

Informe Violencia de Género 2005

Informe Violencia de Género 2005

Informe elaborado por el Observatorio de la Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO: Depósito Legal:
Diseño: García de Paredes & Partners
Imprime:

<http://www.060.es>

Informe Violencia de Género 2005



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Agradecimientos

Carmen Vives Cases por sus aportaciones en la síntesis de los materiales originales y de la bibliografía.

Isabel Ruiz Pérez por la revisión del manuscrito.

Índice

Resumen	9
Introducción	11
1. La violencia de género como problema social	11
2. Compromiso del sistema nacional de salud contra la violencia de género	13
I. La violencia de género: aspectos conceptuales	15
II. Contexto del problema en España	17
III. Elaboración del informe anual 2005	19
IV. Conocer la magnitud del problema	21
V. Actuaciones en los servicios de salud para la atención a la violencia de género	29
1. Prevención primaria	30
2. Prevención secundaria	31
VI. Programas y actividades de sensibilización y formación continuada del personal	35
VII. Inclusión de objetivos y actividades relacionadas con la violencia de género en los planes de salud	41
VIII. Coordinación y colaboración intersectorial	45
IX. Actuaciones especiales para la prevención y atención de la violencia de género en mujeres en situación de mayor riesgo	49
X. Otras actuaciones	51
Conclusiones y propuestas para la acción	55
Anexo 1: artículos de la ley orgánica 1/2004 que implican a sanidad	57
Referencias bibliográficas	61

Resumen

Este documento pretende cumplir con el compromiso del Sistema Nacional de Salud en la atención a la violencia de género, de elaborar un Informe Anual sobre el estado del problema y de sus respuestas sanitarias. Este primer Informe recoge la información de los meses inmediatamente precedentes y los posteriores a la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, el periodo comprendido entre junio del 2004 a junio del 2005. Está elaborado por consenso y colaboración en la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El Observatorio de la Salud de la Mujer de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, que asume la secretaría de la Comisión, ha realizado la compilación y síntesis y la incorporación de los resultados de los estudios encargados.

La información que se refleja es de interés como primer paso para conocer mejor la magnitud del problema, las diferentes respuestas que se están dando desde los servicios de salud, y las necesidades existentes para mejorar tanto su vigilancia como su atención. La principal conclusión es que existe una amplia preocupación por el problema en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, lo que se manifiesta en las múltiples y variadas respuestas desde los servicios de salud autonómicos para informar, sensibilizar y formar al público general y al personal sanitario, y también, en todas las Comunidades Autónomas, se ha producido la implantación de protocolos asistenciales para la atención sanitaria a las mujeres víctimas. Se detecta sin embargo la necesidad de reforzar la investigación aplicada al desarrollo de indicadores de salud y violencia de género que permitan vigilar la evolución del problema y a la evaluación de las intervenciones de prevención, detección precoz y asistencia. También se percibe que las áreas que precisan más iniciativas son las relacionadas con mejorar la coordinación con otros sectores y agentes, y la atención a mujeres en situación de especial vulnerabilidad.

Introducción

Este documento pretende cumplir con uno de los compromisos del Sistema Nacional de Salud en la atención a la violencia de género, el de la transparencia en sus actuaciones elaborando y difundiendo un informe anual que explicita el estado del problema y de sus respuestas sanitarias. Este primer Informe se plantea como la línea de base para análisis posteriores, y recoge la información de los meses inmediatamente precedentes y los posteriores a la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, el periodo comprendido entre junio del 2004 a junio del 2005.

Los aspectos fundamentales en relación con la estructura, los contenidos y metodología para la recogida de la información fueron aprobados por consenso en la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y la información sobre las Comunidades Autónomas aportadas por ellas mismas, lo que añade a este Informe el valor del trabajo colaborativo.

El Observatorio de la Salud de la Mujer de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, que asume la secretaría de la Comisión, ha realizado la compilación y síntesis de la información de las Comunidades Autónomas y la incorporación de los resultados de los estudios encargados a instituciones académicas y de investigación.

1. La violencia de género como problema social

La violencia de género no es un problema del ámbito privado, sino el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión.

Nuestra Constitución incorpora en su artículo 15 el derecho de todos a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Además, estos derechos vinculan a todos los poderes públicos y sólo por ley puede regularse su ejercicio.

En España, existe en la actualidad una mayor conciencia del problema, gracias, en buena medida, al esfuerzo realizado por las organizaciones de mujeres en su lucha contra todas las formas de violencia de género.

Los poderes públicos españoles no son ajenos a la violencia de género, que constituye un ataque a derechos fundamentales como la libertad, la

igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación proclamados en nuestra Constitución. Esos mismos poderes públicos tienen, conforme a lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Constitución, la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos dichos derechos, removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud.

En los últimos años se han producido en el derecho español avances legislativos en materia de lucha contra la violencia de género, tales como la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros¹; Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal² o la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica³; además de las leyes aprobadas por diversas Comunidades Autónomas, dentro de su ámbito competencial. Todas ellas han incidido en distintos ámbitos civiles, penales, sociales o educativos a través de sus respectivas normativas.

La Ley 1/2004 pretende atender a las recomendaciones de los organismos internacionales en el sentido de proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres. Al respecto se puede citar el 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 1979⁴; la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer, proclamada en diciembre de 1993 por la Asamblea General; las Resoluciones de la última Cumbre Internacional sobre la Mujer celebrada en Pekín en septiembre de 1995; la Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud declarando la violencia como problema prioritario de salud pública proclamada en 1996 por la OMS; el informe del Parlamento Europeo de julio de 1997; la Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas de 1997; y la Declaración de 1999 como Año Europeo de Lucha Contra la Violencia de Género, entre otros. Muy recientemente, la Decisión nº 803/2004/CE del Parlamento Europeo, por la que se aprueba un programa de acción comunitario (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre la infancia, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (programa Daphne II), ha fijado la posición y estrategia de los representantes de la ciudadanía de la Unión al respecto.

El ámbito de la Ley abarca tanto los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas, como la normativa civil que incide en el ámbito familiar o de convivencia donde principalmente se producen las agresiones, así como el principio de subsidiariedad en las Administraciones Públicas. Igualmente se aborda con decisión la res-

puesta punitiva que deben recibir todas las manifestaciones de violencia que esta Ley regula.

La violencia de género se enfoca por la Ley de un modo integral y multidisciplinar, empezando por el proceso de socialización y educación. La conquista de la igualdad y el respeto a la dignidad humana y la libertad de las personas tienen que ser un objetivo prioritario en todos los niveles de socialización.

La Ley establece medidas de sensibilización e intervención en el ámbito educativo. Se refuerza, con referencia concreta al ámbito de la publicidad, una imagen que respete la igualdad y la dignidad de las mujeres. Se apoya a las víctimas a través del reconocimiento de derechos como el de la información, la asistencia jurídica gratuita y otros de protección social y apoyo económico. Proporciona por tanto una respuesta legal integral que abarca tanto las normas procesales, creando nuevas instancias, como normas sustantivas penales y civiles, incluyendo la debida formación de los operadores sanitarios, policiales y jurídicos responsables de la obtención de pruebas y de la aplicación de la ley.

Se establecen igualmente medidas de sensibilización e intervención en el ámbito sanitario para optimizar la detección precoz y la atención física y psicológica de las víctimas, en coordinación con otras medidas de apoyo.

2. Compromiso del Sistema Nacional de Salud contra la violencia de género

Artículo 16. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

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

La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estará compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia. La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial”.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a las previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud (SNS) concebido como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados. Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes, organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

Asimismo, la Ley creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que es el órgano permanente 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 del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado, que realiza su labor en un contexto de fomento del consenso así como de la difusión de experiencias y aprendizaje mutuo.

En la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del SNS, celebrada el día 22 de septiembre de 2004, el Pleno acuerda la creación de una Comisión contra la violencia de género, presidida por el Secretario General de Sanidad y de la que forman parte la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS, representantes de cada Comunidad Autónoma, de la Secretaría General de Políticas de Igualdad y del Instituto de la Mujer, y actuando como Secretaria una persona representante del Observatorio de Salud de la Mujer. Esta Comisión, se gestó paralelamente al proyecto de Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

En la primera reunión de la Comisión, el 17 de noviembre de 2004, se acordaron las siguientes líneas de trabajo para el 2005:

- Revisar los proyectos y estrategias que existan en el ámbito sanitario en las Comunidades Autónomas, incluyendo la revisión de protocolos, guías y documentos
- Promover el estudio de propuestas metodológicas para el conocimiento del impacto real de este fenómeno y para su detección precoz y diagnóstico.

El Informe que se presenta responde a estos compromisos, y ha sido elaborado con la información facilitada por las CCAA respecto a las medidas por ellas desarrolladas y con la procedente de estudios promovidos desde el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, que han sido realizados por diversas instituciones con experiencia demostrada en la investigación en violencia de género.

I. La violencia de género: aspectos conceptuales

Artículo 1. Objeto de la Ley

“La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”.

La violencia contra las mujeres como tema social ha generado amplios y diversos debates y líneas de investigación en continuo desarrollo. Cualquier intento de acotar la cuestión para su análisis corre el riesgo de ser limitada y limitante de su complejidad. Sin embargo, llegar a un acuerdo sobre el qué tratar y cómo definirlo es necesario para avanzar en el conocimiento de la valoración de la magnitud de la violencia de género y para el planteamiento y seguimiento de las medidas existentes para darle respuesta⁵.

La “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres” de Naciones Unidas de 1993 define la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basado en el sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”⁶.

Este término adoptado por agencias de relevancia internacional, como la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud, identifica a las mujeres como principales afectadas de la violencia perpetrada por los hombres. Sin embargo, este concepto ha sido utilizado para referirse a diversas realidades como el asesinato, el acoso moral y sexual, la violencia física y psicológica-emocional, las amenazas, la prostitución, la mutilación genital y la pornografía⁷.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002, en su Primer Informe sobre Violencia y Salud se refirió a la Violencia del Compañero Íntimo como “cualquier comportamiento dentro de una relación íntima presente o anterior que causa daño físico, psíquico o sexual”⁵. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), integró casi un año después el concepto de Violencia de Género, argumentando la necesidad de hacer visible que los actos incluidos en el concepto de Violencia del Compañero Íntimo se producen en un contexto de desigualdad de género⁸.

II. Contexto del problema en España

La violencia contra las mujeres comenzó a hacerse visible en Inglaterra y Estados Unidos, a mediados del siglo XIX, a propósito de las reivindicaciones por la legalización de la separación conyugal y el divorcio. Sin embargo, el problema estaba tan asumido socialmente, que no fue hasta las décadas de 1960 y 1970 cuando comenzaron a darse las primeras reivindicaciones por el logro de ayudas económicas para las víctimas, líneas de emergencia y grupos de autoayuda⁹. Por entonces también fue clave, para que la violencia de género comenzara a ser considerada como un verdadero problema social, el que se incluyera en las agendas de la Convención de Naciones Unidas para la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer en 1979 (CEDAW), en la III Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Nairobi en 1985 y en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Beijing en 1995.

En España, además de los acontecimientos anteriormente mencionados, fueron decisivos: las actividades de los grupos feministas y redes de mujeres; el desarrollo de la democracia; la creación del Instituto de la Mujer en 1983; y, las reformas en el Código Penal con relación a los delitos de abuso sexual y violación¹⁰.

Los medios de comunicación no se mantuvieron al margen de este proceso de construcción social y política del problema de la violencia de género. A mediados de los años 70, los sucesos violentos contra las mujeres, que tradicionalmente aparecían en las noticias sin aparente relación entre ellos, empezaron a ser tratados como parte de un mismo problema. La alarma social provocada por las primeras cifras de prevalencia y mortalidad explica, en parte, este cambio del enfoque periodístico del tema. Por otra parte, también debió influir el hecho de que precisamente en esa época se dieron en Inglaterra y Estados Unidos los primeros momentos de actuación conjunta entre los grupos feministas y los gobiernos¹¹.

En España, el tema empezó a aparecer en la prensa a raíz de la cobertura mediática de las primeras reivindicaciones de los grupos feministas en torno al problema de la violación, a mediados de los 80. Posteriormente, las redacciones comenzaron a introducir en sus rutinas informativas los primeros momentos de deslegitimación y condena oficial de la violencia contra las mujeres¹². Sin embargo, estos acontecimientos no provocaron un incremento del volumen de noticias sobre el tema, como el que se produjo con determinados casos índice de relevancia social^{13,14,15}. En España, se reconoce

especialmente el impacto mediático del caso de la señora Ana Orantes de finales de 1997¹².

En los años siguientes, los acontecimientos relevantes contra la violencia de género que han tenido lugar en el contexto socio-político español se han visto reflejados en los medios de comunicación españoles y no sólo han contribuido a un cambio cualitativo del tratamiento periodístico del tema –el asesinato y los sucesos de violencia no son ya los únicos protagonistas– sino también sugieren que los medios de comunicación pueden haber promovido una creciente concienciación social del problema y de las respuestas sociopolíticas que se han ido desarrollando^{16,17}.

III. Elaboración del informe anual 2005

El presente Informe está elaborado por consenso y colaboración en la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La información que contiene procede de los informes remitidos por las Comunidades Autónomas en base al guión de contenidos acordado por sus miembros. En algunos de los temas se han incluido también los resultados de estudios obtenidos de la bibliografía o de los realizados por el Observatorio de la salud de la Mujer en colaboración con instituciones académicas.

Los apartados del índice del Informe están estrechamente relacionados con los artículos de la Ley que hacen mención a los compromisos sanitarios, y que han sido también los componentes del guión de trabajo acordado con las Comunidades Autónomas y aprobado en la reunión de junio del 2005 de la Comisión mencionada. En la misma reunión se aprobó el plan de trabajo para la elaboración del Informe, que se ha cumplido en sus plazos de remisión de la información hasta octubre y de revisión y discusión del primer borrador en noviembre del mismo año.

El Observatorio de la Salud de la Mujer de la DG de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, que asume la secretaría de la Comisión, ha realizado la compilación y síntesis de la información remitida por las Comunidades Autónomas y las personas expertas, el trabajo de edición y el seguimiento del proceso de colaboración, eje fundamental del Informe. Dicho proceso, que ha contado con la participación de todas las Comunidades Autónomas y resto de componentes de la Comisión, ha resultado altamente productivo y satisfactorio para todas las partes y ha sentado las bases para el trabajo futuro.

IV. Conocer la magnitud del problema

Como en cualquier otro problema de salud pública, en la violencia de género es importante la información sobre su frecuencia, morbilidad, mortalidad, causas y consecuencias, para actuar contra ella de manera efectiva. Sin embargo, el estudio de este problema es una tarea compleja, cuya primera dificultad es el establecimiento de criterios universales para la propia definición de caso y la segunda la escasez y heterogeneidad de fuentes de información e indicadores.

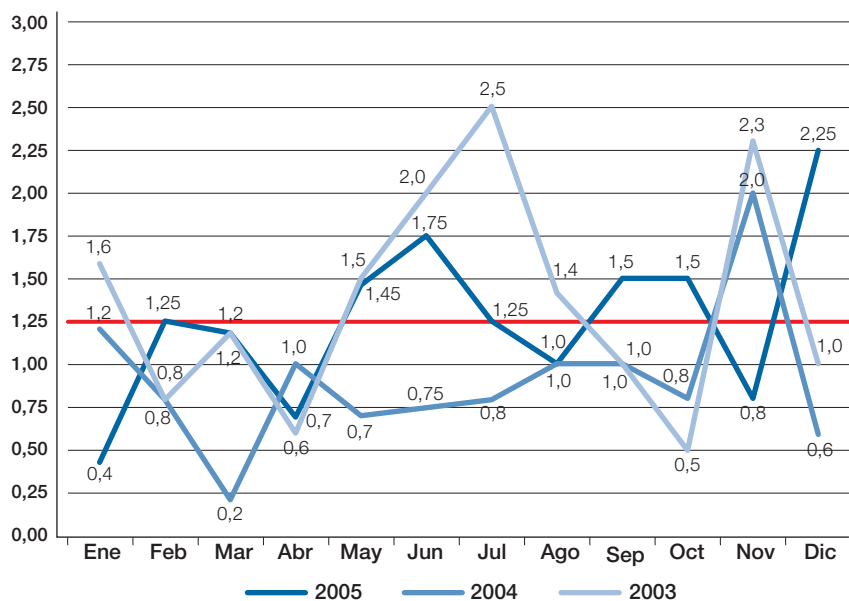
Respecto a la vigilancia epidemiológica de la violencia de género, aunque todavía no se cuenta con indicadores y sistemas de información comunes y homogéneos, sí existen iniciativas que permiten conocer y seguir la evolución de algunos aspectos del problema. Para ello se puede contar, entre otras, con las fuentes de información recogidas en la tabla 1.

Aunque se basan fundamentalmente en la violencia que es denunciada, es decir, casos que acuden a la policía, que forman parte de las estadísticas judiciales o que aparecen en las noticias, son útiles para la construcción de indicadores de incidencia y mortalidad por violencia de género. Así, por ejemplo, los datos de muertes publicados en las páginas electrónicas de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas y del Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia han hecho posible que miembros del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Alicante desarrolle un sistema de vigilancia epidemiológica calculando el “Índice epidémico de violencia del compañero íntimo contra las mujeres”¹⁸ [Figura 1].

Tabla 1. Fuentes de información para conocer la magnitud de la violencia de género

Organismo que registra	Tipo de registros	Fuente de Datos	Observaciones
Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia Disponible en: http://www.gva.es/violencia/	Mujeres maltratadas y Femicidios	Ministerio del Interior, Instituto de la Mujer, Policía	Estadísticas sobre mujeres maltratadas desde 2000 y sobre femicidios desde 2001
Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas Disponible en: http://www.separadasydivorciadas.org/muertas2005.html	Mujeres muertas por violencia de género	Medios de comunicación	Relación y descripción víctimas mortales de violencia de género desde 1998
Ministerio del Interior. Anuarios Estadísticos. Disponibles en: http://www.mir.es/sites/mir/otros/publicaciones/catalogo/unidad/secgenTecnica/periodicas.html	Delitos, faltas, muertes de mujeres por violencia familiar y por el cónyuge o análogo	Fuentes policiales	Apartado sobre víctimas de violencia doméstica desde el anuario estadístico de 1977
Observatorio contra la violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial Disponible en: http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpi/cgpi/principal.htm	Denuncias, muertes, denuncias retiradas, ordenes de protección, medidas cautelares, juicios rápidos, incumplimiento de medidas, relación entre las víctimas y denunciados, forma de terminación, procedimientos elevados, personas enjuiciadas	Estadísticas judiciales	Contiene acceso a diferentes tipos de informes sobre el tratamiento judicial de la violencia doméstica y de género desde el año 2000

Figura 1. Índice epidémico por violencia del compañero íntimo España 2003-2005 (*)



(*) Razón entre las mujeres muertas por violencia del compañero íntimo en el mes correspondiente (los casos acumulados hasta el último día del mes) y la mediana de muertes del quinquenio anterior. En ese sentido comparativo, se considera alta si el valor es mayor o igual a 1,25.

La comparación de este indicador en los años 2003, 2004 y 2005, permite identificar a los meses de verano de 2003 y 2004 -sobre todo, junio y julio- y de finales de año -noviembre y diciembre- como los de mayor riesgo en términos de mortalidad. Sin embargo, en el año 2005 se observa una importante caída, incluso en esos mismos meses, observándose solamente una puntuación de alto riesgo o epidemia en el mes de noviembre.

Para conocer la prevalencia de la violencia de género, así como para estudiar las causas o factores asociados a ella y sus consecuencias sobre la salud, se pueden utilizar las encuestas poblacionales. En España se han llevado a cabo algunas de ellas, bien de ámbito nacional, como las del **Instituto de la Mujer** de 1999 y 2002¹⁹, bien las realizadas por algunas Comunidades Autónomas como **Andalucía**, **Principado de Asturias** y la **Comunidad de Madrid**^{20,21,22,23,24}. Los diferentes planteamientos conceptuales y metodológicos utilizados en cada una de ellas hacen difícil la comparación de los resultados, que varían desde prevalencias del 45% de mujeres víctimas de violencia psicológica²³ al 6,2% de mujeres que refieren haber sufrido violencia en

el último año²⁴. Esta primera aproximación al tema evidencia la necesidad de llevar a cabo un análisis de lo existente y unas recomendaciones para mejorar estas herramientas en el sentido de que permitan conocer mejor y comparar las diferentes situaciones, aspectos y evoluciones del problema.

Otra aproximación poblacional al conocimiento de la prevalencia de la violencia de género, y de su relación con la salud es la inclusión de preguntas sobre ella en las encuestas de salud. En este sentido, el **Ministerio de Sanidad y Consumo**, a través del Instituto de Información Sanitaria y del Observatorio de la Salud de la Mujer, y en colaboración con un grupo de personas expertas, ha promovido la revisión de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) con el objetivo de mejorar su utilidad para conocer la salud de las mujeres y las desigualdades de género, y en concreto se han introducido algunas preguntas específicas sobre violencia de género que permitirán conocer más sobre este problema ya en la ENS del 2006.

En los servicios sanitarios se puede plantear también la recogida de información sobre la violencia de género. Existen algunas experiencias de encuestas específicas a usuarias en urgencias hospitalarias, donde encontraron una prevalencia de violencia del 20% a lo largo de la vida y del 16% durante el último año, y que el 13% de las mujeres habían sido maltratadas por su pareja cuando estaban embarazadas²⁵. Y también en atención primaria, como el estudio realizado en las **Comunidades Autónomas de Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana** con una muestra de 1400 mujeres, donde se encontró que el 32% refería haber sufrido algún tipo de maltrato a lo largo de su vida, ya fuera este físico, psicológico o sexual²⁶.

En otro estudio, realizado con mujeres de 18 a 70 años usuarias de los centros de atención primaria de la ciudad de Gerona, se encontró una frecuencia de maltratos (tanto físicos, psicológicos como sexuales), actuales o pasados, del 32,4%.

Pero la ausencia de herramientas específicas validadas en nuestro país para identificar el problema constituye, sin duda, una de las principales barreras para mejorar el conocimiento sobre el mismo. En el ámbito internacional, y mayoritariamente en los Estados Unidos, se han desarrollado varios instrumentos de cribado y de diagnóstico. Algunos de ellos miden solamente la violencia física, mientras otros incluyen también la violencia sexual y la psicológica. En España, como parte de la colaboración entre el Observatorio de la Salud de la Mujer y la Escuela Andaluza de Salud Pública, se ha realizado la adaptación al castellano y validación del *Index of Spouse Abuse (ISA)*, una escala norteamericana ampliamente utilizada, autoadministrada, que consta de 30 ítems que pueden ser contestados en menos de 5 minutos, y que mide tanto la violencia física (incluida la sexual) como la no física. Igualmente, se ha adaptado y validado un instrumento de cribado más breve -la versión corta del *Woman*

Abuse Screening Tool-, que consiste en dos preguntas de fácil comprensión para las mujeres, por lo que puede ser fácilmente utilizado por el personal sanitario en las consultas.

Con respecto a los sistemas de información sanitaria rutinaria, hay que mencionar que:

- Las estadísticas vitales no incluyen la violencia de género en su clasificación de causas de muerte.
- El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) incluye las muertes y los diagnósticos de casos de violencia de género en las denominadas “causas externas”, sin especificarla. Sin embargo, contiene un código en el que se especifica al causante como “perpetrador abuso de pareja”, lo que podría utilizarse como aproximación al tema.
- Los grupos de diagnóstico relacionados (GRD), tienen códigos específicos de maltrato y están divididos en categorías de niños y adultos, pero no están desagregados por sexo, por lo que tampoco son de utilidad para conocer la violencia de género atendida en los hospitales.
- Respecto a otras clasificaciones internacionales, la última clasificación elaborada por el Comité Internacional de la clasificación WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia) CIAP-2, entre los motivos de consulta, no incluye ningún código específico y explícito para la violencia de género, aunque contienen códigos como Z12, Z25, Z16 y Z20 que se refieren a diferentes problemas derivados de agresiones, abusos ó de relación entre los diferentes miembros de la familia.

Las Comunidades Autónomas han invertido esfuerzos para mejorar esta situación desarrollando registros sobre violencia de género en sus centros hospitalarios, servicios de urgencias o en atención primaria, además de los existentes en los organismos de igualdad autonómicos. En la actualidad, la diversidad de planteamientos existente demuestra el interés en el tema por parte de todas las administraciones, lo que ha motivado la propuesta de crear, en la Comisión de Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, un grupo de trabajo que estudie las necesidades y experiencias.

Algunas de las experiencias desarrolladas en las Administraciones Sanitarias de las Comunidades Autónomas en el periodo que recoge este Informe, y que han documentado para él, se comentan a continuación:

Una de las medidas más extendidas es la creación de registros de llamadas telefónicas. En unos casos al teléfono de emergencias 112, como en las Comunidades Autónomas de **Canarias, Castilla-La Mancha y Murcia**. En todos los casos, la iniciativa fue impulsada por los **Institutos de la Mujer** de estas Comunidades Autónomas. Estos registros contribuyen al conoci-

miento de la magnitud del problema, además de a conocer el uso que las mujeres afectadas hacen de este tipo de servicio. Otras iniciativas similares son las desarrolladas en las Comunidades Autónomas de **Cataluña** y la **Valenciana**, así como en el centro asesor de la mujer de Menorca y la Oficina de información de la mujer de Ibiza, pertenecientes a la **Comunidad Autónoma Balear**, que cuentan con un registro de llamadas recibidas a teléfonos de información y asesoramiento en los centros 24 horas. En la Comunidad autónoma de **Aragón**, en el Instituto Aragonés de la Mujer, se dispone también de un servicio de atención telefónica de 24 horas para la atención a situaciones de urgencia y consultas. Se mantiene una estadística de las llamadas recibidas y del motivo de la llamada desde su creación. Se ha puesto a disposición de todas las usuarias un folleto informativo sobre malos tratos a mujeres editado por el Instituto Aragonés de la Mujer en los centros de atención primaria.

En **Cataluña**, la línea de atención de 24 horas a las mujeres en situación de violencia es un servicio gratuito y confidencial del Instituto Catalán de las Mujeres, y atiende las demandas relacionadas con situaciones de violencia contra las mujeres, sea cual sea su forma de expresión. Esta línea cuenta con profesionales que atienden los casos de forma especializada y que pueden contactar con servicios de emergencia, si es necesario, atendiendo peticiones de información que se podrían clasificar en dos niveles: un primer nivel de atención proporcionada por trabajadoras/es sociales, que es más general, y un segundo nivel de atención más especializado, siendo psicólogas/os y juristas los que se encargan de atender las peticiones (directas ó derivadas del 112, 012 y del sistema base de datos Sanidad Responde).

En el caso de las emergencias, si la persona se quiere poner en contacto directamente con los cuerpos de seguridad, se hace la derivación, pero si la mujer lo prefiere los profesionales encargados de la atención telefónica trasladan los datos a los cuerpos de seguridad. Una o dos horas después, se llama a la mujer para saber si se encuentra bien. Si la llamada de emergencia se recibe durante el fin de semana o un día festivo (días en que los servicios sociales no trabajan), las fuerzas de seguridad, o desde este servicio, se busca un alojamiento temporal para las mujeres que tienen que abandonar su hogar.

Las personas que llamen al servicio pueden expresarse en catalán, castellano, francés, inglés, árabe o ruso. Para hacer difusión de esta línea el Instituto Catalán de las Mujeres ha elaborado diversos materiales divulgativos.

Otro tipo de registros son los de mujeres y niños en casas de acogida de los Institutos de la mujer de las Comunidades Autónomas de **Asturias**, **Murcia** y **Baleares**.

Un número creciente de administraciones autonómicas están estableciendo registros de casos a partir de la asistencia sanitaria. En **Asturias**,

desde 2003, cuentan con el registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las mujeres (Vimpa) que proporciona información sobre las características de la demanda de atención por agresiones, las primeras actuaciones de los servicios de salud, los diagnósticos realizados por el personal médico y datos sociodemográficos referidos a las mujeres afectadas.

Existe en **Canarias**, desde 2004 un Registro de Casos que se elabora a partir determinada información extraída de los partes de lesiones. En la **Comunidad Valenciana**, se aprobó en junio de 2005 la normativa para que el personal médico de centros de atención primaria y de hospitales utilice el nuevo Informe Médico por Presunta Violencia Doméstica (Adultos) para notificar a los jueces los casos de sospecha de violencia de género. Este informe sustituye el parte de lesiones general que hasta la actualidad se venía utilizando para estos supuestos de maltrato.

En **Navarra**, los casos detectados en atención primaria se registran, con previo consentimiento y deseo de ayuda por parte de la afectada, con códigos especiales. Esto permite disponer de información cuantitativa sobre casos de abuso psíquico y emocional entre cónyuges y problemas derivados de abuso físico por el hijo o cónyuge, violación o agresión sexual.

En **Castilla y León** se han creado un registro específico sobre Violencia de Género como parte de los objetivos de su Plan de Gestión para el 2003. El registro se ha ido implantado de forma progresiva en todos los centros de salud y puntos de Atención Continuada, habiendo alcanzado una cobertura del 100% de todos los centros de Atención Primaria en 2004. En el registro se recogen los datos de filiación de las personas atendidas que permitan una caracterización sociodemográfica de este colectivo, asegurando la confidencialidad de los datos. La gestión del registro en los Centros de Salud y servicios de urgencias extrahospitalarios corresponde a la Gerencia de Atención Primaria. La fuente de datos en los servicios hospitalarios es el sistema general de información hospitalaria (CMBD de urgencias).

En **Cantabria**, se ha diseñado la aplicación informática en OMI-AP del Protocolo de Actuación sanitaria ante los Malos Tratos hacia las mujeres, lo que permite desarrollar un sistema de registro que ayuda a dimensionar el problema de la violencia de género dentro de los servicios sanitarios y realizar además la evaluación del protocolo.

Asimismo en **Canarias** se tiene incluido en la Historia Clínica Informatizada el “Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico”.

Todos los registros y alternativas para la medición del problema que se han ido desarrollando en España conforman un panorama aparentemente complejo, pero importante para el desarrollo de un sistema de vigilancia, control y prevención de la violencia de género.

V. Actuaciones en los servicios de salud para la atención a la violencia de género

Artículo 15. Sensibilización y formación.

15.1. “Las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia”.

Desde la perspectiva de la salud pública, las actuaciones orientadas a la prevención de los problemas pueden darse en tres niveles de intervención³:

- Primaria, intervenciones dirigidas a evitar que se produzca la violencia.
- Secundaria, medidas centradas en las primeras respuestas una vez se ha producido la violencia, como la atención integral que puede darse en atención primaria o en urgencias o el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual después de una violación, con el objetivo de disminuir su impacto sobre la salud
- Terciaria, intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como las casas de acogida, la atención psicosocial a mujeres afectadas o la rehabilitación de los maltratadores, con el objetivo de prevenir las repeticiones y las secuelas.

Los niveles de intervención mencionados se definen pues según tengan lugar antes de que se produzcan los hechos (prevención primaria), inmediatamente después (secundaria) o a largo plazo (terciaria).

Otra forma de abordar la prevención de la violencia de género es la que se plantea en función de la población a la que se dirigen las intervenciones⁵:

- Intervenciones generales, dirigidas al conjunto de la población.
- Intervenciones seleccionadas, orientadas a las mujeres por tratarse del grupo de población que está en mayor riesgo de ser víctima de violencia de género.

- Intervenciones indicadas, dirigidas a personas con antecedentes de violencia.

Por tanto, la prevención de la violencia de género puede realizarse con estrategias que tienen lugar en distintos momentos de la evolución del problema, y dirigirse a diferentes grupos de población.

Tras el breve periodo de vigencia de la Ley contra la violencia de género, pueden describirse, como se verá a continuación, diversas iniciativas lideradas por las Administraciones Sanitarias que están contribuyendo a prevenir la violencia de género y a incrementar la calidad de la atención a las mujeres afectadas, en cada una de las Comunidades Autónomas.

1. Prevención primaria

En el **País Vasco**, Emakunde (Instituto Vasco de la Mujer), en colaboración con el resto de Instituciones, ha liderado una iniciativa de distribución de folletos y trípticos entre la población que acude a los centros de salud, definiendo en ellos la sospecha de maltrato y animando a ponerlos en conocimiento del personal sanitario. Se trata de una experiencia que contribuye a una mayor implicación de la población en las respuestas al problema, así como también a la prevención desde un enfoque poblacional. Objetivos similares comparten la iniciativa de **Baleares**, liderada por los Servicios Sanitarios y puesta en marcha en colaboración con el Instituto Balear de la Mujer de colocar paneles informativos de los servicios y recursos que este Instituto pone a disposición de las mujeres en caso de sufrir maltrato. Y la del **Servicio Gallego de Salud**, que en colaboración con la Secretaría de Igualdad, elaboró carteles informativos para distribuir en cada uno de los Centros de Salud a través de sus respectivas Gerencias de Atención Primaria. Dentro del mismo tipo de intervenciones informativas, pero dirigido al personal sanitario, puede mencionarse la experiencia desarrollada por la Concejalía de la Mujer del municipio de Vigo y la Gerencia de Atención Primaria de Pontevedra-Vigo de elaborar y difundir un tríptico.

En **Cantabria** se han elaborado carteles y folletos divulgativos que indican que la violencia contra las mujeres es un problema de salud objeto de atención sanitaria. Estos carteles y folletos son distribuidos en los diferentes centros sanitarios, a medida que estos van recibiendo la formación adecuada y están en disposición de atender a las mujeres.

2. Prevención secundaria

En términos generales, la aplicación de pruebas para la detección precoz de problemas de salud es un medio de fortalecer la prevención secundaria de los mismos, ya que pretende identificarlos para tratarlos antes de que produzcan daños en la salud y la calidad de vida de las personas que los padecen^{27,28}. En epidemiología clínica, se entiende por cribado, tamizado o screening “la presunta identificación de una enfermedad o defecto inadvertidos, mediante la aplicación de pruebas, exploraciones u otros procedimientos, que puedan aplicarse de forma rápida”²⁸.

Las estrategias de detección precoz pueden plantearse de dos maneras: aplicando la prueba a toda la población diana (sería por ejemplo el actual programa de cribado de cáncer de mama), o haciéndolo sólo a grupos de población más accesibles y que se supone que podrían tener un mayor riesgo, como las personas que acuden a los servicios sanitarios (un ejemplo de este tipo de estrategias es la de la detección de hipertensión arterial en las personas que acuden a las consultas de atención primaria por cualquier otra causa). Ambos tipos de estrategias tienen diferentes indicaciones, efectos beneficiosos y perjudiciales sobre la salud y la calidad de vida y costes.

Los planteamientos de detección precoz de la violencia de género, como problema de salud pública que es, debería tener en cuenta los principios básicos que rigen para las estrategias de detección precoz o cribado. Estos principios son:

- El problema es común y nocivo, la historia natural es conocida y existe una fase latente o presintomática en la que se puede detectar.
- Existe una prueba (o combinación de pruebas) de cribado que es fiable, válida y reproducible, aceptable por parte de la población, fácil de realizar, sensible, específica y de coste asumible.
- Existe un tratamiento disponible, accesible y aceptable por las personas afectadas, con una pauta clara de a quién y cómo aplicárselo y existen instalaciones para el diagnóstico y el tratamiento continuado.
- Existen pruebas científicas de que la detección precoz consigue evitar o minimizar la enfermedad o sus consecuencias y produce más beneficios que riesgos.

En el caso de la violencia de género, además de valorar las respuestas a estos principios desde el punto de vista de la salud pública, hay que añadir que la violencia contra las mujeres se trata de un delito, ante el cual se encuentra el personal sanitario.

Otra complejidad añadida es que se trata de un problema que afecta profundamente a las dimensiones psicológica y emocional de las víctimas,

que se encuentran en un proceso que atraviesa diferentes fases en las que el reconocimiento y aceptación del problema, y el deseo y capacidad de afrontamiento varía en función de diversos factores, que hay que reconocer y considerar a la hora de su diagnóstico y atención.

Se trata de un problema de salud pública en el que el factor de riesgo es ser mujer, que cualquier mujer puede ser víctima de violencia, y que no existen perfiles específicos. Además, el rol de género asumido por estas mujeres las puede llevar a no reconocerse como víctimas, minimizando el problema, justificando a su agresor y no revelando de forma directa el maltrato que padecen. La gran mayoría de los casos pasan desapercibidos para el personal sanitario, ya que no presentan signos y síntomas evidentes ni específicos.

Analizando el estado actual de la investigación sobre pruebas de cribado en violencia de género, sobre todo sobre aquellas dirigidas a la población general, la primera conclusión es que todavía se requiere un esfuerzo de investigación para incrementar la evidencia empírica sobre el tema. Se necesitaría al menos un ensayo aleatorio controlado que permita conocer la efectividad de las pruebas ya utilizadas para la detección precoz de la violencia de género^{29,30}. Es urgente también realizar estudios sobre las consecuencias positivas y negativas de la detección precoz del maltrato en mujeres y sobre la efectividad de los tratamientos e intervenciones disponibles para reducir el riesgo de recurrencias y mejorar de la calidad de vida de las mujeres afectadas^{20,21,31}.

Por otro lado, si se tuviera una prueba o conjunto de pruebas de cribado, habría que valorar, y mejorar en su caso, las actitudes y conocimientos que debería tener el personal sanitario de atención primaria y hospitalaria para aplicarlas. Según los resultados de una revisión sistemática, la proporción de profesionales de la medicina a favor de la aplicación de un instrumento para la detección precoz del maltrato contra las mujeres es de un 33%³².

Es importante también tener en cuenta, a la hora de tomar decisiones sobre poner en marcha o no un programa de cribado poblacional, que se requiere más conocimiento científico que garantice a las mujeres y al personal sanitario seguridad contra los posibles efectos adversos de su implantación, como son por ejemplo los falsos positivos (ser diagnosticada de maltrato cuando en realidad no es así). En una revisión de la evidencia científica existente sobre las pruebas de cribado para la detección precoz de la violencia de género, se concluye que no existen suficientes pruebas como para recomendarlo, ya que según la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, y teniendo en cuenta una prevalencia del 11,1% (según los datos de la Macroencuesta del Instituto de la Mujer¹⁹), se estima que si se implantara, 160.530 mujeres serían erróneamente diagnosticadas como maltratadas, y 1.362.076 casos reales de maltrato no sería detectados³³.

Incrementar la evidencia y asegurar la efectividad, la aceptabilidad y la utilidad de las pruebas de detección precoz de la violencia de género es parte de la ética y la calidad en la atención a las mujeres afectadas.

Resumiendo, la información disponible en la actualidad no justifica la aplicación poblacional de pruebas de cribado para la detección precoz de la violencia de género, aunque sí se recomienda que el personal sanitario sea capaz de buscar y reconocer los signos y síntomas de maltrato y de informar a las mujeres de los recursos existentes para abordar la violencia de género^{34,35}. Y se reconoce la necesidad de generar más conocimiento de calidad y análisis de las experiencias existentes sobre los diferentes aspectos de la detección precoz.

Ante la necesidad percibida de realizar la detección precoz y el diagnóstico de la violencia de género en los servicios de salud, la mayoría de las Comunidades Autónomas refieren estar revisando sus protocolos sanitarios con la finalidad de dar respuestas adecuadas a estos compromisos.

El **Servicio Canario de la Salud** cuenta con un Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico para la Atención Primaria de Salud cuyo objetivo fundamental es facilitar y orientar las actuaciones para la detección precoz de casos, además de la asistencia. En su contenido destacan los indicadores de sospecha que ayudan al profesional a detectar una situación de violencia, y a preguntar sobre ella de forma adecuada. Además, facilita información para realizar la valoración de la violencia, de la situación biopsicosocial y de la seguridad de la mujer, proporcionando diferentes planes de intervención y seguimiento según el nivel del riesgo detectado y el grado de peligro que corra la víctima.

La Comunidad Autónoma de **Castilla-La Mancha**, con el Protocolo de Actuación en Atención Primaria para mujeres víctimas de malos tratos unifica el parte de lesiones y los criterios a tener en cuenta en la historia clínica; incorpora los recursos sociales existentes en la región para que los profesionales sepan donde derivar a las mujeres; y aclara dudas sobre aspectos legales relacionados con los malos tratos en el ámbito doméstico. Este protocolo ha sido elaborado por profesionales de diferentes áreas de trabajo relacionadas con la mujer y la violencia de género. Así, además de los sanitarios de la Dirección General de Salud Pública y Participación y de los Equipos de Atención Primaria del SESCAM, ha colaborado el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha y ha contado con el asesoramiento de miembros de la judicatura y medicina legal; siendo uno de los capítulos más importantes de este protocolo el dedicado a los aspectos legales y jurídicos relacionados tanto con la práctica profesional sanitaria como con la legislación vigente en materia de malos tratos.

En el sistema de salud de **Aragón** se ha dotado al personal sanitario de una pauta de actuación que les orienta sobre cuándo sospechar una situa-

ción de maltrato y cómo identificarlo. Además, se les instruye sobre la posible actitud de la pareja cuando ésta acompaña a la víctima. Esta actuación está pensada especialmente para Atención Primaria, aunque son igualmente válidas para consultas de Atención Especializada como Obstetricia y Ginecología, Salud Mental y Medicina Interna, e incluso para urgencias. Si se sospecha una situación de violencia, se debe realizar una entrevista clínica de cribado, para la que se instruye al personal sobre cómo realizarla, las actitudes a evitar durante la misma y se le facilita un listado de preguntas tipo para identificar la violencia en general y otro específico para identificar el tipo de violencia que sufre la mujer (física, psíquica o sexual).

En **Castilla y León** se ha difundido y está siendo utilizado en todos los centros sanitarios y servicios de urgencias el Protocolo Sanitario frente a malos tratos Domésticos propuesto por el Consejo Interterritorial y que ha sido actualizado en 2004 por la Gerencia Regional de Salud. Este protocolo se acompaña de un catálogo conteniendo la información sobre los recursos sociosanitarios disponibles en la Comunidad de Castilla y León para este colectivo.

VI. Programas y actividades de sensibilización y formación continuada del personal sanitario y sociosanitario

Artículo 15. Sensibilización y formación.

15.2. “En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley ”.

15.3. ”Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia”.

Las Administraciones Sanitarias del Estado Español han desarrollado una extensa trayectoria y experiencia en la planificación y ejecución de actividades relacionadas con la formación del personal sanitario, incluyendo, en el marco de sus planes autonómicos y de los anteriores planes nacionales contra la violencia de género, actividades de formación y sensibilización de las y los profesionales sanitarios.

Desde el **Ministerio de Sanidad y Consumo** (Observatorio de Salud de la Mujer y Escuela Nacional de Sanidad), en colaboración con las **Comunidades Autónomas** y el **Instituto de la Mujer**, se han desarrollado actividades de formación continuada a las personas responsables de los programas de violencia de género en las Comunidades Autónomas, con el objetivo fundamental de facilitar una red interterritorial e intersectorial de apoyo e intercambio de experiencias.

De entre las múltiples actividades de sensibilización y formación continuada desarrolladas en todas las Comunidades Autónomas en el periodo que incluye el presente informe, se destacan a continuación únicamente aquellas que aportan elementos diferenciales a los programas habituales y comunes a todas ellas, como las dirigidas a la formación de formadores y

formadoras y algunas experiencias dirigidas a colectivos específicos ó a la coordinación con instituciones no sanitarias para introducir el tema de la violencia de género en los programas educativos.

En **Cantabria** se ha elaborado y puesto en marcha el Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos. El protocolo ha sido elaborado por un equipo sanitario multidisciplinar y consensuado con una representación de asociaciones de mujeres afectadas expertas en violencia de género en el área del maltrato. El Protocolo está dirigido hacia la detección precoz y sistemática de la violencia contra las mujeres desde los servicios sanitarios, fundamentalmente de Atención primaria, junto con una intervención integral y coordinada de todos los organismos implicados. La implantación de este protocolo ha conllevado el incremento de recursos sanitarios, tanto humanos como materiales. De tal forma que se ha incrementado el número de personal facultativo, personal de enfermería y trabajador/a social en los Equipos de Atención Primaria, así como de psicólogas/os en las Unidades de Salud Mental.

La formación de formadores y formadoras es un planteamiento efectivo para multiplicar el impacto de los esfuerzos realizados, y se han planteado tanto para la formación continuada como para la educación escolar y universitaria.

El Departamento de Sanidad y Consumo de **Aragón**, en colaboración con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y el Instituto Aragonés de la Mujer, inició el programa identificando a las personas a formar en cada gerencia que integra la estructura el Sistema de Salud de Aragón, incluida la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias, nombrando en cada una 3 personas sensibilizadas en el tema y motivadas para llevar a cabo la formación del resto del equipo. la evaluación fue positiva por parte de sus participantes por el apoyo institucional recibido y los recursos disponibles. Por otra parte se ha procedido a editar en formato CD, material de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica que incluye:

- El material editado por el Departamento de Salud y Consumo: Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica en el Sistema de Salud de Aragón, árboles de decisión para atención primaria y urgencias, formularios a cumplimentar (parte de lesiones, notificación al juez, autorización para la toma de fotografía)
- La legislación básica estatal en relación con la violencia de género
- Bibliografía básica como el Informe de la OMS sobre violencia y salud que es citado en el informe del MSC.

Este material permite aproximar a los profesionales al tema de la violencia doméstica desde un abordaje científico y profundizar en el tema a aquellos

más interesados, siendo bien recibido y suponiendo un apoyo importante tras la formación que han recibido los profesionales sanitarios. La distribución abarca a atención primaria y atención especializada.

También se ha creado un enlace específico para mujer denominado “Mujer y Salud” en la dirección URL del Departamento de Salud y Consumo. En dicho enlace se ha colgado todo el material editado por el Departamento de Salud y Consumo, así como los formularios digitalizados, lo que permite al profesional una cumplimentación más rápida y segura, ya que le permite rectificar sus anotaciones.

En el **Servicio Murciano de Salud**, se identifica una persona responsable de la violencia doméstica para cada equipo de atención primaria y servicio de urgencia de atención primaria, que es la que actúa como interlocutora directa con su Gerencia de Atención Primaria, como formadora de formadores y coordinadora del tema en el equipo. Asimismo, en colaboración con otras entidades (Instituto de la Mujer de la Región, Escuela Nacional de Sanidad) se han llevado a cabo diversas actividades de formación continuada en violencia de género, dirigidas a los profesionales de los equipos de Atención Primaria (AP) y Servicios de Urgencia de AP.

Otras maneras de organización son, como en el **Principado de Asturias**, la delegación en el grupo de formadores del diseño de los cursos dirigidos al resto de personal sociosanitario, o lo realizado en el **Servicio Canario de la Salud**, a través de un sistema de formación de formadoras y formadores presencial y multiprofesional; medicina, enfermería, matronas y trabajo social, lo que supuso llegar a tres mil profesionales e inclusión posterior de la Violencia de Género en el Programa de Formación Continuada de las Gerencias de Atención Primaria. O en la Comunidad Autónoma de **La Rioja** dotando a cada centro de al menos una persona más preparada sobre el Programa, que pueda ejercer la función de asesoramiento directo y formación continua del Equipo de Atención Primaria.

La oferta formativa de la Conselleria de Sanitat en la **Comunidad Valenciana**, además de la habitual, ha incluido la realización de jornadas específicas para sensibilizar a colectivos profesionales concretos: profesionales de los Servicios de atención e información al paciente, trabajadores sociales del ámbito sanitario y de los servicios sociales de base, así como médicos de atención primaria y servicios de urgencia.

Con respecto a otros niveles de la educación del personal sanitario, cabe destacar la experiencia de **Cantabria**, de colaboración entre la Dirección General de Salud Pública y la Universidad de Cantabria, la Facultad de Medicina y la Escuela de Enfermería para la inclusión del tema en el currículo del personal sanitario en formación universitaria.

En los planes de formación de la Gerencia Regional de Salud de **Castilla y León** se incluyen programas formativos destinados a sensibilizar

a los profesionales sanitarios respecto al problema y a mejorar sus conocimientos y habilidades para la detección precoz y el abordaje de los casos de violencia doméstica, insistiendo en la importancia de la detección precoz mediante la valoración de factores de riesgo, las actuaciones a desarrollar ante la sospecha de malos tratos y las direcciones de las instituciones de apoyo y emergencias de la comunidad a las que poder derivar estos casos.

En el **País Vasco** se ha incluido, como materia en la formación MIR de Medicina de Familia, el adiestramiento en habilidades ante casos de malos tratos. La implantación del Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos, se refuerza comentando su aplicación en los diferentes casos durante las sesiones clínicas que cada centro de salud de una comarca tiene establecida. Tras la presentación y comentarios de cada centro de salud, se promueve una jornada interdisciplinar a nivel comarcal en la que participan representantes de medicina forense, del colegio de la abogacía y, en algún caso, del poder judicial, además del personal sanitario de los centros de salud. Posteriormente, se tomó la decisión de incluir, dentro de la cartera de servicios mediante el contrato-programa, las actuaciones sistemáticas de cumplimiento del protocolo sanitario, tanto en el ámbito de las urgencias hospitalarias como en el de los centros de salud.

Por su contribución a las medidas contempladas en el área de educación de la actual ley contra la violencia de género, que además incluye actividades de coeducación dirigidas al alumnado de los Institutos de Enseñanza Secundaria (IES), cabe destacar en **Andalucía** el Programa de acción intersectorial Forma Joven de la Consejería de Salud, Consejería de Educación e Instituto Andaluz de la Juventud que se desarrolla en los propios IES por personal sanitario en colaboración con el personal docente y mediadores juveniles, editando materiales de apoyo y organizando bianualmente un encuentro andaluz para el intercambio de experiencias. Asimismo, el Instituto Balear de la Dona, en colaboración con las consejerías de Presidencia y Deportes y de la de Educación, han elaborado material didáctico para prevenir la violencia de género bajo el título "Tolerancia 0", dirigido al alumnado, profesorado y madres y padres de los centros de educación infantil, primaria, secundaria, bachillerato y formación profesional de las **Islas Baleares**. También en la comunidad de **Castilla-La Mancha** el "Programa de Prevención de la violencia de género en el ámbito escolar", se ha hecho llegar a todos los centros escolares, y consiste en la elaboración de material didáctico como instrumento que permita al profesorado, padres, madres y otros agentes implicados en la educación, actuar a favor de la igualdad de género.

En **Cataluña**, el Plan de formación, a través del Instituto de Estudios de la Salud, entre las actividades formativas sobre violencia de género de

este periodo, incluye unos cursos básicos de atención sanitaria a la mujer maltratada y unos seminarios para profundizar en la detección y la intervención a la mujer maltratada. El programa, que se ha realizado en las diferentes regiones sanitarias, contiene: Jornadas de sensibilización, Cursos básicos de atención sanitaria en casos de violencia de género, cursos de profundización para la detección y la intervención a la mujer maltratada y talleres de análisis de casos.

En **Cantabria** se está realizando la formación progresiva de los Equipos de Atención Primaria. Hay que destacar que estos cursos están incluidos dentro del Programa de Formación Continuada, y en ellos participa todo el Equipo de Atención Primaria.

VII. Inclusión de objetivos y actividades relacionadas con la violencia de género en los planes de salud

Artículo 15. Sensibilización y formación.

15.4. “En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género”.

La violencia de género ha estado tradicionalmente desvinculada de los planes de salud por tratarse de una problemática que se incluía en planes específicos contra la violencia de género. Sin embargo, derivado de la mención especial que se hace de este tema en la actual Ley, se espera un cambio en este sentido tal como se vayan renovando los planes de salud.

Los planes de Salud que ya contemplan un área específica sobre el tema son, en la mayoría de los casos, anteriores a la actual Ley contra la violencia de género, y se describen brevemente a continuación.

Las intervenciones y acciones prioritarias que se proponen en el Plan de salud de **Cataluña** (2002-2005) se centran en la violencia contra las mujeres y hacen referencia a: la mejora de los instrumentos para la detección, tratamiento, declaración y derivación de casos y sospechas de violencia contra las mujeres por parte de los servicios sanitarios; la potenciación de la sensibilización y formación de los profesionales de la salud; el desarrollo de un sistema de información para monitorizar la tendencia de este problema; y, el desarrollo de mecanismos de coordinación y cooperación intersectorial para el abordaje de este tema entre los diferentes sectores, instituciones y servicios implicados.

En el **III Plan Andaluz de Salud** (2003-2008) se establecen estrategias de sensibilización desde la infancia, la juventud, los entornos laborales y entre la población general, sobre prevención de la violencia de género, que se conectan y desarrollan, en colaboración con el Instituto Andaluz de la Mujer, en el Plan para la erradicación de la violencia contra las mujeres y el Programa para prevenir la violencia contra las mujeres.

Dentro del Plan de Salud para las **Islas Baleares** (2003-2007), la Consejería de Salud y Consumo contempla, como uno de sus objetivos específicos, el desarrollo de acciones y actividades dirigidas a sensibilizar a

la población general y a los profesionales sanitarios sobre la importancia del tema de la violencia. Además se plantea la elaboración de una guía de detección y un protocolo de derivación de los casos de violencia para los profesionales del ámbito sanitario y social, el desarrollo de un programa de asistencia psicológica a las personas víctimas de la violencia y de rehabilitación a los maltratadores, la creación de un sistema de información unificado de malos tratos y el desarrollo de un plan de formación sobre la violencia dirigido a profesionales de los sectores educativo, sanitario, policial, judicial, social, municipal e insular.

El Plan de Salud de **Galicia** (2002-2005), incluye como objetivo la disminución de la incidencia de malos tratos a mujeres y para ello propone llevar a cabo campañas de sensibilización entre la población general, el desarrollo de programas de educación para la salud sobre la violencia de género, publicitar la información acerca de los servicios sociales existentes y mejorar la capacidad de detección precoz de “violencias ocultas”.

En la **Región de Murcia**, el Plan de Salud 2003-2007, aunque elaborado con anterioridad a la actual Ley 1/2004 contra la violencia de género, ya contempla en el área de nuevas formas de exclusión social, a las mujeres sometidas a violencia doméstica.

El Plan de Salud para **Asturias** (2004-2007) hace una mención especial a la violencia de género con objetivos operativos relacionados con la mejora de los recursos disponibles en esta Comunidad Autónoma para mujeres maltratadas (casas de acogida, pisos tutelados, entre otros), la promoción de la investigación sobre este tema, la formación del personal sanitario para incrementar sus habilidades de atención a las mujeres afectadas, la aplicación de un protocolo de atención a las víctimas y la atención psicosocial de mujeres víctimas de violencia de género.

En **Cantabria** el Plan de Actuación “Salud para las mujeres” (2004-2007) que recoge entre sus líneas prioritarias reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género, mediante la detección precoz e intervención desde los servicios sanitarios, con la implantación del correspondiente protocolo, procedimientos de coordinación de las distintas instancias que intervienen en este problema adecuando las condiciones estructurales y organizativas de los centros y servicios para facilitar el acceso a las mujeres afectadas ofreciendo información en carteles y folletos y con los correspondientes programas de sensibilización y formación del personal sanitario.

Con posterioridad a la publicación de la Ley contra la violencia de género, cabe añadir el Plan de Salud de **Extremadura** (2005-2008), donde se mencionan como principales actuaciones: la formación de profesionales de diferentes ámbitos (sanitario, educativo, social y policial), la promoción desde el ámbito educativo de acciones destinada al desarrollo de programas

curriculares y actividades relacionadas con la igualdad entre los sexos y la lucha contra la violencia de género; el desarrollo de estrategias para reducir la conducta violenta; y, la promoción de actividades para la mejora de la convivencia familiar.

La **Comunidad Valenciana**, en su plan 2005-2009, ha incluido un apartado para abordar la violencia doméstica que incluye la violencia de género, contemplando entre sus objetivos aumentar los conocimientos de la población general sobre este tipo de violencia, potenciar la coordinación entre las diferentes instituciones/organismos/organizaciones sociales que trabajen en los diferentes niveles de prevención y asistencia a las víctimas, sensibilización de los diferentes profesionales de los equipos de asistencia, promoviendo medidas que eviten la victimización ó maltrato institucional en los casos de violencia de género e implantar sistemas de registro de casos de violencia doméstica en el sistema sanitario/social/judicial.

VIII. Coordinación y colaboración intersectorial

Artículo 19. Derecho a la asistencia social integral.

19.1. “Las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral. La organización de estos servicios por parte de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, responderá a los principios de atención permanente, actuación urgente, especialización de prestaciones y multidisciplinariedad profesional”.

19.3. “Los servicios adoptarán fórmulas organizativas que, por la especialización de su personal, por sus características de convergencia e integración de acciones, garanticen la efectividad de los indicados principios”.

19.4. “Estos servicios actuarán coordinadamente y en colaboración con los Cuerpos de Seguridad, los Jueces de Violencia sobre la Mujer, los servicios sanitarios y las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica a las víctimas, del ámbito geográfico correspondiente. Estos servicios podrán solicitar al Juez las medidas urgentes que consideren necesarias”.

Todas las Comunidades Autónomas tienen protocolos para la atención a las víctimas de malos tratos que contemplan, entre sus objetivos prioritarios, la coordinación del sector sanitario con otros ámbitos relevantes en la intervención de casos de violencia de género, como el judicial o el policial. Paralelamente, en todas las Comunidad Autónomas, se hace referencia a la existencia de acuerdos interinstitucionales para la mejora en la atención y en la seguridad a las mujeres víctimas de maltrato.

Además, en algunas Comunidades Autónomas, se han llevado a cabo otro tipo de estrategias orientadas a favorecer la acción integral contra la violencia de género. Pueden mencionarse, en este sentido: el protocolo interdepartamental para la mejora de la atención de mujeres víctimas de violencia de género y el registro integral de expedientes de violencia de género del Instituto Asturiano de la Mujer en colaboración con el sistema sanitario del **Principado de Asturias**; y el Plan Regional de Educación para la salud en la Escuela (2005-2010) de la **Región de Murcia** elaborado por la Consejería de Educación y Cultura en colaboración con la Consejería de

Sanidad y el Servicio Murciano de Salud. También en la Comunidad Autónoma de Murcia, se cuenta con el programa de atención biopsicosocial al malestar de la mujer liderado por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en coordinación con profesionales sanitarios, trabajadores sociales y la Red de Salud Mental del Sistema Murciano de Salud.

Como otra forma de promover la acción integral contra la violencia de género, puede mencionarse la larga experiencia de Emakunde, en el **País Vasco**, en programas en el ámbito educativo. En concreto, en el periodo de tiempo que incluye este Informe, el de "Naniko", Programa-piloto para la prevención del maltrato doméstico en el ámbito escolar (2003-2005) y en otros ámbitos.

Por último, se destaca un ejemplo de integración amplia de sectores implicados en la violencia contra la mujeres como la Policía Nacional y Local, Centro Coordinador de Emergencias, Fiscalía de Violencia, Juzgado municipal, Concejalías de la Mujer, formando parte de una mesa de trabajo que se constituye como un "órgano de asesoramiento, intervención y coordinación entre todos los sectores para propiciar y dar respuestas más eficaces en esta materia en el municipio", tal como ocurre en **Canarias**, desde el Servicio Canario de Salud en colaboración con otras instituciones del Cabildo y Ayuntamientos.

El Gobierno de **Aragón** ha creado mediante decreto la Comisión Interdepartamental para el seguimiento del Plan Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres en Aragón. En dicha comisión el Departamento de Salud y Consumo está representado y se coordinan actuaciones entre salud y servicios sociales, así como entre otros departamentos.

En **Cataluña**, el *Programa para el abordaje integral de las violencias contra las mujeres* es uno de los principales ejes del *Plan de acción y desarrollo de las políticas de mujeres en Cataluña 2005-2007*, que ha sido elaborado con la participación de investigadores, profesionales, regidores, miembros de entidades de mujeres, representantes sindicales y los departamentos de la Generalidad y el Instituto Catalán de las Mujeres (ICD). El Departamento de Salud ha trabajado y trabaja conjuntamente con el Instituto Catalán de las Mujeres (ICD) para la erradicación de la violencia de género. La novedad de las políticas de género del Departamento de Salud radica en la importancia del trabajo transversal que se ha realizado con otros departamentos e instituciones, y el abordaje integral, con la implicación de diversos ámbitos de la salud (salud pública, sexual y reproductiva, sociosanitario, salud mental, entre otros). La implicación del Departamento de Salud en este Plan introduce nuevas políticas de género que complementan las que ya se estaban llevando a cabo. Estas nuevas

actuaciones pretenden ir más allá de los aspectos puramente asistenciales. También inscribe las políticas del Departamento de Salud en un marco más amplio y refuerza su compromiso, así como el trabajo intersectorial. Durante este periodo cabe destacar la elaboración del *Protocolo Marco y circuito de atención a las violencias*, con la colaboración de los departamentos implicados y liderado por el ICD.

IX. Actuaciones especiales para la prevención y atención de la violencia de género en mujeres en situación de mayor riesgo

Artículo 32. Planes de colaboración.

32.4 “En las actuaciones previstas en este artículo se considerará de forma especial la situación de las mujeres que, por sus circunstancias personales y sociales puedan tener mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en esta Ley, tales como las pertenecientes a minorías, las inmigrantes, las que se encuentran en situación de exclusión social o las mujeres con discapacidad”.

Se incluyen en este apartado las actividades desarrolladas por las administraciones sanitarias para la prevención y atención de la violencia de género en mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad, como aquellas mujeres con sospecha o confirmación de sufrir malos tratos y/ o agresión sexual, pero también mujeres mayores de 65 años, mujeres con problemas de salud mental derivados de la situación de maltrato, mujeres inmigradas, mujeres con discapacidad y mujeres con drogodependencias.

Entre los programas desarrollados en las CCAA en este sentido cabe destacar los siguientes:

El **Servicio Andaluz de Salud**, que incluyó en 2004 en la cartera de servicios de atención primaria como área de actuación preferente, la atención a personas en riesgo social, entre las que contempla las mujeres con sospecha o confirmación de sufrir malos tratos y/ o agresión sexual.

Murcia, que durante el año 2005, ha trabajado en la elaboración del Protocolo Regional sobre prevención y detección de violencia dirigida a mujeres mayores de 65 años, incluyendo entre sus objetivos la prevención del maltrato en ancianas, identificar precozmente estas situaciones, mejorar la actuación coordinada del personal sanitario y no sanitario y favorecer el cambio de conducta del maltratador.

Baleares, donde dada la incidencia de los diversos trastornos mentales

que se producen en la mujer a raíz de haber sido víctimas de conductas violentas, el Instituto Balear de la Dona ha llevado a cabo “Jornadas científicas sobre la salud mental y la mujer” dirigidas a los profesionales sociosanitarios, del trabajo social, de la educación social, de la psicología. Asimismo, se ha puesto en marcha un programa para la asistencia psicológica a las hijas, hijos y familiares de las mujeres víctimas de actos de violencia de género.

En **Madrid**, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, con la Dirección General de la Mujer han creado un dispositivo específico denominado “Consultas de Referencia Institucional. Programa ATIENDE”, cuyo objetivo general consiste en la valoración de la salud mental de las mujeres con Orden de Protección y de sus hijos/as, con el fin de emitir el correspondiente informe clínico con anticipación de uso legal, así como, la atención y seguimiento de los casos que lo precisen y la derivación al recurso más adecuado.

Con relación a programas desarrollados sobre la condición de mujer inmigrada como determinante para el incremento del riesgo de sufrir malos tratos, en **Cataluña**, se está llevando a cabo un estudio del análisis de las trayectorias de mantenimiento del bienestar relacionadas con la salud de diferentes colectivos de mujeres inmigrantes para identificar y mejorar los procesos de acogida de la sociedad receptora dentro del marco de las políticas sociales. También, la Estrategia de Salud para la Población Inmigrante de la **Comunidad de Madrid**, que contempla una línea estratégica para abordar el problema de la violencia de género en mujeres inmigrantes, como población más vulnerable.

Por otra parte, el Plan de Acción para Personas con Discapacidad de la **Comunidad de Madrid** (2005-2008), cuenta con estrategias para abordar y prevenir los malos tratos en mujeres en situación de mayor vulnerabilidad derivada de una discapacidad. En este Plan se reseña específicamente que “es preciso diseñar e implementar programas de lucha contra la violencia de género que aborden las necesidades de las mujeres con discapacidad”.

Por último, entre las iniciativas orientadas a mujeres procedentes de centros asistenciales de drogodependencias, cabe mencionar las lideradas por la Consejería de Sanidad de **Galicia**, que ha desarrollado un Protocolo para el abordaje y prevención de situaciones de violencia, que se incluye en el Catálogo de Programas Asistenciales del Plan de Galicia sobre Drogas.

X. Otras actuaciones

Otra de las actividades en las que las Administraciones Sanitarias han invertido notables esfuerzos se centra en la investigación sobre diversos aspectos relacionados con la violencia de género, tal y como han referido en el presente apartado.

El Servicio de Salud del Principado de **Asturias**, en colaboración con el Instituto Asturiano de la Mujer, contempla la participación en proyectos con el objetivo de identificar las intervenciones efectivas que mejoran la salud y el bienestar de las mujeres que sufren violencia en el ámbito familiar, y desarrollar guías de buena práctica para cada una de las intervenciones identificadas, así como la necesidad de promover y participar en proyectos de investigación sobre fuentes de información que mejoren los registros de información clínica contenida en los partes de lesiones que se emiten a los juzgados. En esta línea, se está estudiando la utilización de otros sistemas de codificación como la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2) de la WONCA y la International Classification of External Causes of Injury (ICECI) de la OMS.

La Comunidad de **Castilla y León** también participa y lidera diferentes proyectos de investigación en violencia de género. Un primer proyecto de investigación financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias en la convocatoria de 2004 e integrado como nodo en la Red Temática de Investigación de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria, trata sobre la efectividad de las actividades desarrolladas en sensibilización y formación del personal sanitario. Además, desde la Consejería de Sanidad y Bienestar Social se ha financiado otro proyecto de investigación sobre conocimientos y actitudes de los médicos/as de familia respecto a la violencia doméstica. Por último, en colaboración con la Asociación de víctimas de malos tratos y agresiones sexuales de Castilla y León se está llevando a cabo un estudio de opinión de las víctimas de violencia doméstica sobre la atención prestada por los médicos y médicas de familia respecto a los malos tratos.

Con el valor añadido de ser planificados y ejecutados por Asociaciones de Mujeres o por otros colectivos implicados en las respuestas al problema de la violencia de género, en la Comunidad Autónoma de **Extremadura** se subvencionan proyectos de Educación para la Salud. Asimismo, en las bases reguladoras de las subvenciones procedentes de la Consejería de Sanidad y Consumo se establece entre los temas prioritarios la Violencia de Género.

El Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública de la **Comunidad de Madrid** ha publicado un Documento Técnico de apoyo para la atención a la salud de las mujeres que sufren violencia, que recoge una investigación de carácter cualitativo titulada “La Violencia de Pareja contra las Mujeres y los Servicios Públicos de Salud”. En él se analiza el proceso de atención a las víctimas considerando, por una parte, la experiencia de las propias mujeres que han sufrido violencia y, por otra, las opiniones y actitudes de los profesionales del Sistema Sanitario. Para estimar la magnitud del fenómeno y su coste para el sistema sanitario público de la Comunidad, se está desarrollando la investigación epidemiológica “Los costes sanitarios de la violencia de pareja contra las mujeres en la Comunidad de Madrid”, enmarcada en el contexto de un Convenio de colaboración firmado entre el Instituto de Salud Pública y la Agencia Laín Entralgo. Actualmente se están analizando los datos y, próximamente, se procederá a la publicación de sus resultados.

En la **Comunidad Autónoma Balear**, se ha creado la “Fundación Balear contra la Violència de Gènere” que es una entidad sin ánimo de lucro del Gobierno de las Islas Baleares que se constituye como plataforma desde la cual difundir y investigar formas pioneras para combatir la violencia contra las mujeres y aportar nuevas fórmulas para prevenirla. Sus objetivos específicos se centran en la prevención y sensibilización, educación y formación, atención inmediata a las mujeres víctimas de la violencia doméstica, y recursos sociales y económicos. Asimismo, en la comunidad de **Castilla-La Mancha** con la Orden de Investigación de 18 de diciembre de 2003, de la Consejería de Bienestar Social, se convocaron ayudas públicas destinadas a fomentar la realización de investigaciones y estudios relacionados con la mujer.

Conclusiones

La información que se refleja en el Informe 2005 es de interés como primer paso descriptivo que permita conocer mejor la magnitud del problema, las diferentes respuestas que se están facilitando desde los servicios de salud, y las necesidades existentes para mejorar tanto su vigilancia como su atención.

Este informe abarca las actuaciones implementadas desde junio 2004 a junio de 2005. Teniendo en cuenta que la Ley se aprobó en diciembre del 2004, se considera prematuro abordar en él la evaluación de las acciones, avances y mejoras en la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género por parte de los servicios que integran el Sistema Nacional de Salud. No obstante, la elaboración de este Informe ha permitido comenzar a discutir los criterios y establecer los mecanismos para definir y comenzar el proceso de valoración del impacto de las múltiples actuaciones y esfuerzos que desde los diferentes servicios de salud se están realizando. Para ello se creará un grupo de trabajo en el seno de la Comisión contra la Violencia de género del Consejo Interterritorial del SNS.

- La principal conclusión del Informe es que existe una amplia preocupación por el problema en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que se manifiesta en las múltiples y variadas respuestas desde los servicios de salud autonómicos para prevenir la violencia de género y atender a sus víctimas.
- En relación con el conocimiento de la magnitud, características y consecuencias de la violencia de género como problema de salud, se evidencia la falta de fuentes de información sanitarias validas y de indicadores comunes consensuados.
- Las actividades de sensibilización y preventivas más desarrolladas en la actualidad se orientan fundamentalmente a la información a las mujeres para que sean capaces de identificar el problema y conozcan mejor los recursos disponibles, y a la formación del personal sanitario para la detección y atención integral del problema. Se aprecia en especial en el último tipo de intervenciones, una amplia variedad de planteamientos, unos semejantes y otros que difieren sustancialmente tanto en su conceptualización como en su metodología.
- Existen algunas iniciativas de detección precoz de la violencia, en las que se están aplicando diferentes planteamientos e instrumentos, siendo este uno de los campos donde se detecta la necesidad inmediata de mejorar la producción y difusión de conocimiento científico al respecto y la evaluación de las intervenciones, para revisar y uni-

ficar las actuaciones teniendo en cuenta su efectividad y los aspectos éticos y jurídicos del problema.

- Todas las Comunidades Autónomas han implantado protocolos asistenciales para la atención sanitaria a las mujeres víctimas, con algunas diferencias entre ellos, tanto en los contenidos, como en los procesos de puesta en marcha.
- En general se aprecia una tendencia creciente a incluir en los Planes de salud autonómicos la violencia de género como problema de salud, y es de esperar que tal como se vayan renovando se incluya más.
- La coordinación y colaboración intersectorial es compleja y conlleva procesos lentos en su establecimiento, lo que explica probablemente que las iniciativas existentes en estos compromisos sean escasas, e indica que es un campo que precisa de mayor impulso.
- La atención a mujeres en situación de especial vulnerabilidad está escasamente desarrollada, siendo esta otra de las áreas en las que es necesario invertir más esfuerzos en el futuro.

Propuestas para la acción

- Promover la investigación y el desarrollo de métodos y técnicas para la vigilancia epidemiológica, revisar las experiencias, fuentes y sistemas de información sanitaria existentes, y proponer indicadores que permitan conocer mejor la magnitud y consecuencias de la violencia de género en la salud y en el sistema sanitario. Las acciones para alcanzar estos objetivos incluyen la creación de un grupo de trabajo sobre este tema en la Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que tras realizar los análisis correspondientes elabore unas recomendaciones.
- Describir y analizar los contenidos, métodos y resultados de las actuaciones de sensibilización, formación y de atención desarrolladas hasta la actualidad para identificar y compartir las prácticas más efectivas y eficientes y elaborar un directorio de experiencias y recursos del Sistema Nacional de Salud en estos temas. Las acciones para alcanzar estos objetivos incluyen abordar estas actuaciones en el trabajo de un grupo de la Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que analice y promueva la evaluación de las intervenciones en estos temas y elabore unas recomendaciones.
- Describir y revisar los aspectos e implicaciones éticas y legales que la violencia de género tiene para los profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud. Las acciones para alcanzar este objetivo incluyen la creación de un grupo de trabajo para este tema en el seno de la Comisión contra la Violencia de Género.
- Potenciar desde el Ministerio de Sanidad y Consumo la colaboración intersectorial con otros Ministerios implicados en la prevención y atención integral a la violencia de género, especialmente con Asuntos Sociales, Educación, Interior y Justicia, para facilitar la inclusión de estos aspectos en los programas educativos escolares, universitarios sanitarios y de especialización (MIR, PIR, FIR, Medicina del Trabajo, Medicina Forense, entre otros), ayudar a resolver las preocupaciones del personal sanitario ante las implicaciones éticas y jurídicas del problema y a atender mejor a los grupos de población más vulnerables.

Anexo 1

Artículos de la Ley Orgánica 1/2004 que implican a Sanidad

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

Objeto de la Ley.

1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, 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.
2. Por esta Ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas.
3. La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

Capítulo III. En el ámbito sanitario.

Artículo 15. Sensibilización y formación.

1. Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.
2. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la

mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.

3. Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia.
4. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.

Artículo 16. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

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

La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estará compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.

La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial

Título III. Tutela institucional.

Artículo 32. Planes de colaboración.

1. Los poderes públicos elaborarán planes de colaboración que garanticen la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, que deberán implicar a las administraciones sanitarias, la Administración de Justicia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los servicios sociales y organismos de igualdad.
2. En desarrollo de dichos planes, se articularán protocolos de actuación que determinen los procedimientos que aseguren una actuación global e integral de las distintas administraciones y servicios implicados, y que garanticen la actividad probatoria en los procesos que se sigan.
3. Las administraciones con competencias sanitarias promoverán la

aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, del Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Tales protocolos impulsarán las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla.

Los protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos.

4. En las actuaciones previstas en este artículo se considerará de forma especial la situación de las mujeres que, por sus circunstancias personales y sociales puedan tener mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en esta Ley, tales como las pertenecientes a minorías, las inmigrantes, las que se encuentran en situación de exclusión social o las mujeres con discapacidad.

Referencias bibliográficas

- 1 http://www.juridicas.com/base_datos/Penal/lo11-2003.html
- 2 http://www.juridicas.com/base_datos/Penal/lo15-2003.html
- 3 http://www.juridicas.com/base_datos/Penal/l27-2003.html
- 4 http://www.juridicas.com/base_datos/Admin/cdm.html
- 5 Krug E., Dahlberg L., Mercy J, Zwi A, Lozano R, editores. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2002. Informe técnico N°: 588.
- 6 Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Resolución 1993/10 del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas; 27 de Julio de 1993 Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/Se4devw.htm>
- 7 Crowell NA, Burgess AW (editores). Understanding violence against women. Washington: National Research Council; 1996.
- 8 Velzeboer, Marijke (eds.) Violence against women: The Health Sector Responds. Washington, D.C.: PAHO, 2003.
- 9 Walby S. Theorising Patriarchy. Oxford: Blackwell; 1990.
- 10 Marugán B, Vega C. El cuerpo contra-puesto. Discursos feministas sobre la violencia contra las mujeres. Salamanca: VIII Congreso de Sociología; 2001 Disponible en: <http://www.cholonautas.edu.pe/pdf/cuerpo.pdf>
- 11 Loseke D. Violence is violence...or is it? The social construction of wife abuse and public policy. In Best J (editores). Images of issues: Typifying contemporary social problems. New York: Aldine de Gruyter; 1989, páginas 88-103.
- 12 Fagoaga C. La violencia en los medios de comunicación. Maltrato en la pareja y agresión sexual. Madrid: Dirección General de la Mujer; 1999.
- 13 Bullock C, Cubert, J. Coverage of domestic violence fatalities by newspapers in Washington State. *J Interpers Violence* 2002; 17 (5): 475-499.
- 14 Consalvo M. 3 Shot Dead in Courthouse: Examining News Coverage of Domestic Violence and Mail-order Brides. *Women Stud Commun* 1998; 21 (2): 188-211.
- 15 Maxwell K, Huxford J, Borum C, Hornik R. Covering Domestic Violence: How the O.J. Simpson case shaped reporting of Domestic Violence in the news media. *Journalism Mass Commun* 2000; 77 (2): 258-272.
- 16 Vives-Cases C. La violencia contra las mujeres en el espacio discursivo público. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; 2005.
- 17 Vives-Cases C, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C, Martín M. Historia reciente de la violencia de género en los medios de comunicación. *Gac Sanit.* 2005; 19: 22-8.

- 18 Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Bertomeu A. Una experiencia de defensa de la salud sobre violencia de género. *Gac Sanit* 2005; 19: 262-4.
- 19 Macroencuesta de violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer; 2004 Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/MCIFRAS/PRINCIPA2.HTM>
- 20 Waltermaurer E. Measuring Intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2005; 20: 501-6.
- 21 Waltermaurer E, Ortega C, McNutt L-A. Issues in estimating the prevalence of Intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2003; 18: 959-74
- 22 Schwartz M. Methodological issues in the use of survey data for measuring and characterizing violence against women. *Violence Against Women* 2000; 6: 815-38.
- 23 Medina-Ariza J, Barberet R. Intimate Partner Violence in Spain. Findings From a National Survey. *Violence Against Women* 2003; 9: 302-322.
- 24 Fontanil Y, Ezama E, Fernández R, Gil P, Herrero FJ, Paz D. Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema* 2005; 17: 90-95.
- 25 Alonso M, Bedoya JM, Cayuela A, Dorado M, Gómez M, Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos en Obstetricia y Ginecología* 2004; 47: 520.
- 26 Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit* 2006 (en prensa).
- 27 Miller A, Goel V. Screening en Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H (eds) (4ª edición). *Oxford Textbook of Public Health. The practice of Public Health.* Oxford (UK): Oxford University Press, 2002; p. 1823-37.
- 28 Last J.M. *Diccionario de epidemiología.* Barcelona: Salvat, 1989; p. 32-33.
- 29 Nelson H, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A review of the evidence for the USA Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004; 140: 387-96.
- 30 Anglin D, Sachs C. Preventive Care in the Emergency Department: Screening for the Domestic Violence in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003; 10: 1118-27.
- 31 Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should Health Professionals Screen Women for domestic Violence? Systematic Review. *BMJ* 2002; 325: 314-27.
- 32 Thurston WE, Cory J, Scout C. Building a feminist theoretical framework for screening of wife battering: key issues to be assessed. *Patient Educ Couns* 1998; 33: 299-304

- 33 Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Detección precoz de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (3): p. 101.
- 34 Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, Montón C, Redondo MJ, Tizón JL. *Violencia Doméstica*. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
- 35 US Preventive Service Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2004; 140:382-6.

Este documento pretende cumplir con el compromiso del Sistema Nacional de Salud en la atención a la violencia de género, de elaborar un Informe Anual sobre el estado del problema y de sus respuestas sanitarias. Este primer Informe recoge la información de los meses inmediatamente precedentes y los posteriores a la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, el periodo comprendido entre junio del 2004 a junio del 2005. Está elaborado por consenso y colaboración en la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El Observatorio de Salud de la Mujer de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, que asume la secretaría de la Comisión, ha realizado la compilación y síntesis y la incorporación de los resultados de los estudios encargados

