar triste”, todo ello en un ambiente de confianza y absoluta confidencialidad, sin culpabilizarla de su situación, registrando en la historia clínica todas las incidencias que se produzca en cada encuentro con la paciente, y remitirla a los recursos disponibles en la comunidad, irán creando un entorno de apoyo a las usuarias víctimas de malos tratos, que sería el primer paso para salir de la situación de violencia (Ruiz Pérez et al, 2004).

La OMS, en su informe Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario, recomienda al personal sanitario que: “No tenga miedo de preguntar: Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte”. Asimismo, entre otras

recomendaciones, se indica que hay que estar alerta ante las señales o signos de violencia, que se ofrezca atención sanitaria integral y se registre en la historia clínica. De hecho, en un estudio realizado en atención primaria, en centros de salud de Jaén, en una muestra aleatoria de 170 mujeres, se concluyó que el 96,5% de las mujeres acepta de buen grado que durante la consulta su médico pregunte sobre su situación familiar y/o de pareja; y el 93,5% asegura que serían sinceras en sus respuestas. Asimismo, destacó que el 26,5% de las mujeres encuestadas afirma que su médico de familia les pregunta con cierta frecuencia acerca de su situación familiar, un 11,8% que rara vez, y el 61,8% que nunca. Estas cifras, referidas a sus relaciones de pareja, son del 14,7, del 10, y del 75,3% respectivamente (García Torrecillas et al, 2008: 458). Según los resultados del estudio, los/las médicos no suelen preguntar sobre las relaciones familiares y/o de pareja aunque resultaría muy útil para la detección del maltrato, por lo que “preguntar sobre la posibilidad de maltrato es una necesidad que no se puede cuestionar por parte de los médicos y se debe hacer más a menudo” (Ruiz Peña et al, 2010; 203).

El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato y a la medicalización del problema. Por otro lado, el actuar contribuye, no sólo a resolver el problema, sino a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género (Protocolo común para la actuación Sanitaria ante la violencia de género 2012, 38). Por ello, “se considera prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios, es decir, adelantar el diagnóstico y realizar una intervención temprana” (Protocolo Andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género, 2015: 35).

5.3. Dificultades para la comprensión e identificación de la violencia de género

La gravedad y la extensión de la violencia de género no ha sido reconocida por el sector sanitario porque la violencia contra las mujeres ha estado, y continúa estando, invisibilizada, naturalizada y tolerada por nuestra sociedad durante siglos. Cuando se normaliza y se le resta importancia, considerándola algo habitual que siempre ha existido y se le relega al ámbito privado y familiar, no solo se silencia sino que se reduce la magnitud el problema, creando el mito de que los hombres son violentos por naturaleza. Desde esta perspectiva se reduce el valor del rol femenino y la representación social de la mujer.

Pero además, se legitima y se justifica la violencia de género cuando se vincula a procesos presuntamente coyunturales de los agresores: precariedad laboral, desempleo o presión laboral por exceso o responsabilidad; conductas adictivas de consumo (alcohol o drogas); baja autoestima, patologías mentales o falta de

autocontrol por celos o irritabilidad; e incluso se asocia a conductas presuntamente provocadas por parte de la mujer (forma de vestir, presión psicológica, relaciones sociales, autonomía económica, éxito profesional....).

Todos los prejuicios que nuestra sociedad ha construido en torno a la masculinidad y a la feminidad contribuyen a la justificación y legitimación de la violencia de género atribuyendo al mismo tiempo una “cierta responsabilidad” a las mujeres por el hecho de ser maltratadas o agredidas. Por otro lado, se naturaliza la violencia de género transmitiendo y consolidando en la sociedad determinados discursos, creencias o mitos que desvirtúan la dimensión del problema (Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género. Instituto Canario de Igualdad, 2007). Así se producen discursos sanitarios que concluyen que la biología de la mujer determina las patologías depresivas, atribuyendo sus problemas de salud a causas orgánicas (Bonino Méndez et al, 2001: 55).

Por ello, a pesar de que se recomienda la detección sistemática, nos encontramos con obstáculos que dificultan su identificación (Coll Vinent et al, 2008: 10), y éstos pueden provenir de la propia víctima, de los propios profesionales sanitarios, o de las instituciones. Además estas dificultades tienen que ver con factores sociales (mitos, creencias y estereotipos culturales), factores psicológicos (temores a enfrentar los miedos y el sufrimiento emocional), y a la falta de formación en esta materia.

5.3.1. Obstáculos socio-culturales. Mitos y creencias

Como acabamos de analizar, la violencia de género está llena de mitos, estereotipos y prejuicios sobre los hombres que la ejercen, sobre las mujeres que la sufren y sobre el proceso en sí mismo. Estos discursos falsos han ido calando en la sociedad en su conjunto, debido a la socialización de género y la interiorización del imaginario social, intentando justificar la violencia de género. De tal manera que el personal sanitario, al igual que el resto de la sociedad y de otros colectivos de profesionales, pueden utilizar estas ideas preconcebidas y erróneas que les impiden identificar y actuar de forma efectiva, tanto en la detección precoz, como en la intervención sociosanitaria.

Así en un estudio llevado a cabo en centros de A.P. de Madrid se observó que: “Aproximadamente un tercio de los/as profesionales mantienen estereotipos respecto a la víctima y al maltratador. Según la bibliografía disponible, es posible que esto influya en la detección” (Arredondo Provecho et al, 2012). Otro estudio realizado al personal médico y de enfermería del Hospital clínico de Barcelona muestra un gran desconocimiento sobre la violencia de género por parte de los profesionales de la salud. Y contrasta que la detección es superior cuando el nivel educativo sobre el tema es mayor, siendo el desconocimiento la variable predictora de las actitudes de los profesionales (Coll Vinent et al, 2008: 10). En otro estudio se puso de manifiesto que

“aún hay casos de profesionales de A.P que siguen culpabilizando a la víctima de sufrir esta situación (...), los especialistas debería trabajar en la modificación de creencias y actitudes con los roles asignados al género” (Lucas Martínez y Pina Roche, 2014).

A la vista de lo examinado, resulta imprescindible la concienciación y formación especializada del personal sanitario, así como su implicación, no sólo en la asistencia a las víctimas sino en la sensibilización social, pues cuestionándose y rompiendo con este imaginario social estarán más capacitados para identificar la violencia de género y facilitar la recuperación de la víctima.

5.3.2. Obstáculos desde el propio entorno de la violencia

Factores de las propias mujeres maltratadas, al silenciar su situación de maltrato aun presentando lesiones. Esta ocultación dificulta la detección y se asocia a sentimientos de miedo, vergüenza, culpa, baja autoestima, minimización de lo que le ocurre, llegando incluso a NO reconocer los hechos como maltrato. También por interferencia directa o indirecta del propio agresor, impidiéndole acudir a los servicios sanitarios, amenazas de su agresor si lo denuncia, actitud vigilante, miedo a las represalias si decide acudir al centro sanitario (López Ventura, 2016 y Protocolo Común de Actuación Sanitaria, 2012).

5.3.3. Obstáculos en el contexto de la consulta

En el epígrafe anterior expusimos las barreras organizativas, destacando que la falta de privacidad, falta de espacios, sobre todo en urgencias, dificulta la intimidad necesaria para explorar con la mujer una situación de violencia. Junto con la escasez de tiempo por la alta presión asistencial con la que cuentan estos profesionales. En el estudio antes mencionado se proponían como mejoras la disminución de la presión asistencial y aumentar el tiempo de dedicación (en ese momento estaba en 5 minutos en consulta médica y 10 para enfermería) (Arredondo Provecho et al, 2012: 92).

5.3.4 Obstáculos del profesional sanitario

En los estudios analizados, se constata que las causas más frecuentes de la falta de detección de violencia de género por el personal sanitario son: la falta de preparación, no saber cómo preguntar a la mujer, el miedo a invadir la intimidad o a ofender a la paciente; falta o escasa sensibilidad y los prejuicios hacia la mujer maltratada (Fernández Alonso et al 2006, y Lucas Martínez y Pina Roche, 2014; 307).

Igualmente, destacan el miedo a perder el control de la situación, no saber cómo abordarlo una vez detectado, el desconocimiento de los recursos, la ausencia de instrumentos o protocolos claros y uniformes e información relevante de cómo actuar (Calvo González y Camacho Bejarano, 2014: 432).

Del análisis realizado se evidencia que las principales causas de la infradetección son debidas a la actitud pasiva de las propias víctimas y a la falta de sensibilización de los profesionales sanitarios (Siendones Castillo et al, 2002). A la hora de detectar la violencia en la consulta médica no sólo confluyen factores de las mujeres maltratadas sino también las barreras de los propios sanitarios. La ocultación por parte de la víctima de su situación de maltrato es más que comprensible dentro del contexto de violencia al que está sometida; sin embargo no encontramos justificación a que tras los progresos legislativos y los recursos hasta el momento empleados en erradicar la violencia de género se sigan manteniendo la falta de sensibilización por parte del personal sanitario.

Por ello, es necesario reflexionar sobre las actitudes del profesional con la paciente que acude a consulta y la forma de relacionarse con ella, atendiendo a los propios prejuicios sexistas, mitos y creencias adquiridos por estos profesionales, sin victimizar ni culpabilizar a las mujeres con actitudes o comentarios, cuidando el lenguaje (Bonino et al, 2001). Las mujeres víctimas de violencia necesitan mucho más que una simple atención médica, necesitan ser escuchadas, apoyadas y protegidas.

5.4. La formación del personal sanitario: clave para la detección y abordaje de la violencia de género

Como acabamos de examinar, el personal sanitario considera que no está lo suficientemente formado sobre violencia de género, asumiendo esta falta de formación como una de las principales barreras para la detección, impidiéndole esta escasa formación actuar e intervenir de forma correcta, demandando más formación sobre el tema (Lucas Martínez y Pina Roche, 2014). La formación y capacitación permitirá un conocimiento profundo del fenómeno, la adquisición de habilidades para la detección de casos e identificar la posible historia de abuso subyacente, y pericias para el cribado de las pacientes y documentar claramente y de forma exhaustiva tales hallazgos en la historia clínica. Esto puede servir de apoyo a la mujer cuando decida abandonar el maltrato e iniciar el proceso judicial. De hecho, de esta necesidad se han hecho eco las propias organizaciones profesionales (Consejo General de Enfermería, 2013) (Pérez García y Manzano Felipe 2014, 113).

Como venimos exponiendo, ha crecido el interés en concienciar e implicar al sector de la salud en la erradicación de la violencia de género, tanto desde organismos nacionales como internacionales, destacando la importancia de una formación adecuada y aumentando sus competencias en la atención de las víctimas. De este modo, la formación en el reconocimiento de los signos y síntomas de la violencia de género disminuiría el número de víctimas y contribuiría a prevenir futuros ataques (Matud et al, 2009: 142). La insistencia en el papel fundamental de la educación en la

prevención de la violencia contra las mujeres es latente en el ordenamiento jurídico español vigente. Así lo recogíamos en nuestro marco normativo: la Ley integral abordó explícitamente estas cuestiones, en el artículo 15 de la Ley. De tal forma que esta Ley diseña un escenario donde la formación en materia de violencia de género deberá estar presente en todos los niveles educativos y también en la Educación Superior por resultar importante en la prevención del problema y también en el tratamiento de las víctimas. Igualmente, la Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres recoge la integración en todos los niveles educativos del principio de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Por su parte, la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril de Universidades, en su Preámbulo señala: “el papel de la universidad como transmisor esencial de valores... [para] alcanzar una sociedad tolerante e igualitaria, en la que se respeten los derechos y libertades fundamentales y de igualdad entre hombres y mujeres”. Sin embargo, la realidad de la educación en nuestro país ha distado hasta la fecha de cumplir estos objetivos. Respecto a los estudios universitarios, la implementación de estas materias ha venido siendo hasta la fecha escasa, parcial y en la mayoría de los casos de tipo opcional. En este sentido el Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer de junio de 2007, señalaba textualmente: aunque la Ley concede un papel destacado a todo el sistema educativo, la mayoría de los centros universitarios mantienen las mismas políticas educativas que antes de la implantación de esta Ley. Y las escasas medidas tomadas en la educación reglada (universitaria) son puntuales, ni sistemáticas ni generalizadas, y no se filtran a todos los ciclos (p. 98). Actualmente, parece mantenerse la misma línea de que las asignaturas y los contenidos sobre violencia de género continúan siendo mayoritariamente optativos y/o de libre elección (Ferrer Pérez et al, 2011).

Sin embargo, se constata que la formación académica en género es básica para la capacitación de los futuros profesionales al objeto de detectar la violencia de género en sus consultas. Así se pone de manifiesto en un estudio en la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, donde se concluyó que:

- El 82,6% reconocen haber trabajado contenidos de género en asignaturas de la Universidad y afirmar que la formación para detectar los tipos de violencia es básica.
- Consideran que su capacitación para detectar la violencia, según los distintos tipos, es: física el 95,5%, psicológica 88,7%, abuso sexual 73,6% y otras formas el 28,3%.
- Se destaca las diferencias existentes en la percepción global del fenómeno entre mujeres y hombres, siendo éstos quienes muestran una actitud más sexista, respondiendo así a la presión social que marcan los estereotipos masculinos.

- Estas creencias disminuyen tanto en hombres como en mujeres a medida que aumenta su formación específica en el tema (Calvo González y Camacho Bejarano, 2014; Pérez García y Manzano Felipe, 2014).

La Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la mujer (2013-2016), se marca como primer objetivo romper con el silencio que acompaña al maltrato, incluyendo acciones de sensibilización, concienciación y prevención con una intensificación de la detección. En el campo de la salud establece las siguientes medidas: 1.- Promover el conocimiento por los profesionales sanitarios del protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género y, en especial, los modelos de comunicación a fiscalía y órganos judiciales y parte de lesiones. 2.- Perfeccionar los mecanismos de derivación a las redes de recursos de asistencia integral. 3.- La elaboración de material de sensibilización sobre violencia de género para los centros de salud y atención primaria que promueva la detección temprana.

Asimismo, se incluye como primer eje transversal la formación y sensibilización de los agentes, pues alcanzar los objetivos propuestos dependerá de la responsabilidad individual, capacidad, capacitación, preparación e implicación de las personas que participen. Por ello, propone acciones de formación y sensibilización para perfeccionar las aptitudes y competencias tanto personal como profesional.

Si anteriormente cuestionábamos, contando con un marco normativo excepcional, si se habían alcanzado las medidas educativas, nos corresponde ahora analizar si se han llevado a cabo las acciones recogidas en la Estrategia 2013-2016, pues de los estudios examinados en AP y urgencias, por personal sanitario y no sanitario (Siendones et al, 2002; Matud et al, 2009, Arredondo Provecho et al, 2012 y Lozano Alcaraz et al, 2014), se observa que:

1º- A pesar de la alta prevalencia y del impacto que tiene la violencia de género sobre la salud de las mujeres, los/las profesionales sanitarios de AP siguen teniendo problemas para detectarla y abordarla.

2º- Los/las profesionales consideran el maltrato un problema importante y frecuente en nuestro entorno. Sin embargo, opinan que las víctimas pasan desapercibidas para el sistema sanitario, y NO se plantean el diagnóstico diferencial incluso cuando la mujer acude a consulta con lesiones físicas.

3º- El nivel de conocimientos que tienen sobre el tema es solo de "grado medio". Sin embargo, los/as profesionales no han adquirido todavía herramientas suficientes como para responder con solvencia ante los casos concretos, demandando como propuesta de mejora mayor formación, sensibilización, protocolos más claros, simples, claros y eficaces.

4º- La mitad de los/as profesionales saben que existe un protocolo de actuación en su centro, pero sólo lo conocen una tercera parte de ellos/as. En el último estudio esta cifra alcanza hasta un 82,9%, y el 74,8% no ha detectado nunca ningún caso de malos tratos durante su jornada laboral (Lozano Alcaraz et al, 2014: 221), destacando que quienes habían recibido formación lo habían leído en mayor medida. Esto podría indicar desmotivación, falta de confianza en la propia competencia profesional y en la de otros/as profesionales implicados en la atención integral a las personas que padecen estas situaciones.

5º- Más de la mitad del personal encuestado no había recibido formación en violencia de género, siendo el personal de AP quien más había realizado esa formación frente al profesional hospitalario. Esto supondría que a menor formación menor detección y peor actuación e intervención para la víctima.

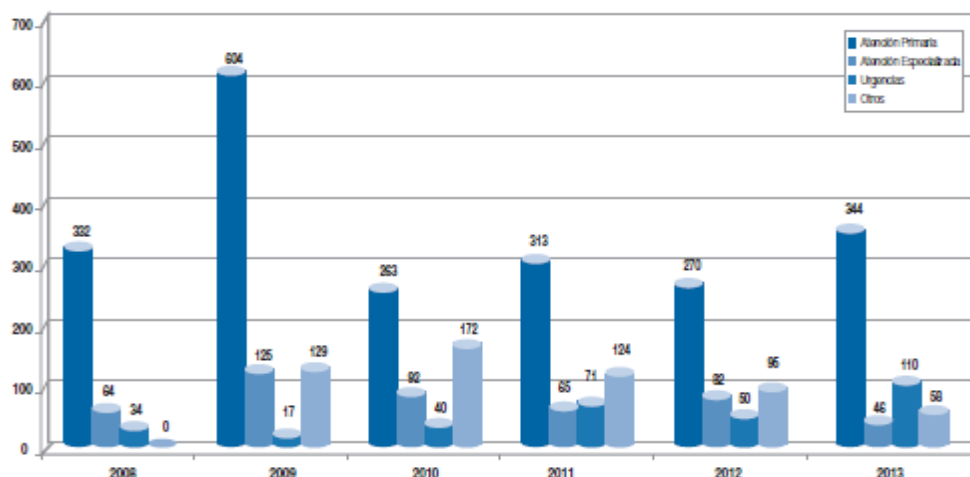
6º- Desconocimiento de las repercusiones legales sobre la comunicación de casos de violencia conocidos.

Se podría concluir que, atendiendo que se analizan estudios que distan más de una década (2002 a 2014), reiterándose estos resultados, NO se han producido cambios sustanciales o propuestas de mejora efectivas. Ello nos demuestra que “Probablemente el desconocimiento y desmotivación de los sanitarios sean los pilares básicos que fomentan la infradetección” (Siendones et al, 2002: 225).

En el conjunto del SNS se han formado en el año 2013 (Informe Violencia de Género 2013), en materia de violencia de género un total de 9979 profesionales que participaron en 558 actividades formativas en las que se impartieron un total de 2.253 horas lectivas”. La formación en atención primaria ocupó el mayor porcentaje (55%) seguidos de un 20% y 16% de personal formado de urgencias y AE respectivamente. Pero se observa que el número de horas lectivas se ha reducido notablemente en todos los campos, siendo la actividad de sensibilización la más frecuente en todos los ámbitos asistenciales, así como la práctica desaparición de la formación avanzada y la formación de formadores. Estos datos, recoge el informe, “podrían estar relacionados con el impacto de la crisis económica y la racionalización de recursos para la formación de profesionales en esta materia”. También se aprecia un descenso en la formación básica comparado con las actividades de sensibilización y la casi desaparición de la formación avanzada, siendo ésta tan importante para el manejo específico en la detección de signos y síntoma de sospecha, para adquirir destreza en la entrevista clínica. Como resumen, el informe recoge algunas preocupaciones: I.- Comunidades Autónomas que no han realizado formación (Canarias) o aquellas que no cuentan con sistemas óptimos para obtener la información sobre el proceso de formación (Cataluña). II.- Descenso respecto a las horas lectivas, sobre todo en

atención primaria, lo que preocupa bastante pues “es la puerta de entrada y el primer contacto que tienen las mujeres maltratadas para poder empezar a tomar conciencia de esta situación que amenaza gravemente su salud y la de sus hijo/as”.

Gráfico-4 N° de actividades por ámbito asistencial. Formación en materia de Violencia de género. Sistema Nacional de Salud, Evolución 2008-2013



Fuente: Informe Violencia de Género 2013. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.2015.

El gráfico muestra un descenso considerable en la formación, con un despunte en 2013 en atención primaria y un aumento importante en urgencias, pero los datos son claros, se ha pasado de 604 actividades de formación en atención primaria en 2009 a 344 en 2013, o de 125 actividades en atención especializada realizadas en 2009 a las 46 del año 2013.

Los datos hasta aquí expuestos nos muestran que no se cumplen las directrices de la OMS que tienen como objetivos abordar la falta de conocimiento y formación del profesional de salud, ni existe formación específica, ni entre el personal de atención hospitalaria de urgencias ni forenses. Se subraya la importancia de la formación en todos los niveles asistenciales para que puedan reconocer la violencia de género en sus consultas y para ofrecer una respuesta adecuada a estas mujeres.

VI. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A partir de lo expuesto pueden señalarse las siguientes conclusiones, acompañadas de diversas propuestas:

PRIMERA. La violencia de género es un problema de salud pública

La declaración por parte de la OMS de la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública fue un paso decisivo para su abordaje, uno de los principales argumentos para considerarla así es el impacto que tiene sobre la salud física y psíquica de las mujeres que la sufren, siendo una de las principales causas de morbilidad.

La OMS reconoció la importancia del sector sanitario ante este problema por su posición ante las víctimas y la comunidad, así como su capacidad técnica. La actuación debe contemplar todos los ámbitos y niveles asistenciales, si bien es cierto que existen determinados servicios que por sus características van a tener una trascendencia mayor.

SEGUNDA. El sistema sanitario tiene un papel relevante en la detección y la prevención de la violencia de género

La OMS y otros organismos siguen alertando sobre la infradetección de la violencia de género en los servicios sanitarios. La AP tiene un papel relevante en el abordaje de este problema, y sus profesionales están bien ubicados para detectarla precozmente; sin embargo la implicación ha sido en general baja y las razones encontradas en distintos estudios se repiten: insuficiente formación, falta de habilidades en el manejo, obstáculos organizativos, resistencias relacionadas con los propios valores o creencias, entre otras. A pesar del creciente interés por implicar al sector sanitario, aún se requiere de una mayor sensibilización y concienciación del profesional sanitario sobre la magnitud e implicaciones para la salud de la violencia de género.

Pero a pesar de la complejidad que encierra la violencia de género, ésta se puede prevenir, pues cada vez se conoce mejor qué actuaciones ayudan a las mujeres a salir de esta situación, minimizar los riesgos y consecuencias. Así se sabe que contar con apoyo, sentirse escuchadas, reforzar sus capacidades, potenciar sus recursos y autoestima son factores que ayudan a estas mujeres. El apoyo psicológico, la reconstrucción de redes sociales son importantes para superar la situación de maltrato. De ahí que la coordinación con otros profesionales y recursos de salud y especializados, en concreto salud mental, sean crucial para la buena atención. Las actuaciones sanitarias de detección y atención a la violencia de género están bien definidas y sistematizadas en los protocolos institucionales, y el reto ahora es ponerlos en práctica, mejorar la detección y ofrecer a las víctimas una respuesta adecuada.

TERCERA. La Formación del personal sanitario clave para la detección y abordaje de la violencia de género

La formación y la capacitación obligatoria de las personas profesionales que intervienen, debe ser un objetivo prioritario de las instituciones públicas; pero tal y como describen los estudios examinados, el personal sanitario sigue echando de menos una mayor formación en violencia de género, ya sea básica o avanzada. Del mismo modo sería necesario incluirse en los currículos universitarios formación específica en violencia de género de los futuros profesionales de la salud, tanto a nivel de grado como de posgrado (medicina interna como enfermería interna, MIR Y EIR), y formación hacia formatos multidisciplinares y de equipo.

CUARTA. La investigación y la obtención de datos crucial en la eliminación de la violencia de género.

Es necesario conocer la magnitud del problema, de ahí que sea preciso seguir investigando sobre la violencia de género, sus causas, los costos, su impacto en la vida, la salud y el bienestar de las mujeres, que se evalúen las intervenciones realizadas, potenciando los factores protectores y amortiguadores (apoyo social y redes sociales de la víctima) y llevar a cabo mejoras en los sistemas de recogida de datos.

Estas investigaciones deberían contar y complementarse con la colaboración de asociaciones de mujeres, movimientos feministas, y de las propias mujeres que han sufrido maltrato, a fin de incorporar la percepción, necesidades y prioridades de las víctimas a los estudios.

Hacer públicas los resultados de las investigaciones con lo que la sociedad podría comenzar a ser consciente de la magnitud del problema de la violencia de género.

Los sistemas de información sanitarios deben conectarse con otras fuentes de datos (servicios sociales, policiales, fiscalía, etc.) preservando en todo momento la confidencialidad de la víctima respecto a los indicadores que nos pueden aportar más información sobre la incidencia de violencia en el entorno sanitario así como normalizar estos indicadores para que la recogida de datos sea uniforme.

QUINTA. Un marco normativo sobre la violencia de género y la igualdad es indispensable para la prevención y erradicación de la violencia de género pero el compromiso institucional es imprescindible

En España se ha desarrollado una legislación avanzada en la lucha contra la violencia de género y la igualdad. En el campo sanitario se ha sentado las bases a partir de la implantación del protocolo común y la inclusión de la violencia de género en la cartera de los servicios del Sistema Nacional de Salud y planes de formación. Sin embargo, se observa una falta de esfuerzo e implicación institucional, una falta de compromiso

político desde las administraciones con escasos recursos y medidas frente a la violencia de género, máxime en estos últimos seis años motivados por la llamada “crisis económica”, por lo que podemos concluir que su desarrollo ha sido incompleto y poco consolidado.

Hacen falta más recursos e interdisciplinariedad para afrontar la violencia de género, junto con una buena coordinación y solidaridad entre el Estado y las CCAA, y entre CCAA.

En estos dos últimos años España viene incumpliendo sus compromisos internacionales en materia de igualdad de género, los retrocesos producidos deja constancia que lejos de avanzar retrocede en el marco de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las mujeres. Y persiste la discriminación y carencia de medios en la lucha contra la discriminación por motivos de género.

Por lo tanto se debe promover y supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales y la legislación y otros mecanismos de protección de los derechos humanos.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi Inés y Matas Natalia. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación "La Caixa". 2002. Edición electrónica disponible en Internet: www.estudios.lacaixa.es.
- Alfonsa Dehesa Fontecilla Marta. Violencia de género: un problema de salud actual. *Fecan Nuberos Científica*. 2014: 2(II) 35-40.
- Andrés Domingo Paloma, Balaguer Callejón Amalia, Blanco Prieto Pilar, Casado González Rosario, Chico Ortega Valentina, Lasheras Lozano M^a Luisa, et al. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas, Madrid; Instituto de Salud Pública. 2003.
- Aretio Romero Antonia. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit*. 2007.
- Arredondo Provecho Ana Belén, Broco Barredo Manuel. Alcalá-Ponce de León Teresa, Rivera-Álvarez Araceli, Jiménez Trujillo Isabel, Gallardo Pino Carmen. Profesionales de atención primaria de Madrid Y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2012.
- Bacigalupe Amaia, Martín Unai, Font Raquel, González Rábago Yolanda, Bergantiños Noemí. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gac Sani*. 2016;30:47-51.
- Blanco Pilar, Ruiz Jarabo Consuelo, García de Vinuesa Leonor, Martín García Mar. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18 1182-8.
- Nogueiras García Belén, Arechederra Ortiz Ángeles y Bonino Méndez Luis. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Instituto de la mujer. 2000.
- Borrel Carmen, y Artazcoz Lucia. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp Salud Pública*. 2008;82:245-249.
- Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea 2000, Diario Oficial de las Comunidades Europeas 364/01. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/oj/direct-access.html?locale=es>(Consultada: 23 de agosto de 2016).
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Barómetro de octubre de 2014. Estudio núm. 3042.Madrid: CIS 2014(consultado 15 julio de 2016).Disponible en http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14118.
- Coll Vinent Puig Blanca, Echeverría Teresa, Farrás Úrsula, Rodríguez Dolores, Millá José, Santiñá Manuel. El personal Sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac. Sanit*. 2008.Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo>.
- Coll-Vinent Puig Blanca. Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. *Emergencias*. 2008;20:269-275.

- Compilación seleccionada del marco jurídico Nacional e Internacional de la mujer. Fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la mujer (UNIFEM). 2005.
- Deza Villanueva Sabina. ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia?. Av Psicol. 2012.
- Echarte Pazos José Luis, León Bertrán Nuria, Puente Palacios Isabel, Laso de la Vega Artal Silvia, Díez Fuentes Esperanza, Martínez Izquierdo M^a Teresa. Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. Emergencias. 2010.
- Eguiguren Bravo Pamela. Violencia de género y salud. Diálogo Filosófico. 2004.
- Fernández M^a del Carmen, Herrero Sonia, Cordero José A, Maderuelo José. A, González M^a Luisa. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica. Elsevier.2006. Disponible <http://www.elsevier.es>.
- Ferrer Pérez Victoria A, Bosch Fiol Esperanza y Navarro Guzmán Capilla. La violencia de género en la formación universitaria: análisis de factores predictores. Anales de psicología. 2011.
- Fidalgo Delgado, Nines. Documento para profundizar en el convenio de Estambul. 2015. Disponible en <http://www.muarikgabe.org>.
- García Torrecillas Juan M, Torio Durántez Jesús, Lea Pereira M^a del Carmen, García Tirado M^a del Carmen y Aguilera Tejero Ramiro. Detección de violencia contra la mujer en la consulta médico de familia. Atención Primaria. 2008; 40(9): 455-461.
- González Lozoya Inmaculada, Serrano Martínez Ana, García Sánchez Nuria, Del Campo Giménez M^a, Moreno Ruiz Beatriz, González Lozoya Ana B, Montoya Fernández Julio, Téllez Lapeira Juan M, Escobar Rabadán Francisco. Experiencias en relación con la violencia de género de la población que consulta en atención primaria. Rev. clín de Med de Familia. 2010; 3(2): 104-109.
- Informe Violencia de Género 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/>.
- Informe sombra 2008-2013. CEDAW sombra España 2014. Disponible en <http://cedawsombraesp.wordpress.com>
- Informe Amnesty International. Informe 2015 al Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la ONU.
- Jauregui Balenciaga Inmaculada. Mujer y Violencia. Nómadas. Revista Crítica de ciencias sociales y jurídicas. 2006(13).
- La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud a las mujeres víctimas. Documento

técnico 86 (monografía en Internet) Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; 2003. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite>.

- Larrauri Barandela M^a Ángeles, Rodríguez Alonso Eva, Castro Feijóo Teba M^a, Pérez Zorelle Alfonso, Ojea Montes Beatriz, Blanco Gómez M^a Ángeles. Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. Revista Páginas en ferrung.com. 2010;2 (7):36-39.

- León Alonso Marta, Mujer, Salud y Derecho. Letras jurídicas: revista de los investigadores del Instituto de Investigaciones Jurídicas U. V. 2008;17:57-88.

- López Ventura Manuel. Violencia de Género y emergencias sanitarias: Buscando la mejor atención para las víctimas. Revista Zona Tes. 2016. Disponible en www.zona.tes.com/es/revista-zona-tes (consultada en junio 2016).

- Lorente Acosta Miguel. 2008. Violencia y maltrato de género (I) Aspectos desde la perspectiva sanitaria. Emergencias 2008;20:191-197.M.

- Lozano Alcaraz Carmen, Pina Roche Florentina, Torrecilla Hernández Maravillas, Ballesteros Meseguer Carmen, Pastor Rodríguez Jesús. Ortuño Esparza Almudena. Formación y Detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Rev Enferm UFSM. 2014; 4(1): 217-226.

- Macia Soler Loreto, Moncho Vasallo Joaquín. Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería global. 2007.

- Martos Sánchez, Pilar Blanco, Miguel y Mercedes González Vélez. El personal sanitario de las urgencias y emergencias extrahospitalarias ante la violencia de género (aproximación a partir del estudio del personal de Huelva y Sevilla). 2013 Disponible en www.congresoestudioviolencia.com/2012/articulo16.php (consultado en junio 2016).

- Matud Pilar, Matud M^a Teresa, Delgado Rebeca, Fortes Demelza y Rosa Arteaga. El personal sanitario ante la violencia de género. Clepsydra. 2009:139-155.

- Mireia Sans y Sellarés Jaume. Detección de la violencia de género en atención primaria. Rev Esp Med Legal. 2010;36(3):104-109.

- Ortubay Fuentes Miren. Diez años de la "Ley integral contra la violencia de género": Luces y sombras. Ventana Jurídica. 2014.

- Pérez García Carmen y Manzano Felipe M^a de los Ángeles. La Práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. Cultura de los Cuidados. 2014.

- Plazaola Castaño Juncal, Ruiz Pérez Isabel. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. Med Clin.(Barc). 2004;122(12):461-7.

- Ruiz Pérez Isabel, Plazaola Castaño Juncal, Raya Ortega Lourdes et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Atención Primaria. 2004;34(3):117-27.

- Rohlf's Izabella, Valls-Llobet Carmen. Actuar ante la violencia de género: un reto para la salud. Gac Sanit. 2003;17(4);263-265.
- Ruiz Peña M, González Peña MJ, López Álvarez JM, Iglesias Hernández MI, Barros Rubio C; González Amaya S y Fernández Crespo T. Violencia de género en un área de salud. Semergen. 2010;36 (4):202-207.
- Ruiz Pérez Isabel, Blanco Prieto Pilar, Vives Cases Carmen. Violencia contra la mujer en la pareja: Determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit. 2004.
- Ruiz Pérez Isabel, Plazaola Castañoa Juncal, Blanco-Prieto Pilar, González-Barranco Juana M^a, Ayuso Martín Pilar, Montero Piñar M^a Isabel. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006.
- Ruiz Pérez Isabel, Violencia contra la mujer y salud, Programa de formación de formadores /as en perspectiva de género en salud. Escuela Andaluza en salud. 2005.
- Salvador Sánchez Lydia, Rivas Vilas M^a, Sánchez Ramón Susana. Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. Emergencias. 2008; 20:343-352.
- Siendones Castillo R, Perea Milla E, Arjona JL, Aguera C, Rubio A, Molina M. violencia domestica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias 2002; 14: 224-232.
- Tajadura Tejada Javier. Los convenios de cooperación entre comunidades autónomas: marco normativo y propuestas de reforma. 2010. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3340001.p> (consultado el 15/10/2016).
- Thill Magali., Erradicar la Violencia de Género: un recorrido por las intenciones y los instrumentos europeos. Themis, revista jurídica de igualdad de género. (13) 2013:7-19.