

Trabajo de Fin de Máster

**La formación del personal de
Atención Especializada sobre
violencia de género.
Un ejemplo concreto, el servicio de
Hemodiálisis en Tenerife.**

Autora: Beatriz Comenge Acosta

Tutora: Purificación Heras González

Curso 2017-2019

Primera convocatoria. Septiembre 2019

Violencia de género, Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis, Interseccionalidad y
atención sanitaria

“NO HACER es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore. ACTUAR contribuye, además de poder resolver el caso, a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género. Frecuentemente no se interviene por miedo a no saber qué hacer, a hacer más daño..., pero es importante señalar que el sólo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico. Con frecuencia la consulta es el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa. Al hablar con la mujer se puede ir descubriendo en qué se la puede ayudar y cómo”.

(Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género, 2012).

Agradecimientos:

En primer lugar, me gustaría agradecer a la Asociación Enfermos Renales de Tenerife la oportunidad que me brindó en el año 2003 para formarme como profesional de la psicología y crecer aún más como persona. Además de la colaboración en este proyecto relacionado con mi nueva andadura profesional.

A todas y todos los profesionales sanitarios que han cumplimentado el cuestionario, por su implicación y trabajo diario con las y los pacientes en diálisis, y por volverme a abrir las puertas para hacerme sentir como en casa.

A la Catedrática Doña Pilar Matud Aznar por allanarnos el camino a tantas mujeres, por su lucha incansable y su generosidad con todas nosotras, gracias por contribuir con todo tu saber en este proyecto.

A mi tutora, Purificación Heras González, quien ha sido mi guía para llegar a puerto.

Y por último, a mi compañera de vida, quien comparte mis alegrías, tristezas y horas de estudio.

Contenido

Resumen	1
Introducción	2
1. Justificación	4
2. Descripción del objeto de estudio y breve estado de la cuestión	9
3. Metodología	17
3.1. Contenidos del cuestionario	19
3.2. Hipótesis y Objetivos	19
4. Marco normativo	21
5. Análisis de resultados	30
6. Aportaciones y reflexiones	52
7. Propuestas de mejora	55
7.1. Camino a seguir en la investigación	56
a) Ampliar la muestra	56
b) Realizar Grupos de Discusión con el personal sanitario de diálisis	57
c) Realizar Grupos de Expertos/as en atención a las VVG en el ámbito sanitario	58
7.2. Formación especializada y continua para servicios sanitarios de diálisis:	59
7.3. Propuesta de Protocolo de actuación en servicios especializados de diálisis	64
7.4. Campañas periódicas Contra la Violencia de Género en los centros de tratamiento	69
Bibliografía	70
Anexo I: “Cuestionario: Conocimiento y experiencias en la respuesta del equipo sanitario a las pacientes en diálisis víctimas de violencia de género”	85
Anexo II: Carta dirigida al personal sanitario	87
Anexo III: Carta de Servicios Unidad Orgánica de Violencia de Género de Tenerife ..	88
Anexo IV: Campañas periódicas Contra la Violencia de Género en los centros de tratamiento	89
Anexo V: Abreviaturas	90

INDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	23
ILUSTRACIÓN 2. ACTUACIÓN DEL DISPOSITIVO DE EMERGENCIA PARA MUJERES AGREDIDAS.....	63
ILUSTRACIÓN 3. ALGORITMO DE ATENCIÓN A VVG EN DIÁLISIS.....	68
ILUSTRACIÓN 4. CAMPAÑA 016 PUEDE SIGNIFICAR OTRA VIDA.....	89
ILUSTRACIÓN 5. CAMPAÑA SI HAY SALIDA.....	89

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. PROFESIONALES ESTIMADOS, CUESTIONARIOS Y PARTICIPANTES.....	18
TABLA 2. A LO LARGO DE SU VIDA LABORAL LE HAN CONTADO ALGÚN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	31
TABLA 3. CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO CONOCIDO POR PROFESIONALES.....	31
TABLA 4. MANIFESTACIÓN DE SER VÍCTIMA.....	32
TABLA 5. PROFESIONALES A QUIÉN LE HAN MANIFESTADO SER VÍCTIMA.....	33
TABLA 6. MANIFESTACIÓN DE SER VÍCTIMA EN RELACIÓN A LA EDAD DEL/LA PROFESIONAL.....	33
TABLA 7. PRUEBA DE CHI-CUADRADO EN RELACIÓN A LA MANIFESTACIÓN DE SER VÍCTIMA CON LOS AÑOS DE PROFESIÓN.....	34
TABLA 8. MANIFESTACIÓN DE SER VÍCTIMA EN RELACIÓN A LOS AÑOS DE PROFESIÓN.....	34
TABLA 9. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO EN RELACIÓN A LA MANIFESTACIÓN DE SER VÍCTIMA Y LOS AÑOS DE PROFESIÓN.....	34
TABLA 10. INTUICIÓN/DETECCIÓN DE CASOS.....	35
TABLA 11. PROFESIONALES QUE INTUYEN/DETECTAN CASOS.....	36
TABLA 12. FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO.....	36
TABLA 13. FORMACIÓN RECIBIDA PARA DAR RESPUESTA A LAS VÍCTIMAS.....	36
TABLA 14. FORMACIÓN RECIBIDA POR PROFESIONES.....	37
TABLA 15. PROFESIÓN DE AYUDA.....	40
TABLA 16. TIPOLOGÍA DE RESPUESTA EN PROFESIÓN DE AYUDA.....	40
TABLA 17. PROFESIÓN DE AYUDA POR PROFESIONALES.....	41
TABLA 18. VIOLENCIA DE GÉNERO.....	42
TABLA 19. Actuaciones en caso de sospecha.....	43
TABLA 20. ACTUACIONES EN CASO DE CERTEZA.....	44
TABLA 21. PROBLEMÁTICA ASOCIADA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	46
TABLA 22. VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD POR PROFESIONES.....	47
TABLA 23. PERFIL DE LAS MUJERES VÍCTIMAS.....	48
TABLA 24. CONOCIMIENTO DE PROTOCOLOS.....	49
TABLA 25. IDENTIFICAR AGENTES SOCIALES DE ACTUACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO.....	50
TABLA 26. RECONOCER RECURSOS DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS.....	50
TABLA 27. PROPUESTA PARA AMPLIAR LA MUESTRA DE PROFESIONALES DE DIÁLISIS EN CANARIAS.....	56
TABLA 28. PROPUESTA PARA REALIZAR GRUPOS DE DISCUSIÓN.....	57
TABLA 29. PROPUESTA PARA REALIZAR GRUPOS DE EXPERTOS/AS EN LA ATENCIÓN A LAS VVG EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	58
TABLA 30. PROPUESTA DE FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN LA ATENCIÓN A VVG EN EL ÁMBITO SANITARIO DE HEMODIÁLISIS.....	60
TABLA 31. ESQUEMA DEL MÓDULO DE FORMACIÓN SOBRE RECURSOS INSULARES DE ATENCIÓN A LAS VVG.....	62
TABLA 32. ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LAS VVG EN HEMODIÁLISIS.....	65
TABLA 33. RECOMENDACIONES EN LA ATENCIÓN A VVG.....	66
TABLA 34. PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VVG EN HEMODIÁLISIS.....	67
TABLA 35. CAMPAÑAS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	69

Resumen

Los/as profesionales de la salud desempeñan un papel fundamental en la prevención, detección e intervención de la violencia de género ejercida por hombres que tengan o hayan tenido una relación afectiva con la mujer tal y como recoge la *Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género*. Por ello, la formación en violencia de género y el dominio de los protocolos de atención es indispensable en esta lucha, tal y como se recogen en las distintas normativas, medidas y regulaciones en España.

El objetivo principal de esta investigación es “*identificar el conocimiento y la experiencia de respuesta del personal sanitario de unidades de hemodiálisis de Tenerife en la atención a mujeres víctimas de violencia de género*” por ser un servicio de atención sanitaria especializada que tiene como características la accesibilidad, cercanía y contacto continuado con la paciente, y porque la prevalencia de la enfermedad renal crónica va en aumento, siendo Canarias la comunidad con mayor número de casos.

Para ello se elaboró un cuestionario autoinformado de 14 preguntas basadas principalmente en los Protocolos nacionales de atención a las víctimas de violencia de género a nivel estatal y autonómico. Fue cumplimentado de forma voluntaria por el 60% del personal sanitario de atención en diálisis (nefrología, enfermería y auxiliares) de la isla de Tenerife, mostrando así su compromiso e implicación con esta problemática. De los resultados más significativos se destaca que a un 25% de las personas encuestadas la propia paciente manifestó ser víctima, al 32% le habían contado algún caso de paciente víctima de violencia y un 38% ha intuido que alguna paciente pudo padecerla o la padece. Los resultados reflejaron también que a pesar de que la mayoría no ha recibido una formación especializada en la materia, tienen unos conocimientos bastante amplios y adecuados sobre la violencia machista, no siendo tan numeroso sobre las formas específicas de atención en los casos de sospecha y de confirmación. Los resultados llevan a la conclusión de reforzar la formación en este ámbito de la sanidad especializada para mejorar la detección precoz y ofrecer respuestas adecuadas y de protección a las víctimas. Así como otras propuestas complementarias como la elaboración de un protocolo específico de atención a las víctimas en diálisis y utilizar campañas publicitarias contra la violencia de género como medio de información y sensibilización dentro de las propias unidades de tratamiento.

Introducción

La violencia de género es un importante problema de salud pública donde los equipos sanitarios realizan una labor vital en su detección, atención, protección y seguimiento de casos hasta su recuperación. Afecta significativamente a la salud integral de las mujeres que la padecen, y además estas presentan una mayor vulnerabilidad a sufrir situaciones de violencia cuando padecen una discapacidad.

El desarrollo de esta investigación se centra en las mujeres víctimas de violencia de género con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo renal de hemodiálisis. La selección de esta especialidad del ámbito sanitario viene motivada por un lado por las características de accesibilidad, continuidad y trato directo que establece el personal sanitario con las pacientes, y por otra por los crecientes números en prevalencia e incidencia de la enfermedad renal en Canarias, comunidad autónoma donde se desarrolla el estudio, concretamente en la isla de Tenerife. Además, esta enfermedad en niveles avanzados es reconocida como generadora de discapacidad.

Es necesario encuadrar la atención a las personas desde un modelo biopsicosocial en salud, sin embargo en occidente el modelo biomédico es el hegemónico, por lo que existe un sesgo a la hora de realizar interpretaciones en los procesos de salud-enfermedad-atención, ya que principalmente se tiene en cuenta el cuerpo biológico y no otros factores como los sociales, culturales y el sesgo de género. Este aspecto es aún más necesario tenerlo en cuenta en las intervenciones desde el ámbito sanitario sobre la violencia de género, ya que no es producto de la biología sino fruto del machismo, patriarcado y la androginia, convirtiéndose en una violencia estructural y social.

La propuesta de trabajo que se plantea es **Identificar el conocimiento y la experiencia en la respuesta del personal sanitario, de las unidades de hemodiálisis de Tenerife, en la atención a mujeres víctimas de violencia de género que acuden a los mismos**. Entendiendo esta violencia por la ejercida por el hombre con el que se haya tenido o se tenga un lazo afectivo, según la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de protección Integral contra la Violencia de Género

Para ello se realiza un breve encuadre de la situación de la violencia de género y específicamente en cuanto a los modelos de salud biológico y psicosocial, la enfermedad renal crónica y la discapacidad como factor de vulnerabilidad a sufrirla dentro de otras interseccionalidades. Así mismo, se realiza un análisis cronológico del marco normativo más influyente dentro del ámbito sanitario, un acercamiento al campo de la discapacidad. La investigación se ha realizado a partir de la administración de un cuestionario al personal sanitario de hemodiálisis (medicina, enfermería y auxiliares) de

forma anónima y voluntaria. Del análisis de los datos se concluye principalmente la necesidad de realizar más acciones formativas que ayuden a capacitar a estos y estas profesionales, especialmente en los servicios especializados. A partir de estos resultados, se plantean varias propuestas de mejora en cuanto a la investigación, formación, realización de protocolos de actuación en diálisis así como el uso de campañas de prevención. De esta manera, se cierra el TFM con propuestas derivadas de los resultados de la investigación.

1. Justificación

La violencia de género se ha normalizado durante décadas, centenarios, siglos... a partir de naturalizarla, siendo fruto del machismo, patriarcado y la androginia.

Es una significativa manifestación de pérdida de derechos y libertades para nosotras; la forma más clara de desigualdad a todos los niveles, en todos los países y con independencia del nivel formativo, social y/o económico, tanto de los hombres que la ejercen, como de las mujeres que la padecemos; siendo el único indicador común para sufrirla el ser mujer¹ (M.^a Pilar Matud Aznar, 2019; Victoria Ferrer-Pérez y Esperanza Bosh-Fiol, 2019; Carmen Pérez García y M.^a de Los Ángeles Manzano Felipe, 2014; Consejo de Europa, 2011; Luisa Lasheras Lozano et al., 2008; Organización de Naciones Unidas, 1992).

Ya no podemos echar la vista a un lado y pensar que la violencia machista es algo natural y del ámbito privado, ya es una obligación de todas y todos el reconocer estos atentados contra la dignidad, los derechos y la vida de las mujeres. Tampoco podemos seguir pensando que es únicamente la expresión de conductas y actitudes de agresión física; también existen manifestaciones psicológicas como son las amenazas, burlas, etc.; las distintas formas de control del tiempo y del ocio, del dinero, del entorno social más próximo hasta el aislamiento; la violencia sexual, etc. (M.^a Pilar Matud Aznar, 2019; Sarah Bott et al, 2014; Consejo de Europa, 2011; Ley canaria 16/2003, de 8 de abril). Además, existen otras formas de violencia que se ejercen desde el ámbito público como pueden ser las distintas brechas de género² a las que estamos sometidas (en la ciencia, en las pensiones, digital, salarial, tecnológica, etc. (Estefanía Alaminos *et al*, 2019), los micromachismos³ (Luis Bonino, 1996), la utilización del lenguaje sexista, etc. (M.^a Pilar Matud Aznar, 2019), es decir todo lo que se denomina como violencia estructural⁴ de género (M.^a Pilar Matud Aznar, 2019; Dora Inés Munévar-Munévar y Luz Zareth Mena-Ortiz, 2009).

¹ Asamblea General de Naciones Unidas (1993), artículo 1 de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer recoge que es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino. En 2011 el Consejo de Europa, en el Convenio sobre la prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, reconoce que esta violencia está basada en el género

² Es una medida específica que permiten evidenciar, diferenciar, y/o cuantificar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en una categoría determinada, por ejemplo en la ciencia, las pensiones, etc. (Junta de Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer, 2019).

³ “Comportamientos “invisibles” de violencia y dominación, que casi todos los varones realizan cotidianamente en el ámbito de las relaciones de pareja” (Luis Bonino Méndez, 1996:1)

⁴ Violencia estructural: las normas y los valores que sitúan a la mujer en una posición subordinada con respecto al hombre, se mantienen y refuerzan en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos (Isabel Ruíz Pérez, n.d.)

En nuestro país, la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de protección Integral contra la Violencia de Género (2004: 42.168), define la violencia de género como “(...) la manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia”. Si bien, con anterioridad a esta ley, España ratificó la “Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)” (España, 1984) y posteriormente, en el año 2014 el *Convenio del Consejo de Europa para Prevenir y Combatir la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica*, que recoge otras expresiones de violencia como el acoso sexual o el matrimonio forzado (Consejo de Europa, 2011).

La manifestación más extrema es el asesinato o feminicidio: 1015⁵ mujeres han sido asesinadas a manos de sus parejas o exparejas desde que el Gobierno de España, en el año 2003 comenzó a registrar las estadísticas hasta el 1 de septiembre de 2019. 1015 vidas, 1015 familias, y niñas y niños que se han quedado sin madre e incluso habiendo presenciado cómo se les arrebatava la vida a sus madres.

Denunciarla y poner en marcha acciones de prevención, protección y recuperación, para las víctimas, es un deber de todo Estado y debe ser real. Su respuesta y eliminación es una obligación y a la vez un reto de toda la sociedad, desde el sector público al privado. Es una tarea conjunta, de coordinación, colaboración y cooperación entre la multitud de agentes implicados (España, 2013; Luisa Lasheras Lozano, 2008), tal y como también recogen las diferentes normativas estatales e Instituciones internacionales como la Organización de Naciones Unidas (en adelante ONU) en distintos textos como por ejemplo la “Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer” (1979).

En este sentido, el sector de la salud tiene un papel fundamental en la prevención, identificación e intervención de la violencia contra la mujer (Roberta Alancar-Rodrigues y Leonor María Cantera, 2012 y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003).

Dentro de los servicios sanitarios implicados, en su lucha y respuesta a las víctimas, están los servicios de Atención Primaria, Atención Especializada y los Servicios de Urgencias, que cuentan con profesionales de distintas disciplinas como enfermería,

⁵ Datos extraídos de la página web del Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad del Gobierno de España “Por una sociedad libre de violencia de género” (1 de septiembre de 2019)

medicina, trabajo social, psicología, matronas, fisioterapeutas, etc. (Rosa M.^a López Rodríguez y Sonia Peláez Moya, 2012).

(...) 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.(OMS, 1996, p 1).

En este sentido, los equipos de Atención Primaria están en una situación privilegiada para realizar labores de detección, así como para su abordaje y seguimiento, y también actuaciones de prevención, por el contacto continuado con la paciente (Gloria Rodríguez-Blanes *et al*, 2017; Esperanza Bosch Fiol, 2008). Mientras que en los servicios de urgencias se producen situaciones clínicas de intervención puntual, donde la detección y protección de la víctima son cruciales. Y por último, el personal de atención especializada que podría ser capaz de interpretar los signos y síntomas de forma integral, realizando un diagnóstico diferencial de casos y evitamos psicopatologizar el problema.

En palabras de Miguel Lorente (2008), muchas mujeres víctimas acuden a urgencias con lesiones objetivas, importantes y claras; y otras acuden a consulta, tanto de primaria como especializada, con síntomas diversos y difusos, tanto a nivel físico como psíquico, que no siempre se asocian con la situación de violencia que puedan estar sufriendo, y el tratamiento que se le ofrece, muchas veces psicofármacos, puede contribuir a invisibilizar la auténtica problemática (Roberta Alancar-Rodrigues y Leonor María Cantera, 2013). Cuando la mujer no presenta lesiones manifiestas, es posible que no se reconozca como víctima de violencia de género (en adelante VVG) por diversas causas. Entre estos motivos, está la naturalización y normalización de la violencia ejercida por sus parejas, el miedo a las represalias de este, el sentimiento de culpa y de vergüenza, entre otras.

Por la parte sanitaria la influencia del modelo biomédico, que solo tiene en cuenta lo biológico y objetivable y no los factores sociales y subjetivos, podría explicar la gran dificultad para detectar las situaciones de malos tratos (Purificación Heras, 2017/2018). Por otro lado es posible que no se identifique porque exista una carencia de conocimientos por la escasa formación con perspectiva de género en el ámbito sanitario (Roberta Alancar-Rodrigues y Leonor María Cantera, 2013; Juana Macías Seda *et al.*, 2012). A esto se pueden sumar los aspectos subjetivos de las y los profesionales, como son las creencias y actitudes (Juana Macías Seda *et al.*, 2012) que pueden influir en la conceptualización y forma de entender el problema de la violencia de género (VDG en adelante). De hecho, los mitos de las personas profesionales en torno a las causas del

maltrato contribuyen a la perpetuación de la VDG (Roberta Alancar-Rodrigues y Leonor María Cantera, 2013 y Gimena Mar Rodríguez *et al*, 2008) porque no facilita la detección y porque la mujer no se siente respaldada.

Luisa Lasheras señala que:

Una gran parte de la violencia que sufren las mujeres queda invisible para todos, incluso para quienes la padecen...Múltiples dolencias y problemas psicofísicos considerados habitualmente como femeninos no son debidamente interpretados al desconocer su conexión causal con el sometimiento a relaciones de abuso, y por tanto pueden ser atribuidos, de forma estereotipada, a supuesto déficit o patologías de las mujeres (Luisa Lasheras, 2008, pp. 12-13)

Por otro lado, como señalan M^a Dolores Amador Demetrio *et al.*, “Para muchas mujeres que han sido maltratadas, los y las trabajadoras de la salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecerles apoyo e información” (2003, p. 24). Por su parte Blanca Coll-Vinet (2008) resalta que a pesar de que los servicios sanitarios son un punto clave para el abordaje, rara vez los y las profesionales sospechan su existencia. No identificar la situación de maltrato por parte del personal sanitario puede suponer para la mujer una doble victimización⁶, en forma de falta de implicación profesional y en psicopatologizar los síntomas y por tanto, la prescripción de fármacos, especialmente tranquilizantes que lo que hacen es tratar el síntoma pero no qué lo provoca (Roberta Alancar-Rodrigues y Leonor María Cantera, 2013).

Por ello es necesario que el personal sanitario tenga la formación y capacitación necesaria y con perspectiva de género⁷ para prevenir, realizar una detección precoz e intervenir (Luisa Lasheras Lozano *et al.*, 2008 y Miguel Lorente Acosta y Miguel Toquero de la Torre, 2004) en las situaciones de violencia machista vividas por sus pacientes, y así poder dar respuestas inmediatas y adecuadas, cumpliendo así con la legislación vigente (LO 1/2004, de 28 de diciembre).

Además, la OMS desde 1996 declara la VDG como un problema de Salud Pública y la identifica como factor crucial en el deterioro de la salud, tanto por su magnitud como por sus consecuencias. De hecho, numerosos estudios científicos constatan los efectos del maltrato para la salud de las mujeres a nivel físico, funcional, ginecológico, psicológico, etc. (M^a Pilar Matud Aznar, 2019; Rosa M.^a López Rodríguez y Sonia Peláez Moya, 2012; Gimena Mar Rodríguez *et al*, 2008; OMS, 2003, etc.). A estas secuelas sobre la salud de las víctimas, debemos tener en cuenta que, la mujer además puede padecer

⁶ También llamada victimización secundaria o institucional. Es el daño que las instituciones causan a las víctimas además del ya provocado previamente por su agresor.

⁷ Reconocer que la pérdida y el no respeto de los derechos hacia las mujeres es por las relaciones de jerarquía, poder y desigualdad entre los sexos.

una enfermedad crónica, lo que significa una mayor vulnerabilidad, desprotección y mayores riesgos para su salud a corto, medio y largo plazo, por lo que interseccionan⁸ varios factores en su situación que es preciso tener en cuenta, dada su complejidad, para poder ofrecerles una respuesta adecuada.

De hecho, la ONU en el *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (2006, p 118), en su punto VII de “Prácticas promisorias y desafíos para la aplicación” cita lo siguiente:

La intersección de múltiples formas de discriminación: La intersección de la dominación masculina con la raza, el origen étnico, la clase, la casta, la religión, la cultura, el lenguaje, la orientación sexual, la condición de migrante o de refugiada y la discapacidad – frecuentemente denominada “interseccionalidad” – opera en muchos niveles en relación con la violencia contra la mujer. La discriminación múltiple moldea las formas de violencia que experimentan las mujeres. Determina que algunas mujeres tengan más probabilidad de ser blanco de determinadas formas de violencia porque tienen una condición social inferior a la de otras mujeres y porque los infractores saben que dichas mujeres tienen menos opciones de obtener asistencia o formular denuncias”.

⁸ Coexistencia de diferentes factores como ser mujer mayor, con discapacidad, migrantes, etc.

2. Descripción del objeto de estudio y breve estado de la cuestión

La violencia de género es una pérdida de derechos humanos, pero además es un problema de Salud Pública (M^a Pilar Matud Aznar, 2019; España, 2013; Consejo de Europa, 2011; OMS, 1996).

Los términos salud y enfermedad han sido complejos de definir. Históricamente, se consideraba la salud como ausencia de enfermedad.

En 1946 la OMS definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). Y aunque muchos/as autores/as discrepan de la definición por estática, utópica, y subjetiva, aún no ha sido modificada y es tenida como modelo. “(...) el hecho de indicar con claridad las tres dimensiones de la salud, física, psíquica y social, ha supuesto una gran aportación, dotándola de una concepción más global” (Valentín Gavidia y Marta Talavera, 2012, p.167). Esta forma de entender la salud permite incluir los aspectos subjetivos y relacionales a las perspectivas clínicas organicistas dominantes (Isabel Martínez Benlloch, 2003). Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos por incorporar la perspectiva psicosocial al concepto de salud, seguimos considerando principalmente los aspectos biológicos (genéticas, hormonales, anatómicas o fisiológicas) como único eje central (M^a del Pilar Matud Aznar, 2019), sin tener en cuenta las influencias de factores sociales, culturales, psicológicos, etc. en los procesos de salud y enfermedad, así como en la atención de las personas (Purificación Heras, 2017/2018).

Este modelo, el biomédico, es el hegemónico en occidente, tanto en el campo profesional como académico, principalmente por su eficacia en la reducción de las tasas de mortalidad y el aumento de las expectativas de vida, siendo una construcción capitalista, tal y como explica el doctor Eduardo L. Menéndez en la entrevista realizada por Alba Nidia Triana Ramírez y Jaime Antonio Álvarez Soler (2017). Este paradigma parte de lo objetivable, la biología y especialmente del cuerpo masculino como el estándar y representativo, provocando que el cuerpo de las mujeres se entendiera como inferior y sólo tenido en cuenta para la fertilidad y reproducción, o, más recientemente, en procesos específicos de las mujeres que se han patologizado como la menopausia (Purificación Heras González, 2017, Carme Valls-Llobet, 2010 y Mari Luz Esteban, 2006). Además, esto ha ayudado, como cita Mari Luz Esteban (2006) a la supervisibilización de roles reproductivos de las mujeres y a la invisibilización dentro de otras áreas influyentes de la vida pública como la economía, potenciando la división sexual del trabajo, y así ayudando a reproducir y consolidar las desigualdades y sesgos

de género que se manifiestan también en la práctica clínica (Isabel Martínez Benlloch, 2003). La consecuencia de esto es

El hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria, para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, que sus síntomas sean confundidos, minimizados o bien, no diagnosticados, y que sus quejas sean frecuentemente atribuidos a etiología psicológica o psicosomática, hace replantear las bases en las que se ha basado la ciencia para conocer los problemas de salud de hombres y mujeres. (Carme Valls-Llobet, 2010, p. 11)

De hecho, desde diferentes disciplinas como la sociología o la antropología, han criticado el escaso papel que otorga el modelo biomédico a los aspectos socioculturales relacionados con la salud y enfermedad, proponiéndose otros modelos que tienen en cuenta la perspectiva de género y otros factores que afectan a la vida de las personas (hombres y mujeres), y no únicamente las dimensiones biológicas (Mari Luz Esteban, 2006). Incluso desde la propia medicina se han propuesto modificaciones al modelo para incluir aspectos sociales en las políticas de salud y en las actividades médicas, ejemplo de ello es la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978).

En el campo de la salud/enfermedad se tiene que hablar de cuestiones objetivables pero también de construcciones culturales y sociales, que depende de cada cultura y momento histórico

(...) la biomedicina no solo apoya con sus definiciones el mantenimiento del sistema de género, sino que al considerar únicamente la biología como productor de enfermedad, no va a tener en cuenta el género como factor social determinante de la salud y la enfermedad, lo cual va a producir invisibilidades sobre las condiciones de vida de la Mujer (Purificación Heras, 2017/2018 p. 12)

Este sesgo de género en la salud también se extiende a la "(...) invisibilidad de las mujeres en las áreas de investigación, formación y cuidados en el ámbito de la salud" (Concha Colomer Revuelta y M^a del Pilar Sánchez López, 2007, p.3). Otra consecuencia de este hecho es que

Las/os profesionales de la medicina y enfermería, concienciados o no, tienen impedimentos específicos por su enculturación en una visión esencialista y etnocéntrica del cuerpo y la salud, relacionada a su vez con la propia fundamentación científica de la biomedicina (...) (Mari Luz Esteban, 2006, p.10).

En Alba Nidia Triana Ramírez y Jaime Antonio Álvarez Soler (2017), el doctor Eduardo Menéndez suscribe que en las universidades de medicina se transmite el modelo biomédico, y aunque incluyan aspectos culturales y psicológicos, a la hora del ejercicio profesional suelen ser excluidos. Y no podemos olvidar que "En el mantenimiento de la salud y en la generación de la enfermedad, la mayor parte de los factores son extra-médicos" (Delia Outomuro, 2008, p. 21).

Tener esto en cuenta es de vital importancia a la hora de realizar una detección precoz y/o identificar los signos y síntomas de la violencia machista en la salud de las mujeres, dado que la formación y la práctica desde el modelo biomédico parte del hombre como modelo y no siempre se consideran determinantes de la enfermedad otros factores que afectan diferencialmente a hombre y mujeres (Sara Velasco Arias, 2008), como puede ser los efectos del patriarcado y su expresión más extrema, la violencia de género. Si asumimos que “El sistema de género y las asimetrías del modelo patriarcal, determinan desiguales condiciones de vida para hombres y mujeres (...)” (Purificación Heras, 2017/2018, p. 32), lo que va a condicionar un menor estado de bienestar, inequidad en los procesos de salud, discriminación y desigualdad para nosotras (Sara Velasco Arias, 2009 y 2008).

Por tanto, debemos partir de un concepto de salud integral, que aúne la influencia del contexto y los factores sociales, la experiencia subjetiva (cómo es vivida la experiencia) y el análisis de género, y no sólo el aspecto biológico (Sara Velasco, 2009). Es decir, entender el proceso salud-enfermedad-atención dentro de procesos amplios donde intervienen elementos sociales, políticos, culturales, económicos y subjetivos, en constante interacción a lo largo del ciclo vital y bajo la perspectiva de género (Purificación Heras, 2017/2018). Usar el enfoque de género en salud citando a Sara Velasco Arias (2018) es tener en cuenta que:

- Las personas son siempre mujer u hombre y puede haber diferencias por sexos en el estado de salud y en la atención en los servicios sanitarios.
- Existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo – construcción de género-, y puede haber diferencias debida a estas construcciones de género en el estado de salud y en la atención sanitaria.
- En la sociedad existe jerarquía entre los sexos, siendo aún a veces minusvalorado o discriminado lo femenino y existiendo relaciones de poder entre hombres y mujeres. Son las relaciones de género
- Las posibles diferencias de salud, tanto debidas al sexo, como motivadas por factores y relaciones de género, pueden resultar discriminatorias y ser injustas y evitables. Es decir, pueden ser desigualdades e inequidades de género en el estado de salud y en la atención sanitaria (Sara Velasco Arias, 2008, p. 9)

Por tanto, es necesario tener en cuenta en la salud y el bienestar de las mujeres el impacto de la violencia de género (M^a del Pilar Matud Aznar, 2019).

Son muchos los estudios que constatan que el maltrato a la mujer por su pareja incide de forma importante en la salud de las mujeres ya que, además de las posibles lesiones físicas sufridas como consecuencia directa de la violencia, supone un gran impacto a nivel psicológico así como un factor de riesgo para la salud de la mujer a largo plazo. Por ello, se considera como un problema importante de salud pública (M^a del Pilar Matud Aznar et al, 2018).

Este efecto sobre la salud no se debe a una agresión puntual y aislada, ni al efecto sumatorio de los ataques repetidos sino más bien a la exposición a la violencia, es decir, a todas las conductas y actitudes de dominación hacia la mujer en forma de amenazas, agresiones, aislamiento, control, al efecto de la auto-culpabilización entre otras (Miguel Lorente Acosta, 2008). La VDG provoca consecuencias a nivel físico, como lesiones graves en órganos y tejidos, síntomas inespecíficos, dolor crónico, etc.; a nivel sexual y reproductivo, por ejemplo la transmisión del VIH y/o infertilidad, entre otros; a nivel psicológico se dan consecuencias cognitivas, emocionales, afectivas, psicofisiológicas y del comportamiento a través de las manifestaciones del Trastorno de Estrés Postraumático, ansiedad, depresión, aislamiento, baja autoestima e inseguridad, entre otras; así como el uso y el abuso de determinadas sustancias como estrategia de afrontamiento (M^a Pilar Matud Aznar *et al.*, 2018, Miguel Lorente Acosta, 2008, Miguel Lorente Acosta y Francisco Toquero de la Torre, 2004 e Isabel Ruíz Pérez, n.d.).

La Guía de Apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de la pareja en la mujer de la Comunidad de Madrid (2008) cita además:

Las manifestaciones de la violencia sobre la salud de las mujeres pueden presentarse de diferentes formas (...):

- La mayoría de los homicidios cuyas víctimas son mujeres han sido cometidos por una pareja actual o previa (en España esta proporción alcanza el 75%).
- El riesgo de muerte de las mujeres expuestas a la violencia de sus parejas, se incrementa con la separación.
- El riesgo de suicidio es hasta 4 veces mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son.
- Existe mayor probabilidad de experimentar peor percepción de su salud.
- La vulnerabilidad a los problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, es mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son; por ejemplo: dolor crónico, enfermedades de transmisión sexual, infección de vías urinarias, etc. (Gimena Mar Rodríguez *et al.*, 2008, p. 13)

Como se ha venido exponiendo, la violencia de género es un factor de riesgo para la mala salud de la mujer (M^a del Pilar Matud Aznar *et al.*, 2018 y Isabel Ruiz Pérez, n.d.) pero, además, se debe tener en cuenta los casos en los que la mujer ya presenta un deterioro en su estado de salud, y más cuando éste conlleva a una discapacidad. Estos dos factores, que interseccionan, constituyen una mayor vulnerabilidad a la VDG como se expondrá más adelante.

En cuanto al deterioro de la salud que provoca una enfermedad crónica nos centraremos en la Enfermedad Renal Crónica (ERC en adelante) que consiste en la disminución de la función renal de forma persistente. Esta situación, en sus fases más avanzadas, lleva a la persona enferma a necesitar tratamiento sustitutivo renal (TRS en adelante) como

diálisis o trasplante renal. Los riñones no pueden eliminar las sustancias tóxicas del organismo ni mantener el equilibrio de los líquidos en el cuerpo por lo que disminuye la emisión de orina, se producen alteraciones neurológicas como la encefalopatía urémica (alteración cognitiva: desde una dificultad para concentrarse hasta el coma profundo) y la polineuropatía, entre otras funciones importantes a nivel osteomuscular, dermatológica, hematológica, hormonal etc. Es por ello que se convierte en una situación clínica de peligro para la vida de la persona y requiere tratamiento sustitutivo renal (International Federation of Kidney Foundations, 2019; International Society of Nephrology, 2019; Ana Gómez Carracedo *et al* 2006).

Según la Sociedad Española de Nefrología (SEN) “La ERC es conocida mundialmente como la epidemia silenciosa por su alto impacto en Salud Pública” (2018. p 4) y por su infradiagnóstico (SEN, 2019), además, tiene importantes implicaciones psicosociales y económicas que influyen de forma muy significativa a las personas afectadas, su familia, la sociedad y los servicios de salud, y se asocia a un importante riesgo de morbimortalidad cardiovascular (Manuel Gorostidi *et al.* , 2018; Alfonso Otero González *et al.*, 2010; Ángel Martín De Francisco *et al.*, 2005; Ana Gómez Carracedo, Estefanía Arias Muña y Concepción Jiménez Rojas, 2006) y de mortalidad total (Ángel Martín De Francisco *et al*, 2005). En los últimos diez años (2006-2016) ha aumentado su mortalidad casi un 30% “(...) de seguir su ritmo de actual de crecimiento, se convertirá en la segunda causa de muerte en pocos años (...)” (SEN, 2019, p 1).

Según estudios mencionados y publicaciones de esta sociedad, la prevalencia de la ERC va en aumento. El estudio EPIRCE (Alfonso Otero González *et al*, 2010) indicaba que esta enfermedad afectaba a un 6,8% de la población española. Recientemente el estudio ENRICA-Renal (Manuel Gorostidi *et al.*, 2018) muestra que la prevalencia es de un 15,1% del total de la población y, en mayores de 64 años es del 21.4%. La incidencia también ha aumentado en la última década un 10% más que en 2008.

En lo que respecta a la población canaria, según datos aportados por la SEN, “Canarias es la comunidad con mayor prevalencia (...) mientras que la incidencia, también fue superior a la media nacional (...) y creció en el último año casi un 12% en la Comunidad...” (2019, p. 1). En lo que respecta a la distribución por sexo, hay una mayor prevalencia en hombres que en mujeres (23,1% vs. 7,3%) pero hay una variación significativa debido a la edad. Así encontramos que en el grupo de mujeres mayores de 65 se eleva al 17%. En cuanto al riesgo de desarrollar ERC es casi tan alto en las mujeres como en los hombres, siendo un poco mayor en mujeres debido a que ciertas patologías afectan más a ellas que a ellos, como la nefropatía lúpica o la infección renal, que además aumenta durante el embarazo (SEN, 2018 y SEN, 2018a).

A todo ello, pueden unirse las consecuencias derivadas del embarazo y sus complicaciones, como son la hipertensión, proteinuria y la pre-eclampsia, que pueden causar lesión renal, así como a su vez el embarazo puede acelerar la progresión de la enfermedad hasta la necesidad de TRS por las altas tasas de trastornos hipertensivos, la pre-eclampsia, el aborto séptico y la hemorragia posparto (SEN, 2018a y Organización Nacional de Trasplantes (ONT más adelante), 2018). Por tanto, el embarazo es un factor de riesgo que conlleva la necesidad de una mayor conciencia sobre la ERC, para identificar prematuramente la enfermedad o para el seguimiento de las mujeres con este diagnóstico.

Otro factor de riesgo es el sobrepeso-obesidad, lo que viene derivado por el mayor sedentarismo en la mujer (Manuel Gorostidi *et al.*, 2018), quizás por compatibilizar vida laboral con vida familiar y cuidado de personas dependientes, la falta de tiempo para sí misma y para cuidarse. El colesterol, la hipertensión arterial, diabetes y el tabaquismo (ONT, 2018; Canarias, 2015) constituyen otros factores de riesgo, no asociados al sexo, para sufrir ERC. En general, los principales factores de riesgo de padecer ERC en España son la edad, la hipertensión arterial, la diabetes, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, los antecedentes de enfermedades vasculares y el tabaco (SEN, 2018).

En todo el mundo, el 8 de marzo de 2018 supuso una doble celebración, por un lado el Día Internacional de la Mujer y por otro el Día Mundial del Riñón (a través de la SEN, la ONT, la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica y la Federación Nacional para la lucha con las Enfermedades de Riñón (Federación ALCER en adelante) que puso de manifiesto que “En España, más de 21.100 mujeres están en Tratamiento Renal Sustitutivo (...) y que el 40% de ellas tienen edades comprendidas entre los 36-55 años, situándose la media de edad en los 55 años (...)”. Ese día, con el lema “Mujer y Salud Renal”, se pretendió generar una reflexión sobre la importancia de la salud de la mujer y específicamente su salud renal (SEN, 2018a, p 7 y ONT, 2018, pp. 1-3).

La Federación ALCER ha realizado un estudio sobre las características socio-demográficas de las mujeres con ERC en TRS, y aunque sus resultados aún no están publicados, la ONT (2018) aportó las siguientes conclusiones:

- Edad: 40% en TRS tienen entre los 36-55 años y el 13% de 18 a 35 años, la media se sitúa en 55.
- Estudios: 5% sin estudios, 11% sabe leer y escribir, 31% primarios, 33% secundarios y un 18% universitarios.
- Economía: 66% de las mujeres en diálisis son pensionistas no contributivas por invalidez.

- Preocupaciones: impacto de la ERC sobre su autonomía y cómo la enfermedad afectará a su situación familiar.

Por lo expuesto podemos encontrar con una mujer que sufre de forma simultánea varias formas de discriminación y no solo la discriminación de género, tales como: discapacidad por padecer una enfermedad crónica⁹; la edad, mayoritariamente en mujeres con más de 65 años (SEN, 2018a); además de que por el hecho de ser mujer pueda ser una posible víctima de VDG, interseccionando distintas desigualdades y vulnerabilidades, sin olvidar otras como la clase social, situación económica y/o etnia.

La confluencia de todos estos factores en las mujeres con discapacidad, hace que se conviertan en un grupo con altísimo riesgo de sufrir algún tipo de violencia superando ampliamente los porcentajes de malos tratos que se barajan respecto a las mujeres sin discapacidad (Asociación Iniciativas y Estudios Sociales, 1998, p 4).

De hecho, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU, en 2006, y posteriormente ratificado por España en 2007 reconoce "(...) que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación, (...)" (2006, p 4) por lo que, se debe intensificar el esfuerzo para proteger a estas mujeres, especialmente entre profesionales de la salud (Cristina Santamarina, 2011).

Volviendo a la ERC, el tratamiento mayoritario, según la SEN (2018) es la hemodiálisis (78,6%), pero el más deseado es el trasplante renal. La elección del tratamiento, siempre que no haya contraindicación clínica, depende de cada persona, basándose en la adaptación del tratamiento a su vida, ya que no hay un tratamiento mejor o peor. Las sesiones de hemodiálisis se realizan una media de tres veces por semana en un centro sanitario durante unas cuatro horas por sesión de tratamiento, lo que supone una media de 12 horas semanales y aproximadamente 48 horas mensuales (2 días enteros) en las que una persona permanece dentro de un servicio sanitario, tiempo que supera seguramente al de la asistencia en Atención Primaria.

Por todo ello, las características de la hemodiálisis como es el tiempo de permanencia en los centros de tratamiento, la necesidad de éste para la subsistencia de la persona, la accesibilidad y el contacto directo con las pacientes, podrían hacer de este servicio sanitario primordial en la prevención, detección y la orientación o respuesta eficaz de la VDG en un sector poblacional en el que concurren diferentes tipos de discriminación como la discapacidad, la edad, etc.

⁹ Reconocida dentro de los grados de discapacidad por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

3. Metodología

Para el desarrollo de este TFM parto de la definición de violencia contra la mujer adoptada por la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:

[...] como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia (2004: 10).

Para dar respuesta al objetivo principal de “Identificar el conocimiento y la experiencia de respuesta del personal sanitario de unidades de hemodiálisis de Tenerife en la atención a mujeres VVG que acuden a los mismos” elaboré un cuestionario semiestructurado de 14 preguntas creado específicamente para este TFM (Anexo I). Para su diseño realicé una revisión bibliográfica de protocolos de actuación sanitaria, guías de buenas prácticas, otros estudios en el ámbito sanitario y el conocimiento adquirido durante el desarrollo del Máster, tales como:

- “Protocolo de facilitación de la detección de los malos tratos a mujeres y menores: Guía de práctica clínica”. Servicio Canario de Salud. 1998
- “Protocolo de actuación ante la Violencia de Género en el ámbito doméstico”. Servicio Canario de la Salud. 2003
- “Guía de Buena Práctica Clínica en: Abordaje de situaciones de Violencia de Género”. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004
- “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de Género”. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012
- M^a Pilar Matud Aznar et al. (2009). “El personal sanitario ante la violencia de género”. Clepsydra nº8 (pp. 139-155)
- “Guía para la Atención de Mujeres Víctimas de Violencia de Género”. Instituto Canario de Igualdad. 2011
- “Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual en el Área de Salud de Gran Canaria”. Sistema Nacional de Salud. 2015
- Asignatura de “Indicadores de Violencia hacia las Mujeres” del Máster de Igualdad de Género en el Ámbito Público y Privado 2017/2019. UJI

El cuestionario tiene un formato idóneo para ser autoadministrado, cuya cumplimentación no lleva más de 10 minutos. De esta manera, se evita la presencia de personas ajenas a las unidades de tratamiento, así el equipo de profesionales no tendría por qué sentirse evaluado ni la posible contaminación de las respuestas por la presencia de una entrevistadora. Como desventaja está que los/as distintos/as profesionales puedan realizar el cuestionario en grupos o dejar preguntas en blanco como ha sido el caso, tanto en los datos sociodemográficos como en las preguntas del cuestionario.

En segundo lugar, establecí contacto con las personas responsables de todas las unidades de tratamiento de diálisis de la isla de Tenerife, les remití un escrito de solicitud de colaboración informando del objetivo del TFM (ver anexo II) y una vez obtenido el visto bueno de las direcciones correspondientes se dejaron los cuestionarios a las/os supervisoras/es de cada unidad de tratamiento previa explicación del objetivo e importancia de la cumplimentación del instrumento.

Los datos de las unidades de tratamiento que han intervenido son las siguientes:

Tabla 1. Profesionales estimados, cuestionarios y participantes

Profesionales estimados por información aportada de las Unidades de Diálisis	Cuestionarios entregados vs cumplimentados	Profesionales participantes	% de participación
13 Nefrología ¹⁰	180/95	7 Nefrología	54% Nefrología
101 Enfermería		58 Enfermería	58% Enfermería
45 Auxiliares ¹¹		27 Auxiliares	60% Auxiliares
		3 NC	3,1% NC ¹²

Fuente: Elaboración propia.

En tercer lugar, recogí los cuestionarios cumplimentados para su análisis cuantitativo y cualitativo. Los resultados se pueden leer en el apartado 4.3. Así como la descripción de las conclusiones (apartado 4.4.) que permitieran ser la introducción al apartado 5 de Propuestas de mejora.

¹⁰ En los dos hospitales universitarios hay más nefrólogos/as en plantilla, pero solo se ha tenido en cuenta al personal médico responsable de diálisis.

¹¹ Con la categoría Auxiliares se contempla la formación de antes de Auxiliar de Enfermería y/o Clínica, y la actual Técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería

¹² NC: no contestan en el cuestionario

3.1. Contenidos del cuestionario

El cuestionario contempla los siguientes puntos:

- Experiencia profesional en casos de violencia de género
- Formación recibida en este campo y a cargo de quién
- Percepción como profesionales de su grado de actuación/implicación en la respuesta a la violencia de género
- Identificar qué entienden por violencia de género
- Respuesta profesional hacia la violencia de género en caso de sospecha y confirmación
- Identificar a qué problemáticas está asociada la violencia de género
- Identificar el perfil de la mujer víctima de violencia de género
- Conocimiento de protocolos de actuación en el ámbito sanitario, tanto en el ámbito sanitario como en el centro de trabajo
- Identificar los agentes de actuación ante la violencia de género
- Conocimiento de recursos especializados en Violencia de Género

3.2. Hipótesis y Objetivos

La hipótesis de partida es que la formación en violencia de género y el conocimiento sobre los mecanismos de respuesta de los/as profesionales de medicina, enfermería y auxiliares en el servicio de diálisis, podrían activar los mecanismos precoces de detección de la violencia de género en mujeres usuarias del servicio con ERC.

Es por ello que tras todo lo expuesto, el objetivo principal de este TFM es el siguiente:

- **Identificar el conocimiento y la experiencia en la respuesta del personal sanitario, de las unidades de hemodiálisis de Tenerife, en la atención a mujeres víctimas de violencia de género que acuden a los mismos.**

Y cómo objetivos secundarios:

- Revisar cronológicamente las normativas nacionales en violencia de género con implicación directa en el ámbito sanitario que marcan la regulación de esta problemática y las medidas a adoptar

- Mostrar los posibles efectos de la interseccionalidad de opresiones en las pacientes con Enfermedad Renal Crónica como aspectos a tener en cuenta en perfiles de vulnerabilidad.
- Revisar las Guías y Protocolos de actuación en el ámbito sanitario en España, especialmente en la Comunidad Autónoma de Canarias para elaborar un cuestionario autoinformado sobre conocimientos y respuestas a las víctimas de violencia de género en tratamiento de diálisis.
- Describir y analizar los conocimientos que poseen las/os profesionales de estos servicios en relación a la violencia de género, su detección y su respuesta.
- Proponer acciones de mejora acordes con los resultados obtenidos.

4. Marco normativo

Se realiza una breve revisión de cómo se regula y se contempla en nuestro país la VDG por los siguientes motivos:

- España ha sido un país pionero en la lucha contra la violencia machista a través de un importante desarrollo de políticas públicas y un avanzado marco normativo nacional y regional, siguiendo además las recomendaciones a nivel internacional en la prevención, erradicación, protección, asistencia e intervención integral de las víctimas.
- Algunas de las propuestas de mejoras incluidas en este trabajo parten de la revisión realizada, así como de las medidas contempladas en las distintas normativas.

En este recorrido ordenado de forma cronológica, se hará especial hincapié en las medidas adoptadas en el área sanitaria por ser el ámbito de desarrollo de este TFM, en cuanto a la prevención, erradicación, protección, asistencia e intervención integral de las víctimas, y por otro, unas breves pinceladas en relación a la discapacidad/diversidad funcional por la afectación con la enfermedad renal.

Por tanto, se contempla lo siguiente:

- “Ley 16/1983, de 24 de octubre, de creación del Organismo Autónomo Instituto de la Mujer”. Su finalidad primordial es la promoción y el fomento de las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos y la participación de la mujer en la vida política, cultural, económica y social. A la vez se plantea trabajar en la prevención y eliminación de toda clase de discriminación de las personas por razón de nacimiento, sexo, origen racial o étnico, religión o ideología, orientación o identidad sexual, edad, discapacidad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- España ratifica la “Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer” de la ONU en 1984 condenando todas las formas de discriminación hacia estas y proponer políticas en todas las esferas de la vida para su eliminación e igualdad de trato y de derechos.
- En 1998 se aprobó el “I Plan del Estado de acción contra la violencia doméstica” (1998-2000) como herramienta para reducir y erradicar los actos de este tipo de violencia, de ayudar a las víctimas y las actuaciones de sensibilización. Se articulaba en seis grandes áreas; concretamente en la sanitaria:

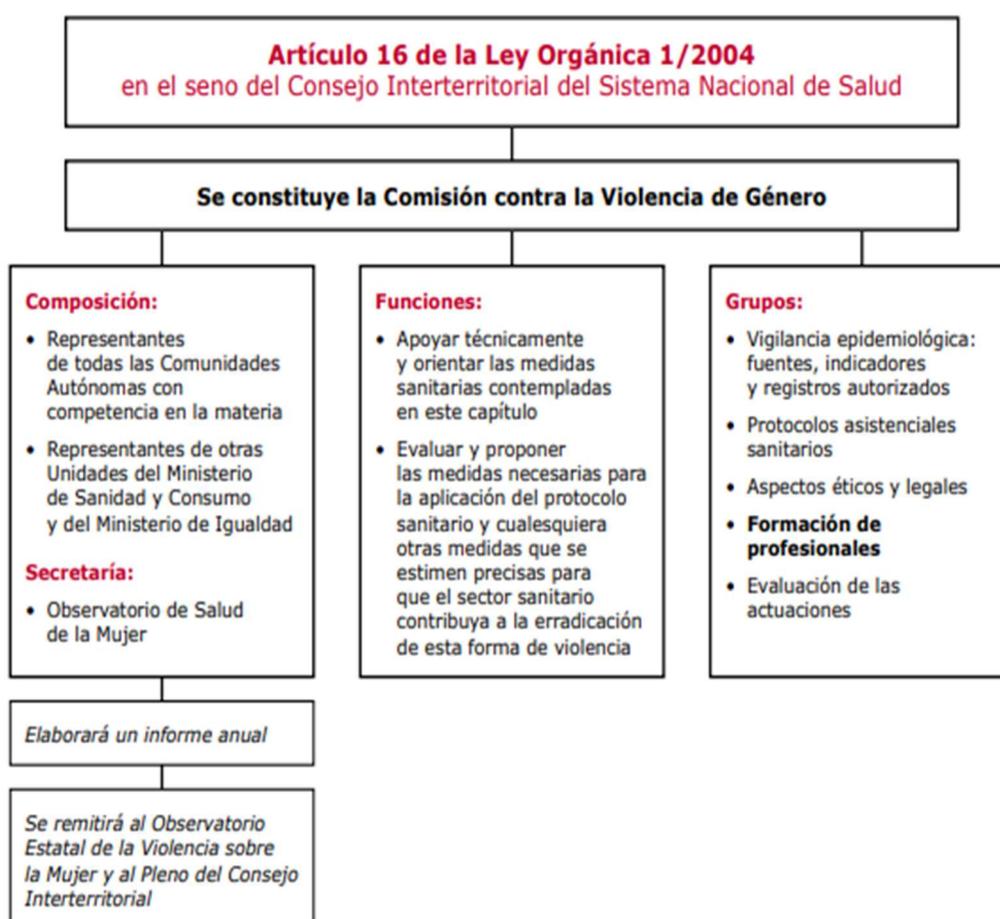
Se pretende adoptar y difundir un protocolo para los problemas sanitarios de las víctimas, e incluir en los Servicios de Atención Primaria de Salud actuaciones para la prevención de la violencia. También se pretende potenciar la sensibilización de los profesionales de la salud y que los Servicios de Atención al Paciente del Sistema Nacional de Salud informen de los recursos sociales disponibles a las mujeres víctimas de la violencia (1998, p. 2)

El “II Plan integral contra la violencia doméstica” (2001-2004) establece medidas de prevención como son la sensibilización y formación de profesionales, por ejemplo de la sanidad; medidas asistenciales como proporcionar asistencia de tipo sanitario, económico, laboral y psicológico; y promover la investigación y la obtención de datos completos y fiables sobre la violencia doméstica.

- “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud”, que establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones sanitarias; integra las estructuras, servicios, funciones y prestaciones. Entre estas últimas, atención primaria (con especificidad de la atención a la violencia de género), especializada, urgencias (artículos 12,13 y 15). Además de la necesaria formación de los equipos de profesionales de la sanidad, tanto en pregraduado, postgraduado y continuada.
- “Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica”.
- La “Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros”, reconoce que la violencia doméstica tiene un alcance pluridisciplinar, y hay que abordarlo con medidas preventivas, asistenciales y de intervención social.
- La “Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal”, por la que mejora la protección de las víctimas de “violencia doméstica”.
- “Plan de Acción de la Comisión en favor de las personas con discapacidad (2004-2006)” donde se incluye la perspectiva de género como eje transversal
- “Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección contra la Violencia de Género” (de aquí en adelante LOM) que integra una respuesta global a la violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja, con medidas preventivas, de intervención y protección en las áreas educativas, sanitarias, de publicidad...; el establecimiento de sus derechos; la tutela institucional y judicial; y las medidas legales. Concretamente, en el ámbito sanitario: la detección precoz de la

violencia de género, el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario para la detección precoz, y la asistencia y la rehabilitación de la mujer, con especial hincapié en las mujeres “(...) pertenecientes a minorías, las inmigrantes, las que se encuentran en situación de exclusión social o las mujeres con discapacidad (...)” (2004, p. 42.174). Además, las administraciones sanitarias promoverán la aplicación de protocolos sanitarios actualizados y coordinados con otros agentes, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, el Protocolo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS en adelante).

Ilustración 1. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud



Fuente: Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud, 2010

- “Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación” (LOE) contempla la prevención de la violencia de género (art. 1.1) y “La educación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales (...) en la igualdad de trato y no

discriminación de las personas con discapacidad” (2006, p. 15)

- “Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización” donde se incluye dentro de los servicios de Atención Primaria: “6.6 Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad (...) 6.6.3 Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género (...)” (2006, p. 22); en los servicios de urgencias comunicar los casos de sospecha de violencia de género, entre otros; y en la atención especializada una atención integral de la paciente.
- “Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género” (2006), propone entre sus objetivos prioritarios en el ámbito de la salud, formar en materia de VDG con criterios de calidad e indicadores de evaluación que sean comunes al conjunto de profesionales. En el año 2007, el CISNS aprobó los objetivos educativos y criterios de calidad de esta formación, en 2008 los contenidos educativos básicos y en 2010 los materiales para el apoyo formativo.
- “Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción y Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia”. Contempla dentro de sus principios “(...) p) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres.” (2006, p 10) y en la Disposición Final Primera el realizar un informe de impacto de género sobre la evaluación de los resultados en relación al desarrollo de la ley.
- “Plan de Acción para Mujeres con Discapacidad 2007” con un capítulo específico dirigido a la violencia contra las mujeres como consecuencia de la relación asimétrica de poder entre los sexos.
- “Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo de 2007, para la Igualdad efectiva de Mujeres y Hombres”.
- “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2007)” en respuesta a lo establecido por la LOM en el ámbito sanitario para, principalmente, prestar el apoyo técnico y orientar las pautas de actuación normalizadas y homogéneas, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano, para que el personal sanitario pueda realizar una intervención integral hacia las mujeres mayores de 14 años que sufren esta violencia con independencia de quien sea el agresor. Y como objetivos

secundarios: sensibilizar al personal sanitario y a la población general, y promover la capacitación de las mujeres que sufren maltrato.

- “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2012)”, fruto de mejorar la calidad asistencial, la experiencia acumulada con el protocolo anterior, los estudios científicos sobre el impacto de esta violencia en la salud de las mujeres y sus menores a cargo, en este protocolo se ha profundizado en un modelo de atención integral y en las características específicas de actuación en los contextos de mayor vulnerabilidad como son las mujeres con discapacidad, mayores, etc., para dar una respuesta multi e interdisciplinar en colaboración y coordinación con otros agentes implicados. Además, se ha incorporado el apartado “*Aspectos éticos y legales*” con el objeto de dotar al equipo de mejores herramientas en la toma de decisiones. Además, hace extensible “(...) la detección precoz, valoración y actuación con los hijos e hijas de las mujeres en situación de maltrato (...)” (2012, p.17).

- La “Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016).” Como instrumento para “(...) contribuir a la eliminación de la violencia contra la mujer (...) y, de forma particular, abordar la violencia de género (...) dada su magnitud e incidencia social” (n.d., p. 15). Establece medidas a seguir en educación, comunicación, servicios sociales, sanidad, seguridad, justicia, empleo y sociedad civil, así como de los órganos encargados de su ejecución. Concretamente, en el ámbito de la sanidad:

Medida 52 “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 el parte de lesiones” (n.d., p. 119).

Medida 53 “Perfeccionar los mecanismos de derivación de mujeres que sufren violencia de género desde los servicios sanitarios a las redes de recursos de asistencia integral” (n.d., p. 119),

Medida 201 “Promover la inclusión en el contenido formativo troncal de todas las especialidades médicas las competencias genéricas referidas al conocimiento de la violencia contra la mujer” (n.d., p. 139).

Medida 212 “Realizar acciones formativas dirigidas a profesionales del ámbito sanitario” (n.d., p. 140).

- “Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2014- 2016)”. Medidas específicas y ámbitos de actuación para: “(...) (iii) erradicar la violencia que

sufren las mujeres por el hecho de serlo. (...) (v) impulsar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres a través del sistema educativo (...)" (2014, p. 8). Especialmente el eje 3 de "Erradicación de la violencia contra la mujer" que se dirige a la prevención, asistencia y protección a través de respuestas eficaces, mediante la coordinación de agentes y la personalización de la atención.

- En 2014 ratificamos el "Convenio del Consejo de Europa para Prevenir y Combatir la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica" (Convenio de Estambul). Reconoce explícitamente que la violencia ejercida sobre la mujer es una grave violación de los derechos humanos, cuya causa y consecuencia se encuentra en la desigualdad y desequilibrio histórico entre hombres y mujeres, además reconoce otras formas graves de violencia tales como el acoso sexual, la violación, el matrimonio forzado, los crímenes cometidos supuestamente en nombre del «honor» o las mutilaciones genitales a las que son sometidas niñas y mujeres.
- "Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima de delito", refuerza los derechos y garantías procesales de las víctimas de VDG, así como a sus hijas e hijos (reconociéndolos como víctimas directas), incluyendo también a las víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual.
- "Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia". Reconoce a los menores como víctimas de la VDG y la necesidad de adoptar las medidas civiles necesarias que afectan a los/as menores que dependen de la mujer sobre la que se ejerce violencia.
- "Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia", adapta los instrumentos de protección de menores a los cambios sociales y establece el deber de toda persona que tuviera noticia de un hecho que pudiera constituir un delito de este tipo de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.
- La "II Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (2017-2020)", que se anunció a finales de año 2016, y que supuestamente apostará por mejoras en la protección de las mujeres y de los huérfanos, con el objetivo de que todos reciban pensión de orfandad aun cuando sus madres no hubieran cotizado lo suficiente.
- "Real Decreto-Ley 9/2018, de 3 de agosto, de Medidas Urgentes para el Desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género" y las "Medidas

específicas” desarrolladas en 10 ejes diferentes, con medidas concretas en el ámbito de la salud:

1º eje de “Prevención y sensibilización”:

Medida número 60: "Mejorar la detección precoz de la violencia de género en los centros sanitarios, en colaboración y con respeto a las competencias de las Comunidades Autónomas, a través de una mayor formación especializada de los y las profesionales sanitarios difundiendo los protocolos de actuación" (2018, p. 60)

Medida número 61: "Incluir la formación en género en los estudios de los y las profesionales sanitarios y en todos los planes de las especialidades del MIR" (2018, p. 60).

3º “Perfeccionamiento de la asistencia, ayuda y protección a las víctimas” de la medida 185 a la 192 en el ámbito de la sanidad. En especial las siguientes medidas:

Medida número 186: “Revisar y reforzar la elaboración de protocolos de detección precoz en el ámbito sanitario” (2018, p. 64).

Medida número 187: “Adaptar los protocolos sanitarios e historias clínicas para que, en casos de sospecha de que la sintomatología de una paciente pueda estar asociada a maltrato, se active la utilización de protocolos de cribado que permitan ayudar a la identificación de casos de violencia de género (...)”. (2018, p. 64)

Medida número 188: “Solicitar al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: (...) b) Coordinación multidisciplinar (...) g) Identificar, a través de las historias clínicas datos referidos al número de lesiones (...) o dolencias consecuencia de la exposición a la violencia” (2018, pp. 62-66)

Y en el mismo eje, pero en el ámbito de la Diversidad Funcional/Discapacidad:

Medida 194: “Diseñar protocolos específicos o incorporar medidas especializadas en los que ya existen, para la atención de mujeres de colectivos más vulnerables...” (2018, p. 67).

- Observatorio de la Salud de la Mujer. En Consejo de Ministros en marzo de 2019 se acuerda reactivarlo. Se creó en 2003-2004 pero fue suprimido como consecuencia de la Ley 15/2014 de 16 de septiembre de racionalización del

sector público. Este organismo desempeñará funciones como promover la integración del principio de igualdad en las políticas públicas de salud. Además, cuenta entre sus objetivos obtener y difundir la información para mejorar el conocimiento acerca de las causas y dimensiones de las desigualdades de género en la salud, así como dar soporte al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en el desarrollo de los indicadores, la metodología y los procedimientos que permitan el análisis de género de las políticas sanitarias del SNS.

- Memoria 2018 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS más adelante), como órgano de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado que tiene como finalidad promover la cohesión a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), recomienda “Aprobar, como acuerdo decisorio, el informe anual de la Comisión contra la Violencia de Género 2017, con la recomendación de que la citada Comisión trabaje en implementar, conjuntamente con todas las Comunidades Autónomas, las medidas del Pacto de Estado” (2018, p. 40)

Así como otras leyes, normativas, protocolos, etc. a nivel regional, dentro de su ámbito competencial, como es el caso de la Comunidad Autónoma Canaria donde desarrollo el TFM. Ejemplo de ello:

- “Protocolo de facilitación de la detección de los malos tratos a mujeres y menores: Guía de práctica clínica”. 1998
- “Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género”. 2003
- “Protocolo de Actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico”. 2003
- “Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Canarias”. 2018

Todo esto se constituyen en herramientas, que, desde un punto de vista integral, tienen la finalidad de:

- 1) Perseguir y eliminar cualquier tipo de violencia ejercida sobre la mujer, y no sólo en el ámbito de la pareja.
- 2) Proteger y realizar una rehabilitación integral a las víctimas de VDG (mujeres y menores).

3) Realizar acciones que fomenten la igualdad y eliminen todo tipo de discriminación por razón de género.

Porque una ley por sí sola, como por ejemplo la LOM, no es suficiente, en palabras de Nicole Schmal Cruzat

Esto hace fundamental considerar que la eficacia de la ley y de las políticas públicas requiere de una red institucional consolidada de profesionales con capacidad de aplicar herramientas sanitarias, jurídicas y sociales existentes a través de protocolos sólidos de actuación (2018, p. 6).

A través de este recorrido por las normativas implementadas en España hemos podido observar la evolución sobre el estado de la cuestión.

- En los inicios, esta violencia se circunscribía a la violencia doméstica hasta ampliar otras formas como las citadas en el Convenio de Estambul (Consejo de Europa 2011).
- En la actualidad, se visibiliza ya como una problemática estructural y social, que supone la grave pérdida de derechos y discriminación hacia las mujeres y sus hijos e hijas.
- Se incorporan además las recomendaciones internacionales para su prevención, erradicación, protección e intervención.
- Las medidas a adoptar se diferencian por áreas de actuación y agentes implicados en la respuesta a esta violencia (ámbito jurídico, de fuerzas y cuerpos de seguridad, sanitario, etc.)
- Especialmente en el campo de la salud:
 - a) se reconoce la importancia de los y las profesionales en la atención a las víctimas (detectar posibles signos y síntomas, prestar atención sanitaria, derivación, apoyo y seguimiento)
 - b) la evolución en la implementación de protocolos sanitarios para su detección
 - c) el desarrollo de protocolos de coordinación entre los distintos agentes profesionales (sanitarios, judiciales, de los cuerpos y fuerzas de seguridad, etc.).
 - d) la formación de los equipos de profesionales, la formación curricular y sensibilización.
- Y su inclusión como factor de análisis y de vulnerabilidad en las mujeres con discapacidad.

5. Análisis de resultados.

Los resultados han sido analizados con el programa SPSS 23 para Windows. Cabe mencionar que existen datos perdidos, ya que no han sido aportados por las personas participantes, tanto en los datos sociodemográficos y profesionales como en los relativos a la cumplimentación del cuestionario. Desconocemos los motivos por los cuales han declinado responder a estas cuestiones.

Han participado 95 personas de la estimación de 159 que conformarían el equipo de profesionales de diálisis de la isla, lo que supone un 60% de la participación.

70 son mujeres (73,7%) y 23 son hombres (24,2%). Los datos de dos cuestionarios están en blanco en relación al género.

La media de edad es de 40 años (39,9 años y d.t. 9,56), siendo la mínima 22 y la máxima 62 años, la moda es de 36 años. 26 participantes no han reflejado su edad en los cuestionarios.

La profesión más representativa es enfermería (n=58, 61,1%), seguida de auxiliares (n=27, 28,4%) y por último de medicina (n=7, 7,4%), existiendo tres cuestionarios respondidos en los que no se recoge la profesión.

La media de años de ejercicio profesional es de 14 años ($\chi=13,88$ y d.t.=9,44), siendo 40 la experiencia laboral máxima y 1 año la mínima, con una moda de 4 años. Estos resultados han sido obtenidos de 88 cuestionarios, los 7 restantes no han respondido a este dato.

Dado que el cuestionario recoge una gran cantidad de información relativa a los contenidos citados en el apartado 3.1, se analizarán los resultados más concluyentes para este TFM. Pudiéndose analizar el resto más adelante como pueden ser los datos diferenciales por género.

Para facilitar la lectura de los datos se seguirá el orden de las preguntas relacionadas con el contenido (apartado 3.1) del instrumento de evaluación:

En esta investigación han participado respondiendo al cuestionario un 60% de profesionales sanitarios de hemodiálisis de la isla de Tenerife (según estimación del número de personas que trabajan en cada unidad de tratamiento facilitado por la supervisión de los centros). La distribución por categoría profesional fue: el 60% de los/as auxiliares, el 58% de enfermería y el 54% de nefrología. El 40 % restante por las razones que sean, y que desconocemos, ha declinado esta propuesta.

La colaboración ha sido voluntaria y anónima, aspecto que puede indicar, por un lado, el compromiso y el papel profesional sobre la VDG, y por otro, la posible consideración de los factores sociales en la salud por parte de cada profesional, y no solo la atribución a la biología.

- **Experiencia profesional en casos de violencia de género:**

A un poco más de la mitad de las personas encuestadas a lo largo de su vida laboral le han contado algún caso de violencia de género (51,6%), la mayoría de estos casos eran de pacientes (31,6%), tal y como muestra la tabla siguiente.

Tabla 2. A lo largo de su vida laboral le han contado algún caso de violencia de género

	Frecuencia	Porcentaje
NO	46	48,4%
SI, PACIENTE	30	31,6%
SI, SANITARIAS	5	5,3%
SÍ, OTRAS	14	14,7%
Total	95	100,0%
SÍ, SANITARIAS	12	12,6%
SÍ, OTRAS	4	4,2%
Total	16	100,0%

Fuente: Elaboración propia¹³.

Respecto al conocimiento por parte del equipo profesional de algún caso de VVG (tabla 3), el 66,5% eran de enfermería, el 48,3% auxiliares y el 14% medicina. Teniendo en cuenta que esta pregunta hace referencia a casos que le han contado, no a casos directos.

Tabla 3. Caso de violencia de género conocido por profesionales

Profesión	NO	PACIENTE	SANITARIAS	OTRAS	Ns/Nc	Total de respuesta*
Medicina (n=7) Porcentaje	6 86%	1 14%	0 0%	0 0%	0 0%	7 100%
Enfermería (n=58) Porcentaje	24 33.5%	22 29.5%	13 18.5%	13 18.5%	0 0%	72 100%
Auxiliar de clínica (n=27) Porcentaje	15 51.7%	6 20.7%	3 10.3%	5 17.3%	0 0%	29 100%
Ns/Nc Porcentaje	1 33.33%	1 33.33%	0 0%	0 0%	1 33.33%	3 100%
Total	46	30	16	18	1	111

Fuente: Elaboración propia.¹⁴

¹³ En esta pregunta se podían marcar varias opciones de respuestas

¹⁴ Ídem

La tabla 4 refleja los resultados en relación con la declaración de la situación por parte de las propias mujeres, a un 25% de profesionales es la propia mujer afectada la que ha manifestado ser víctima, resultados que nos puede hacer pensar que la violencia sobre las mujeres está dejando de ser un tabú (España, 2013).

Esta confesión está realizada por la propia motivación de la mujer y no a raíz de realizar preguntas exploratorias para cumplimentar su historia clínica, que como veremos más adelante no es una práctica habitual a pesar de estar incorporada en los protocolos de atención (Rosa M^a López Rodríguez y Sonia Peláez Moya, 2012).

Tabla 4. Manifestación de ser víctima

	Frecuencia	Porcentaje
NO	70	73,7%
SI	24	25,3%
Total	94	98,9%
Perdidos	1	1,1%
Total	95	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Hay que resaltar que el porcentaje de personal sanitario que recibe esta revelación muestra como las mujeres consideran a los-as profesionales sanitarios como uno de los colectivos a quienes más se lo cuentan (Canarias, 2003^a, p.24). Y ello, a pesar de las dificultades que tienen las mujeres para identificar el problema y de la media de más de ocho años que tardan en verbalizar su situación de víctimas (Delegación del Gobierno, 2019). Dato que reafirma que los equipos sanitarios juegan un papel clave en su abordaje (Roberta Alencar-Rodríguez y Leonor María Cantera, 2013, Rosa M^a López Rodríguez y Sonia Peláez Moya, 2012, OMS, 2003 y Canarias, 2003^a).

Otra cuestión muy relevante es a qué profesionales eligen las víctimas para realizar esta confesión. Tal y como se muestra en la tabla 5 se trata del colectivo de enfermería (29%), seguida de auxiliares (18,5%).

Tabla 5. Profesionales a quién le han manifestado ser víctima

Profesión	NO	SI	Ns/Nc	Total
Medicina (n=7) Porcentaje	7 100%	0 0%	0 0%	7 100%
Enfermería (n=58) Porcentaje	41 70.7%	17 29.3%	0 0%	58 100%
Auxiliar de clínica (n=27) Porcentaje	21 77.77%	5 18.5%	1 3.73%	27 100%
Ns/Nc Porcentaje	1 33.33%	2 66.67%	0 0%	3 100%
Total Porcentaje	70 73.7%	24 25.3%	1 1.1%	95 100%

Fuente: Elaboración propia

Además, se da una relación con la edad del/la profesional (Tabla 6 y 7) $X^2 (2N=69)=6,32, p=0,04$; en el rango de menor edad, entre los 22 y 34 años, solo se ha producido un 11% de revelaciones, entre los 46 y los 64 años un 33%, y entre los 35 a 45 años se concentra la mayoría de confesiones, un 55,6%. Encontrándose en este grupo que las-os profesionales de entre 35 y 45 años reciben más confesiones por parte de sus pacientes. Sería interesante en posteriores estudios identificar la percepción del equipo profesional sobre este dato, así como averiguar por qué se produce esta circunstancia.

Tabla 6. Manifestación de ser víctima en relación a la edad del/la profesional

Rango de edad	NO	SI	Total	
22 a 34	Nº	20	22	
	%	39,2%	11,1%	31,9%
35a 45	Nº	14	10	24
	%	27,5%	55,6%	34,8%
46 a 64	Nº	17	6	23
	%	33,3%	33,3%	33,3%
Total	Nº	51	18	69
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Prueba de Chi-Cuadrado en relación a la manifestación de ser víctima con los años de profesión

Chi-Square Tests	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,317 ^a	2	,042
Likelihood Ratio	6,799	2	,033
Linear-by-Linear Association	1,588	1	,208
N of Valid Cases	69		

Fuente: SPSS 23 a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,74.

Por otro lado, en esta investigación no se ha encontrado una relación significativa con los años de profesión y la manifestación de ser VVG (tabla 8 y 9) $X^2 (2N=69)= 0,22$, $p=0,89$, aspecto que podría pensarse como un elemento coadyuvante por la experiencia profesional en el ámbito sanitario y el importante rol que desempeñan en la sociedad.

Tabla 8. Manifestación de ser víctima en relación a los años de profesión

Rango de edad			NO	SI	Total
Hasta 2 años	Nº		14	3	17
	%		25,9%	20,0%	24,6%
3-10 años	Nº		17	5	22
	%		31,5%	33,3%	31,9%
Más de 10 años	Nº		23	7	30
	%		42,6%	46,7%	43,5%
Total	Nº		54	15	69
	%		78.3%	21.7%	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Pruebas de chi-cuadrado en relación a la manifestación de ser víctima y los años de profesión

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,225 ^a	2	,894
Razón de verosimilitud	,232	2	,890
Asociación lineal por lineal	,179	1	,672
N de casos válidos	69		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,70.

Fuente: SPSS 23

Lo cierto es que cuando la mujer decide manifestar su situación y pedir ayuda es vital que se le ofrezca una respuesta adecuada y de seguridad para ayudarla a romper con

la violencia (Isabel Ruíz Pérez, n.d.), y esta solo podrá darse con una adecuada formación y cualificación (Rosa M^a López Rodríguez y Sonia Peláez Moya, 2012 y Luisa Lasheras Lozano, *et al.*, 2008).

En cuanto a la posibilidad de realizar un diagnóstico precoz, un 38% ha intuido o detectado algún caso entre sus pacientes. Los resultados se muestran en la tabla 10.

Tabla 10. Intuición/detección de casos

	Frecuencia	Porcentaje
NO	56	58,9%
SI	36	37,9%
Perdidos	3	3,2%
Total	95	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Los estudios aquí citados indican que esta falta de detección se debe a una escasa formación en género en todas las ramas profesionales y a la influencia del modelo biomédico, concretamente en el área médica (Purificación Heras 2017/2018, Mari Luz Esteban, 2006). Es indispensable que los-as médicos-as identifiquen las manifestaciones de la violencia más allá de las agresiones físicas, que tengan los conocimientos y las habilidades para la entrevista exploratoria y la realización de las pruebas complementarias necesarias, y así orientar a la afectada de la forma más segura (Miguel Lorente Acosta, 2008). De lo contrario, las mujeres pueden ser vistas como víctimas de problemas individuales y/o psicológicos que llevan a la prescripción de fármacos en muchos casos (Roberta Alencar-Rodríguez y Leonor María Cantera, 2013) y ponerlas en mayor riesgo por no dar credibilidad a su testimonio o no detectar la situación.

Nuevamente es enfermería la profesión que detecta más casos con un 50%, seguida de auxiliares con un 22% y por último nefrología con un 14% (tabla 11). La detección se

convierte en vital dado que podría prevenir daños mayores de la exposición continuada a la violencia. En este punto, conocer qué indicadores son los que han detectado, valorar las posibles acciones realizadas por las-os profesionales y la constatación de los casos, podrían ser tenidos en cuenta para un posterior trabajo.

Tabla 11. Profesionales que intuyen/detectan casos

Profesión	NO	SI	Ns/Nc	Total
Medicina (n=7) Porcentaje	6 85.7%	1 14.3%	0 0%	7 100%
Enfermería (n=58) Porcentaje	29 50%	29 50%	0 0%	58 100%
Auxiliar de clínica (n=27) Porcentaje	19 70.4%	6 22.2%	2 7.4%	27 100%
Ns/Nc Porcentaje	2 66.67%	0 0%	1 33.3%	3 100%
Total Porcentaje	54 56.8%	36 37.9%	3 3.2%	95 100%

Fuente: Elaboración propia.

Es llamativo el resultado de que la profesión que más casos conoce, identifica y le manifiestan sea enfermería, seguido de auxiliares y por último, con una escasa representatividad en medicina, reflejado en las tablas 3, 5 y 11 expuestas más arriba.

- **Formación recibida en este campo y a cargo de quién:**

Un 60% de las-os sanitarias-os no ha recibido formación en VDG y 66% en cómo dar respuesta a las víctimas. Así lo van mostrando los datos de las siguientes tablas.

Tabla 12. Formación en violencia de género

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NO	60	63,2%
	SI. TRABAJO	12	12,6%
	SI. INICIATIVA PROPIA	19	20,0%
	SI. AMBAS OPCIONES	3	3,2%
	Total	94	98,9%
Perdidos	Sistema	1	1,1%
Total		95	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. Formación recibida para dar respuesta a las víctimas

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Válido	NO	66	69,5%
	SI	18	18,9%
	Total	84	88,4%
Perdidos	Sistema	11	11,6%
Total		95	100%

Fuente: Elaboración propia.

Esto podría suponer grandes dificultades en realizar una detección precoz (como ya se ha comentado) y por consiguiente verse afectada la asistencia a estas mujeres y sus personas a cargo (menores y/o mayores dependientes), provocando en ellas una revictimización.

La falta de formación es uno de los motivos que más se citan en los textos sobre la dificultad de los equipos profesionales en el ámbito de la salud para identificar y/o intervenir sobre los casos (M^a Dolores Amador Demetrio *et al*, 2003). Según Jeanne Jathaway *et al* (2002, citada en Roberta Alencar-Rodríguez y Leonor María Cantera, 2013, p. 82) otros motivos son la falta de tiempo, el miedo a ofender a las pacientes y la falta de efectividad de las intervenciones. Gimena Mar Rodríguez *et al.*, 2008 aporta además la no visión del maltrato por parte de los profesionales para evitar la responsabilidad sobre el caso, la dificultad en manejar el caso una vez detectado, el problema para coordinarse con otros agentes y el propio tiempo que necesita la mujer para su recuperación.

En la tabla siguiente podemos constatar que de las/os nefrólogas/os participantes, solo uno (14%) realizó formación en VDG y por iniciativa propia. Este escaso resultado en la formación en la rama médica se contraponen con la formación que tanto enfermería (n=24 personas, 41,4%) como auxiliares (n=9, 33%) han realizado, sobre todo por propia iniciativa.

Tabla 14. Formación recibida por profesiones

Profesión	NO	TRABAJO	INICIATIVA PROPIA	AMBAS OPCIONES	Ns/Nc	Total
Medicina (n=7) Porcentaje	6 85.7%	0 0%	1 14.3%	0 0%	0 0%	7 100%
Enfermería (n=58) Porcentaje	34 58.6%	9 15.53%	12 20.7%	2 3.45%	1 1.72%	58 100%
Auxiliar de clínica (n=27) Porcentaje	18 66.67%	3 11.1%	6 22.23%	0 0%	0 0%	27 100%
Ns/Nc Porcentaje	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	3 100%	3 100%
Total Porcentaje	58 61%	12 12.6%	19 20%	2 2.1%	4 4.3%	95 100%

Fuente: Elaboración propia.

Estos resultados podrían ser explicado por dos razones:

- 1) Por la concepción biomédica dominante en medicina que no tiene en cuenta factores psicosociales, tal y como se ha expuesto. Por el contrario, enfermería se ha constituido más como una profesión sanitaria de ayuda que va más allá de lo biológico y se construye a través de habilidades personales como la empatía, el diálogo. En cuanto a la formación de Auxiliar, como su nombre actual indica, Técnico en Cuidado Auxiliares de enfermería, al conllevar la labor de cuidados se sobreentiende como profesión de ayuda.
- 2) En diálisis, las profesiones de enfermería y auxiliares son las que más horas pasan con las pacientes y dentro de un mismo espacio (la sala de diálisis). En cambio, el personal médico está en su despacho y pasa por sala en momentos puntuales a lo largo de todas las sesiones de tratamiento. Este trato continuo determinado por las características del tratamiento de diálisis, puede llevar a generar lazos más significativos entre las profesiones de enfermería y auxiliares y las pacientes. De hecho, este último aspecto además es mencionado por las y los participantes en relación al por qué consideran que su profesión sea de ayuda a las víctimas. La accesibilidad, el contacto directo y continuado con las pacientes son factores facilitadores en la detección y gestión de casos (Gloria Rodríguez-Blanes *et al.*, 2017; Esperanza Bosch Fiol, 2008).

Entre las personas que recibieron formación, un 20% fue por iniciativa propia, indicando su responsabilidad individual e implicación con su profesión y las víctimas, además de reforzar la necesidad de incluir en los procesos salud-enfermedad-atención aspectos psicosociales. En cambio, un 13% realizó la formación a través del trabajo. Datos expuestos en la tabla 14.

En un estudio realizado por Pilar Matud Aznar *et al.*, (2009) en una muestra de 190 profesionales sanitarios de la Comunidad Canaria reveló que más de la mitad del personal sanitario (58,6%) no había realizado ningún tipo de formación en VDG, solo un 18% la había realizado por iniciativa propia, y un escaso 8% la había recibido a través de la empresa. Estos últimos datos se asemejan a los datos de esta investigación.

En el estudio realizado por la Delegación del Gobierno (2015) sobre la especialidad de medicina en Atención Primaria, publicado bajo el nombre de “La Atención Primaria frente a la Violencia de Género” se citan los siguientes datos que se contraponen con los de este estudio, quizás por el papel otorgado a la Atención Primaria frente a la especializada en la atención a las VVG:

El 60,3% de las médicas y el 49,7% de los médicos han realizado algún tipo de formación sobre violencia de género. Entre los que han hecho formación, el 94,8% consideran que fue útil y el 80,3% satisfactoria o muy satisfactoria. (Delegación del Gobierno, 2015, p.3)

- **Percepción como profesionales de su grado de actuación/implicación en la respuesta a la violencia de género**

Como se ha venido subrayando, el sistema sanitario juega un importante papel en el abordaje de esta problemática, para prevenir, reconocer precozmente y ofrecerles respuestas adecuadas a las víctimas, ya que son responsables de la atención de los problemas de salud en general y de los surgidos a consecuencia de esta situación específica (M^a Dolores Amador Demetrio *et al*, 2003). Aspecto que así entiende el 94% al considerar que su profesión puede desempeñar un papel importante en ayudar a las pacientes víctimas. A ello responden las respuestas a las preguntas que se recogen en las tablas 15, 16 y 17 relativas a la percepción como profesionales de su grado de actuación/implicación en la respuesta a la violencia de género.

Tabla 15. Profesión de ayuda

		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia con la que explican el motivo	Porcentaje
Válido	NO	3	3,2%	-	
	SI	89	93,7%	60	63,2%
	Total	92	96,8%	-	
Perdidos	Sistema	3	3,2%	35	36,8%
Total		95	100%	95	

Fuente: Elaboración propia.

El 63,2% de las personas dio una explicación al por qué su profesión podría ser de ayuda para las víctimas, siendo los motivos que más citaron porque pueden ofrecerles información, orientación y derivarlas a recursos especializados, y por el contacto directo y continuado con las pacientes que genera una relación de confianza, apoyo y protección. Algunas de estas respuestas son:

- Cuestionario n^o3: *“Ayudar al paciente a superarlo, reconocerlo y denunciarlo”*
- Cuestionario n^o25 *“Porque podría orientarla para que se ponga en contacto con los profesionales correspondientes”*
- Cuestionario n.º 75: *“Por la cantidad de tiempo que pasamos con el paciente”*

Las respuestas se han agrupado en las siguientes categorías:

Tabla 16. Tipología de respuesta en profesión de ayuda

Dar información, orientación y realizar derivación a recursos especializados
Contacto directo durante mucho tiempo y conocimiento sobre el paciente
Ayudar a reconocer, apoyar, denunciar y superar
Ser una figura de confianza, apoyo y protección

Fuente: Elaboración propia.

La respuesta por profesiones a esta prestación de ayuda muestra de nuevo las diferencias dentro de las mismas.

Tabla 17. Profesión de ayuda por profesionales

Profesión	NO	SI	Ns/Nc	Total
Medicina (n=7) Porcentaje	0 0%	6 85.7%	1 14.3%	7 100%
Enfermería (n=58) Porcentaje	2 3.5%	56 96.5%	0 0%	58 100%
Auxiliar de clínica (n=27) Porcentaje	1 3.7%	24 89%	2 7.3%	27 100%
Ns/Nc Porcentaje	0 0%	0 0%	3 100%	3 100%
Total Porcentaje	3 3.2%	86 90.5%	6 6.3%	95 100%

Fuente: Elaboración propia.

Este mismo argumento ha servido de sustento al papel de atención primaria en su abordaje (Gloria Rodríguez-Blanes *et al*, 2017; Esperanza Bosch Fiol, 2008) olvidando en un segundo plano a algunos servicios de atención sanitaria especializada, como es la diálisis, que mantienen un contacto directo, continuado y de confianza con las pacientes, tal y como se ha pretendido reflejar en este trabajo y que pueden convertirse en un entorno sanitario de identificación precoz de casos.

- **Identificar qué entienden por violencia de género:**

A pesar de que la mayoría de las personas participantes indica no haber recibido una formación especializada en la materia, por los resultados de la tabla 18 se observa que tienen unos conocimientos bastante amplios y adecuados sobre la violencia machista a nivel general.

Este hecho debe provenir de las campañas de sensibilización que se realizan a nivel general y de lo que se escucha en el día a día. Si bien, y a pesar de la influencia del modelo biomédico, las facultades sociosanitarias y la formación en enfermería (en la Universidad de Sevilla se imparte la signatura de Género y Salud)¹⁵ suelen contemplar

¹⁵ http://www.us.es/estudios/grados/plan_157/asignatura_1570008

los factores biopsicosociales en la atención sanitaria, y en los últimos años se ha tenido en mayor consideración el género como indicador de las desigualdades en salud, existiendo además formación específica de postgrado¹⁶, aunque aún queda por hacer. Recordemos además el especial hincapié en las normativas españolas sobre la formación de los equipos sanitarios contemplado de forma explícita desde el “II Plan Integral contra la violencia doméstica” (2001-2004) hasta lo más reciente como las medidas del Pacto de Estado contra la violencia de Género (medida nº61).

La totalidad de colaboradores-as entiende, por violencia de género los malos tratos físicos, psicológicos, las amenazas y coacciones, pero con un menor porcentaje otras formas de violencia como la sexual (98%), el aislamiento social (96%) y el control económico (90%). Aunque el porcentaje de respuestas en estas últimas manifestaciones es elevado, el que no se identifiquen por todas las personas participantes como violencia de género puede hacernos pensar que se conocen las acciones más habituales, pero otros actos de la violencia pudieran pasar desapercibidos y por tanto dificultar la detección de casos, lo que nos vuelve a conducir al déficit de la formación específica y a la posible falta de consideración de otros indicadores sociales como son el control y el aislamiento en la violencia hacia las mujeres.

Tabla 18. Violencia de género

	Respuestas		Respuestas		Datos perdidos	
	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje	N	Porcentaje
Malos tratos físicos	95	100%	-	-	-	-
Malos tratos psicológicos	95	100%	-	-	-	-
Violencia sexual	93	97,9%	-	-	2	2,1%
Control económico	86	90,5%	2	2,1%	7	7,4%
Amenazas, coacciones, etc.	95	100%	-	-	-	-
Aislamiento social	91	95,8%	2	4,2%	2	2,1%
Otras opciones	6	6,3%	-	-	88	92,6%

Fuente: Elaboración propia.

- **Respuesta profesional hacia la violencia de género en caso de sospecha y confirmación**

¹⁶ Máster/Doctorado Mujeres y Salud en la Universidad Complutense y en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

En las formas específicas de actuación para los casos de sospecha y de confirmación se observan mayores dificultades, puesto que son acciones que requieren una mayor implicación, conocimiento, dominio y habilidades específicas en perspectiva de género y concretamente en la violencia machista. “La mayoría de los y las profesionales de la salud no tienen tiempo ni formación para asumir la responsabilidad exclusiva de cubrir las necesidades de las mujeres maltratadas” (Isabel Ruiz Pérez, n.d., p. 17).

De las actuaciones en los casos de sospecha (tabla 19), tan solo un 62% realizaría preguntas exploratorias. Aspecto recomendado en las guías y protocolos de actuación desde el primer contacto con las pacientes y no solo en los casos de sospecha. (España, 2018, 2012 y 2007b, M^a Dolores Amador Demetrio *et al.*, 2003). Las mujeres no son propensas a revelar su situación a menos que se le pregunte por ello (Gutmanis *et al.*, 2007) según se recoge en el estudio sobre “La Atención Primaria frente a la violencia de género. Necesidades y propuestas” (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015).

También como recoge Isabel Ruíz Pérez (n.d.) haciendo mención a la OMS (1998) en el su informe “Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario” (1998): No tenga miedo de preguntar. De hecho, Jeanne Hathaway *et al.* (2002, citada en Roberta de Alencar-Rodríguez y Leonor María Cantera, 2013, p. 90) recomienda que las/os profesionales incluyan en su protocolo el abordaje de la violencia de manera rutinaria para prevenirla.

Lo más destacable de las acciones que harían ante la sospecha es la actitud de escucha y apoyo, mostrándose en un 92,6%, seguida de mantener una actitud de alerta (86%), derivar a los servicios especializados de atención a las víctimas y buscar información (85%) y registrarlo en la historia clínica un (84%). Esto último es un aspecto recogido como actuación general en los casos de sospecha y certeza, con y sin riesgo extremo para su detección e intervención (ICI, 2018). Este aspecto además podría ayudar en el proceso judicial a demostrar la situación y continuidad de la violencia.

Diferentes estudios han revelado que cuando en la anamnesis se incluyen cuestiones y referencias a la violencia de género, alrededor del 50% de las mujeres indican que la han sufrido, lo cual coincide con la prevalencia encontrada en otros trabajos. (Miguel Lorente Acosta y Francisco Toquero de la Torre, 2004, p. 109).

TABLA 19. Actuaciones en caso de sospecha

Actuaciones en caso de sospecha	Respuestas		Respuestas		Datos perdidos	
	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje	N	Porcentaje
Nada	2	2,1%	68	71,6%	25	26,3%

Buscar información	81	85,25%	3	3,15%	11	11,6%
Recomendar terapia	5	5,3%	61	64,2%	29	30,5%
Registrar en historia clínica	80	84,2%	7	7,4%	8	8,4%
Actitud de alerta	82	86,3%	2	2,1%	11	11,6%
Derivar a servicios especializados	81	85,3%	6	6,3%	8	8,4%
Preguntas exploratorias	68	71,6%	8	8,4%	19	20,0%
Hablar con otr@s compañer@s	59	62,%	12	2,7%	24	25,3%
Escuchar y apoyar	88	92,6%	1	1,1%	6	6,3%
Hablar sobre violencia de género	53	55,8%	19	20%	23	24,2%
Comunicar a fiscalía la sospecha	30	31,6%	35	36,8%	30	31,6%
Realizar formación	52	54,75%	16	16,85%	27	28,4%
Llamar a su pareja	3	6,2%	62	62,2%	30	31,6%
Valorar el peligro	79	83,1%	5	5,3%	11	11,6%
Otras	1	1,1%	0	0%	94	98,9%

Fuente: Elaboración propia

De las actuaciones en los casos de certeza (tabla 20), lo más destacado es la derivación a los servicios especializados (90%), informar sobre sus derechos (82%) y la valoración del peligro (82%), acciones que además se ven reflejadas en los protocolos como una fase más y activa del proceso de atención.

La derivación a los servicios especializados permitirá ofrecer una intervención y tratamiento integral para su recuperación (Miguel Lorente Acosta y Francisco Toquero de La Torre, 2004).

En este punto hubiera sido muy esclarecedor conocer el grado de capacitación de esta muestra, y conocer la forma de realizar estas intervenciones.

Tabla 20. Actuaciones en caso de certeza

Actuaciones en caso de certeza	Respuestas		Respuestas		Datos perdidos	
	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje	N	Porcentaje
Nada	1	1%	61	64,3%	33	34,7%

Buscar información	70	73,6%	3	3,2%	22	23,2%
Recomendar terapia	8	8,3%	54	57%	33	34,7%
Derivar a servicios especializados	86	90,5%	3	3,2%	6	6,3%
Realizar parte de lesiones	70	73,7%	7	7,4%	18	18,9%
Hablar con otr@s compañer@s	58	57%	11	15,6%	26	27,4%
Valorar el peligro	72	75,8%	4	4,2%	19	20,0%
Comunicar a fiscalía	49	51,6%	16	16,8%	30	31,6%
Informar sobre sus derechos	78	82,1%	3	3,2%	14	14,7%
Derivar a atención primaria	41	42,7%	22	25,1%	32	33,7%
Realizar formación	58	61%	11	11,6%	26	27,4%
Otras	3	3,2%	0	0%	92	96,8%

Fuente: Elaboración propia.

Tanto en los casos de sospecha como de certeza, la actuación que menos se daría es:

- *Nada, no me incumbe, es un asunto privado*
- *Recomendar que fueran a terapia de pareja*
- *Comunicar a Fiscalía la sospecha*

Y la actuación que con más frecuencia se daría es:

- *Buscar información para ayudarla*
- *Registrar en su historia clínica*
- *Valorar el peligro que corre*

Cierto es que las acciones a llevar a cabo, en los casos de sospecha y/o de confirmación, requieren una mayor implicación por parte de los profesionales, pero no actuar significa revictimizar (Roberta de Alencar-Rodríguez y Leonor María Cantera, 2013). En palabras de Miguel Lorente no hacer es tolerar, naturalizar y permitir la violencia hacia la mujer con el consecuente deterioro progresivo de su salud (2008).

Dentro de las acciones desaconsejadas como son “No recomendar terapia de pareja ni mediación familiar” (Rosa M^a López Rodríguez y Sonia Peláez Moya, 2012) se marcan en un 8% de las entrevistas como acción a realizar en casos de certeza (tabla 20) y un 5% en los casos de sospecha (tabla 19), sumado a esta situación que el 6% llamaría a su pareja para corroborar la situación, acciones altamente desaconsejadas por revictimizar a la víctima y ponerla en riesgo. Estas respuestas muestran una visión de la violencia que no corresponde a la construcción social actual de la misma, que rechaza la mediación. La mediación está contraindicada en los casos de violencia de género y además la ONU (2010, p. 40) recomienda su prohibición. En nuestro Estado, el artículo 87 ter de la Ley Orgánica del Poder Judicial, en su apartado 5, prohíbe expresamente la Mediación en la atribución de competencias en materia de lo penal de los Juzgados

de Violencia sobre la Mujer (Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, p.43). La misma situación la encontramos en el art. 44 de la LOM relativa a los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, después de enumerar las competencias establece que “en todos los casos está vedada la mediación” (p. 313). Algunos de los argumentos por los que se desestima la mediación en violencia de género los cita en su texto María Inmaculada Sánchez, (2015, p. 8) de la profesora Patricia Esquinas Valverde (2008) como son el riesgo para la integridad física de la víctima y que la mujer vuelve a estar en una situación de inferioridad frente al agresor.

- **Identificar a qué problemáticas está asociada la violencia de género**

Este colectivo sanitario, antes de identificar la VDG como un problema de salud lo atribuye mayormente a un problema social (86%) y de machismo (80%) que es de origen patriarcal y androcéntrico (ver tabla 21). Esta percepción de la violencia puede conllevar también a la falta de implicación de los equipos sanitarios en las labores de detección e intervención sobre las VVG, otorgando la responsabilidad en otros-as agentes sociales.

Tabla 21. Problemática asociada a la violencia de género

	Casos					
	Respuestas		Respuestas		Datos perdidos	
	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje	N	Porcentaje
Problema salud	58	61%	35	36,9%	2	2,1%
Problema social	82	86,1%	11	11,8%	2	2,1%
Problema jurídico	52	55%	41	43,3%	2	2,1%
Problema policial	35	37,3%	57	59,5%	3	3,2%
Problema machismo	75	80%	17	16,8%	3	3,2%
Problema poder	63	66,1	31	31,8%	2	2,1%
Problema patriarcado	47	50,1%	45	46,7%	3	3,2%
Problema otros	2	0,8%	90	96%	3	3,2%
Marcan todas	19	18%	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la tabla siguiente, solo un 61% de los-as profesionales sanitarios-as considera la violencia del hombre sobre la mujer como un problema de salud, aspecto altamente señalado en las investigaciones por su alta prevalencia y consecuencias para la salud de las víctimas (OMS, 2005, entre otras). Es decir, que un 39% de las personas formadas en el ámbito sanitario no considera la VDG como un problema de salud, por

lo tanto, podrían entender que tampoco es su competencia la actuación sobre estos casos

Tabla 22. Violencia de género como problema de salud por profesiones

Profesión	NO	SI	Ns/Nc	Total
Medicina (n=7)	1	6	0	7
Porcentaje	14.3%	85.7%	0%	100%
Enfermería (n=58)	16	41	1	58
Porcentaje	27.6%	71%	1.4%	100%
Auxiliar de clínica (n=27)	17	9	1	27
Porcentaje	63%	33.4%	3.6%	100%
Ns/Nc	0	0	3	3
Porcentaje	0%	0%	100%	100%
Total	34	56	5	95
Porcentaje	36%	59%	5%	100%

Fuente: Elaboración propia.

En el estudio realizado por la Delegación del Gobierno (2015, p.2) citado anteriormente, arrojó el siguiente dato: “El 93,7% considera la violencia de género como un problema de salud. Las mujeres médicos lo consideran así en mayor medida que los hombres (96,4% frente a 90,2%)”. Quizás esta disparidad se deba al desempeño profesional entre Atención Primaria y especializada. Lo cierto es que es un hecho constatado que la violencia contra las mujeres es un problema de Salud Pública y de violación de los derechos humanos, y debería de ser entendido así por todos los Estados y agentes implicados sin ningún tipo de dudas (M^a Pilar Matud Aznar, 2019; Sarah Bott *et al.* 2014, Rosa M^a López Rodríguez y Sonia Peláez Moya, 2012 y 2013; Consejo de Europa, 2011; Luisa Lasheras Lozano *et al.*, 2008, OMS, 1996).

Este resultado puede tener tres consideraciones:

- 1) En cuanto a las consecuencias en la salud de las mujeres, con múltiples malestares, que con más facilidad serán atribuidos a causas individuales y en muchos casos estarán sujetas a la prescripción de fármacos, sin buscar el verdadero origen del problema, y por tanto, mantenerlas en riesgo y así revictimizarlas.
- 2) La relación de jerarquía, poder y dominio del hombre sobre la mujer es la generadora de la violencia que supone un significativo e intenso malestar y sufrimiento derivado del hecho de ser mujer. Aquí el sistema de género es un determinante clave de la alteración de la salud.
- 3) El no valorarlo como problema de salud pública refuerza su invisibilización y mantenerlo en el ámbito privado.

- **Identificar a la mujer víctima de violencia de género**

En cuanto al perfil de las víctimas, la gran mayoría de las personas encuestadas señala que cualquier mujer puede vivir esta experiencia, una visión acorde con la literatura científica (M.^a Pilar Matud Aznar, 2019; Victoria Ferrer-Pérez y Esperanza Bosh-Fiol, 2019; Carmen Pérez García y M.^a de Los Ángeles Manzano Felipe, 2014; Consejo de Europa, 2011; Luisa Lasheras Lozano *et al.*, 2008; Organización de Naciones Unidas: Recomendación General No. 19, 1992), aunque se siguen refiriendo a perfiles como el de escasa formación, economía, migrantes, con muchos hijos e hijas y con problemas de salud mental. Anteriormente había una tendencia en la bibliografía científica a hablar de perfiles y características de las mujeres víctimas de violencia machista, posteriormente el análisis se ha ido centrando en la confluencia de situaciones de mayor vulnerabilidad social, es decir, factores que interseccionan como puede ser mujer migrante, mayor y/o con diversidad funcional (ICI, 2018), lo que podría coincidir con los resultados. El rechazo a los perfiles también tiene otra explicación y es romper con la asociación existente entre la violencia y el individuo para plantearla como una cuestión del sistema social (Isabel Ruiz Pérez, n.d.), así por otro lado, se rompe con la concepción de mantener la violencia machista en el ámbito de la vida privada.

Tabla 23. Perfil de las mujeres víctimas

	Respuestas		Respuestas		Perdidos	
	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje	N	%
Escasa economía	64	67,5%	29	30,5%	2	2%
Escasa formación	65	68%	28	30%	2	2%
Migrantes	64	67,5%	29	30,5%	2	2%
Con much@s hij@s	64	67,5%	29	30,5%	2	2%
Problemas de salud mental	63	66%	30	32%	2	2%
Cualquier mujer	92	97%	1	1%	2	2%
Marcan todas	12	11,4%	-	-	-	-
Solo marcan cualquier mujer	28	26,6%	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Además resulta de vital importancia que el colectivo sanitario conozca la especial y mayor vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad, como es la enfermedad renal, a padecer cualquier tipo de VDG tal y como también lo señala la Guía sobre violencia y mujer con Discapacidad (1998). Lo que deriva de la interseccionalidad de distintas opresiones.

- **Conocimiento de protocolos de actuación en el ámbito sanitario, tanto en**

el ámbito sanitario como en el centro de trabajo

En este ámbito de la atención especializada, existe un escaso conocimiento de los protocolos sanitarios, así como de la existencia o no de un protocolo dentro de su puesto de trabajo (tabla 24). Volvemos nuevamente a ver cómo los factores sociales y psicológicos incluidos en los protocolos de actuación, son menos considerados.

Tabla 24. Conocimiento de protocolos

	Respuestas		Respuestas		Perdidos	
	SI	Porcentaje	NO/Ns	Porcentaje	N	%
Existencia p. Ámbito laboral	8	8,5%	35/49	37% / 51,4%	3	3,1%
Conoce protocolo sanitario	9	9,5%	79	83,1%	7	7,4%
P. Coordinación interinstitucional canario	8	8,5%	84	88,4%	3	3,1%

Fuente: Elaboración propia.

Este resultado va acorde con los datos encontrados en el estudio de Pilar Matud Aznar *et al.* (2009) donde el 52% de la muestra de sanitarios decía que en su servicio no contaban con un protocolo o procedimiento para la atención de las víctimas. El papel de los protocolos es proporcionar pautas homogeneizadas para detectar e intervenir sobre los casos, de hecho, la legislación española recoge la necesidad de aplicación de estos protocolos específicos (Ley Orgánica 1/ 2004, artículo 16), además, uno de los objetivos de la “Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la mujer, 2013-2016” era anticipar la detección (2013), para ello se propuso como medida “Promover el conocimiento por los profesionales sanitarios del “Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género” del año 2012.

- **Identificar los agentes de actuación ante la violencia de género**

Las personas participantes consideran que los servicios especializados de atención a las víctimas son los agentes o instituciones principales en la atención a las VVG (96,8%), seguidos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (84,2%) y de los-as profesionales del ámbito sanitario (83,2%), y en una menor proporción desde el ámbito educativo (53,7%). Este último dato puede llevar al análisis de la falta de consideración del ámbito educativo y académico en la atención a la VDG.

Tabla 25. Identificar agentes sociales de actuación en violencia de género

	Respuestas		Respuestas		Perdidos	
	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje	N	%
Fuerzas y cuerpos de seguridad	80	84,2%	1	1,1%	14	14,7%
Ámbito jurídico	68	71,6%	7	7,4%	20	21,1%
Servicios especializados	92	96,8%	1	1,1%	2	2,1%
Ámbito educativo	51	53,7%	21	22,1%	23	24,2%
Subdelegación del gobierno	72	75,8%	4	4,2	19	20%
Ámbito sanitario	79	83,2%	1	1,1%	15	15,7%

Fuente: Elaboración propia.

- **Conocimiento de recursos especializados en Violencia de Género**

Cabe hacer una mención especial sobre el déficit de conocimiento de los recursos de atención a las víctimas mostrados en la tabla 26. Solo un 51,6% refiere conocer los servicios especializados de atención a las víctimas. En relación al Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas solo lo conoce el 32,6%. El recurso más conocido es el 016 (87%), probablemente por la constante información desde los medios de comunicación, seguido de atención primaria (66%).

Este desconocimiento de los recursos específicos de atención dificultaría la derivación de las afectadas a los servicios especializados, sin embargo, es una acción que indican que realizarían, tanto en casos de sospecha (85,3% tabla 17) como en los casos de certeza (90,5%, tabla 18). Además en la tabla anterior, lo identifican como agentes principales de actuación ante estos casos.

Tabla 26. Reconocer recursos de atención a víctimas

	Respuestas		Respuestas		Perdidos	
	SI	Porcentaje	NO	Porcentaje	N	%
DEMA	31	32,6%	42	44,2%	22	23,2%
016	83	87,4%	8	8,4%	4	4,2%
ATENCIÓN PRIMARIA	63	66,3%	14	14,7%	18	18,9%
SERVICIOS MUNICIPALES	47	49,5%	28	29,5%	20	21,1%

SERVICIOS ESPECIALIZADOS	49	51,6%	28	29,5%	18	18,9%
--------------------------	----	-------	----	-------	----	-------

Fuente: Elaboración propia.

En el Estudio de la Delegación del Gobierno del año 2015 el 74% de la muestra conocía los recursos de atención a VVG del sistema sanitario, y un 60% los servicios fuera del sistema sanitario. Estos datos son superiores a los obtenidos en esta investigación.

El sector de la salud puede tener un papel decisivo en la prevención de la violencia contra la mujer, contribuyendo a la detección temprana de los malos tratos, proporcionando a las víctimas el tratamiento requerido y derivando a las mujeres a los servicios idóneos para suministrarles la atención e información necesarias. Los servicios de salud deben ser lugares donde las mujeres se sientan seguras, tratadas con respeto y no estigmatizadas, y donde reciban información y apoyo de calidad. Es preciso que el sector de la salud articule una respuesta integral ante este problema, abordando en particular la resistencia de las mujeres maltratadas a buscar ayuda (OMS, 2005).

6. Aportaciones y reflexiones

Esta investigación permite concluir y corroborar **la relevancia y necesidad de:**

- ✓ **la formación especializada en Violencia de Género y con perspectiva de género,**
- ✓ **el conocimiento de protocolos de actuación sanitaria y los protocolos de coordinación entre instituciones así como los recursos asistenciales especializados en la atención de las víctimas**
- ✓ **La escasa relación entre el desarrollo normativo, en relación a la formación profesional y la difusión de los protocolos de actuación, y la práctica sanitaria en el día a día.**

Para realizar intervenciones adecuadas y profesionales, bajo un clima de confianza, empatía, escucha activa, contención y acogida emocional (Carmen Sánchez Romero, 2019).

Aún queda mucho por hacer en la lucha contra la VDG, y bajo las conclusiones extraídas de este TFM, me gustaría realizar algunas aportaciones:

1. Aumentar la formación y la sensibilización de las-os profesionales en el sector sanitario, realizando un mayor hincapié en la atención especializada, para lograr una mejor detección de casos, así como una atención más efectiva para las víctimas. Especialmente la formación permanente y continua ofrecida por los colegios profesionales, los centros de trabajo, las consejerías de sanidad, etc. que pueda contener un formato e-learning para facilitar su seguimiento, con distintos formatos de formación entre básica y especializada.
2. Las acciones formativas debe incluir contenidos, procedimientos y actitudes basados en el género como determinante del proceso salud-enfermedad-atención y de las violencias machistas, además de ser llevadas a cabo por equipos interdisciplinarios de especialistas.
3. Deben contener la característica de ser continuas en el tiempo y no de carácter puntual, para ello es imprescindible que se incluyan el género de forma transversal en la formación reglada. En todas las asignaturas de grado, postgrado, especialización y de formación permanente dentro del ámbito médico y sanitario en general.
4. Romper con la conceptualización del modelo biomédico en el ámbito sanitario y realizar una intervención integral que tenga en consideración los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y la perspectiva de género en los procesos de salud-enfermedad-atención.

5. Impulsar las preguntas exploratorias relacionadas con factores ajenos a lo biológico. La mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa, muchas pueden estar esperando a que alguien les pregunte (Miguel Lorente Acosta, 2008 e Isabel Ruíz Pérez, n.d.).

6. Tener en cuenta que las mujeres con discapacidad tienen mayor riesgo a padecer violencia de género por lo que se convierten en una población más vulnerable y por tanto, se debe extremar la necesidad de realizar diagnósticos diferenciales. Además, hay que considerar que no forman un grupo homogéneo, sino que presentan múltiples discriminaciones e interseccionalidades.

7. Valorar otros escenarios de atención sanitaria como es en el caso de la especializada, especialmente en diálisis, haciendo de este servicio un entorno idóneo y privilegiado en la detección, atención y derivación de las pacientes, por las características del trato cercano y continuo en el tiempo.

8. Ayudar a los-as profesionales a gestionar las emociones derivadas de las intervenciones.

Antes de concluir, es necesario reseñar las limitaciones de este estudio que pueden modular su resultado.

- Ausencia de datos comparativos con otros servicios de atención especializada con unas características similares en atención directa y continua como los de diálisis.

- Ausencia de datos comparativos con los servicios de Atención Primaria y Urgencias.

- La muestra está limitada a la isla de Tenerife, y no a la Comunidad Autónoma o a nivel estatal.

- El título del cuestionario es demasiado explícito “Conocimientos y experiencias en la respuesta del equipo sanitario a las pacientes en diálisis víctimas de violencia de género”, un posible título podría haber sido: “Violencia de género y asistencia sanitaria” o “Violencia de género y Atención en diálisis”.

- El orden de las preguntas en el cuestionario responde a una necesidad de espacio y tamaño de la letra y no a una correlación lógica de preguntas, como podría ser empezar por qué se entiende por VDG.

- No haber contemplado preguntas relacionadas con actuaciones específicas llevadas a cabo en algún caso informado o detectado, o los indicadores de detección.

- En la pregunta “Las mujeres víctimas de violencia de género son mujeres...” se tendría que haber contemplado otra opción relacionada con la discapacidad.

- En la carta dirigida al equipo sanitario se recogían aspectos de relevancia que pudieron influir en la forma de responder al cuestionario, como por ejemplo el objetivo explícito del TFM, "...La violencia de género es un problema de Salud Pública...", "Su eliminación es un reto de toda la sociedad que requiere una coordinación, colaboración y cooperación de todas/os las/os agentes implicados, tanto desde el sector público como desde el privado, donde los equipos sanitarios juegan un papel primordial".

- Los cuestionarios autoadministrados tienen el riesgo de dejar preguntas sin responder. En este caso, se han dado en las respuestas al cuestionario al igual que en los datos sociodemográficos.

Por todo lo expuesto, paso a desarrollar el punto siguiente como futuras líneas de actuación.

7. Propuestas de mejora

Las propuestas que desarrollo en este apartado son el fruto de:

- 1) El análisis de la normativa en España en materia de violencia de género en el ámbito sanitario.
- 2) La reflexión de las aportaciones teóricas contempladas en este trabajo, sobre todo en relación al mayor riesgo de las mujeres con discapacidad/diversidad funcional a sufrir VDG.
- 3) Los resultados obtenidos de la administración del cuestionario al personal sanitario participante, especialmente la necesidad de formación.

Éstas están dirigidas a diferentes niveles de intervención:

- A. Líneas de investigación
- B. Formación especializada y continua en perspectiva de género para el personal sanitario de diálisis, específicamente del género como determinante de salud y la violencia contra las mujeres.
- C. Protocolo de atención a las VVG en el ámbito sanitario de diálisis
- D. Campañas periódicas Contra la Violencia de Género en los centros de tratamiento.

Haré un breve esquema de cada una de ellas contemplando los siguientes puntos:

- objetivo general,
- objetivos específicos,
- tareas a desarrollar,
- instrumentos de medida

Realizaré un mayor desarrollo en los aspectos formativos y en el protocolo de actuación sanitaria específico para las unidades de diálisis, por los resultados obtenidos en el apartado de resultados y por la importancia de estos aspectos en las/os profesionales del ámbito sanitario en materia de sensibilización, prevención e intervención con las VVG.

7.1. Camino a seguir en la investigación

a) Ampliar la muestra.

Los datos obtenidos son una muestra representativa de Tenerife, que puede responder a una forma específica de trabajo, formación profesional, etc., u otros factores que puedan influenciar los datos como pueden ser las creencias, actitudes, etc. Sería necesario ampliar la muestra a todas las unidades de diálisis de la Comunidad Autónoma de Canarias, y si es posible en toda España, y elaborar unos resultados más amplios. Además de realizar mejoras oportunas en el cuestionario para evitar sesgos. Para llevar a cabo su desarrollo se podría contar con la implicación del Instituto Canario de Igualdad (ICI en adelante), y en caso de ampliar al resto del territorio español con los Institutos de Igualdad o de Mujer de cada comunidad autónoma.

Tabla 27. Propuesta para ampliar la muestra de profesionales de Diálisis en Canarias

Objetivo General	<i>Identificar el conocimiento y las experiencias en la respuesta frente a situaciones de violencia de género del personal sanitario de las unidades de hemodiálisis de Canarias.</i>
Objetivo Específico	Obtener una muestra representativa de centros de diálisis de Canarias y de profesionales por categorías
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar el proyecto al ICI para su aprobación - Solicitar colaboración de las gerencias/supervisión de las unidades de tratamiento - Repartir, recoger y analizar los cuestionarios de evaluación - Realizar una interpretación de los resultados
Instrumento de Medida	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario <i>“Conocimientos y experiencias en la respuesta del equipo sanitario a las pacientes en diálisis víctimas de violencia de Género”</i> - Hoja de Registro de seguimiento de cumplimentación de cuestionarios por centro y categorías profesionales

Fuente: Elaboración propia

A su vez, también podría resultar de interés realizar una comparación con otros servicios, como por ejemplo Atención Primaria y Urgencias, por ser los servicios en los que más se ha reforzado la formación por su papel en la detección.

Tal y como se ha explicado anteriormente en base a la literatura científica y protocolos de actuación, los servicios de salud representan una labor fundamental en la detección e intervención de casos, por dos razones: una porque la mayoría de las mujeres toman contacto, en algún momento de su vida, con estos servicios, ya sea por embarazo, síntomas físicos difusos, cuidado de los hijos e hijas o de otras personas dependientes a ella, las consecuencias de un episodio de malos tratos, etc.; y dos porque los malos tratos afectan a la salud de las mujeres.

b) Realizar Grupos de Discusión con el personal sanitario de diálisis

Utilizado como un método científico-social de recolección de información a través de una conversación entre un grupo de participantes. La persona que dirige el grupo debe ser especialista en este tipo de acciones, con formación sanitaria y en violencia de género. Las personas integrantes del grupo serán seleccionadas de acuerdo a una especialidad dentro del ámbito sanitario (en este caso la especialización en enfermedad renal crónica) y una categoría profesional (medicina, enfermería y auxiliares), en condiciones parcialmente controladas. La propuesta es conocer de primera mano aspectos determinantes como puede ser la idoneidad de la formación y/o aplicabilidad de protocolos de detección y actuaciones específicas en prevención, detección, protección e intervención. Se fomenta una metodología activa, participativa y abierta, reflexionando sobre la realidad de esta problemática en diálisis, detectando dificultades y necesidades para elaborar alternativas de solución. De esta manera se ajustará más a la realidad de las mujeres en diálisis, y por la otra, se tendrá una menor resistencia al cambio y mayor aplicabilidad por parte del personal sanitario.

Tabla 28. Propuesta para realizar grupos de discusión

Objetivo General	Realizar grupos de discusión con representantes de los equipos sanitarios que atienden a pacientes en hemodiálisis de Canarias.
Objetivo Específico	a) Conocer la capacidad de prevención de las violencias machistas en diálisis. b) Conocer la capacidad de detección de VVG por parte del equipo sanitario. c) Conocer la capacidad de protección e intervención sobre las VVG. d) Establecer las necesidades formativas del personal de diálisis. e) Identificar las dificultades para realizar prevención, detección e intervención de casos dentro. f) - Valorar la idoneidad de establecer protocolos de atención específicos.
Tarea	- Realizar un convenio de colaboración entre el ICI y la Consejería de Sanidad para desarrollar los grupos de discusión. - Establecer lugar y hora de los encuentros. - Elaborar un dossier con las conclusiones extraídas con propuestas de aplicabilidad.
Instrumento de Medida	- Hoja de registro de asistencia - Hoja de registro del desarrollo de las sesiones - Hoja de registro de los acuerdos y medidas aplicables

Fuente: Elaboración propia

c) Realizar Grupos de Expertos/as en atención a las VVG en el ámbito sanitario

El objetivo sería valorar qué otras especialidades sanitarias requieren de un contacto directo y continuo con las pacientes y aquellas especialidades con especial vínculo con la mujer como ginecología y obstetricia.

Se deberá tener en cuenta aquellas enfermedades que además puedan conllevar a una discapacidad reconocida, como mayor vulnerabilidad de la mujer a ser VVG.

Es necesario tener en cuenta que España, como parte de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, del 13 de diciembre de 2006, debe proteger a las mujeres y niñas con discapacidad, incluyendo las derivadas por enfermedad y recogidas en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

El identificar en el ámbito sanitario las especialidades con más vinculación con la mujer, y principalmente, la mujer con discapacidad/diversidad funcional, ayudaría a diseñar medidas futuras para su protección, atención integral y el acceso a sus derechos.

Tabla 29. Propuesta para realizar grupos de expertos/as en la atención a las VVG en el ámbito sanitario

Objetivo General	Identificar especialidades sanitarias de atención directa y continua con mujeres con discapacidad en España
Objetivo Específico	<ul style="list-style-type: none"> a) Analizar las características de la especialidad donde se dé un trato directo, familiar y continuado en el tiempo. b) Sondear las enfermedades que son consideradas con el grado de discapacidad c) Analizar otros factores de intersección relacionados con la discapacidad y violencia de género.
Tarea	- Reunión de expertos/as en el análisis de los puestos sanitarios
Instrumento de Medida	- Cuestionario de valoración de funciones del personal sanitario

Fuente: Elaboración Propia

7.2. Formación especializada y continua para servicios sanitarios de diálisis:

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece la formación como una necesidad para el personal sanitario (art. 34-38, art. 40). Además, esta necesidad se manifiesta también en los instrumentos nacionales en la lucha contra la violencia de género dirigidos al ámbito sanitario (reflejados en el punto del Marco Normativo). El Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género (2006) da pie a establecer unos criterios comunes de calidad e indicadores de evaluación de la formación para profesionales sanitarios a través del CISNS. Más recientemente, en la Medida 212 de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia contra la mujer (del Primer Eje transversal) se cita nuevamente “*Realizar acciones formativas dirigidas a profesionales del ámbito sanitario*” (España, 2003, p 140). Reforzando que una adecuada formación y capacitación contribuye desde el sector sanitario a intensificar la calidad de la respuesta para establecer un diagnóstico precoz de la violencia, implantar las medidas de protección integral y medidas de erradicación.

Si además tenemos en cuenta el resultado de esta pequeña investigación, donde el 63% de nuestra muestra no tiene formación específica en la atención y respuesta a las VVG, se plantea la necesidad de la **realización obligatoria de actividades formativas**.

Éstas deben ser llevadas a cabo por equipos interdisciplinarios de personas expertas en género en el ámbito sanitario, y especialmente en la violencia dirigida hacia las mujeres, de acuerdo con el CISNS, con el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer y con el Observatorio de la Salud de la Mujer, en función de sus competencias.

Se apoyará en el concepto de salud operativizado por la OMS (1946) basado en el modelo biopsicosocial, y no en una visión médico-biológica de la salud de la mujer.

Estarán adaptadas a profesionales de la salud siendo el objetivo principal identificar la variable género como eje fundamental de todo el problema e identificar, valorar e intervenir sobre las VVG.

La perspectiva de género debe impregnar los contenidos, procedimiento y actitudes de la formación (Luisa Lasheras Lozano *et al*, 2008)

En cuanto a los contenidos, se pretenderá dotar de los conocimientos para identificar las desigualdades asociadas al género en la salud y en la manifestación de las violencias machistas; los factores de riesgo, los signos y señales de alerta, conocer los recursos de atención integral a las víctimas, las estrategias de protección y coordinación con otros agentes implicados en la atención integral, y la discriminación múltiple de las mujeres con discapacidad (Laura Seara Sobrado *et al.*, 2019), los aspectos éticos

legales, entre otros.

En relación a las actitudes se promoverá habilidades de comunicación, escucha activa y la empatía, respeto y tolerancia, sin juzgar a la víctima, evitando victimizar, primando una intervención de Enfoque de Acción sin Daño (Carmen Sánchez Romero, 2019), donde se respeten las decisiones y el ritmo de cada mujer, etc.

A nivel de procedimiento se inculcará como buena práctica la realización de preguntas exploratorias y la incorporación de las señales y signos de sospecha en la historia clínica, el apoyo en los equipos interdisciplinarios.

De esta manera se da respuesta a:

- a) LOM ("capítulo III: en el ámbito sanitario", artículo 15 y 16)
- b) La introducción de la violencia de género en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
- c) Los distintos planes, protocolos y las medidas generadas por el Pacto de Estado contra la Violencia de Género del año 2018 (medida 60 y 61 mencionadas en el apartado del Marco Normativo).
- d) Visibilizar a las mujeres víctimas de violencia de género con discapacidad.

Las herramientas de aprendizaje a utilizar deben ser principalmente cognitivo-conductuales para eliminar mitos (como deconstruir el sexismo), role playing, modelado, habilidades comunicativas, aprendizajes significativos, entre otras.

Por todo lo expuesto y recogiendo las últimas directrices españolas sobre la necesidad de la formación especializada en violencia machista con perspectiva de género para el abordaje de las víctimas, el esquema propuesto para la formación es el siguiente:

Tabla 30. Propuesta de formación especializada en la atención a VVG en el ámbito sanitario de hemodiálisis

Objetivo General	Realizar formación con perspectiva de género sobre la identificación y respuesta a las víctimas de violencia de género para el personal sanitario de diálisis
Objetivo Específico	<ul style="list-style-type: none">a) Capacitar a las/os profesionales de diálisis para la detección precoz, valoración, intervención y derivación con medidas de seguridad de las víctimas de violencia de género.b) Prestar apoyo a las víctimas de violencia de género a través de una adecuada identificación de sus casos.c) Proporcionar una atención integral, continuada y de calidadd) Aplicar los protocolos de atención a las víctimase) Potenciar las habilidades necesarias para la atención de las víctimas en diálisis.f) Realizar grupos de formación práctica por profesiones.

Contenidos de formación	<ul style="list-style-type: none"> - La desigualdad de género y el patriarcado desde la perspectiva de género. - La aplicación del enfoque de género en la salud. - La violencia machista como un problema contra los derechos humanos - Tipologías de violencia machista (visibilización y desnaturalización). Aspectos legislativos - Ciclo de la violencia y estrategias de afrontamiento. - Creencias, Mitos, estereotipos, prejuicios y actitudes entorno a la violencia de género. - Estereotipos de género tradicionales y asociación con cuadros psicopatológicos. - Quiénes son las víctimas de la violencia de género. Interseccionalidad. - Impacto de la violencia en la salud de las víctimas. Diagnóstico diferencial - Signos y señales de alerta en el entorno sanitario. - Actuaciones en el ámbito sanitario. Caso de diálisis: de la sensibilización a las actuaciones profesionales - Recursos Insulares de atención a las víctimas y derivaciones - Aspectos éticos y legales en la atención sanitaria de las víctimas - Factores que dificultan el compromiso profesional, las actitudes y comportamientos en el ámbito sanitario - El cuidado del equipo de salud que atiende a VVG
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación de los materiales formativos - Preparación de los talleres - Impartición y la evaluación pre y post de cada taller
Instrumento de Medida	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionarios de evaluación pre y post-taller - Registros de participantes y titulación reglada - Grado de participación de las personas asistentes: role-playing, debates, etc. - Exámenes de evaluación y trabajos de desarrollo
Profesionales	Equipo Interdisciplinar con formación y experiencia en Violencia de Género: medicina, enfermería, psicología, trabajo social, educación social, agente de igualdad, entre otras profesiones significativas
Tipología	Cursos, jornadas o talleres básicos impartidos por módulos de mínimo 20 horas hasta cumplimentar todos los contenidos propuestos en una formación especializada
Metodología	Activo-Participativa. Sesiones teóricas on-line y sesiones prácticas presenciales obligatorias

Fuente: Elaboración propia

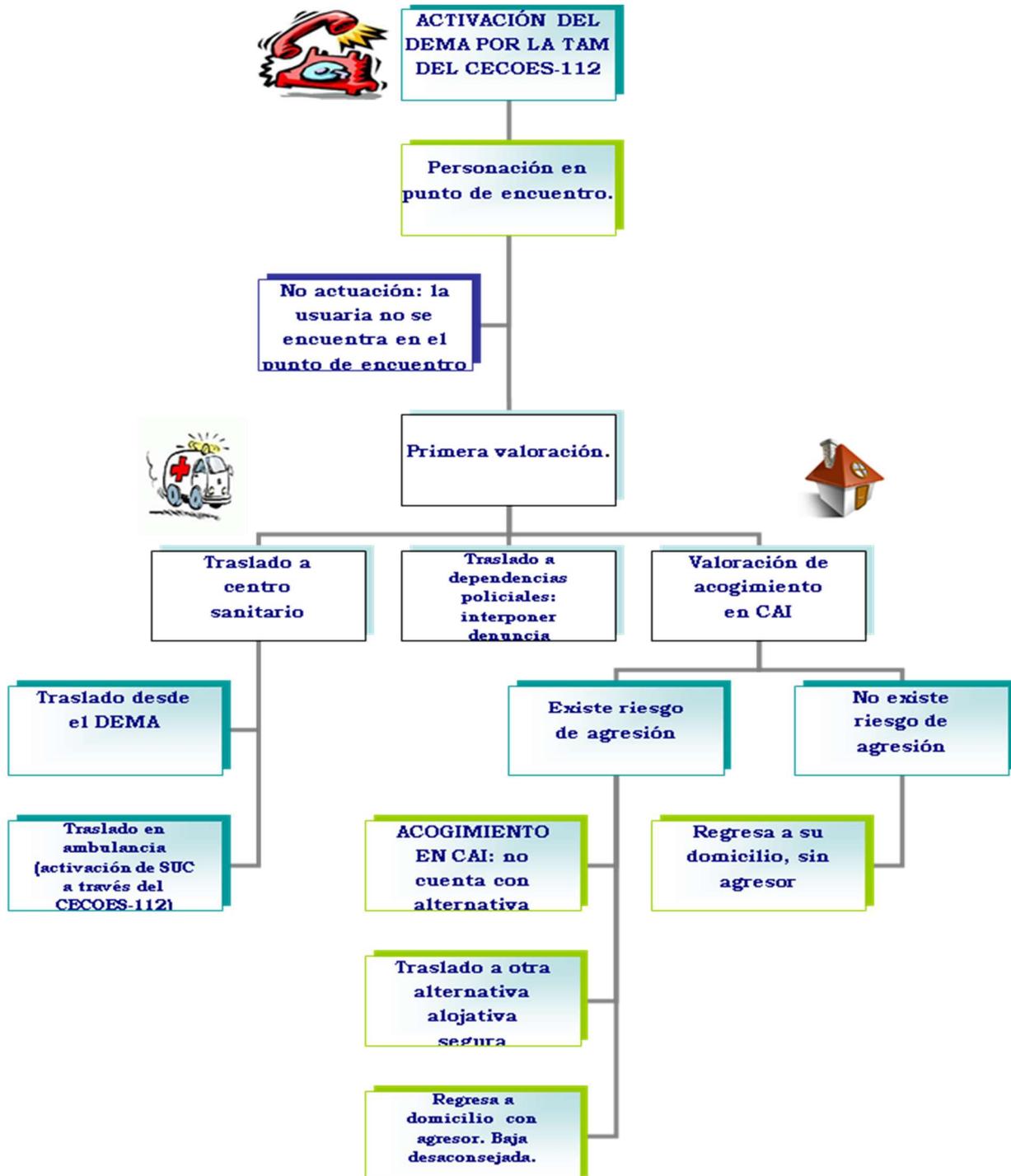
De esta manera, y teniendo en cuenta los resultados de este estudio en cuanto al escaso conocimiento de los servicios de atención a las víctimas se podría plantear como ejemplo la siguiente sesión de trabajo:

Tabla 31. Esquema del módulo de formación sobre Recursos Insulares de Atención a las VVG

Título	Recursos Insulares de atención a las VVG
Objetivo principal	Dar a conocer al personal sanitario los recursos de atención a las víctimas en la isla de Tenerife
Objetivos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> a) Dotar de herramientas significativas para la derivación de las mujeres víctimas a los recursos especializados de atención. b) Empoderar a las personas sanitarias para facilitar la respuesta adecuada a las víctimas.
Participantes	<p>Equipo Directivo de la Unidad de Violencia de Género del Instituto Insular de Atención Sociosanitaria de Tenerife, organismo que tiene asignadas las competencias derivadas del Cabildo en materia de asistencia a las víctimas de violencia de género.</p> <p>Profesionales del ámbito de la psicología y el trabajo social con amplia formación y experiencia en la atención a víctimas de violencia de género</p>
Contenido	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción - Recursos de asistencia a las víctimas en cumplimiento con la legislación nacional y autonómica vigente: <ul style="list-style-type: none"> a) Servicios Insulares de Atención Especializada para las Víctimas de Violencia de Género b) Dispositivo de Emergencias para Mujeres Agredidas (DEMA) c) Recursos Alojativos: Casa de Acogida Inmediata, Casa de Acogida, Piso tutelado - Funcionamiento y derivación de los recursos: - 016
Materiales	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación PowerPoint - Materiales de apoyo: Folleto de servicios de la Unidad Orgánica de Violencia de Género (Ver anexo III) - Representación de casos a través de vídeos o role playing y formas de actuación - Enlaces web y referencias bibliográficas
Evaluación	Cuestionario breve de 5 preguntas tipo test y una resolución de caso

Fuente: Elaboración propia

Ilustración 2. Actuación del Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas



Fuente: M.^a José Pestana, 2017

7.3. Propuesta de Protocolo de actuación en servicios especializados de diálisis

El artículo 32 de la LOM (2004, p 42.173), insta a promover la elaboración y aplicación, actualización, y difusión de protocolos, que contengan pautas homogéneas de prevención, detección precoz e intervención continuada; tanto en el ámbito público como privado; así como las relaciones con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños; y además contempla a aquellas mujeres que por sus circunstancias personales y sociales puedan tener mayor riesgo de sufrirla o mayores dificultades para acceder a los servicios (por ejemplo mujeres con diversidad funcional). También en la “Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016)”, la medida número 52 de “Anticipar la detección” refleja *“Promover el conocimiento por los profesionales sanitarios del Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género...”* (2003., p 119).

Para el desarrollo de este protocolo de actuación en diálisis sería conveniente contar con profesionales que trabajen en el ámbito de la enfermedad renal, desde medicina, enfermería, auxiliares hasta las asociaciones de pacientes renales que en muchos casos cuentan entre su plantilla especialistas en trabajo social y psicología. También profesionales con formación en protocolos de actuación ante la violencia de género, por ejemplo, representantes del CISNS y del Instituto de la Mujer (en adelante IM).

Debe ir acorde con los ya existentes a nivel nacional y autonómico, además de complementarse con la formación necesaria en violencia de género (Luisa Lasheras Lozano *et al.*, 2008) para capacitar a los-as profesionales, así como del conocimiento de los recursos estables de asistencia a las víctimas, teniendo en cuenta lo siguiente:

- La atención sanitaria en diálisis tiene unas características muy determinantes en la detección de casos:
 - a) La accesibilidad hacia las pacientes, dado que para poder sobrevivir necesitan tratamiento sustitutivo renal y por tanto, acudir a las sesiones de diálisis.
 - b) Contacto directo con el personal sanitario, mayoritariamente con enfermería y auxiliares.
 - c) Contacto continuado por el tiempo de las sesiones de tratamiento, que como término medio se realiza tres veces por semana durante una media de cuatro horas.
- El desempeño del trabajo profesional en violencia de género debe conllevar:
 - a) Formación específica en violencia de género.
 - b) Actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha de situación de malos tratos.

- c) Tener en cuenta que las mujeres no siempre son conscientes de su situación de víctimas, por tanto, pueden minimizarla y no relacionarla con su situación de salud.
- d) Identificarla como población más vulnerable y factores que interseccionan con la violencia.
- e) Actitud de respeto, escucha activa y empatía
- f) Valorar si la persona tiene menores y/o personas dependientes a cargo que también la estén padeciendo, para ampliar las medidas de intervención.

La estructuración del protocolo podría seguir los siguientes pasos:

Tabla 32. Estructura del Protocolo de Atención a las VVG en hemodiálisis

1. Detección y valoración
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abordar los aspectos psicosociales en la consulta ✓ Indicadores de sospecha ✓ Identificación. Pregunta específica sobre maltrato ✓ Valoración <ul style="list-style-type: none"> Biopsicosocial De la situación de violencia Del riesgo
2. Intervención
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Información acerca del problema ✓ Trabajo en la consulta – seguimiento ✓ Registro en la historia clínica ✓ Intervención de las/os trabajadoras/es sociales de los equipos de Salud de AP y AE y hospital ✓ Derivación a servicios especializados si precisa ✓ Actuación con los hijos e hijas (si procede) y otras personas dependientes si las hubiera ✓ Emitir cuando proceda el parte de lesiones e informe médico correspondiente

Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género” (Rosa M^a López Rodríguez y Sonia Peláez Moya, 2012, pp. 42 y 59)

Además, se ha hecho una adaptación para este colectivo, de las recomendaciones de la OMS en su informe “Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritaria”, que se recogen en el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2012” para el personal sanitario:

Tabla 33. Recomendaciones en la atención a VVG

<p>La indagación sistemática de maltrato en toda mujer, así como mantener una actitud de alerta/escucha activa para detectar posibles signos o síntomas de violencia, siempre desde el respeto y la confidencialidad. Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras.</p>
<p>Registrar SIEMPRE en la historia clínica la sospecha y las actuaciones realizadas. Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.</p>
<p>Informar a la mujer del plan de actuación sanitaria o remisión del parte de lesiones, y de las posibles consecuencias/alternativas de las medidas que se van a tomar.</p>
<p>Informarle acerca de sus derechos y de los recursos con los que puede contar.</p>
<p>NUNCA verificar el testimonio de la mujer hablando con su agresor, derivar a terapia de pareja o mediación familiar.</p>
<p>Siempre que se emita un parte de lesiones, previamente hay que valorar la seguridad de la mujer y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo.</p>
<p>Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia e informar a las administraciones correspondientes en caso de menores y personas a cargo</p>
<p>SIEMPRE tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres que las hacen más vulnerables: discapacidad, inmigrantes, irregulares, escasos recursos, mayores, etc.</p>
<p>Mantener coordinación y colaboración con otras instituciones/organismos especializados en la atención a las víctimas</p>
<p>Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.</p>

Fuente: Elaboración propia

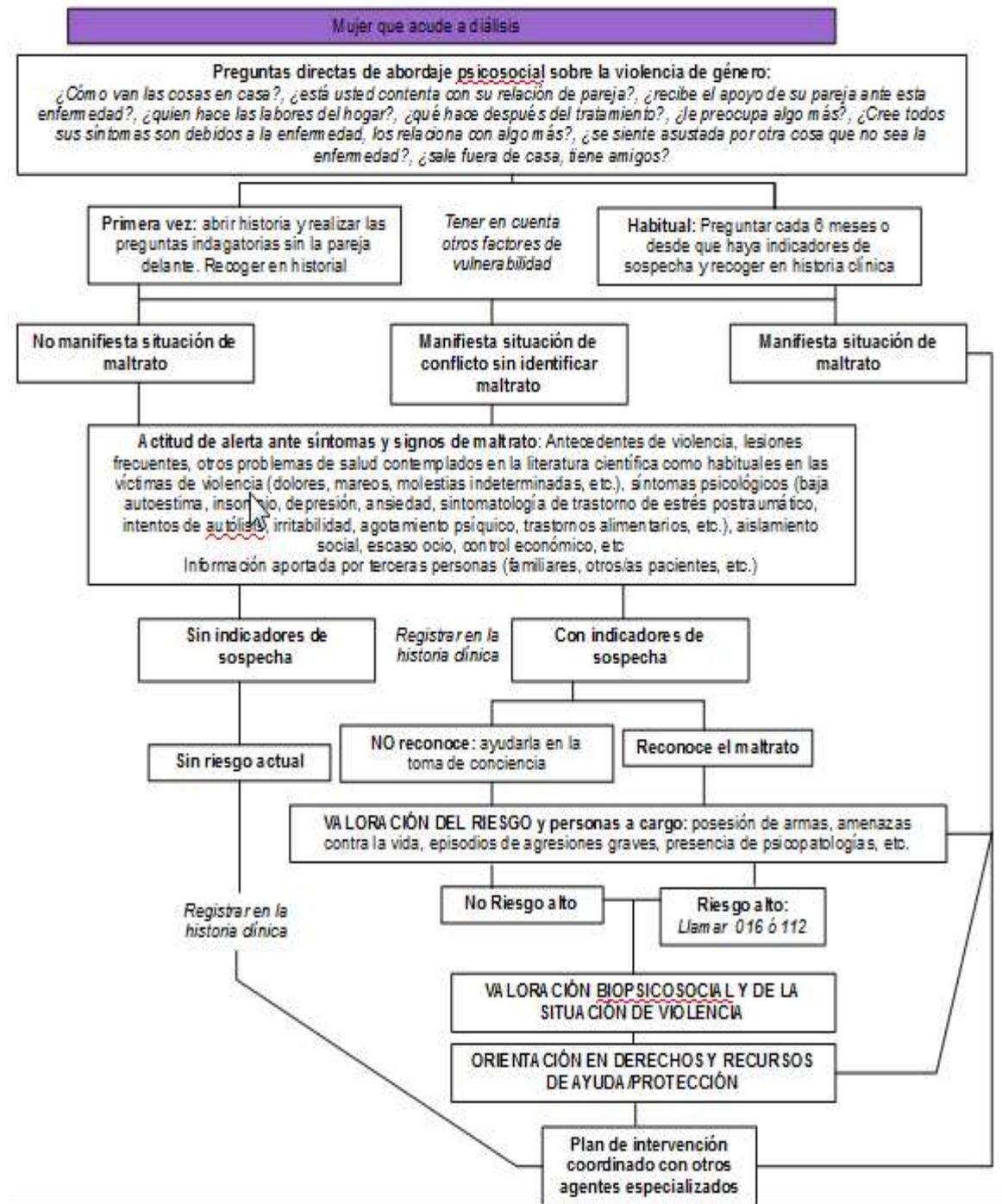
Tabla 34. Propuesta de Protocolo de Atención a VVG en hemodiálisis

Objetivo General	Ofrecer pautas homogéneas de actuación al personal sanitario de diálisis del SNS para la detección precoz y atención integral de las mujeres que sufren violencia de género.
Objetivo Específico	<p>a) Proporcionar al personal sanitario herramientas para la toma de decisiones en la intervención con las mujeres en situaciones de violencia de género, resaltando la colaboración y coordinación con profesionales y recursos dentro y fuera del sistema sanitario.</p> <p>b) Hacer visible la situación de especial vulnerabilidad de la mujer con enfermedad crónica y mayores, concretamente la enfermedad renal que requiere TSR de diálisis.</p>
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos del Protocolo - Conceptos generales (por ejemplo, definición de violencia de género, tipos, ciclo de la violencia, etc.) y legislación - Víctimas de la violencia (mujeres, hijos e hijas y personas a cargo de ellas) y factores que interseccionan - Indicadores de riesgo y Consecuencias para la salud - Prevención de la violencia desde el ámbito sanitario: la sensibilización y la formación - Actuación en atención especializada: diálisis
Tarea	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el protocolo de atención a las víctimas diferenciando: detección y atención, así como las personas afectadas (mujeres y mejores y/o personas dependientes a cargo de éstas) y las diferentes actuaciones en función de la titulación reglada. - Realizar la formación del protocolo de atención al equipo sanitario
Instrumento de Medida	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de sesiones de trabajo y participación - Acciones a llevar a cabo: número de sesiones formativas y número de protocolos editados para su distribución

Fuente: Elaboración propia

También se ha realizado una propuesta de algoritmo de actuación sanitaria ante la Violencia de Género en Diálisis siguiendo los modelos incluidos en otros protocolos de atención a nivel estatal y autonómicos citados en el TFM.

Ilustración 3. Algoritmo de atención a VVG en diálisis



Fuente: Elaboración propia

7.4. Campañas periódicas Contra la Violencia de Género en los centros de tratamiento

La medida n.º 67 del Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2014-2016) para Reforzar la prevención y detección de los casos de violencia de género subraya “organizar campañas de sensibilización y conocimiento de este tipo de violencia que ayude a su prevención”. Por esto, se pueden utilizar las campañas ya creadas de sensibilización y visibilización sobre la violencia de género en las unidades de tratamiento de diálisis, por ejemplo, la campaña del 2012 “HAY SALIDA” del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (Anexo III).

Tabla 35. Campañas contra la Violencia de Género

Objetivo General	Visibilizar un cauce de ayuda para salir de la violencia de género
Objetivo Específico	Informar a las pacientes de los centros de diálisis la disponibilidad del 016 en los casos de violencia de género
Tarea	- colocar la cartelería informativa en zonas visibles - entregar la información en mano a todos y todas las pacientes en diálisis
Instrumento de Medida	Hoja de registro sobre las acciones desarrolladas: N.º carteles, n.º folletos entregados, tiempo disponible de cartelería, etc.

Fuente: Elaboración propia

Bibliografía

- Alencar-Rodrigues, Roberta y Cantera, Leonor María (2013). "Intervención en violencia de género en la pareja: el papel de los recursos institucionales". *Athenea Digital*, 13 (3), pp. 75-100. Disponible en: <https://atheneadigital.net/article/view/v13-n3-dealencar-cantera> (Accedido: 19 de agosto de 2019).
- Alonso-Borrego, César; Álvarez-del Arco, Débora; Balado, Ariane Aumaitre; Ayuso, Luis; Carrasco, Raquel; Cebrián, Inmaculada; Cerviño, Emma; Cueto, Begoña; Fraile, Marta; Díaz, Gorfinkiel Magdalena; Gamero, Carlos; Martínez-Buján, Raquel; Mateos, Antonio; Meneses, Julio; Moreno, Gloria; Ortega, Marta; y Sáinz, Milagros (2018). "Brechas de Género". *Panorama social*, N°27 (primer semestre), pp. 1-225. Disponible en: www.funcas.es/Publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=4-15027 (Accedido: 9 de junio de 2019).
- Amador Demetrio, M^a Dolores; Armas Santana, Josefa; Del Valle Álvarez, Rosa; Hernández Gallego, M.^a Regla; Saavedra Jiménez, Luisa M.^a; Suárez Pérez, Lourdes y Valcárcel López, Rafael (2003). *Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico*. Servicio Canario de la Salud. Disponible en http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_sanitario_Canarias.pdf (Accedido: 12 de febrero de 2019)
- Asociación Iniciativas y Estudios Sociales (1998). *Guía sobre violencia y mujer con discapacidad*. A Coruña: Vedra. Disponible en: https://worldinstituteondisabilityblog.files.wordpress.com/2015/11/guia_metis.pdf
- Bonino Méndez, Luis (1996). *Micromachismos: la violencia invisible en la pareja*. Disponible en: www.ehu.es/documents/2007376/2110212/micromachismos+la+violencia+invisible+en+la+pareja (Accedido: 15 de enero de 2019).
- Bosch Fiol, Esperanza; Ferrer Pérez, Victoria y Alzamora, Aina (2008). "Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género". *Feminismo/s*, 6, pp. 121-126. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/3185/1/Feminismos_6_09.pdf (Accedido: 15 de junio de 2019)
- Bott, Sarah; Guedes, Alessandra; Goodwin, Mary y Adams Mendoza, Jennifer (2014). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. Ed. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud oficina regional para

las Américas, pp. 1-158. Disponible en https://oig.cepal.org/sites/default/files/violenciaespanol_2.4-web_0.pdf (Accedido: 23 de junio de 2019).

Canarias (2003). "Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las mujeres contra la Violencia de Género". *Boletín Oficial del Estado* n° 86, de 7 de mayo de 2003, pp. 1-24. Disponible en: [/www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-13618-consolidado.pdf](http://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-13618-consolidado.pdf) (Accedido: 24 de febrero de 2019)

Canarias (2015). *Estrategia de abordaje de la enfermedad renal crónica*. Servicio Canario de la Salud Disponible en: www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/bc606047-d1f6-11e4-b8de-159dab37263e/EnfermedadRenalCronica.pdf (Accedido: 17 de junio de 2019).

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978). *Atención Primaria de Salud (Alma-Ata)*. Disponible en: www.semfyec.es/la-medicina-de-familia/alma-ata/declaracion/ (Accedido: 18 de agosto de 2019).

Colomer Revuelta, Concha y Sánchez López, María del Pilar (2007). *La aplicación del enfoque de género al estudio de la salud: El programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud*. Disponible en www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/02modulo_01.pdf (Accedido 12 de agosto de 2019).

Coll-Vinenta, Blanca; Echeverría, Teresa; Farràs, Úrsula; Rodríguez, Dolores; Millá, José y Santiñà, Manel (2008). "El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud". *Gaceta Sanitaria* n°22(1), pp. 7-10 Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000100002 (22 de junio de 2019)

Consejo de Europa (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. Disponible en <https://rm.coe.int/1680462543> (Accedido: 24 marzo de 2019)

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud-Comisión contra la Violencia de Género (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Ministerio de Sanidad y Consumo Disponible en: http://bbpp.observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/2018/05/DOC1179995292_protocoloComun.pdf (Accedido: 28 de febrero de 2019)

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2010). "Contenidos educativos básicos y materiales didácticos comunes. Formación de Profesionales en materia de violencia de género". Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/materialesEducativosFormacionVG.pdf> (Accedido: 19 de agosto de 2019).

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2018). *Memoria 2018 del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en: www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/actividadCisns18.pdf (Accedido: 22 de junio de 2019).

Cortés Cros, Elena (2015). *Protocolo de Atención a Mujeres Víctimas de Agresión Sexual en el Área de Salud de Gran Canaria*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Actuaciones_Sanitarias_VG/BBPP_VG_Canarias.pdf (Accedido: 24 de febrero de 2019)

De Francisco, Angel Luis Martín y Otero, Alfonso (2005). "Insuficiencia renal oculta: estudio EPIRCE". *Nefrología*, Nº 25, Suplemento 4, pp. 48-56. Disponible en <https://revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699505031325> (Accedido: 17 de marzo de 2019).

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015)). *La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas*. Disponible en: www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/laDelegacionInforma/pdfs/DGVG_La_Atencion_Primary_VG.PDF (Accedido: 23 de junio de 2019)

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2019). *Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación*. Disponible en www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio_Tiempo_Denuncia4.pdf (Accedido: 23 de junio de 2019)

España (1983). "Ley 16/1983, de 24 de octubre, de creación del Organismo Autónomo Instituto de la Mujer". *Boletín Oficial del Estado* nºn256, de 26 de octubre de 1983, pp. 1-4. Disponible en: www.boe.es/buscar/pdf/1983/BOE-A-1983-28126-consolidado.pdf (Accedido: 22 de junio de 2019).

España (1983a). "Instrumento de Ratificación de 16 de diciembre de 1983 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979". *Boletín Oficial del Estado*, nº 69, de 21 de marzo de 1984, pp. 7715 - 7720. Disponible en:

www.boe.es/boe/dias/1984/03/21/pdfs/A07715-07720.pdf (Accedido: 14 de marzo de 2019).

España (1985). “Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial”. *Boletín Oficial del Estado*, nº 69157, de 2 de julio de 1985. Disponible en www.boe.es/buscar/pdf/1985/BOE-A-1985-12666-consolidado.pdf (Accedido: 13 de agosto de 2019)

España (1998). *Plan de acción contra la violencia doméstica*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Disponible en www.carm.es/ctra/cendoc/doc-pdf/web/web-0004.pdf (Accedido:4 de abril de 2019)

España (2000). “Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía”. *Boletín Oficial del Estado* nº 22, del 26 de enero de 2000, pp. 1-145. Disponible en: www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-1546-consolidado.pdf (Accedido: 14 de marzo de 2019)

España (n.d.). *II Plan de acción contra la violencia doméstica (2001-2004)*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Disponible en: www.mitramiss.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/40/Informes02.pdf (4 de abril de 2019)

España (2001). *II Plan Integral contra la violencia doméstica (2001-2004)*. Disponible en: http://www.mitramiss.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/40/Informes02.pdf (Accedido: 10 de julio de 2019).

España (2003). “Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género”. *Boletín Oficial del Estado* nº 162, de 8 de julio de 2003, pp. 26392 - 26402. Disponible en: www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-13618 (Accedido: 11 de junio de 2019).

España (2003a). “Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud”. *Boletín Oficial del Estado* nº 128, de 29 de mayo de 2003, pp. 1-46. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf> (Accedido: 4 de marzo de 2019)

España (2003b). “Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.” *Boletín Oficial del Estado* nº 183, de 1 de agosto de 2003, pp. 29881-29883. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-15411> (Accedido: 15 de febrero de 2019)

España (2003c). "Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros". *Boletín Oficial del Estado* nº 234, de 30 de septiembre de 2003, pp. 35398 – 35404. Disponible en: www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-18088 (Accedido: 12 de febrero de 2019)

España (2003d). "Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal". *Boletín Oficial del Estado* nº 283, de 26 de noviembre de 2003, pp. 41842 a 41875. Disponible en: www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21538. (Accedido: 28 de enero de 2019).

España (2004). "Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género". (Última actualización 4 de agosto de 2018). *Boletín Oficial del Estado* nº 313, pp. 42.166-42.197. Disponible en: www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760 (Accedido: 29 de diciembre de 2018)

España (2006). "Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación". *Boletín Oficial del Estado* nº 106, pp.1-110. Disponible en: www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-7899-consolidado.pdf. Última actualización 6/12/18 (Accedido: 28 de enero de 2019)

España (2006). "Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización". *Boletín Oficial del Estado* nº 222, de 16 de septiembre de 2006, pp.1-90. Disponible en: www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf (Accedido: 14 de marzo de 2019)

España (2006). *Plan de acción para las mujeres con discapacidad 2007*. Disponible en: www.cermi.es/sites/default/files/docs/informes/pamcd2007.pdf (Accedido: 10 de junio de 2019).

España (2007). "Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres". *Boletín Oficial del Estado* nº 71, de 23 de marzo de 2007, pp.1-66. Disponible en: www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf (Accedido: 18 de marzo de 2019).

España (2008). "Instrumento de ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006". *Boletín Oficial del Estado* nº 96, de 21 de abril de 2008, pp. 20648- 20659. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf (Accedido: 06 de junio de 2019)

España (2013). *Estrategia nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Disponible en www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/docs/EstrategiaNacionalCastellano.pdf (Accedido: 28 de enero de 2019)

España (2014). "Instrumento de ratificación del 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". *Boletín Oficial del Estado* nº 137, de 6 de junio de 2014, pp. 42946-42976. Disponible en: www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947 (Accedido: 24 de marzo de 2019)

España (2015). "Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito". *Boletín Oficial del Estado* nº 101, de 28 de abril de 2015, pp. Disponible en: www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-4606-consolidado.pdf (Accedido: 3 de abril de 2019)

España (2015a). "Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia". *Boletín Oficial del Estado* nº 175, de 23 de julio de 2015, pp. 61871-61889 Disponible en: www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222 (Accedido: 28 de enero de 2019)

España (2015b). "Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia". *Boletín Oficial del Estado* nº 180, de 29 de julio de 2015, pp. 1-71. (Última actualización 31 de octubre de 2015). Disponible en: www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf (Accedido: 28 de enero de 2019)

España (2018). "Real Decreto-Ley 9/2018, de 3 de agosto, de Medidas Urgentes para el Desarrollo del Pacto de Estado contra la Violencia de Género". *Boletín Oficial del Estado* nº 188, de 4 de agosto de 2018, pp. 78281-78288. Disponible en www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-11135 (Accedido: 28 de enero de 2019)

España (2018a). *Documento refundido de Medidas del Pacto de Estado en materia de*

Violencia de Género. Eje 4: Intensificar la asistencia y protección a menores. Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Disponible en: www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_refundido_PEVG_.pdf (Accedido: 24 de enero de 2019)

España (2018b). *Por una sociedad libre de violencia de género.* Ministerio de Presidencia, Relaciones con las cortes e Igualdad. Gobierno de España Disponible en www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/Vmortales_2018_19_12.pdf (Accedido: 1 de abril de 2019)

España (n.d.). Nota de Prensa: "*Dolors Montserrat se compromete a "dar la batalla contra las barreras que impiden a las mujeres elegir libremente"*". *Página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.* Disponible en: www.msbs.gob.es/fr/gabinete/notasPrensa.do?id=4069 (Accedido: 28 de enero de 2019)

España (n.d.). "Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2014- 2016)". *Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades*, pp. 1-177. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades Disponible en: www.inmujer.gob.es/actualidad/PEIO/docs/PEIO2014-2016.pdf (Accedido: 28 de enero de 2019)

Esteban, Mari Luz (2006). "El estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista". *Salud Colectiva*, Núm. 2 (1) pp. 9-20. Disponible en: <file:///C:/Users/bcomenge/Downloads/Dialnet-EIEstudioDeLaSaludYElGenero-2484712.pdf> (Accedido: 9 de agosto de 2019)

Ferrer-Pérez, Victoria A. y Bosch-Fiol, Esperanza (2019). "Artículo Breve: El Género en el Análisis de la Violencia contra las Mujeres en la Pareja: de la "Ceguera" de Género a la Investigación Específica del Mismo". *Anuario de Psicología Jurídica*, Vol. 29. Núm. 1, pp. 69-76. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/apj/art/apj2019a3> (Accedido: 9 de junio de 2019)

Fundación Mujeres (n.d.). *La primera discriminación: la teoría sexo-género.* Disponible en: www.mujeresenred.net/IMG/pdf/la_primera_discriminacion-2.pdf (Accedido: 13 de marzo de 2019)

Gavidia, Valentín y Talavera, Marta (2012). "La construcción del concepto de salud". *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales* nº 26, pp. 161-175.

Disponible en <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>

(Accedido: 12 de agosto de 2019)

Gómez Carracedo, Ana; Arias Muña, Estefanía y Jiménez Rojas, Concepción (2006). "Capítulo 62: Insuficiencia Renal Crónica". *Tratado de Geriátría para Residentes*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, Madrid, pp. 637-646. Disponible en http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/seg0022.dir/seg0022.pdf (Accedido: 28 de abril de 2019).

Gonzalo Rodríguez, Rosa María (2004). "La violencia doméstica en el Código Penal tras la reforma por Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros". *Revista de ciencias jurídicas y sociales*. Nº Extra 0, pp. 329-346. Disponible en:

<https://revistas.ucm.es/index.php/FORO/article/view/FORO0404120329A>.

(Accedido: 28 de enero de 2019).

Gorostidi, Manuel; Sánchez-Martínez, Mercedes; Ruilope, Luis; Graciana, Auxiliadora; de La Cruz, Juan J.; Santamaría, Rafael; del Pino, María D.; Guallar-Castillón, Pilar; de Álvaro, Fernando; Artalejo, Fernando y Banegas, José R. (2018). "Chronic kidney disease in Spain: Prevalence and impact of accumulation of cardiovascular risk factors" (Estudio ENRICA). *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, nº 38 (6), pp. 606-615. Disponible en: www.revistanefrologia.com/es-pdf-S0211699518301590 (Accedido: 29 de enero de 2019).

Grande Baos, Joaquín (1998). *Protocolo de facilitación de la detección de los malos tratos a mujeres y menores: Guía de práctica Clínica*. Servicio Canario de la Salud. Disponible en:

https://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/protocolo_canario%5B1%5D.pdf (Accedido: 24 de febrero de 2019)

Heras González, Purificación (2017/2018). "Género y proceso salud/enfermedad/atención". *En Máster Universitario en Igualdad y Género en el ámbito Público y Privado*. Universidad Jaime I

Instituto Andaluz de la Mujer (n.d.). *Unidad de igualdad de género. Rincón Autodidacta: Indicadores de Género*. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/ugen/modulos/Indicadores/bggenero.html (Accedido en: 9 de junio de 2019)

Instituto Canario de Igualdad (2011). *Guía para la Atención de Mujeres Víctimas de*

Violencia de Género. Disponible en: <http://observatorioviolencia.org/guias/page/12/> (Accedido: 28 de marzo de 2019).

Instituto Canario de Igualdad (2018). *Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma Canaria*. Disponible en: www3.gobiernodecanarias.org/medusa/edublog/cprofesnortedetenerife/protocolo-de-coordinacion-interinstitucional-para-la-atencion-de-las-victimas-de-violencia-de-genero-en-la-comunidad-autonoma-canaria/ (Accedido: 29 de enero de 2019).

International Federation of Kidney Foundations (n.d.). Education. Disponible en: <https://ifkf.org/education-and-resources.html> (Accedido: 16 de abril de 2019).

International Society of Nephrology (n.d.). Focus: Chronic Kidney Disease and Dialysis and End-Stage Kidney Disease. Disponible en: www.theisn.org/focus/eskd-focus (Accedido 16 de abril de 2019).

Lasheras Lozano, Luisa; Pires Alcaide, Marisa; Polentinos Castro, Elena; Ramasco Gutiérrez, Milagros; Romero Sabate, Inmaculada y Ruiz Sánchez, Luisa (2008). *Documentos Técnicos de Salud Pública nº122: Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres*. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad: Madrid. Disponible en: www.madrid.org/bvirtual/BVCM009544.pdf (Accedido: 14 de junio de 2019)

López Rodríguez, Rosa M^a y Pélaez Moya, Sonia (coord) (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf> (Accedido: 28 de febrero de 2019)

Lorente Acosta, Miguel y Toquero de la Torre, Francisco (2004). *Guía de Buena Práctica clínica en Abordaje en situaciones de violencia de género*. Ed. International Marketing & Communications, S.A. Disponible en: (Accedido: 15 de agosto de 2019).

Lorente Acosta, Miguel (2008). "Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria". *Emergencias*, Vol. 20 N^o. 3, pp. 191-197. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2665314> (Accedido: 18 de enero de 2019).

Macías Seda, Juana; Gil García, Eugenia; Rodríguez Gázquez, M^a de los Ángeles; González López, José Rafael; González Rodríguez, M^a del Mar y Soler Castells

Ana M^a (2012). "Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género". *Index de Enfermería*, v. 21, nº 1-2, pp. 9-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100003 (Accedido: 22 junio 2019)

Mar Rodríguez, Gimena; Pérez Alonso, Edith; Moratilla Monzó, Laura; Pires Alcaide, Marisa; Escortell Mayor, Esperanza; Lasheras Lozano, Luisa, Domínguez Bigador, Julia; Baltuille Fernández, Rosa; López Gironés, Marisa; Millán Susinos, Raquel; Arranz González, Rosa M^a; Pascual Maldonado, Marina; Salas Echarte, Sergio Martín y García Pineda, Pilar (2008). *Guía de apoyo en la Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220373748552&ssbinary=true> (Accedido: 22 de agosto de 2019)

Martínez Benlloch, Isabel (2003). "Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres". *Anuario de Psicología*, vol. 42, nº 2, pp. 253-266. Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/2094> (Accedido: 19 de agosto de 2019).

Matud Aznar, M.^a Pilar; Delgado, Rebeca; Fortes, Demelza y Arteaga, Rosa (2009). "El personal sanitario ante la violencia de género". *Clepsydra* nº 8, pp. 139-155). Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/50653/1/elpersonalsanitarioante.pdf> (Accedido: 18 de marzo de 2019)

Matud Aznar, M^a del Pilar; Fortes Marichal, Demelza; Torrado Martín-Palomino, Esther y Fortes Marichal, Saray (2018). *Violencia contra las mujeres*. Ed. Sociedad Latina de Comunicación Social, Tenerife.

Matud Aznar, M^a del Pilar (2019). "Capítulo 8 Violencia contras las mujeres" y "Capítulo 11 Género y salud" en *Psicología del Género*, Tenerife, pp. 175-199 y 243-272.

Munévar-Munévar, Dora Inés y Mena Ortiz, Luz Zareth (2009). "Violencia estructural de género". *Revista de la Facultad de Medicina*, Volumen 57, nº 4, pp. 356-366. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14376/15166> (Accedido: 9 de junio de 2019)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). "Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública". *Man. res.*, Vol. III (3a ed.), 1.11 (Sexta sesión plenaria, 25 de mayo de 1996 - Comisión B, cuarto informe). 49a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA49.25. Disponible en:

www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf?ua. (Accedido: 9 de marzo de 2019).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). Capítulo 4 "La violencia en la pareja". *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Accedido: 9 de junio de 2019).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica*. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Accedido: 8 de agosto de 2019).

Organización de Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf (Accedido: 12 de junio de 2019).

Organización de Naciones Unidas (1992). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. Recomendación número 19*. New York, NY: Naciones Unidas. Disponible en: www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/Recommendations.aspx (Accedido: 12 de junio de 2019)

Organización de Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Disponible en www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497 (Accedido: 30 de abril de 2019).

Organización de Naciones Unidas (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General*. Naciones Unidas A/61/122/Add.1: 1-157. Disponible en: www.ungei.org/N0641977_sp.pdf (Accedido: 16 de junio de 2019)

Organización de Naciones Unidas (2010). *Manual de Legislación sobre Violencia contra la mujer*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División para el Adelanto de la Mujer. Disponible en [www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook-for-legislationon-VAW-\(Spanish\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook-for-legislationon-VAW-(Spanish).pdf) (Accedido: 24 de enero de 2019)

Organización Nacional de Trasplantes (2018). "Nota de prensa: El Senado analiza la relación entre Mujer y Salud Renal en una jornada convocada con motivo de la celebración del Día Mundial del Riñón, que en esta ocasión coincide con el Día

Redacción Médica (n.d.). Nota de prensa: "El Gobierno pone en marcha el Observatorio de Salud de las Mujeres". Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/el-gobierno-pone-en-marcha-el-observatorio-de-salud-de-las-mujeres-6855> (Accedido: 12 de agosto de 2019)

Ruiz Pérez, Isabel (n.d.). "Violencia contra la mujer y salud". Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf (Accedido 15 de agosto de 2019).

Rodríguez-Blanes, Gloria M.; Vives-Cases, Carmen; Millares-Bueno, Juan José; San Sebastián, Miguel; y Goicolea, Isabel (2017). "Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados". *Gaceta Sanitaria* nº31 (5), pp. 410-415. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000500410 (Accedido: 22 de junio de 2019).

Rodríguez-Blanes Gloria M., Vives-Cases Carmen, Millares-Bueno Juan José, San Sebastián Miguel y Goicolea Isabel (2017). "Detección de violencia del compañero íntimo en Atención Primaria de salud y sus factores asociados". *Gaceta Sanitaria* nº31 (5), pp.410-415. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000500410 (Accedido: 22 de junio de 2019).

Sánchez González, M^a Inmaculada. (2015) Mediación y violencia de género, ¿Estamos realmente ante un procedimiento penal?. *Revista Mediatio mediación*. 7, p. 7-11. Disponible en www.upo.es/cms1/export/sites/upo/mediacion/mediatio/documentos/mediatio/n7-mediatio.pdf (Accedido 13 de agosto de 2019)

Sánchez Romero, Carmen (2019). *En Intervención Psicosocial en casos de agresión sexual a la Mujer. Módulo III: Estrategias de intervención psicosocial*. Instituto Canario de Igualdad

Santamarina, Cristina (2011). Violencia de género hacia las mujeres con discapacidad. Un acercamiento desde diversas perspectivas profesionales. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Madrid, pp. 1-129. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro_11_mujeresdiscapacidad.df (Accedido: 22 de junio de 2019).

Seara Sobrado, Laura; Castellanos Torres, Esther y Franquet Navarro, Marián (2019).

Guía para la atención integral a mujeres con discapacidad víctimas de Violencia de Género. Ayuntamiento de Adeje. Disponible en: <http://www.adeje.es/website/contenido/descargas/4239-gv-c-online.pdf> (Accedido: 10 de junio de 2019)

Schmal Cruzat, Nicole (2017/2018). "Indicadores de violencias hacia las mujeres. Protocolos de actuación durante la intervención". *En Máster Universitario en Igualdad y Género en el ámbito Público y Privado*. Universidad Jaume I

Sociedad Española de Nefrología (2019). "Nota de prensa: Hoy 14 de marzo se celebra el Día Mundial del Riñón_MÁS DE 217.000 CANARIOS TIENEN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y MÁS DE 3.100 NECESITAN DIÁLISIS O TRASPLANTE". *Página web de la Sociedad Española de Nefrología*. Disponible en: www.senefro.org/contents/webstructure/comunicacion/165_NdP_14Marzo_DMR_2019.pdf (Accedido: 23 de abril de 2019).

Sociedad Española de Nefrología. (2018). *La Enfermedad Renal Crónica en España 2018*. Disponible en http://www.senefro.org/contents/webstructure/comunicacion/SEN_dossier_Enfermedad_Renal_Cro.pdf (29 de enero de 2019)

Sociedad Española de Nefrología. (2018a). *La Enfermedad Renal Crónica en España 2018. Documento Anexo: Mujer y Riñón*. Disponible en www.senefro.org/contents/webstructure/comunicacion/ANEXO_SEN_dossier_Enfermedad_Ren.pdf (Accedido: 29 de enero de 2019)

Sociedad Española de Nefrología. (2018b). "Nota de prensa: El próximo 8 de marzo se celebra el Día Mundial del Riñón, dedicado este año a la salud renal en la mujer. LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ALCANZA A MÁS DE 95.000 MUJERES EN CANARIAS, Y SE ASOCIA A HIPERTENSIÓN, COLESTEROL, DIABETES, SEDENTARISMO Y SOBREPESO". *Página web de la Sociedad Española de Nefrología*. Disponible en: www.senefro.org/contents/webstructure/comunicacion/86_Nota_DMR_Canarias.pdf (Accedido: 23 de abril de 2019).

Triana Ramírez, Alba Nidia y Álvarez Soler, Jaime Antonio (2007). "Educación médica, modelo hegemónico y atención primaria de salud. Entrevista al Doctor Eduardo L. Menéndez". *Praxis & Saber* Vol. 8, Núm. 18 Septiembre-Diciembre, pp. 267-204. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6124204> (Accedido: 8 de agosto de 2019).

Valls-Llobet Carme (2010). "LA SALUD DE LAS MUJERES EN LA MEDICINA: ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS? DE LA INVISIBILIDAD AL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES". *En Género y Salud. X y XI Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de Salud*. Ed Instituto de la Mujer pp. 10-14. Disponible en:

www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/Experiencias/docs/Debate51GeneroSaludX_yXIJornadas.pdf (Accedido: 8 de agosto de 2019)

Velasco Arias, Sara (2008). "Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud". Observatorio de Salud para la Mujer. Disponible en:

www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf (Accedido: 19 de agosto de 2019)

Velasco Arias, Sara (2009). "Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género". Observatorio de Salud para la Mujer. Disponible en:

www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf (Accedido: 19 de agosto de 2019)

Websites

<http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/> (Accedido: 1 de septiembre de 2019)

www.mscbs.gob.es/campannas/campanas16/haySalidaUneteM.htm. (Accedido: 21 de junio de 2019)

www.mscbs.gob.es/campannas/campanas15/haySalidaUnete.htm (Accedido: 21 de junio de 2019)

Anexo I: “Cuestionario: Conocimiento y experiencias en la respuesta del equipo sanitario a las pacientes en diálisis víctimas de violencia de género”

Cuestionario “Conocimientos y experiencias en la respuesta del equipo sanitario a las pacientes en diálisis víctimas de violencia de Género”

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la define como: “...manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.

Edad:	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	Profesión:	Años de profesión:	
Años de experiencia: Hemodiálisis <input type="checkbox"/> D.Peritoneal <input type="checkbox"/>		Cons. prediálisis: <input type="checkbox"/>	Cons. trasplantes: <input type="checkbox"/>	
1. A lo largo de su vida laboral le han contado algún caso de violencia de género		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo: la víctima era: Paciente <input type="checkbox"/> Profesional sanitario <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>				
2. En su trabajo, alguna paciente, le ha manifestado ser víctima de violencia de género		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. En su trabajo, ha intuido y/o detectado, que alguna paciente haya padecido o padezca violencia de género.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
4. ¿En algún momento de su vida ha recibido formación en violencia de género?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿y de cómo dar respuestas a la víctima?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso de haber recibido formación fue a través de:		<input type="checkbox"/> la institución de trabajo		
		<input type="checkbox"/> por iniciativa propia		
En caso de no haber recibido formación el motivo fue:		<input type="checkbox"/> falta de tiempo		
		<input type="checkbox"/> desconocimiento de centros que lo impartan		
		<input type="checkbox"/> precios elevados		
		<input type="checkbox"/> no lo necesito en mi puesto de trabajo		
		<input type="checkbox"/> otros		
5. ¿Cree que con su profesión puede hacer algo para ayudar a una paciente víctima?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Por qué?.....				
6. ¿Qué entiende por violencia de género?:		<input type="checkbox"/> Malos tratos físicos		
		<input type="checkbox"/> Malos tratos psicológicos		
(marcar todas las necesarias)		<input type="checkbox"/> Violencia sexual		
		<input type="checkbox"/> Control económico		
		<input type="checkbox"/> Amenazas, coacciones, etc.		
		<input type="checkbox"/> Aislamiento social		
		<input type="checkbox"/> Otras		
7. En caso de sospechar que una paciente es víctima de violencia de género, qué haría:			SI	NO
Nada, no me incumbe, es un asunto privado				
Buscar información para ayudarla				
Recomendar que fueran a terapia de pareja				
Registrar en su historia clínica la sospecha y acciones hechas. En caso de no ser mi función hablaría con el/la responsable para que lo registrara en la historia clínica				
Mantener una actitud de alerta y buscar más signos de sospechas				
Derivar a servicios especializados en atención a víctimas de violencia de género				
Realizar preguntas exploratorias para confirmar o descartar				
Hablar con otras/os compañeras/os para que la ayuden				
Escuchar y apoyar a la paciente				
Hablar sobre la violencia de género abiertamente con la paciente				
Comunicar a Fiscalía la sospecha				
Realizar formación en violencia de género				
Llamar a su pareja para preguntarle o contrastar los hechos				
Valorar el peligro que corre				
Otras.....				

8. Si la paciente reconoce sufrir violencia de género, qué haría:	SI	NO
Nada, no me incumbe, es un asunto privado.		
Buscar información para ayudarla		
Recomendar que fueran a terapia de pareja para ayudarla		
Derivar a servicios especializados en atención a las víctimas ó 016		
Emitir parte de lesiones al Juzgado, cuando proceda. Si no soy el/la profesional responsable para hacer el parte de lesiones, hablaría con el/la responsable para que lo hiciera.		
Hablar con otras/os compañeras/os para que la ayuden		
Valorar el peligro que corre		
Comunicar a Fiscalía o Juzgado la situación de violencia		
Orientar sobre sus derechos y los recursos que la ayudarían		
Derivar a Atención Primaria		
Realizar formación en violencia de género		
Otras.....		
9. Cree que la violencia de género es un problema de <input type="checkbox"/> salud <input type="checkbox"/> social <input type="checkbox"/> jurídico <input type="checkbox"/> policial (marcar todas las necesarias) <input type="checkbox"/> de machismo <input type="checkbox"/> de poder <input type="checkbox"/> de patriarcado <input type="checkbox"/> Otros		
10. Las mujeres víctimas de violencia de género son Mujeres:	SI	NO
Mujeres con pocos recursos económicos		
Mujeres con escasa formación académica		
Mujeres migrantes		
Mujeres que tienen mucho/as hijos/as		
Mujeres con uno o varios problemas de salud mental		
Cualquier mujer puede ser víctimas de violencia de género		
11. En su trabajo existe un Protocolo para intervenir en casos de pacientes que sufran violencia de género Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>		
12. Conoce algún protocolo Sanitario de Intervención con víctimas de violencia de género Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conoce el "Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma Canarias" Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
13. Las víctimas de violencia de género deben ser atendidas por:	SI	NO
Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: Policía, Guardia Civil, etc.		
Ámbito Jurídico: Jueces/as, Abogados/as, Procuradores/as, etc.		
Servicios Especializados de Atención a Víctimas: Psicólogos/as, Trabajadores/as Sociales, etc.		
Ámbito Educativo: Maestros/as, Profesores/as, AMPA, etc		
Unidad de la Mujer de la Subdelegación del Gobierno		
Ámbito Sanitario: Doctores/as, Enfermeros/as, Auxiliares, etc.		
14. Conoce los siguientes servicios donde puedan atender a las víctimas:	SI	NO
Dispositivo de Emergencia para mujeres agredidas (DEMA)		
016		
Atención Primaria		
Servicios Municipales		
Oficinas de atención especializada a las víctimas		

Anexo II: Carta dirigida al personal sanitario

En Santa Cruz de Tenerife a 12 de abril de 2019

Estimado Equipo Sanitario:

Me dirijo a ustedes para solicitar vuestra colaboración en el desarrollo del Trabajo de Fin de Máster (TFM) en Igualdad y Género en el Ámbito público y privado, del cual soy alumna por la Universidad Jaume I de Castellón.

Dada mi grata experiencia profesional en la Asociación Enfermos Renales de Tenerife, y mi nueva trayectoria profesional en Violencia de Género, he querido unificar estas dos áreas. El objetivo de mi TFM es "*Identificar el conocimiento y la experiencia en la respuesta a las pacientes víctimas de violencia de género que tiene el equipo sanitario de diálisis*"

Las características del tratamiento de hemodiálisis favorecen la accesibilidad y el contacto directo con las/os pacientes, lo que favorece que las y los profesionales que trabajan en diálisis puedan detectar y/o ser conocedoras/es directos de distintas formas de violencia de género que puedan estar viviendo las pacientes.

La violencia de género es un problema de Salud Pública a nivel mundial dada su elevada incidencia, y es una clara manifestación de violación de los derechos humanos. Su eliminación es un reto de toda la sociedad que requiere una coordinación, colaboración y cooperación de todas/os las/os agentes implicados, tanto desde el sector público como desde el privado, donde los equipos sanitarios juegan un papel primordial.

Es por ello que solicito vuestra inestimable colaboración.

Un afectuoso saludo



Beatriz Comenge Acosta

Psicóloga con Habilitación Sanitaria

Anexo III: Carta de Servicios Unidad Orgánica de Violencia de Género de Tenerife

Direcciones	Como electrónico y telefónico:
Oficina Comarcal de Intervención Especializada del Sureste. Avda. Los Pájaros, s/n, Insular de Canarias. 2ª planta. Playa de las Américas, 38090 - Adeje.	ocarem.sudeste@fundecan.org 922 753 819
Oficina Comarcal de Intervención Especializada del Valle de Güímar. Avda. Los Corrales, 11, Rdf. Maxera, local A, Las Cañitas, 38230 - Candelaria.	ocarem.candelaria@fundecan.org 922 583 258
Oficina Comarcal de Intervención Especializada de La Laguna. C/ San Agustín, 54, Centro Municipal San Agustín 2ª Planta, 38200 - La Laguna.	ocarem.laguna@fundecan.org 922 224 621
Oficina Comarcal de Intervención Especializada de la Isla Baja. Oficina de Arqueología, s/n, 38410 - Los Silos.	ocarem.silos@fundecan.org 922 128 020
Oficina Comarcal de Intervención Especializada del Valle de La Orotava. C/ León, 19. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de La Orotava, 38200 - La Orotava.	ocarem.otrota@fundecan.org 922 323 407 / 922 323 738
Oficina Comarcal de Intervención Especializada de Abona. C/ra General a Los Arinos, nº 30 (a lado del Ayuntamiento), 38020 - San Miguel.	ocarem.sanmiguel@fundecan.org 922 301 308
Oficina Comarcal de Intervención Especializada de Arona. C/Doctor Pérez, 3, Bdf. María Victoria, 38300 - Santa Úrsula.	ocarem.santaursula@fundecan.org 922 301 888.
Oficina Comarcal de Intervención Especializada del Área Metropolitana. C/ Valentín Sanz, 4, 1ª Ind. 38002 - Santa Cruz de Tenerife.	ocarem.santacruz@fundecan.org 922 241 150

INDICADORES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO:

Indicadores y valores objetivos

- 90% Porcentaje de mujeres atendidas por primera vez en los cuatro días hábiles previstos.
- 5% Porcentaje máximo de quejas presentadas respecto al total de mujeres que reciben una primera atención.
- 5% Porcentaje máximo de quejas presentadas respecto al número de mujeres que han recibido atención integral.
- 100% Porcentaje de mujeres que reciben la atención y asesoramiento necesarios en menos de una hora por los profesionales IDMA.
- 5% Porcentaje máximo de quejas recibidas respecto al total de mujeres atendidas en el I.D.M.A.
- 100% Porcentaje de solicitudes de turnos de teleasistencia, tramitadas en los 2 días hábiles previstos.
- 100% Porcentaje de turnos del Servicio de Teleasistencia entregados en los 2 días hábiles previstos.
- 5% Porcentaje máximo de mujeres recibidas respecto al total de mujeres en recursos alojativos.



QUEJAS Y SUGERENCIAS

- 1 Por escrito a través del Libro de Quejas y Sugerencias ubicado en: Sede de la Unidad Orgánica de Violencia de Género: C/ Diego Abadiego, nº 1, Edificio Hogar Sagrada Familia, 38010 Santa Cruz de Tenerife. De lunes a viernes de 8 a 15 horas.
Oficinas Comarcales de Intervención Especializada en Violencia de Género: De lunes a viernes de 8 a 15 horas.
Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASIS): C/ Valentín Sanz, 25, 38002 Santa Cruz de Tenerife. De lunes a viernes de 8 a 15 horas.
Registro Central del Cabildo Insular de Tenerife: De lunes a viernes de 8 a 15 horas.
Registros Auxiliares de Comarca del Cabildo Insular de Tenerife: De lunes a viernes de 8 a 15 horas.
- 2 Todas las sugerencias podrán ser presentadas de forma anónima en los buzones de cada uno de los centros citados en el párrafo anterior.
- 3 Por teléfono a través del Centro de Servicio al Ciudadano (CSC): 901 501 901. De lunes a viernes de 8 a 18 horas y sábados de 9 a 15 horas.

Unidad Orgánica de Violencia de Género
CARTA DE SERVICIOS

www.iasis.es



INSTITUTO INSULAR DE ATENCIÓN SOCIAL Y SOCIO SANITARIA

Trabajar con el objetivo de incrementar la calidad del servicio proporcionado por la institución es uno de los objetivos prioritarios del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria de Tenerife.

Ello implica acometer una serie de actuaciones en materia de calidad. Una demostración de ello la constituye la Carta de Servicios de la Unidad Orgánica de Violencia de Género, que sirve para realzar nuestro compromiso con la calidad en la prestación de servicios a los ciudadanos y ciudadanas y pretende ser, no sólo la relación detallada de lo que la ciudadanía puede demandar, sino también y sobre todo la expresión del nivel de calidad con el que el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria de Tenerife se compromete a facilitarlos.

Con esta carta nuestra institución quiere manifestar de forma expresa su voluntad de trabajar para que la ciudadanía sea conocedora de los servicios que se prestan y esté cada día más satisfecha de la atención que recibe.

Cristina Valdez García
PRESIDENTA DEL INSTITUTO INSULAR DE ATENCIÓN SOCIAL Y SOCIO SANITARIA



Unidad Orgánica de Violencia de Género
Área de Servicios Sociales y Sociosanitarios, IACSIS
Cabildo Insular de Tenerife.
Organismo Autónomo Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria (IASIS).

Dirección:
Sede de la Unidad Orgánica de Violencia de Género:
C/ Diego Abadiego, nº 1, Edificio Hogar Sagrada Familia
38010 Santa Cruz de Tenerife

Horario de atención al público:
Invierno: 09:00 a 14:00 - de lunes a viernes
Verano: 09:00 a 13:00 - de lunes a viernes

Teléfono: 922 84 31 42 - Fax: 922 84 31 71

Correo Electrónico: owg@iasis.es

Líneas y paradas de autobús: C-822 (Casa Carra)
127, 135, 230, 232, 234, 237, 238, 239, 305, 308
Nº de parada: 9114



SERVICIOS QUE OFRECEN

- 1 Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia de Género, prestada por personal especializado que incluye:
 - Información y Asesoramiento acerca de las medidas de protección ordenadas.
 - Valoración e Intervención Social.
 - Asesoramiento jurídico y acompañamiento en la realización de denuncias y otros trámites judiciales.
 - Atención psicológica para su fortalecimiento personal y para la superación de las secuelas de maltrato vivida.
 - Orientación para la integración laboral.
- 2 Asistencia Inmediata a mujeres en situación de necesidad, como consecuencia de haber sido objeto de actos de violencia de género o encontrarse en riesgo razonable e inminente de padecerla.

Es prestada por personal especializado en las áreas penal y jurídica (I.D.M.A. 112), lo que da posibilidad de ofertar a la mujer víctima de violencia de género acogida inmediata, alojamiento y manutención temporal por un periodo máximo de 15 días, ante situaciones de emergencia.
- 3 Tramitación gratuita del Servicio de Teleasistencia (teléfono móvil conectado las 24 horas del día, todos los días del año, a una central especializada en la atención de mujeres víctimas de violencia de género).
- 4 Alojamiento temporal a mujeres víctimas de violencia de género e hijas/os a su cargo que no puedan retornar a su domicilio habitual con garantías de seguridad para su vida y/o su integridad física y psíquica.

La Solicitud deberá dirigirse a la Unidad Orgánica de Violencia de Género a través de los distintos Recursos y Servicios que integran la Red Insular de Atención Especializada:

- Casa de Acoger. Alojamiento y manutención temporal por un periodo máximo de 12 meses y asociado a la atención integral descrita en el apartado 1.
 - Piso Estable. Inmueble puesto a disposición de las usuarias para su alojamiento temporal por un periodo máximo de 12 meses, una vez se encuentren en condiciones de abandonar la Casa de Acoger, hasta lograr su completa independencia.
- 5 Atención especializada a menores acogidos/as con sus madres en recursos alojativos, prestada por un equipo interdisciplinar. Se orienta a la superación de las secuelas de la situación de maltrato vivida, así como al aprendizaje de modelos de comportamiento no sexistas y no violentos.

NUESTROS COMPROMISOS

- 1 Respuesta personalizada a las consultas presenciales y telefónicas con trato amable, confidencial y con información correcta, puntual y precisa. El servicio de esta previa concertará entrevista para atención (por parte de una profesional especializada) en el plazo máximo de cuatro días hábiles, excepto en aquellos casos de carácter urgente, que recibirán atención el mismo día.
- 2 Atención especializada, integral y de carácter personalizado, en las áreas social, jurídica, laboral y psicológica. La intervención se orientará a la superación de las secuelas del maltrato y de la situación de dependencia y al logro de plena autonomía personal y económica.
- 3 Respuesta inmediata, ágil y eficaz las 24 horas del día, todos los días del año, en menos de tres horas, a mujeres en situación de necesidad, como consecuencia de haber sido objeto de actos de violencia de género o encontrarse en riesgo razonable e inminente de padecerla a través del Dispositivo de Emergencia para mujeres agredidas (D.E.M.A.).
- 4 Tramitación del servicio de Teleasistencia Móvil en un plazo máximo de 2 días hábiles desde su solicitud por parte de las usuarias.
- 5 Asegurar una medida de alojamiento alternativo de carácter temporal de calidad a aquellas mujeres que precisen abandonar su domicilio habitual, a fin de proteger su vida y/o su integridad física y psíquica, así como la de las personas a su cargo.



Fuente: Unidad Orgánica de Violencia de Género – Instituto Insular de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Tenerife

Anexo IV: Campañas periódicas Contra la Violencia de Género en los centros de tratamiento

Ilustración 4. Campaña 016 Puede significar otra vida



Fuente: <http://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas16/haySalidaUneteM.htm>. (21 de junio de 2019)

Ilustración 5. Campaña Si hay salida



Fuente: <http://www.mscbs.gob.es/campannas/campanas15/haySalidaUnete.htm> (21 de junio de 2019)

Anexo V: Abreviaturas

- CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- ERC: Enfermedad Renal Crónica
- ICI: Instituto Canario de Igualdad
- IM: Instituto de la Mujer
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONT: Organización Nacional de Trasplantes
- ONU: Organización de Naciones Unidas
- SEN: Sociedad Española de Nefrología
- TST: Tratamiento sustitutivo renal
- VDG: Violencia de Género
- VVG: Víctima de violencia de género