

VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

Posgrado Oficial
Estudios de Género y Políticas de Igualdad

“La violencia de género:
Un análisis desde la perspectiva sanitaria”

Trabajo de investigación presentado en la Universidad de Salamanca
para la obtención del título de Master en Estudios Interdisciplinares de Género

AUTORA:

M^a José Feroso Palmero

DIRECTORA:

Profa. Dra. M^a Dolores Calvo Sánchez

Curso Académico 2008/2009



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

María Dolores Calvo Sánchez, Profesora del Master Oficial de Estudios de Género y Políticas de Igualdad de la Universidad de Salamanca, informa como directora del trabajo de investigación que se presenta, que reúne a mi juicio todos los requisitos necesarios para ser presentado y defendido ante la comisión enjuiciadora.

En Salamanca a 25 de agosto de 2009

Agradecimientos

Al terminar este trabajo, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a quienes a lo largo de este tiempo me han prestado su apoyo profesional y personal.

Especialmente a la Dra. M^a Dolores Calvo Sánchez, por haberme animado a realizar los estudios de este master, orientándome en todos los momentos que necesité sus consejos. Gracias por haber aceptado la dirección de este trabajo, que sin su inestimable ayuda, sus valiosas aportaciones y su plena colaboración no hubiera podido realizar; espero haberme acercado a la altura de su confianza y de su magisterio.

Quiero también expresar mi agradecimiento a la Universidad de Salamanca como institución y muy especialmente a los profesores de este master por el rigor en las enseñanzas impartidas. Mi reconocimiento especial a su Directora, la Dra. Ángela Figueruelo Burrieza por su profesional disposición en los consejos y orientaciones recibidas.

A mis compañeros del master, Jesús, Cristina, Sara y Begoña, que me han brindado su amistad, ánimo y estímulo intelectual, gracias.

No puedo olvidarme de mis compañeros de la Escuela de Enfermería de Zamora, en especial mi gratitud a Soledad Sánchez Arnosi, su directora, por su ayuda y la confianza que siempre ha depositado en mí.

Por último, en el apartado personal, mi agradecimiento a Jose, mi esposo, por su inestimable apoyo y comprensión durante estos meses, en los que el trabajo ha ocupado la mayor parte de mi tiempo. También gracias, que le reitero una y otra vez a Sergio, mi hijo, que espero y deseo que llegue a entender algún día el motivo por el que durante tantas horas no he podido dedicarle la atención que merece, y para que le quede el recuerdo de un trabajo realizado, también con su ayuda. A mis padres, siempre preocupados por mi felicidad, alentadores y reconfortantes en los momentos difíciles y a los que es imposible poder recompensar su cariño como se merecen; al resto de mi familia, les agradezco todo el apoyo y la valiosa ayuda prestada en estos últimos meses. A todos mi mayor reconocimiento y gratitud.

Con razón decía un célebre jurisconsulto que la vida no está protegida; pero debió añadir «en especial la de la mujer».

Todo español cree tener sobre la mujer derecho de vida o muerte. Lo mismo da que se trate de su novia, de su amante, de su esposa. Los celos disculpan los más atroces atentados, las venganzas más cruentas; y los que se escandalizan de las barbaridades de la guerra (que al fin tiene un carácter colectivo y de interés general) disculpan esas atrocidades individuales, como si fuese lícito nunca tomarse la justicia por la mano.

Emilia Pardo Bazán.

La vida contemporánea. La Ilustración Artística

n.º 1740. 3-V-1915, p. 302.

Abreviaturas

AP Atención Primaria

AE Atención Especializada

CE Constitución Española

CGE Consejo General de Enfermería

CIE Consejo Internacional de Enfermería

CEDAW Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación
contra la mujer

CISNS Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CGPJ Consejo General del Poder Judicial

ITS Infecciones de transmisión sexual

LEC Ley de Enjuiciamiento Criminal

LGS Ley General de Sanidad

LOI Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y
hombres

LOMPIVG Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de
Género

LOPS Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

NANDA North American Nursing Diagnosis Association

NOC Nursing Outcomes Classification

NIC Nursing Interventions Classification

OMS Organización Mundial de la Salud

ONU Organización de Naciones Unidas

SIDA Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SNS Sistema Nacional de Salud

SUH Servicios de Urgencias Hospitalarios

UE Unión Europea

VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana

Sumario

I. Introducción a la violencia de género desde el ámbito sanitario.....	3
II. Marco internacional y europeo en la lucha contra la violencia de género.....	10
III. Marco jurídico estatal en la lucha contra la violencia de género. Especial referencia a la LOMPIVG y a la LOI	23
3.1 Análisis de las medidas sanitarias en la LOMPIVG.....	25
3.2 La LOI ante la prevención de la violencia de género.....	32
IV. Respuesta del ordenamiento jurídico autonómico a la violencia de género respecto al ámbito sanitario.	37
4.1 Exposición, por comunidades autónomas, de las medidas sanitarias redactadas en la legislación respecto a la violencia de género.....	37
4.2 Estudio comparativo de las medidas sanitarias de la normativa autonómica. Referencia al marco normativo internacional, europeo y estatal.	56
V. Aproximación al sector salud frente a la violencia de género.....	69
5.1 Marco teórico y conceptual de la violencia de género en el campo de la salud.....	70
5.2 Descripción de un modelo de intervención.	77
5.3 Actuación sanitaria frente a la violencia de género.....	82
5.4 La violencia de género en la disciplina enfermera.	93
5.5 Desarrollo de protocolos sanitarios ante la violencia de género en España.....	96
VI. Conclusiones y propuestas	104
VII. Bibliografía	108
7.1 Legislación consultada	117
7.2 Documentos de organismos públicos	121
7.3 Protocolos y guías sanitarios	123
7.4 Págs web e Índice de gráficos	124
VIII. Anexos	

I. Introducción a la violencia de género desde el ámbito sanitario

Desde que la francesa Olympe de Gouges fuera guillotizada en 1793 por rebelarse contra el poder y defender que las mujeres tenían derechos de ciudadanía, han pasado más de trescientos años. Pero sus ideas que quedaron plasmadas en la célebre Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana de 1791, siguen vigentes. Como también de alguna manera, el libro Defensa de los Derechos de la Mujer de la escritora inglesa Mary Wollstonecraft publicado en 1792.

Pese a que en la Carta de las Naciones Unidas en 1945 se manifieste, entre sus propósitos, el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos fundamentales de todas las personas sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión¹ y en 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamase de modo claro que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de sexo², en 1993, la Cumbre de Viena de las Naciones Unidas tuvo que especificar y reconocer que los derechos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales³.

La violencia contra las mujeres no es un fenómeno nuevo, pero en los últimos años se ha desarrollado un proceso de denuncia, discusión, visibilización y toma de conciencia sobre este problema, pasando de considerarlo una cuestión privada a entenderlo como un problema social y en este proceso han tenido mucho que ver el movimiento feminista y los grupos de mujeres⁴

¹ Carta de las Naciones Unidas (San Francisco, 26 de junio de 1945). Artículo 1.3. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/charter.htm> (Consulta 8 de agosto de 2009)

² Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículos 1 y 2.1. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/#atop> (Consulta 5 de agosto de 2009)

³ Declaración Res AG 48/104 de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer, proclamada en Viena, el 20 de diciembre de 1993. Artículo 18. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument) (Consulta 5 de agosto de 2009)

⁴ FERRER PÉREZ V.A. y BOSCH FIOL. E., El papel del movimiento feminista en la consideración social de la violencia en contra las mujeres: el caso de España. Revista de Estudios Feministas Labrys, N° 10 Dossier España 2006

La violencia de género es la manifestación extrema de desigualdad del hombre hacia la mujer, el resultado y el modo de afianzar el dominio de las relaciones de poder basadas en la supremacía masculina y la subordinación femenina, relaciones que son posibles en las sociedades patriarcales gracias a las pautas de organización social que las permiten, las mantienen y las legitiman. Ciertamente, no parece posible entender el origen de la violencia y su mantenimiento durante siglos si la cultura dominante en una sociedad estuviera en contra de ella⁵. Debemos entenderlo como un fenómeno social y global transversal que se materializa en todas las clases sociales, todas las edades y todas las culturas, persiste en todos los países del mundo y acontece tanto en el ámbito urbano como en el ámbito rural, siendo uno de los principales obstáculos para lograr la igualdad de género.

El Consejo de Europa la define como “cualquier acto violento por razón de sexo que resulta, o podría resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en el sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos, coacción o la privación arbitraria de libertad, produciéndose estos en la vida pública o privada”. Incluye no sólo la violencia que se produce en la familia o unidad doméstica, sino también la que se produce dentro de la comunidad general, la violencia perpetrada o tolerada por el Estado o sus oficiales y la violación de los derechos humanos de las mujeres en circunstancias de conflicto armado⁶. Todas ellas son inaceptables, tienen hondas raíces sociales y culturales y se basa en la creencia ancestral de que la mujer es propiedad del hombre, quien puede tratarla como juzgue adecuado. Está vinculada al desequilibrio, la asimetría, el dominio y la desigualdad de los hombres frente a las mujeres, que encuentran en la violencia una forma de resolver los conflictos. Corsi explica que el uso de la fuerza como método para la resolución de conflictos personales se legitima más frecuentemente cuando la ejercen los hombres en función de un modelo social que se apoya en la supremacía

La gran magnitud de la violencia contra las mujeres llevó a que la OMS la declarara como un problema prioritario en salud pública. En 1996, la 49.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución 25 por la que se reconocía la violencia de la mujer como

⁵ ALBERDI, I. y MATAS, N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002. Pág. 23-27.

⁶ Recomendación Rec (2002) 5 adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/politicas/docs/5_Rec_2002_5.pdf (Consulta: 4 de agosto de 2009)

uno de los problemas de salud pública más importantes por su creciente incidencia y mortalidad, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene este enorme problema social⁷. El informe mundial de la OMS de 2005 dedicado a la salud de la mujer y violencia doméstica, confirma que entre el 10% y el 69% de las mujeres entrevistadas refirieron haber sufrido agresiones físicas por parte de su compañero íntimo masculino en algún momento de sus vidas. Pero, para muchas de estas mujeres, esta agresión física no fue un caso aislado sino que forma parte de un patrón de comportamiento agresivo. Las investigaciones indican que la violencia física en las relaciones íntimas van acompañadas con frecuencia de violencia psicológica, y entre un tercio y la mitad de los casos además se acompañan de abusos sexuales (Vega, 1999; Fuster, 2002).

Ha sido declarada por las Naciones Unidas como "el crimen más frecuente del mundo" y como un problema de consecuencias físicas y psicológicas graves para los miembros de la familia. Es un delito y el personal sanitario, según el artículo 262 de la LEC⁸, están obligados a denunciar a la autoridad judicial competente.

En España, durante los últimos años se ha producido un incremento considerable de las denuncias debido a una mejor información de la mujer, a una mejora en el desarrollo de la red de recursos y el apoyo social a la mujer maltratada, así como a una mayor sensibilidad social ante el problema. No obstante, la violencia de género comienza a parecer un mal endémico. Las cifras aumentan y disminuyen sin conseguirse un control que evite que las mujeres sean asesinadas por sus parejas. En el ámbito de la atención primaria, en el año 2003, se llevó a cabo un estudio entre las mujeres asistentes a veintitrés centros de AP de tres CCAA para ver la frecuencia de maltrato y la respuesta que ellas daban a la violencia que padecían. En el gráfico-1, se muestran los datos de dicho estudio sobre prevalencia y frecuencia de maltrato.

⁷ World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2002: 20, 305, 112.. Disponible en: http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=00000 (Consulta: 4 de agosto de 2009)

⁸ Ley de Enjuiciamiento Criminal

El Artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal: "Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticias de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de Instrucción, y en su defecto, al policía municipal o al funcionario de policía más próximo, si se tratare de un delito flagrante.[...]"

Gráfico-1. Prevalencia y frecuencia de maltrato global (de cualquier tipo en cualquier momento de la vida) y por categorías excluyentes de maltrato alguna vez en la vida. Mujeres asistentes a consultas de AP (n =1.402)

Tipo de maltrato	Frecuencia	n (%)
Global	Muchas veces	160 (36,0)
	A veces	285 (64,0)
Físico y emocional	Muchas veces	44 (44,4)
	A veces	55 (55,6)
Emocional	Muchas veces	37 (18,7)
	A veces	161 (81,3)
Emocional y sexual	Muchas veces	10 (28,6)
	A veces	25 (71,4)
Físico, emocional y sexual	Muchas veces	60 (72,3)
	A veces	23 (27,7)

Fuente: Ruiz Perez I, Plazaola Castaño J. Sociodemographic associations of physical, emotional and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Annals of Epidemiology* 2006;16 (5): 357-363

En función de lo anteriormente expuesto, enmarcado en este amplio contexto, donde la atención a las víctimas de violencia de género debe ser una labor integral y considerando el sector sanitario un eslabón de la cadena asistencial, fundamental y necesario en el abordaje integral, puede entenderse la importancia que tiene en la actualidad el análisis de este campo, objetivo de este trabajo, en el cual se pretende profundizar en el estudio de las medidas sanitarias desarrolladas contra la violencia de género y recogidas tanto en el marco jurídico como asistencial para poder contribuir a la solución de este gran problema.

Para la elaboración de este trabajo se revisa en primer lugar, en el capítulo dos, las normativas en los ámbitos internacional y europeo. La violencia contra las mujeres está reconocida como una violación múltiple de los derechos humanos en numerosos acuerdos y tratados internacionales que deberían servir como herramientas y garantías reales para trabajar hacia la prevención de estos crímenes, a pesar de ello, a varios años de firmados esos acuerdos se siguen practicando con impunidad. La IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing, 1995) marcó un hito importante en relación con la concepción, conceptualización y principios básicos de acción para atajar la violencia

ejercida contra las mujeres⁹. En este trabajo se analizan los avances logrados en la legislación internacional y europea.

El capítulo tres, basado en el análisis de la normativa estatal se centra fundamentalmente en dos textos legales, en la LOMPIVG porque ha sido un paso decisivo en la lucha contra esta lacra social, – esta norma ha sido creada como un cuerpo legal único que adopta medidas en todos los campos, al objeto de prevenir, sancionar y resarcir a las víctimas en una idea de actuación transversal – y la LOI en su vertiente preventiva. El tema en torno al que gira este trabajo, como se subraya en el título del mismo, es el ámbito sanitario. A este respecto, el Informe Ejecutivo de Evaluación de la Aplicación de la LOMPIVG realizado por el Ministerio de Igualdad considera que esta norma ha dado trascendencia al papel de la Sanidad en el abordaje integral de la violencia de género; considerándolo como un problema de salud pública destaca la responsabilidad en la detección y prevención de la violencia, sin olvidarse de la función asistencial y terapéutica a través de una visión global integrando tanto las cuestiones preventivas y asistenciales como la referencia individual y social¹⁰.

A partir de 1992 el Estado Español comienza el proceso de transferencia de competencias a sus 17 comunidades autónomas¹¹, las cuales han ido promulgando leyes autonómicas para la prevención, tratamiento integral y protección frente a la violencia de género. Para el estudio del marco autonómico de este trabajo, tanto normativo como en lo referente a protocolos y guías se ha utilizado el “Informe Violencia de Género 2007” del Ministerio de Sanidad y Política Social¹². En esta revisión a través de la navegación web mediante el buscador electrónico google se accede a esos documentos y se actualizan dichos datos, posteriores a 2007, año de elaboración de dicho informe. (Se

⁹ Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Disponible en: http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2907&Itemid=264

¹⁰ Ministerio de Igualdad. Informe Ejecutivo de Evaluación de la Aplicación de la LOMPIVG. 24 de julio de 2008. Pág. 11. Disponible en: http://www.migualdad.es/noticias/pdf/INFORME_EJECUTIVO-14_JULIO_2008def.pdf
(Consulta: 23 de julio de 2009)

¹¹ Ley Orgánica 9/1992, de 23 de Diciembre, de Transferencia de Competencias a Comunidades Autónomas. [BOE núm. 308].

¹² Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, Estudios e Investigación 2009. Informe Violencia de Género 2007. Pág. 19-31. Este Informe presenta una visión general de las estrategias, planes y programas de atención sanitaria integral a la salud de las mujeres que se encuentran en situación de violencia de género, diseñadas en el seno de la Comisión y aprobadas por el CISNS, con una pauta de actuación homogénea y consensuada para todo el Sistema Nacional de Salud.

consideró conveniente elaborar una tabla con dichos documentos insertando el hipervínculo a la página web correspondiente. Anexo 1). El análisis que se realiza respecto a las medidas sanitarias autonómicas es comparativo con respecto a la normativa estatal, europea e internacional, centrándose en determinadas áreas, y desarrollando los siguientes apartados:

- Los protocolos sanitarios como pautas uniformes de actuación
- Desarrollo de protocolos para dar una respuesta integral
- La investigación como herramienta básica de actuación
- Referencia a grupos de especial vulnerabilidad
- La formación, un pilar fundamental en el abordaje de la violencia de género
- La formación en igualdad como medida obligatoria en la prevención de la violencia de género
- Referencia a la asistencia del maltratador desde la normativa

Pone fin a este trabajo el capítulo cuatro, donde se examina el marco conceptual de la violencia de género en el campo de la salud, incluyendo la descripción de un modelo de intervención que permita ayudar a esclarecer no sólo las causas de la violencia y sus complejas interacciones, sino también la actuación en los diferentes niveles de asistencia. Se estudia el desarrollo de los protocolos sanitarios en España con el propósito de aportar una visión actual del desarrollo de las medidas sanitarias y analizar los obstáculos y dificultades que pueden surgir a la hora de erradicar la evidente cifra negra que existe. En este capítulo se incluye un análisis desde la disciplina enfermera, una mirada desde su cuerpo de conocimientos como sustento teórico de la práctica, describiendo a través de un enfoque holístico la contribución de la enfermería frente a la violencia de género.

Se trata de un estudio cualitativo en el cual se realizaron búsquedas en Medline, Cuiden y otras bases de datos especializadas. Se realiza una revisión del material bibliográfico sobre violencia de género, que incluye estudios realizados tanto en España como en otros países, protocolos de instituciones de salud y publicaciones sobre distintos aspectos del fenómeno de la violencia. La investigación de este trabajo se apoya también, en estudios realizados por instituciones públicas, internacionales y nacionales donde se detallan resultados y reflexiones que han sido de enorme utilidad. Se ofrece un listado de los documentos utilizados, dentro de la bibliografía, por la

ayuda que pueda suponer a los que estén interesados en ampliar los conocimientos relativos a la violencia de género. También se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de numerosos trabajos de profesionales sanitarios publicados en revistas de investigación en los últimos años relacionados con este tema.

A lo largo del estudio se confeccionaron gráficos y tablas auxiliares utilizando las herramientas Microsoft Word y Microsoft Excel¹³.

Por último, se incluyen las conclusiones, los anexos y las referencias bibliográficas, así como la legislación consultada.

¹³ Microsoft Word y Microsoft Excel son propiedad de Microsoft Corporation Inc.

II. Marco internacional y europeo en la lucha contra la violencia de género

Para comprender la evolución legislativa realizada en los últimos años en España, abordado en el capítulo siguiente de este trabajo, es esencial conocer el marco internacional y europeo, en el que se inscriben las actuaciones en materia de violencia contra las mujeres.

La violencia contra la mujer ha llegado a formar parte de las agendas y debates a nivel internacional. Cuando surgieron las Naciones Unidas en 1945, la lucha a favor de la igualdad entre mujeres y hombres estaba escasamente incorporada en las agendas políticas nacionales (de los 51 Estados Miembros originales, sólo 30 permitían que las mujeres tuvieran los mismos derechos de voto que los hombres o les permitían ocupar cargos públicos). La Carta de las Naciones Unidas habla deliberadamente de “la igualdad de derechos de hombres y mujeres”, y consagra “la dignidad y el valor de la persona humana”¹⁴.

Describe Ortíz Lallana en su artículo, Igualdad de derechos y oportunidades entre el hombre y la mujer en la Unión Europea, que “en 1957, por razones puramente económicas y no sociales, el Tratado de Roma¹⁵ en su artículo 119 – hoy 141 en su versión consolidada por el Tratado de Amsterdam¹⁶ de 2 de octubre de 1997 – consagró la aplicación en cada Estado miembro del principio de igualdad de retribución entre los trabajadores masculinos y femeninos para un mismo trabajo, fijando un concepto amplio de retribución al respecto (comprendido del salario o sueldo normal de base o mínimo y cualesquiera otras gratificaciones satisfechas, directamente o indirectamente en dinero o en especie) y explicitando como parámetros de referencia, para la retribución fijada por unidad de obra la misma unidad de medida para los trabajadores

¹⁴ Carta de las Naciones Unidas. Nota introductoria. <http://www.un.org/spanish/aboutun/charter.htm> (Consulta: 29 de junio de 2009)

¹⁵ Tratado de Roma (25 de marzo de 1957), por el que se constituye la Comunidad Económica Europea. El artículo 14 introduce el principio de igualdad y no discriminación por razón de sexo.

¹⁶ Tratado de Amsterdam (firmado el 2 de octubre de 1997 por los ministros de Asuntos Exteriores de los quince países miembros de la UE).

de ambos sexos y, para la establecida por unidad de tiempo, un mismo puesto de trabajo en ambos casos”¹⁷.

Antes de esta fecha no existía ninguna referencia al sexo como motivo de discriminación. Durante los tres decenios posteriores a la constitución del Tratado de Roma, la labor de Naciones Unidas a favor de las mujeres se centró en los aspectos jurídico-políticos. Con el paso del tiempo se comprobó que la igualdad formal no era suficiente garantía para hacer real la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, y se pasó a un compromiso más fuerte en materia de igualdad, que dio como resultado las conferencias internacionales sobre las mujeres, citadas cronológicamente a continuación¹⁸, así como pactos y convenciones en defensa de los derechos de las mujeres, donde para la elaboración de este trabajo, se han seleccionado principalmente los temas relacionados con la violencia de género y la salud.

“Las cuatro conferencias mundiales sobre las mujeres celebradas entre 1975 y 1995, organizadas por Naciones Unidas, han contribuido a situar la causa de la igualdad entre las mujeres y los hombres en el centro del temario mundial, y unieron a la comunidad internacional en apoyo de un conjunto de objetivos comunes por la igualdad de género en todas las esferas de la vida, tanto de la vida privada como de la pública”¹⁹.

La primera Conferencia Internacional sobre la mujer se realizó en México, en 1975, y se identificaron como relevantes tres objetivos esenciales: la igualdad plena de las mujeres y la eliminación de la discriminación por motivos de sexo; la integración y la plena participación de la mujer en el desarrollo; la necesidad de una contribución cada vez mayor de la mujer en el fortalecimiento de la paz mundial. La Conferencia respondió aprobando un plan de acción mundial, documento en que se presentaban directrices que debían seguir los gobiernos y la comunidad internacional en los diez

¹⁷ ORTÍZ LALLANA CARMEN “Igualdad de derechos y oportunidades entre el hombre y la mujer en la Unión Europea” Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, núm. 47, Madrid, 2003, p 99.

¹⁸ Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2007 Pág. 11-12
Disponible en: <http://www.migualdad.es/violencia-mujer/Documentos/InformeAnualInternet.pdf>
(Consulta: 25 de junio de 2009)

¹⁹ Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar la Plataforma de Acción de Beijing. Nueva York, 5 a 9 de junio de 2000
Las Cuatro Conferencias Mundiales Sobre La Mujer, 1975 A 1995: Una perspectiva histórica.
Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/Mujer2011.htm>
(Consulta: 25 de junio de 2009)

años siguientes para alcanzar los objetivos fundamentales establecidos por la Asamblea General. En el plan de acción se estableció un mínimo de metas, para alcanzarlas en 1980, que se centraban en garantizar el acceso equitativo de la mujer a los recursos, como la educación, las oportunidades de empleo, la participación política, los servicios de salud, la vivienda, la nutrición y la planificación de la familia²⁰.

El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante resolución A/54/4, aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países. (España lo ratificó en 1983). En esta Convención se destaca la preocupación de que “[...] en situaciones de pobreza la mujer tiene un acceso mínimo a la alimentación, la salud, la enseñanza, la capacitación y las oportunidades de empleo, así como a la satisfacción de otras necesidades”. El Artículo 12 dedicado específicamente a la salud, va dirigido a los Estados Partes para que adopten medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, refiriéndose también al acceso de la planificación familiar²¹.

En esta Convención se instó a los estados firmantes a establecer medidas legislativas y de otra índole que prohíban la discriminación contra la mujer. En 1992 el comité creado para la vigilancia de la ejecución de esta Convención incluyó la violencia por razón de género como una forma más de discriminación y las medidas que deben adoptarse para eliminarla. En cuanto a sus efectos sobre la salud, recomienda a los estados que ofrezcan servicios de apoyo todas las víctimas, como refugios, servicios de rehabilitación y orientación²².

Desde la celebración en 2003 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, constituye una preocupación de las políticas públicas y, por ello, las

²⁰ Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar la Plataforma de Acción de Beijing. Nueva York, 5 a 9 de junio de 2000. Op. cit.

²¹ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm> (Consulta: 2 de julio de 2009)

²² RUIZ-JARABO QUEMADA, C., y BLANCO PRIETO, P. (COMPS.) La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Editorial Díaz de Santos. Madrid, 2004. Violencia contra las mujeres, violencia de género. ANDRÉS DOMINGO, P., Pág. 17

políticas de salud deben tener en cuenta las desigualdades de género e integrar la perspectiva de género²³.

En la Conferencia de Copenhague, en 1980, se reconoció que pese a los progresos alcanzados estaban comenzando a surgir señales de disparidad entre los derechos garantizados y la capacidad de la mujer para ejercer esos derechos. Para abordar esa inquietud, la Conferencia estableció tres esferas en que era indispensable adoptar medidas concretas y con objetivos precisos para que se alcanzaran las amplias metas de igualdad, desarrollo y paz, determinadas por la Conferencia de México D.F. Esas tres esferas eran la igualdad de acceso a la educación, las oportunidades de empleo y servicios adecuados de atención de la salud.

La tercera Conferencia Internacional, bajo el título: La Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, en 1985, en Nairobi, supuso el logro de un consenso internacional en materia de igualdad entre mujeres y hombres. Los datos reunidos por Naciones Unidas durante el periodo de 1980 a 1985 fueron significativos para alcanzar dicho consenso y para fijar un contenido vindicativo común.

En el capítulo II dedicado al desarrollo, se plantean medidas para la aplicación dentro del plano nacional y en áreas específicas de actuación, siendo una de ellas la salud. En el punto 148 va dirigido al establecimiento por parte de “los gobiernos de planes de acción relativos a la mujer en la salud y el desarrollo con el fin de identificar y reducir los riesgos para la salud de la mujer y promover la salud positiva de la mujer en todas las etapas de la vida”. Destaca el importante reconocimiento hacia la mujer como proveedora de cuidados para la salud. En el siguiente apartado se promueve la participación de la mujer a nivel profesional y superior en cargos directivos en instituciones de salud. Continúa con la importancia de la Educación para la salud que debe orientarse hacia el cambio de las actitudes y los valores y acciones que sean discriminatorias y perjudiciales para la mujer y la salud de las niñas, así como la composición del personal de salud para que pueda haber una adecuada comprensión de las necesidades de salud de la mujer y pueda participar en la formulación y planificación

²³ BORRELL, C y ARTAZCOZ, L., Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Revista Española Salud Pública 2008; 82: 245-249.

de la educación para la salud de sus necesidades. El Artículo 231 dentro del apartado III dedicado a la paz, va dirigido a los gobiernos, los cuales “deberían adoptar medidas eficaces, incluida la movilización de los recursos de la comunidad para identificar, prevenir y eliminar toda violencia, incluida la violencia familiar, contra mujeres y niños y para proporcionar vivienda, servicios de apoyo y reorientación para las mujeres maltratadas y los niños. Estas medidas deben estar encaminadas sobre todo a las mujeres conscientes de que el maltrato no es un fenómeno incurable, pero un golpe a su integridad física y moral, contra los que tienen derecho (y el deber) a luchar, si son ellas mismas las víctimas o los testigos. Más allá de estas medidas de protección urgentes para las mujeres maltratadas y los niños, así como las medidas represivas de los autores de este maltrato, sería adecuado poner en marcha a largo plazo los mecanismos de apoyo de la ayuda y orientación para mujeres maltratadas y los niños, así como a las personas, a menudo los hombres, que les maltratan”²⁴.

Merece destacarse en esta tercera Conferencia Internacional que la igualdad de las mujeres que se propone y persigue no puede abordarse como una cuestión aislada o sectorial, sino que dado que engloba a todas las esferas de la actividad humana debe tener un tratamiento político global (estaba naciendo lo que Europa denominaría *mainstreaming*). Puede decirse que Nairobi significó un hito en el establecimiento de una agenda feminista internacional. Este nuevo enfoque se pondría en marcha a partir de la Conferencia de Beijing, y Europa lo incorporó en el IV Programa de Acción Comunitario para la Igualdad de oportunidades entre Mujeres y Hombres (1996-2000).

El nuevo enfoque no era otro que incorporar el género al principio de igualdad, así como la perspectiva de género a todas las políticas públicas. El cumplimiento de este objetivo demandaba un detallado sistema de recogida de información, datos desagregados por sexo, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, así como desechar la idea de que las políticas son neutras y evaluar el impacto diferenciado de las mismas en las mujeres y los hombres. Conocer y analizar las diferencias sistemáticas entre las mujeres y los hombres, así como las necesidades específicas de ambos sexos exigía, además, una formación especializada por parte de los operadores

²⁴ Informe de la Conferencia Mundial para el Examen y Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz. Nairobi, 15-26 de julio de 1985. Disponible en: <http://www.earthsummit2002.org/toolkits/women/un-doku/un-conf/nairobi-2.html> (Consulta: 2 de julio de 2009)

jurídicos y sociales, y el desarrollo combinado de acciones específicas dirigidas a las mujeres y de acciones generales para toda la sociedad.

Durante la Conferencia Mundial por los Derechos Humanos, celebrada en Viena, en 1993, se reconoce que la violencia contra las mujeres es una clara violación de los derechos humanos y que los derechos de las mujeres son parte inseparable, integral e inalienable de los derechos humanos universales. Considera que la violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas, proponiendo medidas legislativas y actividades tanto del ámbito nacional como de cooperación internacional, en diferentes esferas como el desarrollo económico y social, la educación, la atención a la maternidad y a la salud y el apoyo social. En su artículo 38, subraya “la importancia de la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, a eliminar todas las formas de acoso sexual, la explotación y la trata de mujeres, a eliminar los prejuicios sexistas en la administración de la justicia y a erradicar cualesquiera conflictos que puedan surgir entre los derechos de la mujer y las consecuencias perjudiciales de ciertas prácticas tradicionales o costumbres, de prejuicios culturales y del extremismo religioso”²⁵.

En 1993, en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres, (AG 48/104, 20 de diciembre de 1993) en su artículo 1 “define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. En el artículo 2 se describen los actos que abarca: “La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la

²⁵ Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 14 a 25 de junio de 1993 [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?Opendocument) (Consulta: 3 de julio de 2009)

explotación. La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada. La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”²⁶.

Esta definición tiene como objetivo dar entrada a un contenido amplio en materia de violencia contra las mujeres, mostrándose las diferentes formas y contextos en los que se desarrolla. Se trata de reconocer que nos encontramos ante un problema estructural que exige un abordaje complejo, transversal y multidisciplinar, de cuya resolución son responsables los Estados.

El artículo 3 señala los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole a los que la mujer tiene derecho, figurando entre ellos en el apartado f, “el derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar”²⁷.

En 1994, la Resolución 45/1994, la Comisión de los Derechos Humanos asignará por primera vez responsabilidades a los Estados por actos de violencia contra las mujeres.

Posteriormente en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, (1995), las representantes de 189 gobiernos adoptaron la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, que está encaminada a eliminar los obstáculos a la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada, define un conjunto de objetivos estratégicos y explica las medidas que deben adoptar a más tardar para el año 2000, los gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para eliminar los obstáculos que entorpecen el adelanto de la mujer, enfocándose a doce áreas de especial preocupación. En esta Conferencia se logrará un documento unánime de compromiso de los Estados con el fin de erradicar la violencia y avanzar en la igualdad, el desarrollo y la paz.

²⁶ Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993
Disponibile en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/pdf/mujer_violencia.pdf
(Consulta: 3 de julio de 2009)

²⁷ Ibid.

Lo importante en Beijing, para el tema que nos ocupa, fue el desarrollo de la violencia contra las mujeres adoptada en la plataforma de acción en sus párrafos 112 al 123, aunque previamente en el párrafo 92 queda reflejada la importancia de lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre y considera, entre otras situaciones, que la experiencia de la violencia en la mujer tiene efectos perjudiciales sobre su salud, siendo esta indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria. El derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para sus emancipación. Con anterioridad, en 1979 dentro de la CEDAW, ya se proponía a los Estados Partes que adoptaran medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, refiriéndose también al acceso de la planificación familiar. En el párrafo 113 de este documento aparece su definición: “La expresión violencia contra la mujer se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”. También se pormenorizan otras formas según la violencia se desarrolle en la familia, la comunidad o sea perpetrada o tolerada por el Estado; y en el párrafo 118 se establece sin margen de duda el origen de esta violencia específica: “es la manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo”. “Reconocer, apoyar y promover el papel fundamental que desempeñan las instituciones intermedias, como los centros de AP de salud, los centros de planificación de la familia, los servicios de salud que existen en las escuelas, los servicios de protección de madres y recién nacidos, los centros para familias de inmigrantes y otros similares en materia de información y educación relativas a los malos tratos” son medidas que han de adoptar los gobiernos, incluidos los gobiernos locales, las organizaciones populares, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de enseñanza, los sectores público y privado, en particular las empresas, y los medios de información, según proceda²⁸.

²⁸Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing 1995.

Disponible en:

http://www.migualdad.es/mujer/politicas/docs/Informe%20de%20la%20IV%20Conf_Beijing.pdf

(Consulta: 7 de julio de 2009)

La valoración de los objetivos establecidos en Beijing, se realizó en Nueva York, del 5 al 9 de junio de 2000, en la Sesión Especial “Mujeres 2000: igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI”, en ella se denuncia la falta de realización de los objetivos establecidos y se reafirma el compromiso político de Beijing por parte de los Estados. En esta confirmación de objetivos hay que destacar la alusión expresa a la violencia contra la mujer como un asunto de carácter público y no sólo privado; y el compromiso de los Estados de legislar o reforzar los mecanismos existentes en sus legislaciones, para afrontar las cuestiones legales relacionadas con todas las formas de violencia contra la mujer, la violación marital y el abuso sexual de mujeres y niñas.

La agenda política de Beijing se encuentra aún en plena vigencia en materia de igualdad, dado que muchos de sus objetivos no han podido ser realizados. El 16 de diciembre de 2004, de conformidad con el apartado 2 del artículo 29 del Reglamento Interno, el Comité Económico y Social Europeo decidió elaborar un dictamen de iniciativa sobre el tema: “Beijing+ 10, Evaluación de los progresos logrados en el campo de la igualdad entre los géneros en Europa y en los países en desarrollo”, en el que se analiza lo logrado, pero también que existen fuertes desigualdades entre mujeres y hombres en ámbito claves como son: la vida económica, la participación y la representación social y política, el ejercicio de los derechos civiles, en la vida civil y en la representación de roles y estereotipos.

En la Declaración sobre La eliminación de la violencia contra la mujer (Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2003/45) se expresa el reconocimiento por las iniciativas adoptadas por el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer para combatir la violencia contra la mujer a nivel internacional, nacional y regional, así como por el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2002 y en particular por el examen que en él se hace de la violencia por razón de género.

En el apartado 9 esta Declaración, “Hace hincapié en que la violencia contra la mujer repercute en su salud física y mental, en particular su salud reproductiva y sexual y, a ese respecto, alienta a los Estados a que velen por que la mujer tenga acceso a servicios y programas de salud amplios y accesibles y a profesionales de la atención de la salud competentes y capacitados para atender las necesidades de las pacientes que

han sido víctimas de actos de violencia, a fin de reducir al mínimo las consecuencias físicas y psicológicas adversas de la violencia”²⁹.

Naciones Unidas, en el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, dentro de la esfera del desarrollo, en el apartado sobre la igualdad entre los géneros y empoderamiento de la mujer, señala que siguen convencidos de que el progreso de la mujer es progreso de todos. Se reafirman en que el logro pleno y efectivo de los objetivos y metas de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General es una contribución indispensable para que se alcancen los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y resuelven promover la igualdad entre los géneros y eliminar la omnipresente discriminación por motivos de género. Entre otras medidas, el apartado f, destaca “la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra la mujer y la niña, entre otros medios, poniendo fin a la impunidad y asegurando la protección de la población civil, en particular de las mujeres y niñas, en los conflictos armados y después de éstos de conformidad con las obligaciones que imponen a los Estados el derecho internacional humanitario y las normas internacionales de derechos humanos”. Dentro de la mujer en la prevención y solución de conflictos, en el punto 116 condenan enérgicamente todas las infracciones de los derechos humanos de las mujeres y las niñas en situaciones de conflicto armado y el recurso a la explotación, la violencia y los abusos sexuales, y se comprometen a elaborar y poner en marcha estrategias para denunciar, prevenir y castigar la violencia por motivos de género. Reconociendo los peligros que entrañan para el mundo entero enfermedades como el VIH/SIDA, malaria... se comprometen a lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que

²⁹. Naciones Unidas. La eliminación de la violencia contra la mujer, 2003. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d8bb1c1f50bc5754c1256d1f004bf6cf?OpenDocument> (Consulta: 7 de julio de 2009)

iguran en la Declaración del Milenio, y orientados, entre otros motivos, a promover la igualdad entre los géneros (Artículo 57-g)³⁰.

En el contexto europeo, en 1993, con motivo de la III Conferencia Interministerial Europea sobre la igualdad entre la mujer y el hombre se adoptan estrategias para eliminar la violencia contra las mujeres, se desarrollan políticas para combatir el fenómeno y se adopta una resolución sobre el abuso sexual y la violación. En 1997, recogiendo el compromiso de Beijing, en el seno del Parlamento Europeo nació la Resolución de 16 de septiembre, sobre la Campaña Europea Tolerancia Cero ante la violencia de género, que tiene como objetivos: analizar la situación social y la legislación de los distintos países que integran la Unión Europea, promover un marco común en el plano legislativo y desarrollar políticas públicas de intervención comunes, con la pretensión de erradicar la violencia contra las mujeres. También se creó el Observatorio Europeo de violencia contra las mujeres.

En 2000, el Parlamento Europeo realizó una encuesta con la que trata de analizar los patrones de consideración social de la violencia. Los datos fueron negativos, al comprobarse la falta de información que la sociedad tiene sobre el fenómeno violento y la distorsión y la falta de realismo con las que lo explica, justificándolo como algo natural en los conflictos de pareja o familiares. Caben destacar en este sentido dos cuestiones esenciales para el tema que nos ocupa: se justifica el acto violento y se explica con causas externas al propio sujeto, alcohol o drogas, al tiempo que se culpabiliza a las mujeres como causantes o productoras de los actos violentos. Como respuesta a esta información se puso en marcha el programa Daphne. Los Programas Daphne cuentan con presupuesto específico para impulsar iniciativas de los Estados miembros así como de las instituciones de su ámbito territorial, dirigidas a prevenir y combatir la violencia ejercida contra menores –infancia y adolescencia– y mujeres. Estos programas se iniciaron en el año 2000 y ya se encuentran en su tercera edición con la reciente publicación del Programa Daphne III para el periodo 2007-2013 (Diario Oficial de la Unión Europea de 3 de julio de 2007).

³⁰ Naciones Unidas. Documento Final de la Cumbre Mundial, 2005. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/politicas/docs/Doc_%20Final_%20Cumbre%20Mundial%202005.pdf (Consulta: 10 de julio de 2009)

Corresponden a los Programas Daphne las siguientes decisiones:

- Decisión 293/2000/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de enero de 2000. Aprueba el Programa de acción comunitario (Programa Daphne, 2000-2003) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia ejercida sobre los niños, los adolescentes y las mujeres (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, de 9 de febrero de 2000).
- Decisión n.º 803/2004/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de abril de 2004, por la que se aprueba el Programa de acción comunitario (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre las mujeres (Programa Daphne II) (Diario Oficial de la Unión Europea, de 30 de abril 2004). En él se valoran las graves repercusiones de la violencia a corto y largo plazo sobre la salud, el desarrollo psicológico, el social y la igualdad de oportunidades de las personas afectadas, ya sean las víctimas individuos, familias o comunidades, prestándose además una atención especial al alto coste social y económico de la violencia.
- Decisión n.º 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2007, por la que se establece, para el período 2007-2013, un programa específico para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y proteger a las víctimas y grupos de riesgo (Programa Daphne III) (Diario Oficial Unión Europea, 3 de julio 2007).

El Consejo de Europa, mediante Recomendación Rec (2002) 5 del Comité de Ministros sobre la protección de la mujer contra la violencia el 30 de abril de 2002, recomienda a los Estados miembros que mejoren la interacción entre la comunidad científica, las ONGs dentro de ese campo, los responsables políticos y legislativos, los cuerpos de seguridad y organismos de salud, educativos, sociales y policiales, con el propósito de diseñar acciones coordinadas en contra de la violencia y que deben incluir elementos relacionados con el tratamiento de la violencia doméstica, además de otras

formas de violencia que afecta a la mujer, en los programas básicos de formación de las fuerzas armadas, los agentes judiciales y en los campos de la salud y lo social³¹.

El Parlamento Europeo en febrero de 2006 dictó una Resolución sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220 (INI)), considerando que la violencia contra la mujer como madre afecta directa e indirectamente a los hijos y tiene efectos negativos duraderos en su salud emocional y mental, y que puede crear un círculo de violencia y abusos que se perpetúe durante generaciones. Pide a los Estados miembros que adopten medidas adecuadas para poner fin a la mutilación genital femenina y subraya que la prevención y la prohibición de la mutilación genital femenina y el procesamiento de sus autores debe ser una de las prioridades de todas las políticas y los programas pertinentes de la Unión Europea³².

³¹ Consejo de Europa. Protección de las mujeres contra la violencia. Recomendación Rec (2002) 5 adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002 y Memorandum explicativo. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/politicas/docs/5_Rec_2002_5.pdf. (Consulta: 7 de julio de 2009)

³² Resolución del Parlamento Europeo sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220(INI)). Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2006-0038+0+DOC+PDF+V0//ES> (Consulta: 17 de julio de 2009)

III. Marco jurídico estatal contra la violencia de género. Especial referencia a la LOMPIVG y a la LOI

Fue en 1985, en Nairobi, durante la II Conferencia Internacional sobre la Mujer auspiciada por Naciones Unidas, cuando se incluyó por primera vez el maltrato contra la mujer entre las formas de discriminación. Unos años más tarde (1992), la Recomendación 12 del Comité de la CEDAW afirma que los informes de los Estados sobre la evolución de la discriminación en sus respectivos países deben incluir la violencia contra las mujeres en todas sus formas y contextos e insta a los gobiernos a que adopten medidas preventivas y de protección en materia de violencia contra las mujeres. Por primera vez, se reconoce formalmente la violencia contra las mujeres como una discriminación. Esta nueva ubicación, iniciada a finales de los ochenta e instaurada en los noventa, transformará el panorama legislativo y político a nivel internacional, europeo y español. Calificar la violencia contra las mujeres como un problema de discriminación, hace que la lucha por su erradicación se instaure en el marco del Estado y del Principio de Igualdad, saliendo del ámbito de lo privado al público y convirtiéndose en un tema urgente y prioritario en la agenda política de los estados democráticos.

En Viena, el año 1993, la ONU declaró que la violencia contra las mujeres supone una violación de los derechos humanos. Es una declaración plenamente aplicable a los países de nuestra cultura occidental. En efecto, por lo que respecta a España, esta igualdad de derechos no es reconocida expresamente hasta la Constitución de 1978, y en todos los códigos penales españoles, hasta el de 1983, se consideraba una atenuante la relación conyugal en los malos tratos del hombre a la mujer³³.

La violencia de género se trata de un fenómeno que afecta no sólo a la integridad física de las mujeres sino al reconocimiento de su dignidad, vulnerando sus derechos fundamentales y quebrantando el principio básico de igualdad reconocido en nuestra Constitución³⁴, en su artículo 1, donde proclama la igualdad como valor superior del ordenamiento jurídico y en el artículo 14, “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión,

³³ ALBERDI, I. y MATAS, M. Op. cit., Pág. 7.

³⁴ Constitución Española 1978

opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social” de modo que cualquier situación de discriminación, en cualquier ámbito, es incompatible con los principios que proclama el texto constitucional. Aunque no es un fenómeno reciente, en los últimos años se ha producido en el derecho español avances legislativos importantes, destacando el siguiente marco normativo referencial:

- Ley 38/2002, de 24 de octubre, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal sobre Procedimiento para el Enjuiciamiento Rápido e Inmediato de determinados delitos y faltas, y de modificación del procedimiento abreviado; y su complementaria Ley Orgánica 8/2002, de 24 de octubre. Introducen un procedimiento ágil para dar respuesta rápida e inmediata a determinados delitos que, de lo contrario, pueden dilatarse en exceso (Luaces y Vázquez, 2006).
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica (BOE n.º 183, 1 de agosto de 2003; DOCV n.º 4474, de 4 de abril de 2003).
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros (BOE n.º 234, 30 de septiembre de 2003). Esta ley estableció que las medidas consideradas por el Código Penal como faltas pasasen a ser consideradas delitos cuando se cometen en el entorno familiar o doméstico. Con ello, se reconoce la posibilidad de imponer penas de prisión a los agresores, así como la privación de la patria potestad.
- Real Decreto 355/2004, de 5 de marzo, por el que se regula el Registro central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica (BOE n.º 73, de 25 de marzo de 2004).
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE n.º 313, de 29 de diciembre de 2004).
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE n.º 71, de 23 de marzo de 2007).

Como se ha rubricado en el título de este capítulo, a partir de aquí, el análisis se centrará en aquellas medidas sanitarias arbitradas contra la violencia de género de estas dos últimas normas.

3.1 Análisis de las medidas sanitarias en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

En la definición que se hizo sobre la violencia contra la mujer en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres, (AG 48/104, 20 de diciembre de 1993) se podía reconocer que nos encontrábamos ante un problema estructural que exigía un abordaje complejo, transversal y multidisciplinar, de cuya resolución eran responsables los Estados.

La LOMPIVG se configura como una respuesta integral de carácter interdisciplinar al contemplar, diferentes ámbitos de actuación dirigidos a la sensibilización de la ciudadanía, la prevención, detección o intervención como medidas a tener presente en el proceso de atención de este gran problema de la sociedad actual. Abarca aspectos preventivos, educativos, sanitarios, jurídicos, de protección sociolaboral, apoyo económico, asistencial, social y de atención a la víctima. Asimismo, tiene en consideración la normativa civil y penal al abordar las respuestas punitivas que se han de llevar a cabo ante la presencia de estos delitos.

Los actos de violencia doméstica son considerados delitos en la exposición de motivos de la propia Ley, dado que constituyen una violación de los derechos humanos. Por todo ello, el Código Penal contempla entre los tipos de gravámenes de lesiones, uno específico, relativo a la lesión, la amenaza o la coacción producida contra una persona que haya sido esposa del agresor o haya estado ligada por relaciones sentimentales (Art.148, 153, 171, 172, 468 y 620 del Código Penal; tomado de Luaces y Vázquez, 2006).

Es importante destacar que es la primera vez que se ha aprobado en España una ley de carácter integral, es decir, concentrando en un único texto legal todas aquellas soluciones que deben desplegarse desde distintos ámbitos de la sociedad, al ser este un problema multidisciplinar, que no lograremos erradicar sólo con medidas penales o judiciales. Es por eso que la ley incorpora medidas de ámbito educativo, de prevención,

sanitario, contra la publicidad ilícita, medidas sociales, asistenciales, de recuperación psicológica de las víctimas, derechos laborales y económicos³⁵. Se desarrolla a continuación las medidas sanitarias.

▪ **Medidas en el ámbito sanitario.**

Introduce medidas de sensibilización en el ámbito sanitario. El objeto fundamental es colaborar en la detección precoz de la violencia sobre la mujer, en su asistencia y rehabilitación. Así establece la Ley Integral que “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.” (art.15.1)

▪ **Medidas de sensibilización y formación del personal sanitario.**

Para hacer posible esta tarea la ley prevé el desarrollo de programas de sensibilización y formación del personal sanitario en sus ámbitos de trabajo, así como la inclusión en los contenidos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas de las profesiones sanitarias de los contenidos dirigidos a la capacitación para el logro de aquellos objetivos. En este sentido recoge la Ley que se “desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada³⁶ 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”. (Artículo15.2) y que 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”. (Artículo15.3). “Así mismo en los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género”. (Artículo15.4). El artículo 3 describe que las Universidades incluirán y

³⁵ GÓMEZ COLOMER, J.L. Tutela procesal frente a hechos de violencia de género. Editorial Universidad Jaume I. Servicio de Comunicación y publicaciones 2007. Pág. 53-54

³⁶ Respecto a la formación continuada la LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias la define en su Artículo 33.1 como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pre- grado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario.

fomentarán en todos los ámbitos académicos la formación, docencia e investigación en igualdad de género y no discriminación de forma transversal.

Se pueden diferenciar dos tipos de objetivos con esta nueva regulación: en primer lugar, lo que es el objetivo general de esta Ley, respecto a la sensibilización en el ámbito sanitario, para que desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se promueva e impulse la actuación de los profesionales para la detección precoz de la violencia de género. En segundo lugar, se recogen medidas concretas en dos direcciones: una, en el corto plazo, en relación con el personal sanitario al que es necesario formar con programas específicos de sensibilización y de formación sobre este tema y, la otra medida, encaminada a obtener resultados más en el largo plazo, incorporando en los planes de estudio de las licenciaturas y diplomaturas del ámbito sanitario programas para la capacitación específica frente a la violencia de género. Por último, en los Planes Nacionales de Salud se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género³⁷.

En el momento presente ante el proceso del Espacio Europeo de Educación Superior los nuevos planes de estudio del Grado deben incluir materias relativas a la igualdad que permitan conocer las causas de la desigualdad y buscar soluciones para el desarrollo de una sociedad más justa y prevenir la violencia. El artículo 3.5 del RD 1393/2007 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales menciona el respeto a los derechos fundamentales y la igualdad entre hombres y mujeres entre los principios que deben inspirar el diseño de los nuevos títulos.

La Ley sitúa dentro del conjunto de medidas de sensibilización, prevención y detección hacer partícipe a quienes de forma habitual tratan, cara a cara, a las mujeres que sufren la violencia. Para el sector sanitario, la violencia sobre la mujer es un problema de salud pública de primer orden que se ha reconocido, tanto por organizaciones internacionales, la ONU o la OMS, como por los gobiernos. En 1998, después de la declaración de la OMS acerca de la violencia doméstica como una prioridad para los servicios de salud, declaró el Gobierno Español la violencia

³⁷ ARANDA, E. Estudios sobre la Ley Integral contra la Violencia de Género Ed. Dykinson. Madrid, 2006. Pág. 58-59

doméstica como un problema de Estado y lo recogió en el Plan de Acción contra la Violencia Doméstica³⁸.

Según el Informe ejecutivo del Ministerio de Igualdad sobre la evaluación de la aplicación de la LOMPIVG (24 de julio de 2008)³⁹, en relación a las medidas de formación puestas en marcha en el ámbito sanitario, subraya que uno de los principales objetivos de las actuaciones sanitarias es la prevención y detección de la violencia de género y su abordaje como un problema de salud. Considera que a consecuencia de la visión tradicional que la ha presentado como una cuestión que pasaba de forma marginal sobre el terreno sanitario y, casi exclusivamente, para tratar las lesiones que hubieran sufrido las mujeres, ha prevalecido una visión parcial y fragmentada y la mayoría de las actuaciones han sido dirigidas al terreno jurídico y judicial, presentando al resto de las iniciativas como un complemento de las mismas. Esa aproximación no ha contribuido al conocimiento de la verdadera dimensión del problema ni a su erradicación, tan sólo a considerar sus manifestaciones cuando superaban cierta intensidad y, fundamentalmente, en el plano judicial.

Continúa este informe de evaluación destacando que la LOMPIVG ha dado trascendencia al papel de la Sanidad en el abordaje integral de la violencia de género, y lo ha querido hacer destacando su responsabilidad en la detección y prevención de la violencia, sin que ello signifique que la función asistencial y terapéutica queden en un segundo plano. La aproximación a un problema sanitario tan extendido y tan profundo hace que las cuestiones clínicas resulten claves, de ahí la importancia de la visión global para poder integrar las cuestiones preventivas con las asistenciales, tanto sobre la referencia individual como sobre la social, al entender que se trata de un problema de salud pública.

³⁸ ARANDA, E. Estudios sobre la Ley Integral contra la Violencia de Género Ed. Dykinson. Madrid, 2006. Pág. 58-59

³⁹ Evaluación de la Aplicación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género. Informe Ejecutivo. Ministerio de Igualdad. 24 de julio de 2008. p.9-12.
Disponibile en: http://www.migualdad.es/noticias/pdf/INFORME_EJECUTIVO-14_JULIO_2008def.pdf
(Consulta: 10 de julio de 2009)

Destaca la existencia de una importante colaboración y cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las CC.AA, que ha permitido poner en marcha actuaciones y medidas múltiples y muy diversas al amparo de la LOMPIVG.

Al dar una visión global de las principales medidas, aunque no tenga un carácter excluyente, permite agrupar las actuaciones en dos planos fundamentales: el preventivo y el asistencial.

Las principales iniciativas desarrolladas en el terreno de la prevención han sido las siguientes:

- Formación de profesionales en las distintas disciplinas sanitarias, integrando el resultado de las investigaciones científicas con la perspectiva sociológica que permite situar el problema de salud generado por la violencia de género en el contexto en que se produce. Así se puede detectar, identificar y tratar en toda su dimensión y circunstancias, pues puede presentarse con una sintomatología minimizada o no relacionada con la violencia por parte de la mujer.
- Inclusión de la violencia de género dentro del área estratégica de equidad de los Planes de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) a partir del 2007, medida que permite profundizar en el conocimiento de la violencia de género y en el desarrollo de iniciativas dirigidas a la mejora de los recursos sanitarios.
- Creación de la Comisión contra la violencia de género dentro del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (desarrollado en el apartado siguiente).
- Hace referencia al informe de 2006 que sirvió para llevar a cabo una evaluación de las medidas puestas en marcha, cuyo análisis permitió adoptar nuevas iniciativas.

Por otra parte las múltiples iniciativas llevadas a cabo en el terreno de la asistencia y la atención a las víctimas que han sufrido la violencia por parte de sus parejas o exparejas, quedan plasmadas en la medida que ha supuesto la introducción de la violencia de género en la cartera de servicios comunes del SNS. Concretamente, en el Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, se introducen las siguientes referencias a la violencia de género:

- La detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, personas mayores y personas con discapacidad.
- La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, personas mayores y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales.

▪ **La Comisión contra la Violencia de Género en el Consejo Interterritorial del SNS**

Finalmente, respecto del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud dispone la norma que en su seno “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”. Dicha Comisión estará compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia y emitirá un informe anual que deberá remitirse al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial. (Artículo 16).

Según el Informe ejecutivo, mencionado anteriormente en este capítulo, sobre la evaluación de la aplicación de LOMPIVG⁴⁰, dentro de las iniciativas desarrolladas en el plano de la prevención sanitaria ha sido la creación de la Comisión contra la violencia de género dentro del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Según se destaca en esta evaluación, esta Comisión ha elaborado diferentes informes anuales desde el 2005 que han permitido conocer aspectos más definidos del papel de la sanidad en la atención a la violencia de género, tanto desde el punto de vista del conocimiento como en la formación de profesionales. Esta situación ha permitido crear cuatro grupos de trabajo dentro del Observatorio para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad y Consumo, para continuar en esta estrategia de conocimiento y aplicación práctica. Los grupos creados han sido:

⁴⁰ Evaluación de la Aplicación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género. Op. cit. p.10-12.

- Grupo sobre Sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la violencia de género,
- Grupo sobre Protocolos y guías de la actuación sanitaria ante la violencia de género
- Grupo sobre Aspectos éticos y legales de la actuación sanitaria ante la violencia de género
- Grupo sobre Evaluación de las actuaciones sanitarias en esta materia en el SNS

El informe de 2007 puso de manifiesto la necesidad de crear un nuevo grupo de trabajo, concretamente dirigido a la formación de profesionales de la sanidad en violencia de género.

Respecto a la aplicación de un protocolo sanitario, tema contemplado en este artículo de LOMPIVG, se ha desarrollado en colaboración con las CC.AA. y se ha presentado con fecha de 23 de abril de 2007, el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Considera el Informe evaluador que este Protocolo se encuentra a caballo entre lo asistencial y lo preventivo, con un carácter global, permitiendo envolver las actuaciones sanitarias para abarcar ambos objetivos.

Este Protocolo pretende dar una orientación práctica al personal sanitario del SNS para que pueda ofrecer una atención integral (física, psicológica y emocional) a las mujeres maltratadas que acuden a cualquier centro sanitario. Para ello, se establecen pautas de actuación, normalizadas y homogéneas, con las que se pueda realizar una detección precoz del problema, una mejor valoración y actuación ante los casos agudos y un adecuado seguimiento de las afectadas.

Las recomendaciones descritas en este Protocolo permiten mejorar la actuación del personal del SNS frente a la violencia de género, pero también se incluye como parte del documento un capítulo específico sobre las normas a seguir ante casos de agresiones sexuales, y otro dedicado a las situaciones que tienen implicaciones forenses y legales especiales. Asegura el Informe que la dimensión de la violencia de género supera el problema individual de las cuestiones clínicas y entra de lleno en los problemas sociales relacionados con la salud pública y las implicaciones médico-legales, de ahí la necesidad de referencias prácticas en este sentido.

En definitiva, como vemos en esta Norma, se articulan medidas y procedimientos para que el sector sanitario optimice su aportación en la lucha por la erradicación de la Violencia de Género. Medidas de carácter técnico y de orientación para planificar las medidas sanitarias mencionadas en los artículos quince y dieciséis y procedimientos de evaluación y propuesta de actuación para la aplicación del protocolo sanitario. Esta sistematización de medidas y objetivos es también novedosa en la legislación estatal; el legislador ha regulado para el ámbito sanitario un conjunto de medidas de naturaleza variada para perfeccionar su labor en la prevención y detección de la violencia doméstica.⁴¹

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

Certeramente apunta Rey Martínez que la discriminación sufrida por las mujeres es la más antigua y persistente en el tiempo, la más extendida en el espacio, la que más formas ha revestido (desde la simple y bruta violencia hasta los más sutiles comportamientos falsamente protectores) y la más primaria porque siempre se añade a todas las demás.⁴² Así lo constata la Exposición de Motivos de la LOI, a cuyo tenor la violencia estructural contra la mujer, tributaria de siglos de opresión, sigue evidenciándose en fenómenos tales como la violencia de género: “El pleno reconocimiento de la igualdad formal ante la ley, aun habiendo comportado, sin duda, un paso decisivo, ha resultado ser insuficiente. La violencia de género, la discriminación salarial, la discriminación en las pensiones de viudedad, el mayor desempleo femenino, la todavía escasa presencia de las mujeres en puestos de responsabilidad política, social, cultural y económica, y los problemas de conciliación entre la vida personal, laboral y familiar muestran cómo la igualdad plena, efectiva, entre mujeres y hombres, ... es todavía hoy una tarea pendiente que precisa de nuevos instrumentos jurídicos”.

Las mujeres y los hombres tienen derecho a vivir sin ser discriminados en todos los ámbitos de la vida, incluyendo el acceso a la atención sanitaria. Además, existe un creciente reconocimiento internacional, gracias a la ONU, sobre el hecho de que la igualdad de oportunidades y la mejora en la posición de las mujeres son necesarias para

⁴¹ ARANDA, E. Estudios sobre la Ley Integral contra la Violencia de Género Editorial Dykinson, 2005. Pág. 58 - 60

⁴² REY MARTÍNEZ, F., El derecho fundamental a no ser discriminado por razón de sexo. Editorial McGraw-Hill. Madrid, 1995, Pág. 1.

optimizar la salud y lograr el desarrollo sostenible. Este reconocimiento ha sido articulado en los acuerdos alcanzados en varias Conferencias internacionales sobre la mujer (Beijing-1995). En España se han incluido mecanismos para incorporar la perspectiva de género en algunos programas actuales del sistema sanitario, incorporación que ha dependido de iniciativas individuales o de instituciones con competencia en igualdad y no tanto de políticas globales de la organización⁴³. La LOI establece la obligación de integrar el principio de igualdad en todos los objetivos y actuaciones de la política de salud, evitando desigualdades por diferencias físicas o estereotipos sociales, así como la promoción en puestos directivos del conjunto del sistema de salud⁴⁴.

En el Título Preliminar establece que “esta Ley tiene por objeto hacer efectivo el derecho a la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación de la mujer”. Para hacer efectivo el principio de igualdad real entre hombres y mujeres se contempla un conjunto de medidas de carácter transversal, en todos los órdenes de la vida política, jurídica, laboral, educativa, social y de salud, además de adoptar medidas dirigidas a modificar la actuación de los poderes públicos, de los medios de comunicación públicos o privados, y de la contratación y la concesión de subvenciones públicas. Además, afecta a la organización de la Administración General del Estado a todos los niveles: local, autonómica y estatal.

Las políticas públicas saludables son las que muestran una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud⁴⁵. En este sentido, la formulación de políticas públicas de igualdad de género está relacionada con hacer visibles las desigualdades de género, con analizar sus causas y tomar decisiones para reducirlas. Como ya se ha citado en este capítulo, desde la celebración en 2003 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, constituye una preocupación de las políticas públicas y, por ello, las políticas de salud deben tener en cuenta las desigualdades de género e

⁴³ PERIS CERVERA, R., “Una ley para la igualdad entre hombres y mujeres” en Salud 2000, Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, nº 108, Pág. 21.

⁴⁴ SALA FRANCO, T., Comentarios a La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. Ed. La Ley. Madrid, 2008 Pág. 160-161

⁴⁵ OMS. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.

integrar la perspectiva de género⁴⁶. Tanto la LOMPIVG como la LOI representan un avance importante en este aspecto. Concretamente el Artículo 27 de la LOI, establece que es necesaria la integración del principio de igualdad en la política de salud.

Continuando con el título II, dedicado a las políticas públicas para la igualdad, el artículo 14, subraya la adopción de medidas para erradicar la violencia de género, la violencia familiar y todas las formas de acoso sexual y acoso por razón de sexo. Hace especial mención a las mujeres de colectivos de especial vulnerabilidad (minorías, mujeres con discapacidad, niñas, mujeres mayores y mujeres víctimas de violencia de género), a las que los poderes públicos podrán adoptar medidas de acción positiva.

El artículo 61 se centra en la formación para la igualdad, incluyendo el estudio y la aplicación del principio de igualdad entre mujeres y hombres en los diversos ámbitos de la función pública, en todas las pruebas de acceso al empleo público de la Administración General del Estado. Se refiere directamente a la Administración General del Estado y los organismos públicos vinculados o dependientes de ella para la impartición de cursos de formación sobre la igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres y sobre la prevención de la violencia de género dirigidos a todo su personal.

En el artículo 27 se indican cuáles serán los criterios que regirán la “integración del principio de igualdad en la política de salud”, de forma que se incluyan las diferentes necesidades de hombres y mujeres en las políticas, las estrategias y los programas de salud. También se indica que las administraciones públicas, mediante sus servicios de salud y de las instituciones que tienen competencia en este ámbito, deberán garantizar la igualdad en el derecho a la salud de mujeres y de hombres, “a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros”. En este artículo se enumeran cuáles serán las actuaciones que se deberán desarrollar de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades entre ellas aparece la integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias

⁴⁶ BORRELL C, ARTAZCOZ L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Revista Española de Salud Pública 2008; 82: p. 245-249. ISSN: 1135-5727

garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.

El artículo 20, reviste especial interés para los profesionales de la salud, en él se formula la adecuación de las estadísticas y estudios para garantizar la integración de modo efectivo de la perspectiva de género. En nuestro país, la investigación del género como determinante de la salud se encuentra todavía en un estado muy incipiente, a pesar de las múltiples iniciativas llevadas a cabo⁴⁷. La aparición de la LOI es una oportunidad para identificar las desigualdades de género y reducirlas.

Para concluir este capítulo se hará referencia a las modificaciones que esta Ley hace sobre dos normas importantes dentro del ámbito sanitario, la LGS y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La LOI en la Disposición Adicional octava, añade un nuevo apartado 4º al artículo 3, y un nuevo apartado 2º al artículo 6 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad con el objetivo de integrar el principio de igualdad entre mujeres y hombres para evitar discriminaciones entre ellos en las actuaciones sanitarias y garantizar igual derecho a la salud.

Además modifica los apartados 1, 4, 9, 14 y 15 del artículo 18 y se añade un nuevo apartado 17, quedando constancia la adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria, comprendiendo la educación diferenciada sobre los riesgos, características y necesidades de mujeres y hombres, y la formación contra la discriminación de las mujeres. Presta especial atención al acoso sexual y al acoso por razón de sexo en la protección, promoción y mejora de la salud laboral. En el apartado 14 aparece la mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio de la organización sanitaria, incluyendo actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género. Por otra parte el fomento de la investigación científica en el campo específico de los problemas de salud, debe atender a las diferencias entre mujeres y hombres y el tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica

⁴⁷ BORRELL C, ARTAZCOZ L. Investigación sobre género y salud. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007.

para permitir el análisis de género, debe incluir siempre que sea posible, su desagregación por sexo.

La LOI en la Disposición Adicional novena, añade un nuevo apartado e), en el artículo 34 y un nuevo apartado f), en el artículo 44 a la Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud para incluir la perspectiva de género en las actuaciones formativas y promover que la investigación en salud atienda las especificidades de mujeres y hombres.

Además modifica la letra a) del artículo 2, la letra g) del apartado 2 del artículo 11, la letra f) del apartado 2 del artículo 12 y los apartados 2 y 3 del artículo 53, para garantizar las condiciones de igualdad en la prestación de los servicios a los usuarios del SNS, evitando discriminación entre hombres y mujeres. En el ámbito de la salud laboral distingue una especial consideración a los riesgos y necesidades de las trabajadoras. La detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos recibirán atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres.

IV. Respuesta del ordenamiento jurídico autonómico a la violencia de género respecto al ámbito sanitario.

Con el fin de dar un apoyo técnico y orientar la planificación de medidas sanitarias contempladas en la LOMPIVG, así como evaluar y proponer las medidas 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, se constituyó en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la Comisión contra la Violencia de Género compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.

4.1 Exposición, por comunidades autónomas, de las medidas sanitarias redactadas en la legislación aprobada respecto a la violencia de género

Varias Comunidades Autónomas han dictado ya una normativa específica sobre el tema destacando principalmente, en la siguiente exposición y siguiendo un orden cronológico, lo que compete al ámbito sanitario, incluyendo la investigación, incidiendo en las medidas sobre colectivos vulnerables y la formación especializada a los profesionales en esta materia.

▪ Las Cortes de Castilla-La Mancha aprobaron la primera ley promulgada en el Estado Español que contempló la violencia de género desde una perspectiva global y multidisciplinar, la Ley 5/2001, de 17 de mayo, de Prevención de Malos Tratos y de Protección a las Mujeres Maltratadas.

Se la ha considerado una ley-vanguardia porque no se limitaba a aspectos punitivos y ampliaba el concepto de la intervención haciéndolo extensivo a medidas preventivas y reparadoras⁴⁸.

La investigación contemplada en las medidas de sensibilización, en el artículo 3 establece que la Administración Regional promoverá la investigación sobre las causas y

⁴⁸ Informe de la Ley de Prevención de Malos Tratos y de Protección a Mujeres Maltratadas. Año 2005. Instituto de la Mujer. Castilla-La Mancha. Disponible en: http://pagina.jccm.es/inclm/fileadmin/user_upload/INFORME_2007/Informe_2007_Ley_malos_tratosc.pdf
(Consulta: 15 de julio de 2009)

las consecuencias de la violencia contra las mujeres, así como sobre la eficacia de las medidas aplicadas para impedir la violencia y reparar sus efectos. En relación a los resultados de la investigación se darán a conocer públicamente para fomentar el debate social y valorar las medidas destinadas a erradicar este tipo de violencia.

Respecto a la formación, considerada como medida de sensibilización, será la Administración Regional la que pondrá en marcha un programa de formación, al que podrán tener acceso gratuito todos los profesionales relacionados con el objeto de la presente Ley destacando entre otros colectivos el personal sanitario, artículo 5.

En el título III, se desarrollan las medidas de acción preventiva y el IV va dirigido a la atención de las víctimas donde se describen las medidas que se pueden adoptar, centros y servicios de asistencia, asistencia jurídica, atención a menores y ayudas solidarias, no aparece la asistencia sanitaria.

El capítulo V va dirigido a la atención de los agresores, ofreciéndoles gratuitamente asistencia psicológica y tratamiento específico para aquellos que lo deseen.

▪ Comunidad Foral de Navarra.

La Ley Foral 22/2002 de 2 de julio, para la adopción de medidas integrales contra la violencia sexista (modificada por la Ley Foral 12/2003, de 7 de marzo), dentro de las medidas de asesoramiento y asistencia jurídica, el artículo 12.2 destaca que la asistencia comprenderá como mínimo la orientación y el acompañamiento de las víctimas a cuantas instancias o actuaciones sean necesarias, tales como servicios sanitarios, dependencias policiales, judiciales y centros de acogida. Pero es específicamente el artículo 14 el que se refiere a la Atención Sanitaria, al establecer que “La Administración de la Comunidad Foral procederá a la elaboración y difusión de un Protocolo que contemple pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, así como los procedimientos de coordinación con las distintas instancias que intervienen de manera específica en la atención a las víctimas de violencia sexista”. Este protocolo “se utilizará en la totalidad de centros y servicios del sistema sanitario e incorporará de manera específica cuantos criterios técnico-sanitarios permitan al personal sanitario realizar las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a maltrato o en riesgo de padecerlo”. En esta misma norma, en el artículo 14.2, se detalla que el Protocolo debe incorporar “un

modelo de informe en el que se reflejarán las actuaciones seguidas en el ámbito sanitario y la derivación de la mujer a los servicios sociales específicos que procedan” y que “en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por agresiones o malos tratos, el informe será remitido al Juzgado de Guardia y a la Fiscalía”.

La formación de profesionales, descrita en el artículo 7, corre a cargo de la Administración de la Comunidad Foral quien “pondrá en marcha programas de formación a los que podrán acceder todo el personal de entidades públicas y privadas relacionado con la prevención y erradicación de la violencia sexista, así como con la protección y asistencia a las víctimas de la misma”.

▪ Canarias

La Comunidad de Canarias ha publicado su Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género.

En el Capítulo II De los servicios y centros que integran el sistema asistencial, Sección 1.a Relación de servicios y centros asistenciales que se crean en esta Ley, el artículo 25 se refiere a los Dispositivos de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA)⁴⁹, que prestan “asistencia inmediata a las mujeres que se encuentren en situación de necesidad como consecuencia de haber sido objeto de actos de violencia de género o encontrarse en riesgo razonable e inminente de padecerla, a través de los siguientes medios: Acompañamiento al reconocimiento médico inmediato, si éste fuera necesario y, en su caso, facilitación del ingreso en los centros del Servicio Canario de la Salud”.

Por otra parte, el artículo 54 se refiere a la repercusión de la violencia en la salud, y dispone que “la Comunidad Autónoma de Canarias, a través de la Consejería de Sanidad y mediante revisión del Plan de Salud de Canarias, en su caso, pondrá en

⁴⁹ El DEMA es un servicio de atención inmediata para mujeres víctimas de violencia, disponible en todas las islas, durante las 24 horas del día, todos los días de año.

Está conectado con el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia del Instituto Canario de la Mujer en el Cecoes 1-1-2, además de con los recursos de la Administración de Justicia, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, los centros sanitarios y aquellos que en cada caso se necesiten (servicios sociales, centros de atención a las mujeres, etc.).

El dispositivo se promueve, coordina y cofinancia por el Instituto Canario de la Mujer, y se gestiona por los cabildos insulares.

Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/icmujer/servicios_71.html

(Consulta 20 de agosto de 2009)

marcha los protocolos necesarios para afrontar la violencia de género en sus aspectos sanitarios”. A ello añade, este artículo, que “los planes y programas de la Consejería de Sanidad deberán incluir la formación de los profesionales del Servicio Canario de Salud para abordar de forma adecuada la violencia de género en base a las nuevas tipologías que se definen en la presente Ley”.

El artículo 10 se refiere a la obligación de comunicar a los órganos y servicios municipales y autonómicos competentes los hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de violencia o riesgo de la misma de las mujeres por parte del personal de los centros y servicios sanitarios y de servicios sociales. Específicamente señala que están obligados a poner en conocimiento de la Administración pública autonómica los hechos y circunstancias que permitan presumir la existencia de malos tratos, siempre y cuando no suponga un riesgo para la vida y la integridad física de la víctima y con el conocimiento de ésta. Se considera falta disciplinaria grave, el incumplimiento de esta obligación por el personal sanitario al servicio de las administraciones públicas canarias. A ello se añade que las obligaciones de comunicación y denuncia contenidas en este artículo, así como consignar como causa de resolución de aquellos el incumplimiento de las mismas, se deberán acoger los conciertos que se suscriban con entidades privadas para la prestación de asistencia sanitaria y servicios sociales.

Según el artículo 13, referente a las actuaciones de estudio e investigación, estas tienen por objeto el análisis de las situaciones de violencia de género en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias, la determinación de sus causas, de los medios necesarios para su evitación, del grado de sensibilización de la sociedad ante las mismas y de los medios necesarios para su erradicación. Los resultados de los estudios e investigaciones se darán a conocer a la sociedad canaria para fomentar el conocimiento de las causas y de las medidas para la erradicación de la violencia de género. De manera especial, se pondrán en conocimiento de los profesionales, las instituciones y las asociaciones relacionadas con la materia en los ámbitos social, jurídico, educativo, sanitario, judicial y policial.

La formación es desarrollada en el artículo 16, dirigida al personal de centros policiales, asistenciales, docentes y sanitarios, públicos y privados teniendo por objeto la especialización actualizada.

▪ Cantabria

En Cantabria, la Ley 1/2004, de 1 de abril, integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección a sus víctimas regula ampliamente la materia. Dentro del Título V sobre Protección y asistencia a las víctimas, expresamente se refiere a la atención sanitaria el artículo 20, conforme al cual “la Administración de la Comunidad Autónoma garantizará la existencia, permanente actualización y difusión de un protocolo que contemple pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, así como los procedimientos de coordinación con las distintas instancias que intervienen de manera específica en la atención a las víctimas de violencia de género”. La asistencia psicológica inmediata es considerada una atención básica de salud. Dicho protocolo sanitario debe utilizarse en la totalidad de centros y servicios del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma, incorporando de manera específica cuantos criterios técnico-sanitarios permitan al personal sanitario realizar las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla. El protocolo incorpora un modelo de informe en el que se reflejarán las actuaciones seguidas en el ámbito sanitario y la derivación de la mujer a los servicios sociales o instancias judiciales que procedan. Si existe constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos, el informe debe ser remitido de forma inmediata al Juzgado de Guardia y a la Fiscalía. En los conciertos que se suscriban con entidades privadas para la prestación de asistencia sanitaria debe recogerse las obligaciones de comunicación y denuncia de este artículo, así como consignar como causa de resolución de aquellos el incumplimiento de las mismas.

En cuanto a los planes y programas de formación a profesionales del ámbito de la salud de la Administración de la Comunidad Autónoma, principalmente a aquellos que atienden de forma directa a las víctimas o a sus hijos e hijas o personas sujetas a su tutela o acogimiento, deben incluir formación en materia de violencia de género en toda la extensión de la tipología, ampliamente recogida en el artículo 3 de esta Ley. En este artículo se desarrollan las formas de violencia de género en función del medio empleado y el resultado perseguido, y con independencia de que las mismas estén o no tipificadas como delito o falta penal o infracción administrativa por la legislación vigente en cada momento, considerando los malos tratos físicos, los malos tratos psicológicos, los malos tratos económicos, las agresiones sexuales, el abuso sexual, abusos sexuales a

niñas, el acoso sexual, el acoso ambiental, el tráfico o utilización de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, prostitución y comercio sexual, la mutilación genital femenina, cualquier tipo de actuación que impida o restrinja el libre ejercicio por las mujeres de su derecho a la salud reproductiva y, por tanto, que afecte a su libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para su salud, a su libertad para acceder o no a servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, anticonceptivos, y para ejercer o no su derecho a la maternidad y finalmente cualquier actuación o conducta que lesionen o sean susceptibles de lesionar la dignidad o integridad de la mujer.

Según el artículo 5, la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria promoverá la investigación sobre las causas, características y consecuencias de la violencia contra las mujeres, así como sobre la eficacia de las medidas aplicadas para su prevención y erradicación. En cuanto a los resultados de la investigación y de las actuaciones del Gobierno de Cantabria en este tema se darán a conocer públicamente para fomentar el debate social y valorar las medidas destinadas a erradicar este tipo de violencia, y de manera especial a profesionales, organismos, instituciones y organizaciones expertas en esta materia en los ámbitos social, jurídico, educativo, sanitario, policial, judicial y laboral.

▪ Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid se aplica la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género. Por lo que se refiere a las medidas de asistencia integral y protección a las víctimas de Violencia de Género y concretamente en el ámbito sanitario, el artículo 21 regula que “la Consejería competente en materia de Sanidad desarrollará y actualizará los instrumentos pertinentes para el análisis, valoración y establecimiento de unos criterios mínimos en el tratamiento sanitario de la Violencia de Género, en los ámbitos de la prevención primaria, secundaria o terciaria, promoción de la salud, formación, investigación, comunicación, o recogida de información. En dichos instrumentos – refiriéndose a los protocolos – se recogerán unas pautas uniformes de actuación y atención a las víctimas de Violencia de Género en todos los ámbitos de la intervención sanitaria. Las personas que trabajan como profesionales sanitarios actuarán siempre teniendo en cuenta la protección y la exposición a situaciones de riesgo de una

víctima de Violencia de Género y de las personas que dependan de ella, analizando cada situación concreta”.

Respecto a la formación del personal sanitario, docente, de servicios sociales y de otros profesionales, en el artículo 10 de manera específica se refiere al personal sanitario, que en el desempeño de su trabajo en los diferentes niveles de atención, primaria, especializada y servicios de urgencias, pueda tener contacto con posibles víctimas de Violencia de Género, estos profesionales deben recibir una formación en la materia, enfocada al reconocimiento de situaciones de Violencia de Género. La formación no sólo va dirigida a la asistencia, igualmente contempla, que deben adoptarse medidas para realizar, impulsar y facilitar formación a los colectivos de profesionales que atienden a las mujeres víctimas de violencia en los centros sanitarios y de servicios sociales, con el fin de que puedan prevenir y detectar precozmente los casos de Violencia de Género en todos los niveles de atención, así como garantizar la intervención adecuada en estas situaciones, prestando especial atención a mujeres pertenecientes a colectivos o ámbitos donde la situación de riesgo pueda ser mayor. En el desarrollo de las medidas de sensibilización el texto tampoco olvida a estos colectivos con un nivel de desprotección mayor y hace hincapié sobre la accesibilidad a estas campañas de las mujeres con discapacidad.

En cuanto a la investigación, el artículo 11 describe que “la Comunidad de Madrid promoverá y desarrollará estudios e investigaciones sobre todas las formas de Violencia de Género con el objeto de analizar sus causas, secuelas físicas y psíquicas, el grado de sensibilización de la sociedad ante las mismas y los medios necesarios para su erradicación, prestando especial atención a mujeres pertenecientes a colectivos o ámbitos donde la situación de riesgo pueda ser mayor”. Los resultados de dichos estudios e investigaciones serán objeto de difusión pública, pero de manera especial, se darán a conocer a las personas que desempeñan su trabajo como profesionales, y a las instituciones públicas y privadas relacionadas con la materia en los ámbitos social, jurídico, educativo, sanitario, laboral, judicial y policial, para fomentar una sensibilización y concienciación general sobre la realidad del problema y sus posibles soluciones.

▪ Aragón

La Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón desarrolla la formación de los profesionales en su artículo 9, “la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón pondrá en marcha programas de coordinación y formación para los colectivos de profesionales del ámbito policial, social, docente, laboral, sanitario y jurídico que atienden a mujeres víctimas de violencia”. En este mismo artículo remarca la inclusión de módulos sobre la prevención de la violencia ejercida contra las mujeres en cursos que se realicen por parte de instituciones públicas y privadas.

Respecto a la discapacidad, la referencia que aparece es en el acceso a las campañas de información y sensibilización contra la violencia, para que garantizar su acceso.

La atención profesional multidisciplinar que se prestará desde el Servicio Social Integral y Especializado en Violencia contra la Mujer, actuará coordinadamente y en colaboración entre otras con los servicios sanitarios.

Dentro de las medidas de protección y apoyo a las víctimas en el artículo 28 se desarrolla la atención sanitaria, donde se recoge que “el Departamento competente en materia de salud elaborará un protocolo que recoja pautas uniformes de actuación dirigidas a profesionales sanitarios, de manera que desarrolle una acción coordinada que permita un tratamiento global e integral en la asistencia a las mujeres víctimas de violencia. Este protocolo se revisará periódicamente. Asimismo, se fomentará el empleo del mencionado protocolo en el ámbito de la sanidad privada”. Será ese mismo Departamento quien se encargue de llevar a cabo las actividades de sensibilización y formación específica en materia de violencia contra las mujeres dirigidas a profesionales sanitarios.

Las investigaciones sobre la violencia ejercida contra las mujeres, se redacta en el artículo 5, “la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón desarrollará y promoverá la realización de estudios y trabajos de investigación sobre todas las formas de violencia contra las mujeres con el fin de conocer sus causas, características y costes sociales, así como para efectuar una valoración de la eficacia de las medidas aplicadas en su prevención y erradicación. Dichos estudios serán objeto de difusión pública y se darán a conocer a todos los profesionales, organismos e instituciones relacionados con

la materia para favorecer una mayor sensibilización sobre el problema de la violencia contra las mujeres y sus posibles soluciones”.

▪ Región de Murcia

En el caso de la Región de Murcia, merece la pena destacar el contenido de la Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género. De acuerdo con su artículo 47, dentro del Capítulo IV sobre medidas de asistencia integral y protección a las víctimas de violencia de género, “las administraciones públicas de la Región de Murcia proporcionarán a las mujeres una asistencia integral, para paliar las consecuencias físicas y psíquicas que la violencia cause sobre ellas, comprendiendo dicha asistencia integral el aseguramiento de su seguridad, la atención a su salud física y mental, así como a sus necesidades económicas, jurídicas y sociales”.

La formación de profesionales relacionados con la violencia de género se desarrolla en el artículo 45 donde se recoge que las Administraciones públicas de la Región de Murcia deben garantizar no sólo a su personal, sino también a los profesionales colaboradores con la administración que estén relacionados con la violencia de género, la formación necesaria para que, en sus diferentes ámbitos profesionales, puedan prevenir y detectar precozmente los casos de violencia de género y garantizar una intervención adecuada y efectiva. Concretamente en el artículo 51 donde se desarrollan las medidas en el ámbito sanitario señala que “la consejería competente en materia de sanidad garantizará la realización de acciones formativas dirigidas al personal sanitario para la atención a las víctimas de violencia de género en los centros de AP, AEy servicios de urgencias, de los centros hospitalarios y la aplicación del protocolo sanitario existente.

De acuerdo con su Artículo 46, “la Comunidad Autónoma, con el fin de dar una mayor efectividad en la prevención de la violencia de género y protección a las víctimas, fomentará la puesta en marcha de convenios y protocolos de actuación con las fuerzas y cuerpos de seguridad, órganos judiciales, forenses, Ministerio Fiscal, colegios profesionales de abogados, trabajadores sociales, psicólogos y personal sanitario, que intervienen en la atención de las víctimas de violencia”. En el artículo 51 citado anteriormente hace referencia al protocolo existente, dirigiéndose a la consejería competente para que garantice aplicación. Continúa este artículo, en el punto 2,

explicando que para el seguimiento y coordinación de estos protocolos en los centros hospitalarios la Administración sanitaria tendrá que designar una persona responsable encargada.

La investigación, dentro de las competencias, funciones y organización institucional básica, va dirigida a la realización de estudios e investigaciones sobre la situación de discriminación por razón de sexo, detección de situaciones de discriminación por razón de sexo y adopción de medidas para su erradicación. El título segundo donde se establecen las acciones y medidas concretas dirigidas a alcanzar el objetivo de esta ley, es decir, la plena igualdad de oportunidades y trato de hombres y mujeres, en el ámbito de la salud las administraciones públicas de esta región, impulsarán las acciones necesarias para alcanzar una mejora en la investigación, prevención, diagnóstico y tratamiento de aquellas enfermedades específicas de la mujer. El título tercero, donde se incluyen medidas integrales dirigidas a la sensibilización, prevención, asistencia y protección a las víctimas de violencia de género, se refiere a la Administración de la Región de Murcia que diagnosticará las situaciones de violencia o riesgo de violencia de género identificando los elementos que intervienen en su aparición o existencia. El Observatorio de Igualdad contará con un área sobre violencia de género destinado a coordinar, investigar y evaluar las acciones llevadas a cabo (Artículo42).

▪ Galicia

La Comunidad Autónoma de Galicia publicó su Ley 11/2007, de 27 de julio, para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. Regula, dentro del Título II sobre la protección y asistencia frente a la violencia de género, las medidas en el ámbito sanitario y psicológico y es el artículo 24 el que se refiere al derecho a la atención sanitaria. En ese artículo se garantiza, por parte de los servicios públicos de salud, a las mujeres que sufren o hayan sufrido cualquier tipo de violencia de género el derecho a la atención sanitaria en lo que se refiere no sólo al seguimiento de la evolución de su estado de salud, hasta su total restablecimiento, sino también sobre lo concerniente a la sintomatología o las secuelas derivadas de la situación de violencia sufrida. Los servicios serán gratuitos y accesibles con carácter preferente garantizando la privacidad y la intimidad de las mujeres y respetando las decisiones que ellas tomen.

Respecto a los planes de salud de la Xunta de Galicia, y en especial el Plan de atención integral a la salud de las mujeres, deben prever “en su redacción inicial o en

sus revisiones periódicas medidas específicas para la prevención, detección, atención e intervención en los casos de violencia de género. Asimismo, en dichos planes se implementarán disposiciones específicas que contribuyan a evaluar el impacto y los efectos de la violencia de género sobre la salud de las mujeres”.

En relación a las situaciones de violencia contra las mujeres con discapacidad o en situación de vulnerabilidad, el artículo contempla que “se establecerán en todas las medidas anteriores actuaciones y protocolos sanitarios específicos para la detección, intervención y apoyo”. Este texto normativo se refiere a las mujeres con discapacidad que sufran una situación de violencia de género para garantizar que tengan acceso integral a la información sobre sus derechos y a los recursos existentes, ofertando la información en formato accesible y comprensible (artículo 47). En el artículo 6 dedicado al diseño, elaboración y difusión de campañas de sensibilización y a la formación de la población juvenil en la prevención e identificación de actitudes que constituyan actos de violencia de género, harán posible su accesibilidad a las mujeres con más dificultades para acercarse a los recursos e información, en un formato accesible y comprensible a las personas con diversidad funcional, utilizando el lenguaje de signos u otras modalidades de comunicación.

El desarrollo de un protocolo de actuación es ampliamente descrito en el artículo 26, donde detalla que “el departamento de la Xunta de Galicia competente en el ámbito sanitario elaborará, en los términos que se establezcan reglamentariamente, un protocolo que contemple pautas uniformes de actuación sanitaria. Asimismo, elaborará los procedimientos de coordinación de las distintas instancias que intervienen de forma específica en la atención sanitaria de las mujeres que sufren violencia de género, en colaboración con el departamento de la Xunta de Galicia competente en materia de igualdad”.

Respecto a la detección precoz de la violencia de género entre las mujeres y sus hijas e hijos menores de edad, se diseñarán medidas que incluye un cuestionario para la detección precoz de la violencia de género en la AP y un parte de lesiones único y universal para todos los centros sanitarios de Galicia, que será de obligado cumplimiento para todas y todos los profesionales.

En el artículo 27 se abordan los registro de casos y será el departamento de la Xunta de Galicia competente en el ámbito sanitario quien implantará un sistema de registro de casos de violencia de género en los servicios sanitarios, que permita dimensionar el problema, y del que facilitará información periódica al departamento de la Xunta de Galicia competente en materia de igualdad, según lo establecido en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Incluyendo en las encuestas de salud indicadores sobre la violencia de género.

En el Título III, de la organización del sistema de protección y asistencia integral especializada frente a la violencia de género, en el Artículo 50 desarrolla la red de información a las mujeres que realizará acciones de carácter preventivo y de sensibilización, facilitará información, orientación, derivación y seguimiento a las mujeres que sufren violencia de género y funcionará en estrecha colaboración con los servicios sociales, sanitarios y de orientación escolar, así como con los servicios de urgencia y de seguridad ciudadana para la detección y prevención de situaciones de violencia de género.

El artículo 12, especifica respecto a la potenciación de la investigación sobre la violencia de género, que “la Xunta de Galicia, a través del departamento competente en materia de igualdad, en colaboración con los restantes departamentos de la Administración autonómica, potenciará en las universidades gallegas y en otros entes, espacios u organismos, la investigación sobre las causas y consecuencias de la violencia de género, así como sobre los medios necesarios para evitarla, el grado de sensibilización de la sociedad ante la misma y los medios necesarios para su tratamiento. En este sentido se articularán medidas de apoyo a la elaboración de tesis doctorales y cátedras específicas que versen sobre el estudio de la violencia contra las mujeres y los principios que inspiran la presente ley. Igualmente, la Xunta de Galicia difundirá el resultado de los estudios e investigaciones que se consideren de interés. La difusión se realizará de forma universal y gratuita, y tendrá en cuenta la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación”.

Respecto a la formación se refiere a ella desde el ámbito universitario, en el artículo 14, tanto las administraciones educativas como las universidades, en el ámbito de sus competencias, asegurarán que en la totalidad de los estudios conducentes a la obtención de títulos universitarios en disciplinas que habiliten para el ejercicio de profesiones que

tengan relación directa con la violencia de género se incorporen contenidos relacionados con la comprensión de esta violencia, dirigidos a la capacitación para la prevención, detección precoz, intervención y/o apoyo a las mujeres que la sufren. En el artículo 15, la formación de la totalidad de las y los profesionales, será la Xunta de Galicia quien garantice, en los términos que se establezcan reglamentariamente, y promoverá, mediante los instrumentos necesarios, la formación en igualdad de todas y todos los profesionales que trabajan en ámbitos relacionados directa o indirectamente con la violencia de género, y en especial de las y los profesionales de la sanidad, de los servicios sociales, educativos, de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de las operadoras y los operadores jurídicos.

“A estos efectos, el departamento competente y todos aquellos organismos y entidades que imparten formación velarán para que en la formación inicial y en sus programas formativos se incorporen módulos específicos de prevención, atención asistencia y/o tratamiento de situaciones de violencia de género. La Xunta de Galicia, a través del departamento competente en materia de de igualdad, diseñará programas específicos de formación en materia de violencia de género y los pondrá a disposición de cualquier ente, organismo o departamento, y de la sociedad en general, para su aplicación en las diversas acciones formativas”.

Como último comentario, se aprecia en la redacción de esta norma el empleo riguroso de un lenguaje no sexista. A comienzos de 1990 el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó una Resolución⁵⁰ recomendando la eliminación del sexismo en el lenguaje, mediante la adopción de una serie de medidas entre las que aparece “Hacer que la terminología empleada en los textos jurídicos, la administración pública y la educación esté en armonía con el principio de igualdad de sexos”

▪ Andalucía

La Comunidad Autónoma de Andalucía publicó con fecha 13/2007, de 26 de noviembre, la Ley de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.

⁵⁰ Recomendación núm. R (90) 4, del Consejo de Europa, sobre eliminación del sexismo en el lenguaje, adoptada por el Comité de Ministros el 21 de febrero de 1990.

El título II respecto a la protección y atención a las mujeres se desarrolla el ámbito de la salud y en el artículo 33 describe que en “el Plan Andaluz de Salud se establecerá medidas específicas para la prevención, detección precoz, atención e intervención en los casos de violencia de género. Igualmente, incorporará las medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en salud en las personas afectadas. La detección precoz de las situaciones de violencia de género será un objetivo en el ámbito de los servicios de salud, tanto públicos como privados. A tal fin, la Consejería competente en materia de salud establecerá los programas y actividades más adecuados para lograr la mayor eficacia en la detección de estas situaciones, y se considerará de forma especial la situación de las mujeres que 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, explotación sexual o las mujeres con discapacidad. Estas disposiciones afectarán a todos los centros sanitarios autorizados en el ámbito de Andalucía”.

En este mismo artículo se redacta que el Gobierno andaluz, a través de la red de utilización pública, las mujeres que sufren cualquier forma de violencia de género tienen derecho a una atención y asistencia sanitaria especializada y garantizará la aplicación de un protocolo de atención y asistencia de todas las manifestaciones de la violencia de género, en los diferentes niveles y servicios, con un tratamiento específico para las mujeres que han sufrido una agresión sexual. Los protocolos deben contener pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado.

Dichos 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.

La atención a las víctimas es recogida en el artículo 34, donde se especifica que el Sistema Sanitario Público de Andalucía prestará la atención sanitaria necesaria, con especial atención a la salud mental, a las personas víctimas de violencia de género. Por la Consejería competente en materia de salud, se establecerán los mecanismos de seguimiento específicos que permitan la elaboración de estadísticas y la evaluación de los efectos producidos por las situaciones de violencia de género.

La formación de profesionales y concretamente en el artículo 24, la formación a profesionales de la salud, se plantea desde los planes y programas de salud que deben incluir la formación del personal del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para abordar de forma adecuada la detección precoz, la atención a la violencia de género en sus múltiples manifestaciones y sus efectos en la salud de las mujeres, la rehabilitación de éstas, y la atención a los grupos de mujeres con especiales dificultades. Dicha formación se dirigirá prioritariamente a los servicios de AP y de AE con mayor relevancia para la salud de las mujeres. La formación en igualdad va dirigida al ámbito judicial y educativo.

El fomento de la investigación es uno de los artículos de esta norma, donde una de las líneas de investigación, artículo 6, serán las repercusiones de la violencia de género en el ámbito de la salud de las mujeres, de sus familias y menores a su cargo. Asimismo, garantizará la difusión de las investigaciones con el objetivo de informar y sensibilizar a la sociedad en general, teniendo en cuenta la especial situación de las mujeres con discapacidad, las mujeres inmigrantes y las mujeres en riesgo de exclusión social.

▪ Cataluña

En Cataluña se aplica la Ley 4/2008 de 22 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.

En el ámbito sanitario, el artículo 32 reconoce el derecho a la atención y la asistencia sanitarias especializadas mediante la red de utilización pública, así como la aplicación de un protocolo de atención y asistencia en los diferentes niveles y servicios, que debe contener un protocolo específico para las mujeres que han sufrido una agresión sexual.

En todas las medidas establecidas por este artículo respecto a la atención y asistencia sanitaria, debe tenerse en cuenta la diversidad femenina, especialmente la especificidad de los colectivos de mujeres a que se refiere el capítulo 5 del título III. (inmigración, prostitución, mundo rural, vejez, transexualidad discapacidad, virus de la inmunodeficiencia humana, etnia gitana, centros de ejecución penal y mutilaciones genitales femeninas)

En relación a los servicios de salud concertados y privados, el Gobierno debe promover la adopción, de un protocolo de atención y asistencia respecto a todas las manifestaciones de violencia machista.

En el artículo 11 se refiere especialmente a los profesionales de la salud, los servicios sociales y la educación, sobre la obligación que tienen de intervenir obligatoriamente cuando tengan conocimiento de una situación de riesgo o de una evidencia fundamentada de violencia machista, de acuerdo con los protocolos específicos y en coordinación con los servicios de la Red de Atención y Recuperación Integral. Respecto a las entidades privadas que prestan servicios en los ámbitos profesionales anteriores deben recoger expresamente las obligaciones de intervención.

En cuanto a la formación será el Instituto de Estudios de la Salud, dependiente del departamento competente en materia de salud, el que prestará la formación específica exigida, siendo a su vez el Gobierno quien deba garantizarlo (Artículo 32.2). El título II dedicado a la prevención, la detección y la erradicación de la violencia machista, dentro del capítulo 5, define la formación y la capacitación obligatorias de todas las personas profesionales que intervienen directa e indirectamente en procesos de violencia, y obliga a las administraciones públicas de Cataluña a diseñar programas de formación a tal fin. Distingue en la formación específica, el nivel de formación capacitadora, dirigido a las personas profesionales que intervienen directamente en procesos de violencia. “Este nivel debe definir y determinar tratamientos específicos para los diferentes colectivos de mujeres y para los distintos tipos de violencia”. En los cursos de formación, descritos en el artículo 19, afirma que “debe introducirse la diversidad femenina, en especial la especificidad de los colectivos de mujeres a que se refiere el capítulo 5 del título III”.

El artículo 8 configura la investigación como una herramienta básica de actuación, que obliga al Gobierno de la Generalidad a garantizar la suficiencia de medios para asegurar que se lleve a cabo en todos los ámbitos relacionados con la violencia machista. La promoción de esta investigación debe ser liderada e impulsada transversalmente por el Instituto Catalán de las Mujeres. Debe llevarse a cabo la difusión del conocimiento sobre la violencia machista en todos los ámbitos sociales y, muy especialmente, entre las personas profesionales que trabajan con las mujeres en situaciones de violencia, y por todos los medios que estén al alcance. La investigación debe incluir todas las manifestaciones de la violencia machista, así como el diferente

impacto que tiene esta violencia en colectivos específicos de mujeres y en las menores y los menores que indirectamente o directamente la sufren. Asimismo, la investigación debe desarrollar programas innovadores que tengan como objetivo definir, ensayar y evaluar estrategias proactivas y preventivas con relación a los perpetradores de violencia machista.

Las siguientes normativas que se describen a continuación corresponden al ámbito de la igualdad pero se considera adecuado incluirlas en este capítulo, por contemplar en su desarrollo el tema de este trabajo, siendo la Ley 1/2003, de 3 marzo 2003 Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León la que contempla medidas dirigidas al sector sanitario.

▪ Castilla y León

Es en la Ley 1/2003, de 3 marzo 2003 Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León donde en esta Comunidad Autónoma contempla la violencia de género. Con el propósito de otorgar una más amplia atención a las víctimas de la violencia de género, esta Ley modifica el artículo 10.5 de la Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León.

La modificación se refiere a la personación de la Administración de la Comunidad de Castilla y León en los procedimientos penales sobre violencia contra las mujeres, ampliando el ámbito subjetivo para que la solicitud de personación puedan formalizarla, además de la víctima, sus familiares hasta el cuarto grado. Ley 7/2007, de 22 de octubre, de Modificación de la Ley 1/2003, de 3 de marzo, de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León.⁵¹

En el artículo 21 se desarrollan medidas de acción positiva para la promoción y protección de la salud de las mujeres y se fijan como objetivos en el apartado 1,

⁵¹ CAPÍTULO II Distribución de competencias

SECCIÓN 1ª. COMPETENCIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN MATERIA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES

Artículo 10. Competencias en materia de asistencia a la mujer

5. La Administración Autonómica se personará en los procedimientos penales sobre violencia contra mujeres en la forma y condiciones establecidos por la legislación procesal, siempre que las circunstancias lo aconsejen y la víctima o sus familiares hasta el cuarto grado lo soliciten.

Reglamentariamente se determinará el procedimiento administrativo dirigido a autorizar el ejercicio de las acciones judiciales en estos casos .

Ap. 5 modificado por artículo único de Ley núm. 7/2007, de 22 octubre .

capacitar al personal sanitario para que sea receptivo ante cualquier manifestación que pueda ser sugestiva de maltrato. Otro de los objetivos descrito en el apartado 7, se refiere a “garantizar el cumplimiento, por parte del personal sanitario, del Protocolo de Actuación Profesional para casos de maltrato a la mujer en Castilla y León.

La formación sobre igualdad de géneros se desarrolla como una medidas de acción positiva para la formación en el área de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (artículo 18) y esos cursos continuos de formación impartidos por la Administración de la Junta de Castilla y León irán dirigidos entre otros profesionales al personal sanitario (apartado 3).

En esta Comunidad Autónoma se ha presentado el borrador del proyecto de Ley contra la violencia de género en Castilla y León, debatiéndose los últimos trámites en el seno de las Cortes regionales con fecha 20/06/09⁵².

▪ País Vasco

La Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de mujeres y hombres dedica el capítulo VII del título III a abordar de forma específica la Violencia contra las Mujeres. Desarrolla dos secciones en las que describe las maneras de intervención que desde la administración deben ser llevadas a cabo para atajar el fenómeno de la violencia. La primera referida a la investigación, prevención y formación, y la segunda a la protección a las víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales.

Concretamente en la primera sección aborda la necesidad de investigación tanto para conocer las causas como las consecuencias de la violencia, y señala la necesidad de evaluar los recursos y programas existentes en esta la Comunidad Autónoma. Asimismo, recoge dos articulados referidos a la importancia de la prevención, de las campañas de sensibilización y de la formación del personal implicado en la intervención ante casos de violencia contra las mujeres.

En la sección segunda se centra en la atención y protección a las víctimas del maltrato doméstico y agresiones sexuales y enumera específicamente un conjunto de medidas que han de ser desarrolladas para dar respuesta a las necesidades de estas

⁵²Diario El Mundo. 23 de junio de 2009.
Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org/noticias.php?id=1753>
(Consulta: 20 de agosto de 2009)

mujeres, protección policial, asesoramiento jurídico, asistencia psicológica... entre ellas no se contemplan las medidas sanitarias.

Con el fin de favorecer una actuación coordinada y eficaz ante los casos de maltrato doméstico y agresiones sexuales y garantizar una asistencia integral y de calidad a sus víctimas es importante impulsar la coordinación interinstitucional así como fijar unas pautas o protocolos de actuación homogéneos para toda la Comunidad dirigidos a las y los profesionales que intervienen en estos casos (Artículo 62).

▪ Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana la Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres regula, en el capítulo VI, la violencia contra las mujeres.

En el artículo 33 respecto a la investigación sobre la violencia de género, es la administración autonómica la que promoverá la investigación sobre las causas de la violencia contra las mujeres e implantará medidas para impedir la y reparar sus efectos.

La asistencia a las víctimas de violencia de género se contempla en dos ámbitos, el jurídico y el psicológico, que será ofrecida desde las administraciones públicas de una forma gratuita y especializada. Las medidas del ámbito sanitario no se contemplan en la Ley.

Para garantizar una actuación coordinada y eficaz de los diversos órganos y entidades que intervengan o presten asistencia en los supuestos de malos tratos, en el artículo 37, se adoptarán por parte de la Generalidad, protocolos de actuación.

▪ Islas Baleares

El Parlamento de las Islas Baleares aprobó la Ley 12/2006, de 20 de septiembre, para la mujer, desarrollando en el capítulo VI la violencia contra las mujeres desde el ámbito preventivo y asistencial.

Desde la prevención la norma contempla el establecimiento de medidas por parte de la administración pública que incluye la investigación, campañas de sensibilización, formación específica de profesionales y programas de mediación familiar gratuitos.

Respecto a las víctimas se ofrece asistencia jurídica y psicológica especializada. No se desarrollan medidas del ámbito sanitario. La única referencia que hace esta norma a los centros y servicios sanitarios viene dada en el artículo 46, sobre la obligación que estos tienen de informar a la administración competente sobre los hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de violencia o de riesgo de violencia contra las mujeres y con el previo conocimiento de la víctima.

El artículo 43 define la adopción de protocolos de actuación para garantizar la actuación coordinada y eficaz de los órganos y entidades que intervengan o presten asistencia en los supuestos de malos tratos.

4.2 Estudio comparativo de las medidas sanitarias de la normativa autonómica. Referencia al marco normativo internacional, europeo y estatal.

Después de hacer esta exposición cronológica de la respuesta del ordenamiento jurídico autonómico español ante la violencia de género, se analizan estas normativas y se comparan con el marco jurídico estatal, europeo e internacional, desarrollados en los capítulos anteriores de este trabajo, redactándose en los diferentes apartados que se presentan a continuación:

▪ Los protocolos sanitarios como pautas uniformes de actuación

Si tomamos como referencia el ordenamiento jurídico estatal, en concreto la LOMPIVG, respecto al sistema sanitario en su artículo 32, en los planes de colaboración, describe que “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”. Así es redactado, contemplando estos dos ámbitos, en la legislación analizada de Navarra, Cantabria, Andalucía, Aragón o Cataluña. Madrid no especifica refiriéndose a “todos los ámbitos de intervención sanitaria”.

Continuando con el texto de la LOMPIVG, subraya que “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” así aparece recogido en la normativa de las comunidades de Navarra o Cantabria.

Continúa este artículo señalando que “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” Las Comunidades Autónomas de Navarra, Cantabria, Andalucía así lo hacen constar en sus normativas.

En la Región de Murcia, contemplan la designación de una persona responsable de la coordinación y seguimiento de estos protocolos en el ámbito hospitalario.

El protocolo debe incorporar un modelo de informe en el que se recojan las actuaciones seguidas en el ámbito sanitario y la derivación de la mujer a servicios sociales, así como en aquellos casos que exista constatación o sospecha de daños físicos o psíquicos el informe debe ser remitido al Juzgado de Guardia o Fiscalía. En el caso de Galicia se refiere a un parte de lesiones único y universal para todos los centros sanitarios, que será de obligado cumplimiento. En esta Comunidad autónoma se incluye, en este apartado sobre protocolo de actuación, el diseño de medidas para la detección precoz de la violencia de género entre las mujeres y sus hijas e hijos menores de edad y contempla la implantación de un cuestionario para la detección precoz de la violencia de género en la AP.

Algunas normativas contemplan un protocolo específico para las mujeres que han sufrido una agresión sexual, concretamente Cataluña o Andalucía.

▪ **Desarrollo de protocolos para dar una respuesta integral**

En el abordaje de la violencia de género se hace imprescindible dar una respuesta integral, así es recogido desde todos los ámbitos:

La OMS ha recomendado desarrollar una respuesta global del sector salud sobre los efectos de la violencia contra la mujer, subraya que “los profesionales de la salud que ven y atienden a mujeres maltratadas necesitarán coordinarse y trabajar con otros sectores, en particular con la policía y los servicios sociales”, insistiendo en que no debería hacerse de forma aislada, sino que se debe exigir la creación de procedimientos

y protocolos oficiales de derivación de casos⁵³. Así lo recogen las normativas de Navarra, Cantabria, Murcia, Madrid, Galicia, Aragón, País Vasco,

En el año 2002, el Comité de Ministros del Consejo de Europa recomienda a los gobiernos de los Estados miembros en la protección de las mujeres contra la violencia (Recomendación Rec (2002) que deberían contemplar la posibilidad de establecer un protocolo de actuación obligatorio, de forma que la policía y los servicios médicos y sociales sigan el mismo procedimiento⁵⁴.

Los Planes de colaboración, desarrollados en la LOMPIVG en su artículo 32, se dirigen a los poderes públicos para que elaboraren estos planes y garanticen la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género. Deberían de implicarse las Administraciones sanitarias, la Administración de Justicia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los servicios sociales y organismos de igualdad. Para asegurar una actuación global e integral de todas las administraciones y servicios implicados, garantizando la actividad probatoria, se articularán protocolos de actuación que determinen los procedimientos.

En este sentido hay algunas Comunidades que han dejado constancia de ello en sus normativas, es el caso de Navarra, Cantabria, Madrid, Aragón o Murcia.

La Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha no ha desarrollado el tema de los protocolos en su normativa. Canarias se refiere a él de una forma general “la Comunidad Autónoma de Canarias, a través de la Consejería de Sanidad y mediante revisión del Plan de Salud de Canarias, en su caso, pondrá en marcha los protocolos necesarios para afrontar la violencia de género en sus aspectos sanitarios”.

▪ **La investigación como herramienta básica de actuación**

La violencia ejercida contra las mujeres es un fenómeno con características diferentes de otras formas de violencia. Es una violencia que sufren las mujeres por el

⁵³ Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. 2005. Pág.31. Disponible en:

[:http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf)

(Consulta: 1 de agosto de 2009)

⁵⁴ Recomendación Rec (2002) 5 adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002 y Memorandum explicativo. Protección de las mujeres contra la violencia. Pág. 13.

Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/politicas/docs/5_Rec_2002_5.pdf

(Consulta: 31 de julio de 2009)

mero hecho de serlo, en el marco de unas relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres. Debido a este carácter específico y diferenciado de esta violencia es necesario investigar para poder conocer mejor las causas del problema y poder afrontarlo adecuadamente.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995)⁵⁵, se estableció como objetivo estratégico estudiar las causas y las consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas de prevención. Se plantearon una serie de medidas dirigidas a los gobiernos, las organizaciones regionales, las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales, los institutos de investigación, las organizaciones femeninas y juveniles y las organizaciones no gubernamentales, entre ellas, “promover la investigación, recoger datos y elaborar estadísticas, especialmente en lo concerniente a la violencia en el hogar, relacionadas con la frecuencia de las distintas formas de violencia contra la mujer, y fomentar las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de esta violencia, así como sobre la eficacia de las medidas aplicadas para impedirla y reparar sus efectos”. Las causas, características, consecuencias, así como la valoración de la eficacia de las medidas para prevenir y erradicar la violencia de género son objeto de estudio de las investigaciones planteadas en la normativa de las comunidades de Cantabria, Madrid, Canarias, Galicia, estas dos últimas han añadido como tema de estudio el grado de sensibilización de la sociedad respecto a la violencia de género.

Fue también en esta Conferencia de Beijing donde se recomendó “difundir ampliamente los resultados de los estudios e investigaciones”. Por la relevancia que tiene este tema, algunas comunidades han matizado en este punto y en su normativa, añaden a la difusión pública de estos estudios, que de manera especial se pondrá en conocimiento de los profesionales relacionados con la materia, entre otros el ámbito sanitario; es el caso de Canarias, Cantabria, Cataluña, Aragón o Madrid, que incluso detalla “instituciones públicas y privadas”.

⁵⁵ Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing 1995. Pág. 58-59. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/politicas/docs/Informe%20de%20la%20IV%20Conf_Beijing.pdf (Consulta: 3 de agosto de 2009)

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA49.25) sobre La Prevención de la Violencia: una Prioridad de Salud Pública⁵⁶, se pidió que la promoción de medidas hacia la investigación sobre la violencia se le diera prioridad entre las investigaciones de salud pública.

La OMS en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002)⁵⁷ recomienda “definir las prioridades y apoyar la investigación de las causas, las consecuencias, los costos y la prevención de la violencia. A nivel nacional, puede impulsarse la investigación mediante políticas gubernamentales, la participación directa de las instituciones estatales (muchos servicios sociales o ministerios del interior, así como la justicia penal, disponen de programas propios de investigación) y la financiación a instituciones universitarias e investigadores independientes”. Algunas normativas lo reflejan en sus textos, es el caso de Cataluña donde el Instituto Catalán de las Mujeres será quien promocioe y lidere transversalmente, esta investigación. Continúa la recomendación afirmando que “para obtener los máximos beneficios, las autoridades locales tendrían que involucrar a todos los colaboradores con experiencia aplicable a esta tarea, como facultades universitarias (p. ej., las de medicina, ciencias sociales, criminología y epidemiología), centros de investigación y organizaciones no gubernamentales”. En este sentido, la normativa de la Comunidad Autónoma de Galicia especifica que la Xunta a través del departamento competente en materia de igualdad y en colaboración con los restantes departamentos de la Administración autonómica potenciará en las universidades gallegas y en otros entes, espacios u organismos, la investigación, articulando medidas de apoyo en la elaboración de tesis doctorales y cátedras específicas sobre el estudio de la violencia de género.

Apoyar y realizar estudios e investigaciones sobre el género en todos los niveles de la enseñanza, especialmente en el nivel de postgrado en las instituciones académicas, y aplicarlos a la elaboración de programas, incluidos los de estudios universitarios, libros

⁵⁶ World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2002: 20, 305, 112..
Disponible en: http://www5.who.int/violence_injury_prev_ention/download.cfm?id=00000
(Consulta: 3 de agosto de 2009)

⁵⁷ Organización Mundial de la Salud (2002): «Informe mundial sobre la violencia y la salud» Pág. 36
Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
(Consulta: 29 de julio de 2009)

de texto y material didáctico y en la formación de personal docente, fue ya un objetivo estratégico de la Conferencia de Beijing⁵⁸.

A nivel normativo estatal, la referencia de la LOMPIVG hacia la investigación se contempla en las medidas de sensibilización, prevención y detección, dentro del ámbito educativo, el Artículo 4 se refiere a que “las Universidades incluirán y fomentarán en todos los ámbitos académicos la formación, docencia e investigación en igualdad de género y no discriminación de forma transversal”. La LOI en el Capítulo dedicado a la acción administrativa para la igualdad, la investigación se contempla en dos ámbitos: la educación superior y las políticas públicas de salud. Respecto al primero en el artículo 25, considera que “las Administraciones públicas en el ejercicio de sus respectivas competencias fomentarán la enseñanza y la investigación sobre el significado y alcance de la igualdad entre mujeres y hombres, promoviendo entre otras medidas, la inclusión, en los planes de estudio en que proceda, enseñanzas en materia de igualdad entre mujeres y hombres, creación de postgrados específicos y la realización de estudios e investigaciones especializadas en la materia. En relación a las políticas de salud, en el artículo 27 respecto a la integración del principio de igualdad en la política de salud considera el fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres.

En 2005, el apoyo a la investigación sobre las causas, las consecuencias y los costos de la violencia contra la mujer y sobre las medidas de prevención eficaces, ha sido una recomendación propuesta por la OMS, en su Estudio Multipaís sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica⁵⁹.

La incorporación de medidas necesarias para el seguimiento y evaluación del impacto en salud de la violencia de género sobre las personas afectadas se refleja en la ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía; el caso de Galicia especifica concretamente “efectos de la violencia de género sobre la salud de las mujeres”.

⁵⁸ Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing 1995. Pág. 32. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/politicas/docs/Informe%20de%20la%20IV%20Conf_Beijing.pdf (Consulta: 30 de julio de 2009)

⁵⁹ Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. 2005. Pág. 33 Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf (Consulta: 22 de julio de 2009)

▪ Referencia a grupos de especial vulnerabilidad

El maltrato a la mujer por su pareja se puede considerar un fenómeno global que tiene una incidencia en mayor o menor grado en todos los países y afecta a todos los niveles sociales, culturales y económicos. Con todo, existen determinados factores potenciadores y facilitadores de agresión, de forma que la presencia de factores de riesgo puede impulsar la probabilidad de que la persona agresora se comporte violentamente y las agredidas sean más vulnerables. El círculo en el que se enmarca la situación facilita el surgimiento de las agresiones. Entre los factores de riesgo a tener en cuenta se encuentran los de tipo cultural, social, familiar e individual (Ver gráfico-2).

Gráfico-2. Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a la violencia

Factores de riesgo o vulnerabilidad
Culturales <ul style="list-style-type: none">▪ Cultura patriarcal▪ Estereotipos rígidos de masculinidad y feminidad▪ Creencias sobre la disciplina y el valor del castigo
Sociales <ul style="list-style-type: none">▪ Falta de recursos económicos, trabajo precario o desempleo y escaso nivel de formación de ambos miembros de la pareja▪ Discriminación laboral▪ Defensa del carácter privado del ámbito laboral▪ Estructura y funcionamiento de las Instituciones y deficiente apoyo institucional a las víctimas▪ Imagen de la mujer en los medios de comunicación▪ Carencia de apoyo social
Familiares <ul style="list-style-type: none">▪ Un alto grado de rigidez de la estructura familiar▪ Intensidad de los vínculos interpersonales▪ Estrés atribuible a las fases del ciclo vital▪ Conflictos conyugales y maltrato en las relaciones anteriores
Individuales <ul style="list-style-type: none">▪ Los trastornos del control de los impulsos▪ Los celos patológicos▪ Baja autoestima▪ Inexpresividad emocional▪ Abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas▪ Aprendizaje de modelos de relación agresivas▪ La edad

Fuente: Heise, Ellsberg y Gottemoeller (1990), Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) reconoce que la eliminación de la violencia contra la mujer es esencial para la igualdad, el desarrollo y la paz. Exhortó a los estados a reconocer la vulnerabilidad frente a la violencia de las mujeres que pertenecen a grupos como los refugiados, los desplazados, inmigrantes y las personas con discapacidades.

En 2002 la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, en su Resolución 2002/52, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, a la vez que condena claramente todos los actos de violencia perpetrados contra las mujeres y las niñas, incluye en su definición sobre la violencia de género no sólo las distintas manifestaciones que de la misma ya fueran incluidas en esta categoría, sino también otras nuevas como "los crímenes pasionales, el matrimonio precoz y forzado, el infanticidio de niñas, los ataques de ácido y la violencia relacionada con la explotación sexual comercial y la explotación económica"⁶⁰.

Entre otras disposiciones, el Manifiesto de las mujeres con discapacidad de Europa, adoptado en Bruselas el 22 de febrero de 1997 por el Foro Europeo de la Discapacidad, establece recomendaciones relativas a la violencia, al abuso sexual y a la seguridad de las mujeres y niñas con discapacidad dirigidas a los estados miembros de la UE⁶¹.

La Comisión de Derechos Humanos en la Resolución 2003/45. "La eliminación de la violencia contra la mujer" continua haciendo referencia a estos grupos vulnerables expresando "su profunda preocupación porque algunos grupos de mujeres, como por ejemplo las pertenecientes a minorías, las indígenas, las refugiadas y desplazadas internamente, las migrantes, las que viven en comunidades rurales o remotas, las indigentes, las recluidas en instituciones o detenidas, las niñas, las mujeres con discapacidades, las ancianas, las viudas y las mujeres en situaciones de conflicto armado suelen constituir un blanco especial o estar particularmente expuestas a la violencia, situación en la que también se encuentran las mujeres objeto de otro tipo de discriminación"⁶².

⁶⁰ La eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/52. Disponible en:
<http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/9465b75008855d08c1256baa00554404?Opendocument>
(Consulta: 22 de julio de 2009)

⁶¹ Manifiesto de las mujeres con discapacidad de Europa. Disponible en:
http://www.observatoriodeladiscapacidad.es/?q=es/informacion/ficha_bibliografica/28052009/manifiesto-mujeres-discapacidad-europa
(Consulta: 24 de julio de 2009)

⁶² ONU. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2003/45. Disponible en:
<http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d8bb1c1f50bc5754c1256d1f004bf6cf?Opendocument>
(Consulta: 22 de julio de 2009)

La LOMPIVG, en el artículo 32.4 establece que “[...] 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”.

En el análisis de esta normativa autonómica efectuado en este capítulo, se observa que estos colectivos vulnerables no son olvidados en la Comunidad de Madrid, Galicia o Andalucía donde en el desarrollo de su Ley de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género tiene en cuenta la especial situación de las mujeres con discapacidad, las mujeres inmigrantes y las mujeres en riesgo de exclusión social a la hora de la difusión de las investigaciones siendo una de las líneas de investigación. En el Plan Andaluz de Salud al establecer los programas y actividades adecuados a la detección de situaciones de violencia de género debe considerar de forma “especial la situación de las mujeres que 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, explotación sexual o las mujeres con discapacidad”. La formación de profesionales de la salud plantea la atención a los grupos de mujeres con especiales dificultades.

En Cataluña la Ley se refiere a que se debe tener en cuenta la diversidad femenina (describiendo en el capítulo 5 del título III los colectivos de mujeres a que se refiere y las acciones de los poderes públicos en esas situaciones específicas) en todas las medidas establecidas respecto a la atención y asistencia sanitaria, en los cursos de formación a profesionales, en la investigación debe incluir todas las manifestaciones de la violencia machista, así como el diferente impacto que tiene esta violencia en colectivos específicos de mujeres. En general, la Ley establece que todas las actuaciones que se lleven a cabo para garantizar los derechos y las medidas que regula tengan en cuenta las particularidades territoriales, culturales, religiosas, personales, socio-económicas y sexuales de la diversidad de mujeres a las que van destinadas, dando por sentado que ninguna particularidad justifica la vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres.

Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia. Preocupados por esta situación, en Andalucía una de las líneas de investigación es el estudio de las repercusiones de la violencia de género en el ámbito de la salud de sus familias y menores a su cargo. En Cataluña, la investigación debe incluir el impacto que tiene esta violencia en las menores y los menores que indirectamente o directamente la sufren⁶³. Cantabria dirige la formación a los que atienden de forma directa a las víctimas o a sus hijos e hijas o personas a su tutela o acogimiento.

▪ **La formación, un pilar fundamental en el abordaje de la violencia de género**

La Comisión de Derechos Humanos en la Resolución 2003/45, “subraya que los Estados tienen el deber afirmativo de promover y proteger los derechos humanos de la mujer y la niña y deben actuar con la debida diligencia para evitar todas las formas de violencia contra ellas, y exhorta a los Estados a: Intensificar los esfuerzos para [...] la formación de juristas y del personal judicial y sanitario y, en la medida de lo posible, mediante el desarrollo y el fortalecimiento de servicios de apoyo⁶⁴.”

El Consejo de Europa, mediante Recomendación Rec (2002)5 del Comité de Ministros sobre la protección de la mujer contra la violencia el 30 de abril de 2002, recomienda a los Estados miembros que respecto a la información, concienciación pública, educación y formación, deberían incluir elementos relacionados con el tratamiento de la violencia doméstica, además de otras formas de violencia que afecta a la mujer, en los programas básicos de formación de las fuerzas armadas, los agentes judiciales y en los campos de la salud y lo social⁶⁵.

⁶³ Vid. DOMINGUEZ LUELMO, A., *Derecho sanitario y responsabilidad médica*. Editorial Lex-Nova. Valladolid 2007. Pág. 727-738

⁶⁴ ONU. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2003/45. Disponible en: <http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/d8bb1c1f50bc5754c1256d1f004bf6cf?OpenDocument>

(Consulta: 22 de julio de 2009)

⁶⁵ Consejo de Europa. Protección de las mujeres contra la violencia. Recomendación Rec (2002)5 adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002 y Memorandum explicativo. Pág. 7.

Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/politicas/docs/5_Rec_2002_5.pdf

(Consulta: 22 de julio de 2009)

La LOMPIVG, en su artículo 15, se refiere tanto a la formación continuada del personal sanitario como a la incorporación en los programas curriculares de las licenciaturas, diplomaturas y programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, incorporando contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de violencia de género. En el caso de la Comunidad Autónoma de Galicia se refiere a las administraciones educativas y las universidades para que incorporen contenidos sobre la violencia de género en las disciplinas que habiliten para el ejercicio de profesiones que tengan relación con ella.

La formación es un aspecto desarrollado en todas las normativas analizadas, especificando el organismo encargado de ponerlas en marcha. En algunas normativas se aborda el tema dirigido a todos los colectivos implicados, es el caso de Castilla-La Mancha, Canarias, Aragón o Navarra, (estas dos últimas normativas matizan sobre el ámbito público y privado). En cambio otras normativas desarrollan este apartado de formación, en un artículo específico para el personal sanitario, por ejemplo Madrid, Murcia o Andalucía, que desarrollan específicamente que la formación sanitaria va dirigida a los profesionales de los diferentes niveles asistenciales (AP, AE o Servicios de Urgencias), tanto en asistencia como en prevención y detección precoz. La normativa de Aragón tampoco olvidan la formación en prevención.

Cantabria se dirige a los que atienden de forma directa a las víctimas o a sus hijos e hijas o personas a su tutela o acogimiento, incluyendo formación en todos los tipos de violencia que a su vez desarrolla la ley.

▪ **La formación en igualdad como medida obligatoria en la prevención de la violencia de género**

Es preciso establecer medidas para sensibilizar a la sociedad y a los diversos colectivos implicados en la violencia contra la mujer, para que tomen conciencia de la gravedad del problema y se transmita, por una parte, el valor de la convivencia pacífica entre los sexos, respetuosa de los derechos fundamentales de las mujeres, y, por otra parte, el valor de la igualdad como método para prevenir la violencia contra ellas.

La LOMPIVG, en el artículo 3 describe que las Universidades incluirán y fomentarán en todos los ámbitos académicos la formación, docencia e investigación en igualdad de género y no discriminación de forma transversal.

La LOI en la redacción de su artículo 27 se refiere a la integración del principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.

La Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón desarrolla la formación de los profesionales en su artículo 9, “la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón pondrá en marcha programas de coordinación y formación para los colectivos de profesionales del ámbito policial, social, docente, laboral, sanitario y jurídico que atienden a mujeres víctimas de violencia”. En este mismo artículo remarca la inclusión de módulos sobre la prevención de la violencia ejercida contra las mujeres en cursos que se realicen por parte de instituciones públicas y privadas.

La formación sobre igualdad de géneros se desarrolla como una medidas de acción positiva para la formación en el área de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (artículo 18) y esos cursos continuos de formación impartidos por la Administración de la Junta de Castilla y León irán dirigidos entre otros profesionales al personal sanitario (apartado 3).

En el artículo 15, la formación de la totalidad de las y los profesionales, será la Xunta de Galicia quien garantice, en los términos que se establezcan reglamentariamente, y promoverá, mediante los instrumentos necesarios, la formación en igualdad de todas y todos los profesionales que trabajan en ámbitos relacionados directa o indirectamente con la violencia de género, y en especial de las y los profesionales de la sanidad, de los servicios sociales, educativos, de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de las operadoras y los operadores jurídicos.

▪ Referencia a la asistencia del maltratador desde la normativa

Desde hace varios años, desde diversas organizaciones de la Unión Europea y la OMS comienzan a recomendar que hay que trabajar con los varones de todas las edades a nivel de prevención y de intervenciones precoces, y que el sistema sanitario tiene por ello un papel que jugar. Este sistema, además de ser el receptor natural de muchas mujeres con problemas precoces de salud derivados de la violencia que se ejerce contra ellas, es uno de los únicos lugares por donde se puede detectar a muchos varones que

ejercen distintos tipos de violencia que no llegan a situaciones por las que puedan ser denunciados. Y por tanto es un excelente lugar para abordajes precoces del problema⁶⁶.

En la legislación analizada, desde la Xunta de Galicia en el artículo 25.4, propone desarrollar programas de atención psicológica gratuita destinados a hombres con problemas de violencia machista. Igual se contempla en la norma de Castilla-La Mancha.

En el desarrollo de la investigación, Cataluña en su artículo 8 formula el planteamiento de “programas innovadores que tengan como objetivo definir, ensayar y evaluar estrategias proactivas y preventivas con relación a los perpetradores de violencia machista”.

⁶⁶ RUIZ-JARABO QUEMADA, C., y BLANCO PRIETO, P. (COMPS.) *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. Editorial Diaz de Santos. Madrid, 2004. Masculinidad, salud y sistema sanitario –el caso de la violencia masculina- BONINO MÉNDEZ, L. Pág. 75

V. Aproximación al sector salud frente a la violencia de género

El impacto que la violencia de género ejerce sobre la salud de la víctima tiene consecuencias perjudiciales tanto en su proceso de desarrollo personal y emocional, como en el de socialización e inclusión en una sociedad en continuo cambio y evolución.

Según la OMS, las razones que convierten a la violencia contra las mujeres en un tema prioritario para los/as profesionales de la salud son, en primer lugar – y aunque su verdadera extensión sea difícil de conocer pues se trata de un “delito oculto” (OMS, 1998b⁶⁷; n.d./1999⁶⁸) –, que esta violencia produce padecimientos y consecuencias negativas para aproximadamente una quinta parte o más de la población femenina mundial; en segundo lugar, que cada vez son más los trabajos que señalan su impacto negativo sobre importantes temas de salud (maternidad y planificación familiar, enfermedades crónicas físicas y mentales, etc.) (OMS, 1996⁶⁹, 1998b⁷⁰); y en tercer lugar, que los/as profesionales de la salud son el principal punto de apoyo para muchas de sus víctimas (Heise y García-Moreno, 2003).

En este sentido, y como resume Segura (2004), son numerosos los ámbitos de organización social que prestan sus servicios en situaciones de violencia contra las mujeres en la pareja (incluyendo tanto las organizaciones sanitarias como los cuerpos policiales o la estructura judicial) pero, dentro de esta cadena de servicios sociales, la asistencia sanitaria cobra un especial protagonismo porque puede ser el instrumento de alarma en la verificación de nuevos casos y puede actuar de manera preventiva realizando detección precoz en la evolución del proceso violento, involucrando, a partir de ahí, a otros órganos de atención a las víctimas.

⁶⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998b). Gender and health a technical paper

⁶⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS) (n.d./1999). Violence and injury prevention. Violence and health.

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). Violence against women. Fact Sheet N128.

⁷⁰ Ibid. (OMS) (1998b).

5.1 Marco teórico y conceptual de la violencia de género en el campo de la salud.

La OMS, en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946, define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, proporciona un marco amplio y útil para definir la violencia contra la mujer. Según el artículo 1 de esta Declaración se define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”. En el artículo 2 se describen los actos que abarca dicha violencia: “La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación. La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada. La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”⁷¹.

La violencia contra la mujer impide que gocen de sus derechos humanos y libertades fundamentales, como el derecho a la vida y la seguridad personal, al más alto nivel posible de salud física y mental, a la educación, al trabajo y a la vivienda, así como a la participación en la vida pública. Dicha violencia perpetúa la subordinación de las mujeres y la distribución desigual del poder entre las mujeres y hombres. Tiene consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres, acarrea un pesado costo

⁷¹ Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Naciones Unidas. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Disponible en: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp?opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp?opendocument) (Consulta: 1 de julio de 2009)

humano y económico, obstaculiza el desarrollo y también puede causar el desplazamiento⁷².

Los estudios llevados a cabo en los últimos años plasman una realidad escalofriante. En este sentido, según el Informe mundial sobre la violencia y la salud, publicado por la OMS en 2002⁷³, en el que se analizaron 48 estudios sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres, entre el 10 % y el 69 % de las mujeres (dependiendo de los países y del tipo de encuesta efectuada) eran víctimas de la violencia física por parte de sus maridos o parejas. En Europa, el estudio publicado en 2004 por el Ministerio Federal alemán de la Familia, Tercera Edad, Condición Femenina y Juventud sobre «las condiciones de vida, la seguridad y la salud de las mujeres en Alemania», efectuado sobre la base de diversas encuestas europeas, reveló que entre el 7% y el 45% de las mujeres son víctimas de violencia física⁷⁴.

Según la ONU, para las mujeres entre 15 y 44 años, la violencia es la principal causa de muerte y discapacidad⁷⁵. La violencia contra la mujer frecuentemente produce la muerte. (Ver gráfico-3 , sobre datos de España) El feminicidio, el suicidio, las muertes relacionadas con el VIH y la mortalidad materna pueden ser consecuencias fatales de la violencia contra la mujer⁷⁶.

Por otra parte, la investigación empírica ha demostrado que la violencia tiene consecuencias nefastas sobre la salud física y psicológica de la víctima. En relación con

⁷² DIVISION FOR THE ADVANCEMENT OF WOMEN, UNITED NATIONS Poner Fin a la Violencia contra la Mujer: De las Palabras a los Hechos - Estudio del Secretario General. 2007. Pág. 58

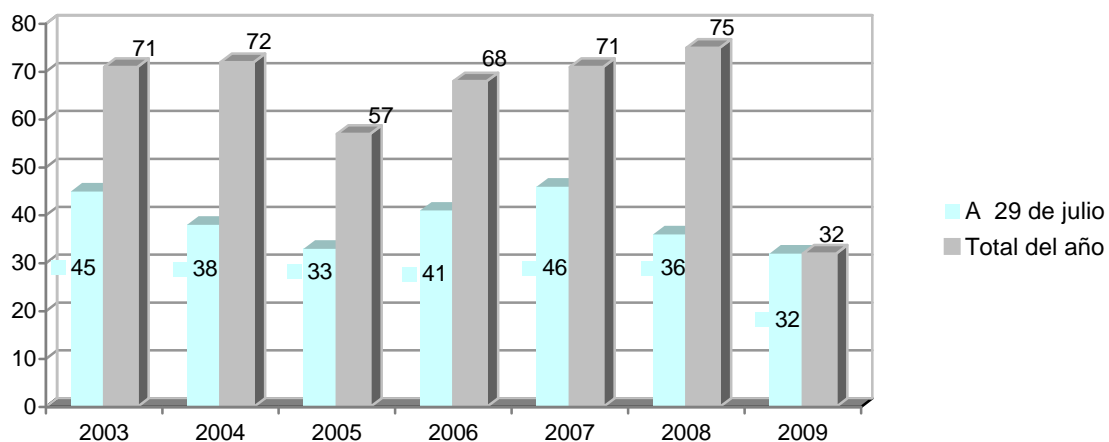
⁷³ Organización Mundial de la Salud (2002): «Informe mundial sobre la violencia y la salud» Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf (Consulta: 2 de julio de 2009)

⁷⁴ Ministerio Federal alemán de la Familia, Tercera Edad, Condición Femenina y Juventud 2004: «Las condiciones de vida, la seguridad y la salud de las mujeres en Alemania». Una investigación sobre la violencia contra las mujeres en Alemania (Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland (www.bmfsfj.de)) (Consulta: 2 de julio de 2009)

⁷⁵ Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Prevención de Traumatismos y de la Violencia, 1999 (documento inédito WHO/HSC/VIP/99.11).

⁷⁶ DIVISION FOR THE ADVANCEMENT OF WOMEN, UNITED NATIONS Poner Fin a la Violencia contra la Mujer: De las Palabras a los Op. cit. p.59

Gráfico-3. Víctimas mortales de violencia de género en España (1 de enero de 2003 a 29 de julio de 2009)



Fuente: Ministerio de Igualdad. Observatorio de la Violencia de Género ⁷⁷.

los efectos sobre la salud física en general, se han demostrado conexiones con problemas ginecológicos, como el dolor pélvico asociado a enfermedad inflamatoria de la pelvis, hipertensión o cefaleas (Villavicencio, 1999), dolores crónicos lumbares, cervicales y pélvicos (Coker, Smith, Bether, King y McKeown, 2000). También con la fibromialgia o cuadro de dolor osteomuscular crónico generalizado (Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto y Vives-Cases, 2004).

Las mujeres que sufren tratos abusivos también tienen un peor funcionamiento social y en materia de salud mental⁷⁸. Las mujeres sometidas a la violencia tienen mayor probabilidad de abusar del alcohol y las drogas y de presentar disfunciones sexuales, intentos de suicidio, estrés postraumático y trastornos del sistema nervioso central⁷⁹. (Ver Gráfico-4)

⁷⁷ Víctimas mortales por violencia de género. Ficha resumen - datos provisionales. Fecha de actualización: 29/07/2009.

Disponible en:

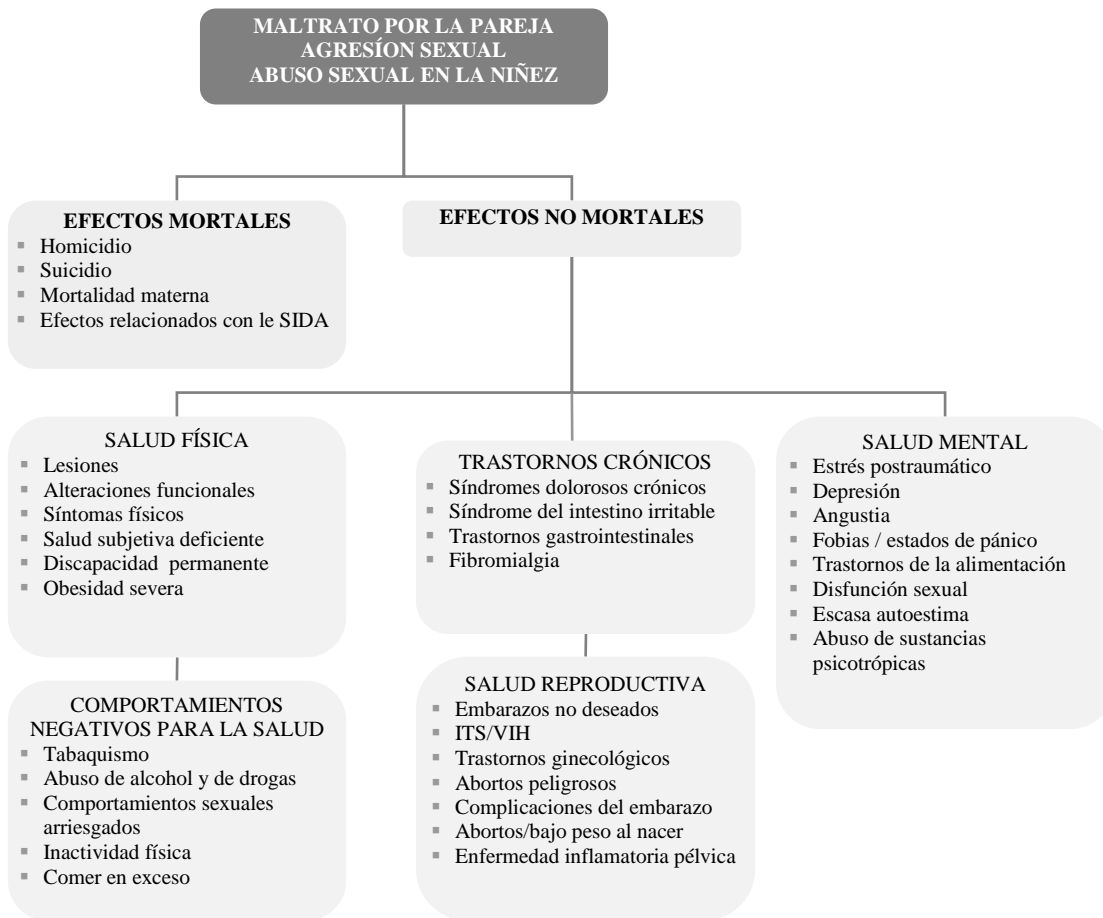
http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1249290115_29.07.09.VICTIMASVG.pdf

(Consulta: 4 de agosto de 2009)

⁷⁸ LAFFAYE, C., KENNEDY, C. and STEIN, M.B., Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in female victims of intimate partner violence. *Violence Victims*, Vol. 18, N°2, (April 2003), pp. 227-238; PARANJAPE, A., HERON, S. and KASLOW, N., 2005 Utilization of Services by Abused, Low-Income African-American Women, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 21, N° 2 (Febrero 2006) p. 22

⁷⁹ COHEN, M.M. and MACLEAN, H., Violence against Canadian Women, *BMC Womens Health*, Vol. 4 (Suppl. I) (August 2004), pp S22-S46; SILVERMAN, J., RAJ, A., MUCCI, L. and HATHAWAY, J.,

Gráfico-4. Efectos de la violencia contra las mujeres en la salud



Fuente: Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999

Las mujeres víctimas de violencia tienden a desarrollar sentimientos de minusvalía, culpabilidad, aislamiento social, cerrazón y autoafianzamiento de la percepción de que no se les va a apoyar si su situación es conocida por terceras personas. De ahí la actitud de callar o negar lo que en numerosas ocasiones resulta evidente a los ojos de los conocidos. Esta posición conduce a sentimientos de incapacidad y de baja autoeficacia que les impide escapar de la situación y del maltratador (Rothenberg, 2003). La situación contribuye a desarrollar ansiedad, depresión y estrés postraumático (Stein y Kennedy, 2001). A esto hay que añadir que los menores expuestos a la violencia tienden a reproducir situaciones semejantes en la edad adulta. En efecto, la violencia en la infancia constituye un factor relevante y predictor de victimización futura (Sarasua y

Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 286, N° 5 (August 2001), pp. 372-379

Zubizarreta, 2000). Se han observado, también, tasas elevadas de morbilidad psicológica en niños/as que han vivido la violencia (Herman, 1998). Al mismo tiempo y de forma paradójica, estos menores pueden presentar mayor resistencia psicológica y más habituación a situaciones violentas, hasta llegar a considerarlas en los parámetros de “normalidad”, sobre todo cuando se producen en el entorno familiar íntimo (Larizgoita, 2006).

La amplia sintomatología asociada a estas mujeres ha provocado que se defienda el término “síndrome de la mujer maltratada” que aglutina problemas psicológicos como ansiedad, insomnio, baja autoestima, depresión clínica y trastorno de estrés postraumático (Stein y Kennedy, 2001; Matud, 2004). Ciertamente, la violencia física ejercida mediante el uso de la fuerza contra el cuerpo de la mujer es patente y visible a través de las secuelas físicas que deja en los moratones, brechas, etc. Sin embargo, también la violencia psíquica, más sutil y silenciosa, tiene efectos nefastos sobre la salud de la víctima. Se manifiesta con desvalorizaciones de la mujer en forma de amenazas, insultos, humillaciones, desprecio, rechazo afectivo así como bloqueos de las iniciativas de interacción, aislamiento o incomunicación (Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional, 2005). Los continuos ataques a la forma de ser y a la personalidad de la víctima van minando la salud mental y pueden tener consecuencias muy negativas para la inserción social de la misma. Las mujeres que sufren violencia no se atreven a hacer lo que desean, sólo buscan evitar el desencadenamiento de la violencia (Alberdi y Matas, 2002). Los trabajos realizados durante los últimos quince años han demostrado que la sintomatología psíquica encontrada en las víctimas debe ser considerada como una secuela de los ataques sufridos, no como una situación anterior a ellos (Margolin, 1988). Los estudios en dicho sentido se llevaron a cabo realizando análisis comparativos con la respuesta humana al trauma, existiendo una correlación estrecha entre la sintomatología desarrollada por las víctimas del maltrato y la respuesta a determinadas situaciones estresantes. Las lesiones psíquicas pueden ser agudas, tras la agresión, o las denominadas lesiones a largo plazo, aparecidas como consecuencia de la situación mantenida de maltrato.

La violencia ejercida contra las mujeres es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo⁸⁰. Actualmente es una cuestión ampliamente reconocida que dicha violencia constituye un grave problema de derechos humanos y de salud pública que afecta a todos los sectores de la sociedad⁸¹.

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing, en 1995, y la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, en 1996, reconocieron la violencia contra las mujeres como “un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo” y la identificaron como “un factor crucial en el deterioro de la salud, tanto por su magnitud como por sus consecuencias”.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) instó a los estados firmantes a establecer medidas legislativas y de otra índole que prohíban la discriminación contra la mujer. En 1992 el comité creado para la vigilancia de la ejecución de esta Convención incluyó la violencia por razón de género como una forma más de discriminación y las medidas que deben adoptarse para eliminarla. En cuanto a sus efectos sobre la salud, recomienda a los estados que ofrezcan servicios de apoyo todas las víctimas, como refugios, servicios de rehabilitación y orientación⁸².

La vulneración de múltiples derechos de las víctimas producidas por la violencia de género, justifica la intervención de los poderes públicos en la vida privada de las personas a través de medidas que traten de paliar esta problemática social. No obstante las cifras que arroja el fenómeno de la violencia de género desde el punto de vista del coste en vidas, el coste social y el sanitario apoyan su consideración como un asunto de salud pública. Esta perspectiva refuerza, en buena medida, la posición de los poderes

⁸⁰ Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. 2005. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
(Consulta: 13 de julio de 2009)

⁸¹ Violencia contra la mujer: Consulta de la OMS, Ginebra, 5–7 febrero de 1996. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (Documento FRH/WHO/96.27. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf , desde el 18 de marzo de 2005)
(Consulta: 7 de julio de 2009)

⁸² RUIZ-JARABO QUEMADA, C., y BLANCO PRIETO, P. (COMPS.) La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Editorial Díaz de Santos. Madrid, 2004. Violencia contra las mujeres, violencia de género. ANDRÉS DOMINGO, P., Pág. 17

públicos con miras a afrontar una problemática que, tradicionalmente, se ha asociado con la esfera privada de las relaciones personales, afectivas y familiares y que no casualmente afecta de manera sistemática a las mujeres en el papel de víctimas⁸³. Desde la celebración en 2003 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, constituye una preocupación de las políticas públicas y, por ello, las políticas de salud deben tener en cuenta las desigualdades de género e integrar la perspectiva de género⁸⁴.

Según el Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema “La violencia doméstica contra las mujeres” (2006/C 110/15), en la exposición de motivos 2.1.6, considera que existen claros indicios de que la violencia contra las mujeres tiene serias repercusiones mentales, psicosociales y sanitarias que se reflejan en la salud pública y en el mercado de trabajo⁸⁵.

Partiendo de estos argumentos, proporcionados por diferentes organismos a lo largo del tiempo, nos permite considerar la violencia de género desde una perspectiva de salud pública y observar las numerosas dimensiones del fenómeno estableciendo respuestas multisectoriales. Esta perspectiva es una de las de mayor relevancia porque permite incidir sobre las distintas fases de la historia natural del problema desde su prevención y detección clínica, hasta el tratamiento y rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

A este respecto nuestra norma jurídica suprema en su artículo 41 establece la obligación de los poderes públicos de mantener “un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos” reconociendo en el Artículo 43 el “derecho de protección a la salud” encomendado a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de “medidas preventivas y de las prestaciones y servicios

⁸³ ARANDA, E. Estudios sobre la Ley Integral contra la Violencia de Género. Ed. Dykinson, 2006.P Pág. 154-155

⁸⁴ BORRELL, C y ARTAZCOZ, L., Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 245-249.

⁸⁵ Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema “La violencia doméstica contra las mujeres” (2006/C 110/15). Disponible en: <http://www2.inem.es/BDlegislativa/script/documentospdf.asp?archivo=LEGIS2006/5/1/0005000E2L0001.pdf> (Consulta: 3 de agosto de 2009)

necesarios”⁸⁶. Este artículo obligaría a los poderes públicos a organiza unos servicios sanitarios que ofrezcan a los ciudadanos todo tipo de prestaciones de carácter preventivo, curativo, rehabilitador, educativo, etc.

La LGS es un fiel reflejo de este concepto amplio de “salud pública”, ocupándose de delimitar el contenido del derecho en los términos más amplios. Incorpora al concepto tanto las medidas de promoción, como las de prevención, curación, asistencia y rehabilitación (artículo 6)⁸⁷, e incorpora en su artículo 10, un largo catálogo de derechos de los ciudadanos, cuyo ejercicio protege el núcleo del derecho a la salud (derechos a la personalidad, a la vida, a la dignidad humana e intimidad).

5.2 Descripción de un modelo de intervención

La violencia de género se puede considerar un fenómeno global que tiene una incidencia en mayor o menor grado en todos los países y afecta a todos los niveles sociales, culturales y económicos. No obstante existen determinados factores potenciadores y facilitadores de agresión. Entre los factores de riesgo a tener en cuenta se encuentran los de tipo cultural, social, familiar e individual.

⁸⁶ C.E.. TÍTULO I De los derechos y deberes fundamentales.

CAPÍTULO TERCERO De los principios rectores de la política social y económica

Artículo41.Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.

Artículo43. Protección a la salud.

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

⁸⁷ LGS

TÍTULO PRIMERO Del sistema de salud

CAPÍTULO PRIMERO De los principios generales

Artículo6. Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

Para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia El Informe Mundial sobre la violencia y la salud, recurre a un modelo ecológico. La amplitud de factores, así como las manifestaciones que el maltrato tiene sobre la persona, propone una orientación ecológica integrada para el análisis e intervención de la mujer víctima de violencia y para los hijos e hijas. Desde esta perspectiva se considera que no existe un único factor causal, sino una interacción de factores que operan desde diferentes niveles y que pueden favorecer o inhibir la violencia (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999). Entre los factores se encuentran unos relacionados con la cultura, los roles asociados al género, y las creencias de poder y dominancia en el seno de la convivencia. Las normas culturales se manifiestan tanto en el ámbito individual-conyugal como en esa atmósfera que se respira en las relaciones familiares, en las comunidades y en los contextos sociales más amplios.

El modelo ecológico, definido por Bronfenbrenner (1977, 1979, 1986) parte de la convicción de que las conductas de las personas se producen en íntima conexión con el entorno en el que se desarrollan. Este no se limita al entorno más próximo o familiar sino que se extiende a un entorno más amplio, externo a la persona, y relacionado directa o indirectamente con el entorno inmediato.

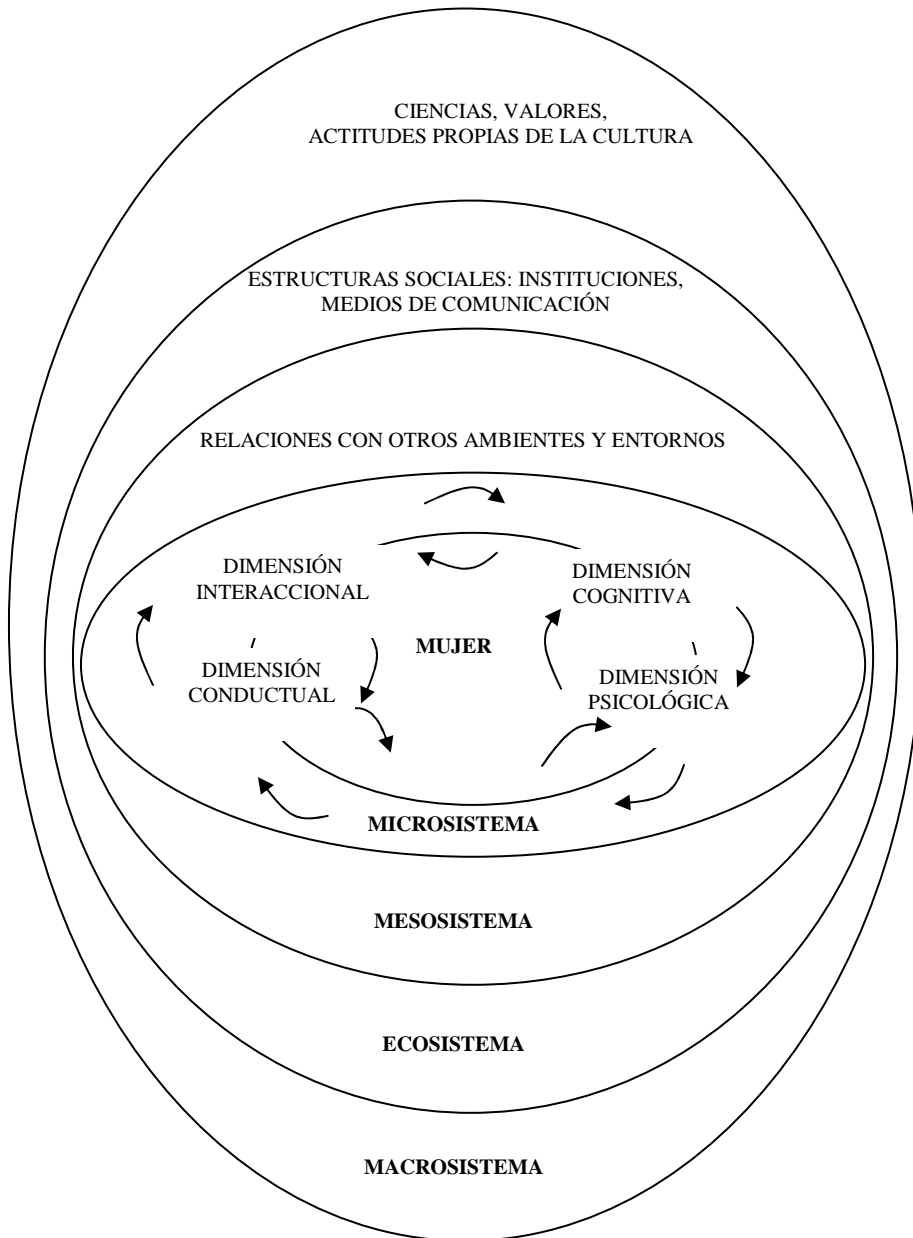
El comportamiento de las personas tiene relación tanto con factores internos de índole cognitiva y emocional (las creencias y las expectativas), como con factores externos relacionados con el entorno y el ambiente y, además, con la acción misma que depende a su vez de los procesos de interacción producidos con las otras personas (Bandura, 1997). Desde esta perspectiva, el modelo social-cognitivo defiende que los factores situacionales y personales, como son las creencias y los juicios, ejercen una influencia positiva o negativa sobre la conducta a través de mecanismos afectivos y cognitivos (Bandura, 1999).

En este perfil, el ambiente ecológico se concibe a modo de una espiral que contiene estructuras concéntricas que van ampliando el campo de influencia (Ver gráfico-5).

En el nivel más próximo se encuentra el microsistema, que comprende el estrecho pero complejo mundo de las relaciones familiares. Se refiere al contexto inmediato, la actividad, las relaciones interpersonales y los roles que se asumen en su seno.

Gráfico-5. Modelo Ecológico

Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1979) .Adaptado de Corsis (2005)



El segundo nivel, denominado mesosistema, alude al campo relacional más amplio y a las interrelaciones que los miembros familiares mantienen con otros ambientes. En este nivel se amplía el círculo de influencia. Las influencias pueden proceder de relaciones directas con otras personas (mundo laboral, ocio, amistades, etc.) o por intercambio de conocimientos producidos por otros entornos. Bronfenbrenner refiere un tercer y cuarto nivel, denominados exosistema y macrosistema respectivamente. El exosistema tiene en cuenta las estructuras sociales, las instituciones o los medios de comunicación como factores que ejercen una influencia directa o indirecta sobre el proceder de las personas. Y, por último, el macrosistema comprende el mundo de las creencias, de los valores y de las actitudes que provienen de la propia cultura. La comunidad, la sociedad y la cultura, inculcan formas de hacer y actuar, normas y valores específicos que potencian modelos de actuación. De este modo se van fraguando estilos de vida y creencias compartidas por grupos culturales que producen estabilidades y mantenimiento de conductas o, también y en el lado opuesto, pueden ser facilitadores de cambio (Mestre, Tur y Samper, 2006; Tur, 2003).

Desde esta perspectiva, la atención a la mujer maltratada ha de comprender las diferentes dimensiones o ámbitos de influencia de su comportamiento.

Tomando como referencia la aportación de Corsi (2005), a partir de la adaptación bronfenbrenneriana, para la actuación con las mujeres víctimas de violencia se han de considerar las cuatro dimensiones psicológicas, interdependientes entre sí, que se encuentran implícitas en el primer nivel denominado microsistema:

- a) La dimensión cognitiva: comprende los pensamientos, las formas de conceptualizar y percibir las acciones, en definitiva, las estructuras y los esquemas cognitivos.
- b) La dimensión psicológica: alude al mundo de las emociones, sentimientos y ansiedades, expectativas y autoconcepto.
- c) La dimensión conductual: se refiere a las actuaciones, y abarca el repertorio conductual de la persona al desenvolverse y relacionarse con el mundo.
- d) La dimensión interaccional y social: atiende al mundo de las relaciones que la persona establece tanto en el microsistema como en el macrosistema general. Guarda relación con las formas y modos de interactuar y comunicarse con terceros. Además, tiene en cuenta la interconexión con los

recursos de la sociedad, como son las estrategias de búsqueda y de los servicios adecuados para contribuir a paliar sus necesidades, como las infraestructuras sanitarias, recursos judiciales u otros de orden social y laboral.

Estas dimensiones forman un conjunto de factores interconectados que van definiendo la manera de actuar de las personas en el entorno inmediato. Y en este sentido, el individuo se va configurando a partir de los cuatro niveles de influencia que el modelo ecológico define como microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. El solapamiento de los anillos ilustra cómo los factores de cada nivel refuerzan o modifican los de otro.

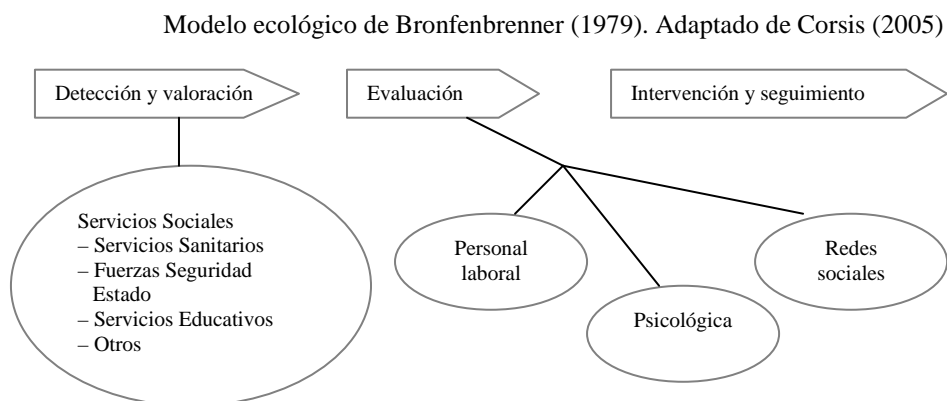
El Informe Mundial sobre la violencia y la salud⁸⁸, considera que además de ayudar a esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico también pone de manifiesto que, para prevenirla, es necesario actuar en varios niveles a la vez. Por ejemplo:

- Hacer frente a los factores de riesgo individuales y tomar medidas para modificar los comportamientos de riesgo individuales.
- Influir en las relaciones personales más cercanas y trabajar para crear entornos familiares saludables, así como brindar ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales.
- Vigilar los lugares públicos como las escuelas, los lugares de trabajo y los barrios, y tomar medidas para hacer frente a los problemas que pueden conducir a la violencia.
- Hacer frente a la desigualdad de género y a las actitudes prácticas culturales adversas.
- Prestar atención a los factores culturales, sociales y económicos más generales que contribuyen a la violencia y tomar medidas para modificarlos, como las orientadas a reducir las diferencias entre ricos y pobres y garantizar un acceso igualitario a los bienes, los servicios y las oportunidades.

Ante un caso de violencia de género el proceso de atención implica un despliegue de recursos que según el modelo ecológico quedaría configurado según el gráfico-6.

⁸⁸OMS. Informe Mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. 2002. Pág. 11-12

Gráfico-6. Proceso de atención en los casos de violencia doméstica



5.3 Actuación sanitaria frente a la violencia de género

Partiendo del análisis sobre el impacto que tiene la violencia sobre la salud de las mujeres, desarrollado en este capítulo, conduce de inmediato a reflexionar sobre la repercusión que ello tiene, a su vez, sobre las y los profesionales de la salud y los servicios sanitarios. Es razonable pensar que el incremento de la morbilidad de una parte importante de la población conduce al correspondiente aumento de la demanda asistencial. Numerosos trabajos publicados en revistas científicas y documentos de salud aportan información que demuestra de forma consistente que las mujeres maltratadas demandan mayor número de visitas médicas por diversos servicios asistenciales que las que no lo son (Koss et al, 1991; McCauley et al, 1995; Tjaden et al, 1998; McCauley et al, 1998; Heise et al, 1999; Kernic et al, 2000; Plichta&Falik, 2001; Campbell, 2002).

Existen obstáculos que van a dificultar la identificación de los casos de violencia (Flitcraft et al, 1992; Davis&Harst, 2001; Elliot et al, 2002). Tales obstáculos pueden provenir de la propia víctima, de las y los profesionales o de las instituciones, y con

frecuencia ni la una ni las / los otros son conscientes de su existencia y de sus consecuencias⁸⁹.

Se sabe que si no se pregunta expresamente la violencia pasa desapercibida, sobre todo cuando las lesiones no son evidentes y las mujeres no declaran que son víctimas (Bradley, 2002; Richardson, 2002). Esto ocurre con frecuencia debido a la dificultad que tienen para comunicar a sus médicos de forma voluntaria el motivo real de su visita (Plichta&Falik, 2001; McCauley, 1998). Con frecuencia las mujeres se quejan de síntomas ambiguos que conducen a las y los médicos a prescribir exploraciones complementarias y fármacos que no llegan a mejorar el estado de la paciente. Finalmente, ante la impotencia para resolver los problemas, solicitan la intervención de un especialista.

Pese al reconocimiento legislativo de la problemática, el silencio de las víctimas impide su prevención y control, por lo que los profesionales sanitarios deben capacitarse para reconocer las señales más sutiles de la violencia de género, registrar esos casos y responder adecuadamente a las necesidades de las víctimas. La mujer no siempre logra emprender el camino a la recuperación por sí misma. Con esto en mente, es necesario que el personal sanitario comprenda la importancia de su intervención y se prepare de manera acorde. Es sumamente importante que reconozca el problema de la violencia como un problema de salud pública y que se de cuenta de que los espacios asistenciales son ideales para la detección de estos casos, ya que tarde o temprano las mujeres acuden a consulta por una u otra razón. Por otro lado el registro adecuado de casos de violencia sirva para demostrar a las autoridades gubernamentales la magnitud del problema y que se tomen acciones al respecto, sin olvidar que el verdadero valor de la asistencia reside en el impacto que tendrá en la calidad de vida de las víctimas⁹⁰.

La formación de las y los profesionales permitirá abordar el problema de manera más eficiente para el sistema, a la vez que más satisfactoria para las mujeres. Hay estudios que demuestran que la autoconfianza en la capacidad para reconocer a las

⁸⁹ La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2003. Pág. 41

⁹⁰ VENGUER, T. Y OTROS, Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Population Council /INOPAL III. Ed. Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V. 1998. Pág. 7; 31-32

víctimas y el entrenamiento de las y los profesionales de la salud contribuyen a incrementar las tasas de cribado en las consultas (Elliot et al, 2002). La capacitación permitirá además del conocimiento profundo del fenómeno, la adquisición de habilidades y destrezas para realizar el cribaje de las pacientes e identificar la posible historia de abuso subyacente, las lesiones físicas y el daño psicológico si los hay, documentar claramente tales hallazgos en la Historia Clínica y derivar a las pacientes a otros profesionales cuando lo precisen. Pero también y sobre todo permitirá valorar la situación de riesgo y establecer un plan de seguridad para proteger a las mujeres en los casos que revistan mayor gravedad (Eidenstat, 1999)⁹¹. En España, el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, de 15 de diciembre de 2006, propone, entre sus objetivos prioritarios en el ámbito de la salud, formar profesionales sanitarios en materia de violencia de género con criterios comunes de calidad e indicadores de evaluación de la formación⁹².

La falta de tiempo y de recursos es una dificultad mencionada tanto por las y los profesionales como por las propias mujeres. Es más fácil que la/el profesional asuma como competencia suya el abordaje de la violencia cuando su Institución lo ha hecho y ha destinado recursos para ello (Davis&Harst, 2001). Por este motivo, las instituciones tienen un cometido trascendental en la detección y prevención de la violencia contra la mujer.

También es un aspecto que se repite el hecho frecuente de que las mujeres no se reconocen como víctimas de violencia y, cuando lo hacen, por muy diversas razones, se niegan a declararlo. La convicción de que la violencia es un problema de salud, el conocimiento del mismo en igual medida que otros y la sensibilidad para explorar su

⁹¹ La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2003. Pág. 38-41

⁹² A este respecto, resulta importante la noticia recogida en la Revista Electrónica del Observatorio de Salud y Mujer sobre un estudio que fue presentado en el Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Han participado 65 centros de salud y 400 profesionales sanitarios durante tres años en ocho comunidades autónomas. Los primeros datos señalan que los médicos y las enfermeras formadas en la atención a la violencia de género son más eficaces en la detección de las mujeres afectadas.

Disponible en:

http://www.observatorio.org/newsletter/esp/jsp/default.jsp?iid_Edicion=1&iid_RecursosInfo=6757&iid_RecursosInfoTipos=8&nopublicado=falseFirefoxHTML\Shell\Open\Command

(Consulta: 15 de agosto de 2009)

presencia de forma cuidadosa contribuirán a que las mujeres adquieran la confianza suficiente para expresar su situación⁹³.

En ocasiones, la consulta médica puede ser el principio del fin, la única oportunidad de vencer el ciclo de la violencia antes de que la mujer pueda sufrir lesiones aún más graves, iniciándose este proceso de recuperación una vez que la/el profesional empieza a indagar y preguntar por la situación de violencia (Flitcraft et al, 1992). La oportunidad que se le ofrece a la mujer en el marco de la consulta para hablar, en un trato de respeto y de confianza, es en sí misma un acto terapéutico de la/el profesional. La manera más eficaz de identificar la violencia de pareja es pensar en ella y buscar elementos que nos permitan detectarla tanto a través de la entrevista como de la exploración física (la actitud de la víctima, la de su compañero, alguno de los signos y/o síntomas que se describen en este documento, etc.). La exploración rutinaria y sistemática de todas las pacientes, preguntándoles por las relaciones con su pareja, con las hijas e hijos y con sus progenitores, realizando preguntas específicas y directas acerca del maltrato contribuye a detectar los casos de violencia que de otro modo pasarían desapercibidos.

El proceso de detección de la violencia se ha organizado en cuatro fases o momentos diferentes: sospechar, identificar, informar y evaluar.

Si la/el profesional mantiene una actitud alerta y vigilante en su consulta, una serie de signos, actitudes y comportamientos, unidos a la sintomatología ya descrita, pueden hacer sospechar que la paciente es víctima de la violencia de su pareja. (Véase Anexo –II).

En la fase de identificación, según Venguer (1998), al realizar la entrevista se deben tener en cuenta algunos aspectos para facilitar la comunicación con las mujeres víctimas de violencia, destacando entre ellos la atención, la empatía, claridad en el lenguaje, el uso de silencios, la retroalimentación, la eficacia de las preguntas y el respeto. Es importante que durante la entrevista se cree un clima de confianza, recibéndose a la paciente sola, las preguntas deben ser realizadas de una forma directa y clara, así como escuchar el relato de la paciente sin interrupciones ni juicios. La detección sistemática

⁹³ La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Op. cit. Pág. 41-42

debe realizarse especialmente a todas las pacientes que acuden a las consultas de AP, Atención Materno-Infantil, Urgencias, Ginecología, Salud Mental y Traumatología⁹⁴.

La OMS recomienda la práctica del tamizado universal a todas las mujeres, mediante la inclusión de alguna pregunta sobre la existencia del maltrato en el curso de la entrevista clínica que pueda ayudar a la detección precoz en base a que:

- El problema tiene una frecuencia elevada y es más común que otros problemas de salud para los que existen actividades de detección ya establecidas.
- Investigar sobre maltrato sólo cuando hay signos obvios de lesiones, no es suficiente.
- No existen perfiles definidos que puedan predecir con suficiente fiabilidad quién es una probable víctima de maltrato.
- Muchas mujeres pueden llegar a hablar del maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa.
- Transmitir la idea de que es un problema de salud y que el personal sanitario debe abordarlo.

En el momento de informar, a las y los profesionales se les pueden presentar dos situaciones diferentes que han de ser tratadas de distinto modo. Puede ser que la paciente se identifique como víctima de violencia por parte de su pareja, en este caso es necesario asegurar la confidencialidad en la consulta, transmitiéndole que ella no es responsable y explicarle que no es conveniente para ella que comente el contenido de la consulta porque puede aumentar el riesgo de maltrato. Respetando sus decisiones se le informará que necesita ayuda y que hay profesionales que la pueden ayudar. En el caso de que la mujer no se identifique como víctima de la violencia de su pareja se le transmitirá el mensaje de que se puede ayudar a las mujeres víctimas de violencia doméstica y es importante que se las anime a acudir a centros o asociaciones de atención a mujeres donde puede encontrar actividades que aumenten su capacidad de autonomía y puedan llegar a entender lo que les está pasando⁹⁵.

La evaluación de la violencia contra la mujer es un proceso que puede ser muy extenso en el tiempo y solo una historia clínica exhaustiva y bien documentada podrá

⁹⁴ La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Op. cit. Pág. 44-46

⁹⁵ La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Op. cit. Pág. 46-47

servir de apoyo a la mujer si decide abandonar la situación de maltrato e iniciar el proceso judicial correspondiente. Por ello, para evaluar la situación de la mujer se proceder, entre otros, a la indagación de los siguientes aspectos: exámenes clínicos, historia de violencia de la paciente, las formas en que se concreta la violencia, valoración del grado de aislamiento o de autonomía de la mujer así como la evaluación del riesgo y seguridad de la mujer y de sus hijas e hijos. Una vez que la/el profesional de salud sabe que su paciente es víctima de malos tratos debe centrar su actuación en la evaluación de su estado de salud, la evaluación de la seguridad de la víctima y la de sus hijas e hijos, la organización del seguimiento y la derivación hacia los recursos específicos y adecuados de atención a la mujer víctima de la violencia (Flitcraft et al, 1992)⁹⁶.

Junto con la AP, los SUH son uno de los lugares más accesibles que encuentran las mujeres víctimas de malos tratos para solicitar ayuda y se detectan cifras altas de violencia doméstica entre las usuarias de estos centros ⁹⁷.

Medir su prevalencia real resulta muy difícil, dado que los datos disponibles suelen subestimar su magnitud. Si nos centramos en cifras procedentes de SUH, la mayoría de los estudios están realizados en Estados Unidos. Así estos trabajos estiman que de un 11,7%⁹⁸ a un 35%⁹⁹ de las mujeres que acuden a dichos servicios están siendo víctimas de violencia doméstica (aunque éste no suele ser el motivo de consulta) con una prevalencia acumulada a lo largo de la vida del 21 al 54,2%¹⁰⁰. En el Reino Unido la incidencia de violencia de género en los SUH es del 1,2% y la prevalencia a lo largo de

⁹⁶ La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Op. cit..47-48; 52

⁹⁷ FELDHAUS KM, KOZIOL-MCLAIN J, AMSBURY HL, NORTON LL, L. SALVADOR SÁNCHEZ ET AL. LOWENSTEIN SR, ABBOTT J. Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. JAMA 1997;277:1357-61.

⁹⁸ ABBOTT J, JOHNSON R, KOZIOL-MCLAIN J, LOWENSTEIN SR. Domestic Violence Against Women. Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population. JAMA 1995;273:1763-7.

⁹⁹ FLITCRAFT A, HADLEY S. Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Chicago: American Medical Association; 1992.

¹⁰⁰ DIRECTOR TD, LINDEN JA. Domestic Violence: an approach to identification and intervention. Emerg Med Clin N Am 2004;22:1117-32.

ABBOTT J, JOHNSON R, KOZIOL-MCLAIN J, LOWENSTEIN SR. Domestic Violence Against Women. Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population. JAMA 1995;273:1763-7.
ABBOTT J. Injuries and Illnesses of Domestic Violence. Ann Emerg Med 1997;29:781.

la vida de 22,4%¹⁰¹, aunque estudios posteriores la elevan al 34,8%¹⁰². No son conocidos los datos de incidencia ni prevalencia en los SUH españoles. Sólo existen algunos trabajos en AP, que nos muestran cifras similares a los países anglosajones, con una frecuencia de malos tratos, del 31,5%, y con una asociación clara con una peor salud psíquica y autopercebida¹⁰³.

Para muchas mujeres maltratadas, el SUH va a ser el primer o único contacto con los profesionales sanitarios¹⁰⁴. Estas mujeres pueden presentarse en los servicios médicos antes de acudir a la justicia a los servicios sociales, por lo que si el abuso es identificado podrán recibir las intervenciones adecuadas para aumentar su seguridad y mejorar su salud¹⁰⁵.

Por otro lado, los profesionales de urgencias tienen serias barreras para diagnosticar este problema de salud: una alta presión asistencial, la falta de formación, desmotivación, no conciencia de problema de salud, prejuicios, miedo a ofender o invadir la intimidad de la víctima y/o desconocimiento de los recursos y ayudas sociales¹⁰⁶.

En los SUH es sumamente importante la detección precoz de los casos de violencia de género. Aunque no existe un consenso sobre cuales son los indicadores de sospecha para identificar a una mujer que no desvela espontáneamente una situación de maltrato, es importante conocer las denominadas señales de alerta y las lesiones así como

¹⁰¹ BOYLE A, TODD C. Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emerg Med J* 2003;20:438-42.

¹⁰² SETHI D, WATTS S, ZWI A, WATSON C, MCCARTHY C. Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emerg Med J* 2004;21:180-4.

¹⁰³ RAYA ORTEGA L, RUIZ PÉREZ I, PLAZAOLA-CASTAÑO J, BRUN LÓPEZ-ABISAB S. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *AP* 2004;34:117-27.

¹⁰⁴ DEARWATER SR, COBEN JH, CAMPBELL JC, NAH G, GLASS N, MCLOUGHLIN E, et al. Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments. *JAMA* 1998;280:433-8.

¹⁰⁵ CAMPBELL JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.

¹⁰⁶ FERNÁNDEZ ALONSO C, HERRERO VELÁSQUEZ S, CORDERO GUEVARA JA, MADEREUELO FERNÁNDEZ JA, GONZÁLEZ CASTRO ML. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de AP para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP). *Aten Primaria* 2006;38:168-73.

GUTMANIS I, BEYNON CH, TUTTY L, WATHEN N, MACMILLAN H. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health* 2007;7:12.

mantener una actitud de alerta porque, sin lugar a duda, facilitara la sospecha de malos tratos. De todos modos, aun teniendo en cuenta estos indicadores (Anexo III, indicadores potenciales en urgencias), muchos de los casos pueden pasar desapercibidos. Por ello, algunos autores recomiendan la detección rutinaria o *screening* universal. En los servicios de urgencias que han puesto a la práctica la detección rutinaria se ha objetivado un aumento considerable de la detección¹⁰⁷. Para que la detección rutinaria tenga sentido deben cumplirse dos requisitos: una entrevista adecuada y el inmediato ofrecimiento de ayuda. Siempre debe ofrecerse ayuda a las pacientes que se hallen en esta situación aunque no la confiesen, ya que con ello se puede prevenir la cronificación de la situación o la aparición de problemas médicos y secuelas. Si la paciente reconoce la situación, la respuesta debe ser inmediata puesto que es lo que ella necesita y espera, y el motivo por cuál ha desvelado situación. Se debe garantizar la privacidad de la atención dispensada¹⁰⁸.

La entrevista deberá ir dirigida hacia la lesión o causa de consulta y, si se sospecha se preguntará directamente por la violencia de género. La exploración física debe ser minuciosa en forma y fondo para que no se escapen posibles lesiones asociadas. La actitud emocional también va a aportar información¹⁰⁹. Una vez llegado al diagnóstico de una situación de maltrato se debe valorar la situación de riesgo vital inmediato o peligro extremo, puede existir un riesgo físico vital inmediato, riesgo vital inmediato psíquico, riesgo vital inmediato social o peligro extremo o no exista riesgo vital físico ni psíquico ni social. Cada situación requiere un abordaje específico recogido en el Protocolo de actuación en los servicios de urgencias ante situaciones de violencia de género. En este protocolo también queda reflejado la realización del parte judicial o parte de lesiones para casos de violencia de género.

¹⁰⁷ THURSTON WE, TUTTY LM, EISENER AE, LALONDE L, BELENKY C, OSBORNE B. Domestic violence screening rates in a community health center urgent care clinic. *Res Nurs Health* 2007;30:611-9.

¹⁰⁸ COLL-VINENT PUIG, B., Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. *Emergencias* 2008; 20: 269-275.
Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol20_4/9.pdf. (Consulta: 7 de agosto de 2009)

¹⁰⁹ SALVADOR SÁNCHEZ, L., RIVAS VILAS, M. y SÁNCHEZ RAMÓN, S. Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias* 2008; 20: 343-352
Disponible en: http://demo1.semes.org/revista/vol20_5/9.pdf (Consulta: 7 de agosto de 2009)

Teniendo en cuenta que el tratamiento global de la violencia doméstica debe incluir además de la atención a la víctima, también a los hijos y a la pareja o esposo maltratador, trataremos este tema.

Estamos de acuerdo con el Grupo de salud mental del programa de actividades de prevención y promoción de la salud, en relación a quien debe realizar la entrevista. Afirman que debe ser el profesional que mejor conozca y en quien tenga más confianza el niño (generalmente el pediatra), pero añadimos el profesional de enfermería de la consulta de pediatría, así se recoge en algunos protocolos de actuación, (sirva como ejemplo el de Aragón).

Recomiendan una serie de normas para crear en la medida de lo posible una atmósfera de confianza y seguridad, ayudándole a verbalizar sus emociones, miedo, culpabilidad, cólera, tristeza ambivalencia. Es importante decirle que él no es culpable de los problemas familiares. Será necesario evaluar el grado de aislamiento del niño y su red social. Enseñarles a poner en práctica mecanismos de autoprotección. (Identificar situación de riesgo de agresión, instruirle sobre como actuar, saber a que teléfono tiene que llamar, o a quien pedir ayuda y cuando, etc). Comprobar si el niño tiene comportamientos autodestructivos. En el caso de haber sospecha de agresión al niño se pondría en marcha el protocolo de maltrato infantil. Siempre se debe informar al pediatra para su seguimiento en el programa del niño en situación de riesgo, determinando si precisa aumentar la frecuencia de las visitas de seguimiento en el programa del niño o la intervención de otros profesionales (psicólogos) o instituciones (equipos psicopedagógicos) si fuera preciso¹¹⁰.

En relación al agresor, se sabe que un 30 % de las mujeres maltratadas continua viviendo con él. Tratar sólo a la víctima, no sería suficiente. Tratar y hacer un seguimiento al maltratador puede ayudar a romper el ciclo de la violencia en la familia. En muchos casos la mujer se separará del marido violento, pero con frecuencia este, formará una nueva pareja en la que con mucha probabilidad se reproducirá la situación anterior. Las intervenciones con el agresor se orientarán por un lado hacia el repudio social a las conductas maltratantes y al cumplimiento de las medidas punitivas

¹¹⁰ Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). “Violencia Doméstica”. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. Pág 44

establecidas por la ley y por otro con las intervenciones psicosociales orientadas a la rehabilitación y reinserción social; los programas de rehabilitación de los agresores intentan conseguir que asuman su responsabilidad y el cambio de conducta, y serán complementarios pero nunca sustitutivos de las medidas penales¹¹¹.

La mayoría de los varones que ejercen violencia no lo hacen de un modo físico ni psicológico “grave”, y por tanto no son denunciados, pero sus comportamientos suponen un problema que afecta a la salud femenina, -física y mental- y a su autonomía. También las medidas educativas comienzan a ensayarse, pero ellas suponen un largo periodo para que pueda percibirse su efectividad.

La OMS recomienda que hay que trabajar con los varones de todas las edades a nivel de prevención y de intervenciones precoces y que el sistema sanitario tiene un papel que jugar. Los varones que ejercen violencia están delante de los ojos de profesionales de la salud, circulando por el sistema sanitario: solicitan asistencia por sus problemas de salud, consultan por estrés laboral o alcoholismo, acompañan a sus mujeres y siempre son parte de la familia y por ello, los y las profesionales podrían tener la mejor ocasión de preguntar, confrontar o recomendar acerca de diversos aspectos de la violencia masculina, e intervenir o derivar.

Existe experiencia mundial sobre diversos y escalonados abordajes al problema dirigidos a subgrupos específicos de varones, por edad, situación psicológica y según gravedad y antigüedad del problema. Existe controversia y gran escepticismo respecto a las posibilidades rehabilitadoras de los hombres maltratadores; las experiencias que se conocen tanto en Europa (13 de los 15 países miembros tiene algún programa de rehabilitación), como en EEUU, no son muy alentadoras, pero hemos de tener en cuenta que estas intervenciones (terapias cognitivo-conductuales) se hacen en hombres generalmente convictos de delitos graves, por orden judicial (no de forma voluntaria) casi siempre y con alto índice de abandonos de la terapia¹¹².

¹¹¹ Violencia Doméstica. Op. cit. Pág. 45-46

¹¹² DÍAZ-AGUADO JALON MJ, MARTÍNEZ ARIAS, R. Documento Estudio sobre las medidas adoptadas por los estados miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia hacia las mujeres. Instituto de la mujer 2002;53-57.

ECHEBURÚA E Y FERNÁNDEZ MONTALVO J. Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar. Un estudio piloto. Análisis y modificación de la conducta 1997;23(89):354-384.

FERNÁNDEZ MONTALVO J Y ECHEBURÚA E. Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. Análisis y Modificación de la conducta 1997;23(88):150-178.

Las intervenciones dirigidas a estos varones, como todo problema que tenga una vertiente relacionada con la salud, seguirá estas estrategias:

- Promoción de la salud, fomentando el desarrollo de comportamientos cooperativos, cuidadosos, corresponsables y presenciales de los varones en todas las actuaciones sociosanitarias y a través de módulos específicos en las actuaciones perinatales, de salud sexual y reproductiva, pediátricas y en la de cuidados de las personas.
- Prevención primaria para reducir la probabilidad de aparición del problema, favoreciendo la transformación de los factores de riesgo (roles de género, autoritarismo familiar, aprendizaje de la violencia), así como diseñando estrategias para hijos/as de varones que ejercen violencia.
- Prevención secundaria para detectar precozmente el problema, intervenir rápida y eficazmente –antes y no después de las violencias graves- con varones que ejercen violencia de todo tipo. Especialmente estrategias de intervención para varones en riesgo (previolentos) o con manifestaciones iniciales de violencia psicológica o física, tales como aquellos en crisis por sentimientos de pérdida de poder, así como aquellos con tendencias a la posesividad, al “descontrol”, impulsividad o ensimismamiento, que puedan ser varones de riesgo si están muy aferrados al modelo masculino tradicional. O varones con factores de riesgo coadyuvantes o agravantes. Varones todos estos cuyos comportamientos hay que tomar muy en serio como indicadores de riesgo, y en los que es fundamental detectar los activadores de su violencia. Y también estrategias destinadas a disminuir el usufructo de las ventajas de género favoreciendo la redistribución de lo doméstico.
- Prevención terciaria para reducir los efectos del problema y evitar recidivas con programas de recuperación y rehabilitación. En el caso de las estrategias para los denunciados y encarcelados, habitualmente en casi todos los países con experiencia en el temas se realizan por fuera del sistema sanitario, en programas independientes que para ser exitosos deben estar coordinados con el sistema judicial. Sin embargo, la articulación con el sistema sanitario, en estos casos, también se presenta como prometedora.

Excepto para las últimas estrategias, que requieren dispositivos específicos y con personal entrenado, las demás pueden (y deberían) ser realizadas –así como la atención a las mujeres víctimas de maltrato- en cualquier lugar del sistema sanitario, aunque los

centros de AP pueden cumplir un lugar especial en este sentido. También pueden tener otro lugar jerarquizado las especialidades y colectivos que trabajen en áreas cercanas a la prevención y promoción de la salud, tales como médicos de familia, pediatras, matronas, salud mental. Para que estas estrategias es prioritario brindar la necesaria formación específica a profesionales del área sanitaria (profesionales de la medicina, enfermería, psicología y trabajo social), para que puedan trabajar preventivamente con varones dominantes, detectar varones previos y violentos, eventualmente trabajar con ellos o poder derivarlos a lugares especializados¹¹³.

Un problema que mencionan las asociaciones de mujeres es que a menudo los varones violentos no tienen ninguna voluntad de someterse a terapia y sólo lo hacen por orden judicial o como manera de evitar la separación y persuadir a su pareja a que les dé una segunda oportunidad. En muchos casos, priman intereses estratégicos más que la convicción personal de que debe hacer un esfuerzo por cambiar sus reacciones. Según los expertos los tratamientos psicológicos solo pueden tener efectos transformadores a largo plazo cuando se dan las condiciones de aceptación y voluntariedad. Por otra parte, algunas asociaciones piensan que estas terapias debieran siempre financiarse con recursos privados ya que la dotación de recursos públicos es limitada y se deben invertir prioritariamente en las víctimas y en su asistencia y reinserción¹¹⁴.

5.4 La violencia de género en la disciplina enfermera

No podía finalizar este capítulo sin hacer un análisis, a través de la mirada de enfermería, hacia este gran problema, considerando como punto de partida el artículo 4 del Código Deontológico de la Enfermería Española¹¹⁵ y la Declaración del Consejo

¹¹³ RUIZ-JARABO QUEMADA, C., y BLANCO PRIETO, P. (COMPS.) *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. Editorial Diaz de Santos. Madrid, 2004 Masculinidad, salud y sistema sanitario –el caso de la violencia masculina- BONINO MÉNDEZ, L. Pág. 75-80

¹¹⁴ ALBERDI, I. y MATAS, M. Op. cit., Pág 233.

¹¹⁵ Código Deontológico de la Enfermería Española. Disponible en:

http://www.ecs.enfermundi.com/fileadmin/Documentos_de_la_profesion/CODIGO_DEONTOLOGICO.pdf (Consulta: 7 de agosto de 2009)

CAPITULO II. LA ENFERMERIA Y EL SER HUMANO, DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS

Artículo 4. La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Internacional de Enfermeras (CIE) sobre “Salud de la Mujer”¹¹⁶, en la cual se remarca la importancia que tienen las cuestiones del género en la atención de la salud y que por lo tanto las enfermeras deben identificar y abordar las diferencias entre hombres y mujeres en las estructuras de poder que influyen en la salud, para subsanar el desequilibrio y dispensar servicios adecuados y eficaces a las personas, la familia y la comunidad.

El Consejo General de Enfermería de España “se opone activamente a las actitudes que conlleven violencia de género, comprometiéndose para eliminar esta lacra social. Asimismo, estima que las enfermeras/os pueden contribuir de manera positiva y eficaz a los esfuerzos nacionales e internacionales para su eliminación”¹¹⁷.

La enfermería es una disciplina científica profesional con carácter holístico y ha contribuido enormemente al desarrollo teórico de la asistencia a la salud mediante diversas teorías de enfermería que se ven aplicadas hoy en la atención de salud. A partir de los aportes de Florence Nightingale, numerosos son los modelos y teorías de enfermería que han surgido, abarcando áreas que van desde lo clínico hasta lo comunitario, o que analizan las relaciones entre el individuo sano o enfermo con su familia y entorno, es decir, de forma integral. Concretamente en relación a la violencia de género, el Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson podría aplicarse exitosamente para orientar la atención de salud y explicar las relaciones involucradas en el proceso de la violencia intrafamiliar¹¹⁸.

A lo largo de todo el proceso terapéutico de la violencia de género el profesional de enfermería desempeña un rol muy activo. La enfermería posee un cuerpo de conocimientos abstractos formado por una serie de teorías y modelos conceptuales que abordan los conceptos metaparadigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero. Los elementos que componen lo que denominamos marco conceptual, marco referencial o metaparadigma enfermero los designamos utilizando las etiquetas de:

¹¹⁶ CIE. El CIE y la salud de la mujer. Disponible en: http://www.icn.ch/matters_womhealthsp.htm (Consulta: 7 de agosto de 2009).

¹¹⁷ CGE. Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la violencia de género. Disponible en: http://www.ecs.enfermundi.com/fileadmin/Documentos_de_la_profesion/posicionamiento_Violencia_genero.pdf (Consulta: 7 de agosto de 2009)

¹¹⁸ REYES CERDA, JAF., ZEPEDA GONZÁLEZ, MI. Aplicación de un modelo teórico de enfermería en la intervención de las mujeres víctimas de violencia. Revista electrónica de Enfermería. Enfermería Global. N° 13 Junio, 2008 Universidad de Murcia ISSN 1695-6141 Pág. 1-10. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/16021/15401> (Citado 16 de agosto de 2009)

persona, salud, entorno y cuidado enfermero, de ahí que gracias a su formación integral, a ese carácter holístico, es uno de los profesionales con mejores competencias para abordar este gran problema de salud pública, desde todos los ámbitos asistenciales AP, AE y también en el ámbito sociosanitario.

Los cuidados de enfermería son el eje de la atención prestada a través de una metodología científica y sistematizada. Mediante el Proceso de Atención de Enfermería, con planes de cuidados individualizados, los profesionales de enfermería ayudan en la batalla contra la violencia de género. Desde el punto de vista metodológico, la utilización de la clasificación NANDA, NIC y NOC permite estructurar la praxis enfermera en la atención y detección precoz de la mujer que sufre violencia de género.(Ver anexo IV).

La prevención y sensibilización es un área ineludible contemplada tanto a nivel normativo como en los planes contra la violencia de género desarrollados en los protocolos y guías implantados. Para poder fomentar un cambio de actitud en la sociedad frente a la violencia de género, los profesionales de enfermería desempeñan una función decisiva en los diferentes niveles asistenciales. En algunas autonomías de España, la comunidad escolar forma parte de los ámbitos de actuación de los profesionales de enfermería. La educación para la salud realizada en la comunidad escolar complementa la socialización de comportamientos y la adquisición de hábitos que favorecen una mejor calidad de vida. Dentro de este área de prevención y sensibilización, mediante un contacto continuado de la enfermera escolar¹¹⁹.en los centros educativos participaría en la educación a los niños y jóvenes en esta materia cuestionando estereotipos y comportamientos sociales que fomentan y favorecen la violencia contra las mujeres, desarrollando estrategias preventivas de rechazo frente a todas las formas de violencia contra las mujeres y podría detectar posibles casos de violencia de género en sus padres. Por lo tanto, este profesional no sólo desarrollaría funciones preventivas, sino también participaría en la detección precoz.

Existen algunas cuestiones relacionadas con la asistencia a las víctimas que preocupan y así, en el Protocolo Marco de nuestra Comunidad Autónoma, recomienda a

¹¹⁹Enfermería en Salud Escolar. Este campo emergente de desarrollo profesional a través de una triple perspectiva, asistencial, preventiva y promotora de salud, la enfermería desarrolla diferentes funciones: administración de cuidados de salud, promoción de un ambiente seguro, exámenes de salud... así como agente mediador entre la familia, la escuela y la salud. (GRUPO DE TRABAJO ENFERMERÍA EN SALUD ESCOLAR)

todos los profesionales implicados que se evitarán actuaciones innecesarias que generen en la mujer víctima de violencia de género lo que se denomina la “victimización secundaria”. En relación a este problema, en algunas CCAA existe la figura del gestor de casos, un profesional de enfermería que asume, entre otras competencias, la función de coordinar la atención integral de la víctima de violencia de género, para ofrecer una atención a las necesidades de la paciente desde el inicio hasta la finalización de la atención hospitalaria, coordinando los servicios que deben atenderla y garantizando la confidencialidad, la seguridad y la correcta derivación de la víctima a otros centros si fuera necesario¹²⁰.

Respecto a la formación, existen estudios que revelan que las enfermeras en relación a otros estamentos sanitarios tienen más sensibilidad y más conocimientos sobre la violencia de género¹²¹, no en vano en el colectivo enfermero existe una gran preocupación sobre este tema y actualmente, desde la Organización Colegial de Enfermería se ha presentado un importante proyecto dirigido a la formación específica en la detección de la violencia de género de 240.000 profesionales de enfermería¹²².

5.5 Desarrollo de protocolos y guías sanitarias ante la violencia de género en España

Según la normativa, se deriva el hecho de la obligatoriedad que surge para los profesionales sanitarios de poner en conocimiento de las autoridades judiciales las situaciones de violencia de género, lo que hace fundamental y necesaria la existencia de Protocolos que contengan pautas uniformes de actuación para los profesionales sanitarios orientándoles sobre como pueden ayudar a la prevención y a la detección e intervención de los casos de violencia de género, explicándoles el procedimiento a

¹²⁰El Hospital La Paz pone en marcha la figura del “gestor de casos” para la violencia de género. Dirección General de Medios de Comunicación – Comunidad de Madrid. 2007 Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142398914228&language=es&pageid=1191579451903&pagina=HospitalLaPaz%2FHOSP_Contenido_FA%2FHPAZ_generico . (Consulta: 18 de agosto de 2009)

¹²¹ BLANCA COLL-VINENTA, B y otros. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(1):7-10.
MARKOWITZ J, STEER S y GARLAND M. Hospital-based intervention for intimate partner violence victims: a forensic nursing model. *J Emerg Nurs*. 2005;31:166-70.
RODRÍGUEZ-BOLAÑOS RA, MÁRQUEZ-SERRANO M, KAGEYAMA-ESCOBAR ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Publica Mex*. 2005;47: 134-44.

¹²²Diario “El mundo” 15/04/2009. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2009/04/15/espana/1239822674.html> .(Consulta 19 de agosto de 2009)

seguir una vez detectada la víctima, y como deben comunicar ese hecho a la Administración de Justicia¹²³.

El Sistema Nacional de Salud aprobó la creación de la Comisión contra la Violencia de Género el 22 de septiembre de 2004. Éste fue el primer paso para la coordinación de los programas y las acciones sanitarias que en esta materia ya se estaban realizando en algunas comunidades autónomas.

Posteriormente, el CISNS, ha ido asumiendo los compromisos específicos que establecía la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, para el desarrollo de acciones sanitarias, publicándose en el año 2007 el “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género” del CISNS, donde representantes de las comunidades autónomas y expertos en el tema han llegado a un consenso para la actuación homogénea por parte de los sanitarios, con un apartado específico de atención urgente.

Este Protocolo se refiere a cualquier forma de violencia y malos tratos ejercida contra las mujeres mayores de 14 años, independientemente de quién sea el agresor, aunque especifica que las actuaciones a las que se refiere están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por ser las formas de violencia más comunes en nuestro país. Fija como objetivo principal establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el SNS, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. Considera que la finalidad última es ofrecer orientaciones al personal sanitario del SNS para la atención integral —física, psicológica, emocional y social— a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario.

Después de realizar una exposición sobre conceptos generales en relación a la violencia y salud desarrolla la actuación desde dos ámbitos, por una parte AP y AE, y por otra la actuación desde urgencias; las agresiones sexuales por considerar que tienen determinadas particularidades se describen en un apartado independiente.

¹²³ FIGUERUELO BURRIEZA, A., (edit) Estudios interdisciplinarios sobre igualdad y violencia de género. CARRIZO GONZÁLEZ-CASTELL, A. Atención sanitaria y tutela judicial: un binomio necesario en la lucha contra la violencia de género. Edit. Comares. Granada 2008. p 12.

Comenzando por los primeros, el algoritmo de actuación comienza en la búsqueda activa atendiendo a una serie de indicadores de sospecha que son desarrollados en este documento. Ante la presencia de esos signos y síntomas que pueden hacer pensar al profesional sanitario que una mujer sufre violencia de género es necesario investigar realizando una entrevista clínica específica (respecto a esta entrevista el Protocolo, tras ofrecer unas recomendaciones para crear un clima de confianza, plantea una serie de preguntas para la búsqueda activa ante casos de sospecha y poder valorar la situación y tipo de violencia). La actuación va a venir determinada por las situaciones de si la mujer reconoce o no sufrir malos tratos y si existe peligro extremo o no, valorando la seguridad y evaluación del riesgo.

Respecto a la actuación en urgencias, este Protocolo considera que la mayoría de las actuaciones planteadas en AP y AE podrían ser también recomendadas para urgencias, a excepción de las actuaciones referidas al seguimiento en la consulta. Subraya que en los servicios de urgencias es frecuente que las lesiones y síntomas de las pacientes sean más graves. Las mujeres que acuden a urgencias por este problema, pueden reconocer haber sufrido malos tratos o no. La actuación ante la detección de violencia, igual que en el apartado anterior, se basa en los indicadores de sospecha, entrevista clínica específica para detectar los malos tratos y atención a la mujer en un clima de confianza adecuado. En cuanto a la actuación asistencial se deberá atender el estado de salud de la mujer, tanto físico como psicológico, y establecer un diagnóstico y atención adecuados, considerando la necesidad de una actuación urgente de profesionales de la psicología/psiquiatría y trabajo social. Es necesario realizar una valoración de la seguridad y el riesgo en que se encuentra la mujer, así como indagar acerca de la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar padeciendo la violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas. El informe de alta y la información y derivación forman parte de las pautas de actuación de este Protocolo en urgencias recordando la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de malos tratos.

Respecto a las agresiones sexuales el Protocolo desarrolla la actuación desde AP y los Servicios de Urgencias, además recoge las actuaciones desde la medicina clínica y la medicina forense, teniendo especial cuidado en reducir la victimización secundaria.

Compartimos la opinión de la Dra. Calvo cuando afirma que el compromiso adquirido por los sanitarios es anterior al impuesto por el legislador y que se viene sustanciando a través de los Consejos Generales de Médicos, Farmacéuticos y Enfermeros principalmente, a través de una lucha coordinada y responsable, con recogida de indicios, pruebas periciales y su posterior tramitación y estudio, promoviendo la investigación científica sobre el tema, estableciendo formación continua gratuita de post-grado, que permita actuar con mayor rigor profesional, si cabe, sobre las consecuentes lesiones físicas y psíquicas de padecimiento de las víctimas, sobre la detección del agresor y sobre el elemento sinalagmático: trabajando sobre protocolos homologados de actuación, desde el convencimiento de que éste es el camino correcto para paliar este repugnante mal¹²⁴.

En la última década, la mayor parte de las Comunidades Autónomas fueron desarrollando algunas actuaciones puntuales, sobre todo formativas, buena parte de ellas dispone de un protocolo propio, con desigual implantación y con diferentes definiciones¹²⁵ en cuanto a la violencia contra las mujeres objeto del mismo, de género (Castilla y León, Navarra, Canarias...) doméstica (La Rioja, Aragón...) o en el ámbito de la pareja (Comunidad de Madrid).

Después de revisar los protocolos y guías en España, se analizan los algoritmos de actuación comparando por una parte los que son específicos, dirigidos con exclusividad al personal sanitario y el nivel asistencial y por otra los que son multidisciplinarios recogiendo indicaciones para otros colectivos implicados en las situaciones de violencia de género.

Existe una gran diversidad, en algunos casos se aborda la actuación desde los diferentes niveles asistenciales, es el caso de la Guía para profesionales y el Protocolo de actuación coordinada en la asistencia a víctimas de violencia de género de la Comunidad Foral de Navarra, la cuál contiene la información, paso a paso, que siguen

¹²⁴ CALVO SÁNCHEZ, M^a D. Administración sanitaria y violencia contra la mujer. MARTINEZ, E., FIGUERUELO, A., LÓPEZ DE LA VIEJA, M.T., BARRIOS, O., VELAYOS C. y CALVO M^a D. (Eds.) La igualdad como compromiso: estudios de género en homenaje a la profesora Ana Díaz Medina. Ediciones: Universidad de Salamanca, 2007. Pág. 98-99

¹²⁵ Vid. DEL POZO PÉREZ, M., "Reflexiones acerca de las últimas reformas procesales en materia de tratamiento de la violencia familiar y doméstica cuyas víctimas son las mujeres". FIGUERUELO BURRIEZA, A. y otras (Eds.) Feminismo ecológico. Estudios multidisciplinarios de género. Ediciones Universidad de Salamanca, 2007. Pág. 250.

todos los centros a donde pueden acudir aquellas mujeres que sufren maltrato entre ellos desarrolla los Centros de AP, Centros de Urgencias Hospitalarias y el Servicio de Ginecología y Obstetricia. En esta misma línea, el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón elaboró la Guía de Atención Sanitaria a las Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica. Plantean un árbol de decisiones para AP y consultas de AE ante la sospecha de una mujer víctima de violencia de género, según el tipo física o psicológica por una parte y sexual por otra. La actuación en los SUH se inicia ante una mujer con lesiones físicas o intento de suicidio, continuando según el tipo de violencia al igual que en el anterior árbol de decisiones.

El Plan del Principado de Asturias para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres (2002-2003) recoge entre sus medidas prioritarias la elaboración de un protocolo de intervención en los casos de violencia contra las mujeres. El Protocolo de Atención Sanitaria ante la violencia contra las mujeres recoge un algoritmo de actuaciones que parte desde AP o SUH y la expedición de un parte de lesiones e informe médico. Las actuaciones vienen determinadas por la existencia o no de riesgo inminente y la clasificación que se indica es maltrato grave, leve y agresión sexual. Conecta con los Protocolos Policial, Judicial y de Servicios Sociales. En los anexos de este protocolo, se desarrolla los indicadores de maltrato.

En Extremadura se elaboró el Protocolo para la erradicación y prevención de la violencia contra la mujer, destinado a profesionales. En él se desarrollan cinco itinerarios que incluye la información y detección, emergencia, intervención y complementario incluyendo en los anexos recomendaciones y actuaciones de los distintos profesionales, concretamente respecto al ámbito sanitario va dirigido a AP y en situaciones de emergencia, con la expedición de informes médicos de lesiones.

Desde la Región de Murcia el Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos tiene como objetivo fijar las pautas de actuación que el profesional sanitario tiene que seguir ante una persona maltratada que acude a la consulta de AP, AE o SUH, remarcando tanto del ámbito privado como público. Presenta un árbol de decisiones que establece los procedimientos para, tras asistir a la persona maltratada, facilitar todos los pasos precisos para que la víctima de esos ataques cuente cuanto antes con una protección integral, sanitaria, jurídica y social, que dé solución a su caso y, cuando sea

necesario, se inicien las medidas de protección procedentes. Al igual que el de Aragón el tipo de violencia dirige el árbol de decisiones.

Igual sucede en el País Vasco, el Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres va dirigido a todo el personal sanitario, AP, AE o SUH, al ámbito privado y al público. Se presenta un árbol de decisiones para permitir una atención integral, tanto en lo sanitario como en lo jurídico y social. Las pautas de actuación, al igual que los protocolos de Aragón y Murcia, se establecen dependiendo de si existen lesiones físicas o psíquicas agudas evidenciables o no, conectando en ambos casos con los servicios sociales y jurídicos así como la cumplimentación del Parte de lesiones que se remitirá al Juzgado de Guardia. En este documento las pautas de actuación ante una agresión o abuso sexual se establecen en un protocolo diferente en función del tiempo transcurrido.

Otros organismos autonómicos han optado por dirigir sus protocolos a la AP, es el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid. La Guía de apoyo en AP para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres pretende establecer una pauta de actuación, que posibilite una atención integral a la salud. El algoritmo de actuación parte de la posibilidad de que la mujer reconozca o no la existencia de violencia. La valoración del riesgo vital permitirá decidir el tipo de intervención más apropiada poniendo en marcha el plan de seguridad en el caso de que exista o si no fuera así el modelo de actuación viene determinado por las fases de cambio del comportamiento de la mujer según el modelo teórico de cambio de Prochaska y Di Clemente (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento o recaída). Es importante destacar, tras el análisis de este documento, la descripción que se realiza, perfectamente detallada, de las actividades a realizar en todos los casos, fijando el objetivo, intervención y las consideraciones que se deben tener en cuenta.

En Cantabria el objetivo fundamental del Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos es la detección precoz de la mujer que está siendo víctima de violencia. El desarrollo de este Protocolo se lleva a cabo fundamentalmente en AP porque consideran que todas las mujeres en algún momento de su ciclo vital acuden allí, siendo un dispositivo crucial para la atención continuada pero además el Protocolo establece el mecanismo de coordinación con los SUH y servicios de asistencia e información especializada. Desde el algoritmo general de actuación se plantean planes de actuación

diferentes según nos encontremos con una mujer sin riesgo actual, con sospecha de malos tratos, víctima de malos tratos o en situación aguda.

Castilla-La Mancha desarrolla el Protocolo de actuación en AP para mujeres víctimas de malos tratos partiendo en su algoritmo sobre la identificación de signos y señales de alerta de maltrato y valorando el riesgo vital como inmediato o no inmediato. Claramente especifica las derivaciones a otros niveles asistenciales, servicios sociales, jurídicos o de seguridad.

El Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico del Servicio Canario de la Salud, se presentó como una guía práctica para facilitar la intervención sobre este problema a los profesionales de AP. Plantean un algoritmo general que se inicia en la búsqueda de violencia doméstica, si existiera se actúa dependiendo de la existencia de peligro extremo o no. En el caso de que no existiera, la presencia de indicadores y la valoración del riesgo determinan la intervenciones, junto a que la mujer reconozca o no ser víctima. Añaden un protocolo especial ante casos agudos. Desde marzo de este año, esta Comunidad ha elaborado el “Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Canarias” donde se recoge la actuación coordinada de todos los servicios destinados a la asistencia social integral, 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.

Algo diferente resulta el tratamiento que el Servicio Riojano de Salud ha realizado sobre la violencia dirigida contra las mujeres por parte de sus compañeros o cónyuges. A través del Programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el Sistema Sanitario público de la Rioja, ha abordado la violencia intrafamiliar y dentro de ella la dirigida contra las mujeres junto a otros tipos, como la de los mayores o la de los niños. Merece la pena destacar en el algoritmo de decisiones el modo de coordinar, de una forma general, a todos los colectivos implicados en la actuación, incluyendo los casos de agresiones sexuales. Respecto a estas últimas, el documento describe el protocolo de reconocimiento ante ellas.

Por otra parte existen comunidades autónomas como el caso de Castilla y León que mediante el Protocolo marco de actuación profesional para casos de violencia de

género, recoge las indicaciones no sólo para el personal sanitario, sino también para la Policía Local y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: Policía Nacional y Guardia Civil; para el personal de la Administración de Justicia, las Oficinas de Asistencia a las Víctimas, personal de Servicios Sociales así como otros profesionales (abogados, procuradores y psicólogos). La atención sanitaria desde el algoritmo de actuación parte de AP, AE y urgencias con las posibles derivaciones entre estos niveles y conexiones con otros profesionales.

En esta misma línea la Conselleria de Bienestar Social de Valencia ha editado “el Protocolo de actuación para la atención de las mujeres víctimas de violencia de género” para garantizar la asistencia integral y coordinada aportando pautas y criterios de actuación y articulando cauces de coordinación entre los profesionales de las instituciones implicadas. El diagrama de actuación de los servicios sanitarios se desarrolla sobre los resultados de la búsqueda activa que pueden ser sin riesgo o con riesgo, en este último caso se puede plantear que la mujer reconozca o no que es víctima de malos tratos. Posteriormente las intervenciones vienen determinadas por la existencia o no de situaciones de peligro extremo.

Como afirma la Magistrada Montserrat Comas en su artículo dedicado a “La Ley Integral contra la violencia de género: una ley necesaria”, considera a propósito de la conveniencia de potenciar la aplicación de los protocolos sanitarios normalizados ya existentes y aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud, que mediante los protocolos, los profesionales sanitarios dejan constancia concreta y precisa de la detección precoz de violencia sobre la mujer y que pueden tener extraordinaria importancia a la hora de facilitar a las víctimas la denuncia y a los órganos jurisdiccionales y equipos colaboradores la valoración de esos primeros signos constatables de violencia¹²⁶.

¹²⁶ COMAS D'ARGEMIR CENDRA, M., “La Ley integral contra la violencia de género: una ley necesaria” Revista Jurídica de Castilla y León. N.º 4. septiembre 2004. Pág. 63. Disponible en: <http://www.jcyl.es/scsiau/Satellite/up/ds/delaPresidencia/pdf;charset=UTF-8/1010/3.-%20La%20Ley%20Integral%20contra%20la%20Violencia%20de%20Genero.pdf/?asm=jcyl> (Consulta: 15 de agosto de 2009)

VI. Conclusiones y propuestas

Es evidente que la violencia de género, un problema tan ubicuo no tiene una solución inmediata, pero se ha dado un paso importante, ha pasado de ser una cuestión privada a ser considerado un problema social, global y transversal.

- **El marco declarativo y normativo sobre la violencia de género se ha configurado como un instrumento indispensable para la prevención y erradicación de la violencia de género.**

A **nivel internacional**, el considerar que la igualdad de las mujeres debe tener un tratamiento político global, fue un nuevo enfoque importante para incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas (Nairobi, 1985). Respecto al ámbito de la salud, destaca la necesidad de que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel de salud, incluyendo la violencia como una experiencia de la mujer que tiene efectos perjudiciales sobre su salud (Beijing, 1995).

En el **contexto europeo**, dentro de sus múltiples resoluciones, la Campaña Europea Tolerancia Cero ante la violencia de género, así como la creación del Observatorio Europeo de violencia contra las mujeres, fue una respuesta importante ante el compromiso de Beijing. Los Programas Daphne son valiosas herramientas para impulsar iniciativas de los Estados dirigidas a prevenir y combatir la violencia.

En **España** se han producido avances legislativos importantes en materia de lucha contra la violencia de género. Las herramientas jurídicas son de suma importancia, al permitir la protección integral e inmediata de las víctimas de malos tratos, especialmente, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Es importante destacar que es la primera vez que se ha aprobado en España una ley de carácter integral con un abordaje multidisciplinar que además reconoce tanto la tipicidad específica y diferenciada de esta violencia como la necesidad de profundizar en los derechos de las mujeres para incluir las necesidades que tienen en el espacio social.

El **panorama autonómico** de nuestro país es muy dispar en cuanto acciones desarrolladas, existencia o no de un protocolo de actuación o normativa redactada. Dado que se trata de un problema complejo y que puede ser detectado y abordado por un amplio espectro de profesionales, parece manifiesta la necesidad de unificar

criterios tanto para la detección, como para la actuación, coordinación y derivación a otros recursos.

- **La violencia de género es un fenómeno predecible y por lo tanto prevenible.**

Fue un paso decisivo en el abordaje de la violencia de género, el declararla según la OMS como un problema de salud pública. Es importante enfatizar que a pesar de la complejidad, la violencia contra la mujer se puede prevenir. Recurrir a un modelo ecológico nos permite comprender la naturaleza polifacética de la violencia, la prevención actuando en diferentes niveles y el despliegue de recursos ante un caso de violencia de género.

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

- **El sector salud es una de las vías más importantes de detección precoz de la violencia de género y de difusión de actitudes y prácticas de prevención, siendo las medidas de educación y socialización decisivas en el abordaje integral y global de esta lacra social.**

La proporción de casos de violencia de género que llegan a la luz pública y al sistema legal es sólo la punta del iceberg. Definir la formación y la capacitación obligatoria de las personas profesionales que intervienen, debe ser un objetivo prioritario de las instituciones públicas. Tanto la LOMPIVG como la LOI representan un avance importante en este aspecto.

Es destacable la sensibilización del sector salud, preocupado por este gran problema, que ha ido por delante de las leyes, estableciendo protocolos en diferentes comunidades. Los protocolos son herramientas que permiten realizar una detección precoz y adecuar la actuación profesional al momento del proceso en que se encuentran las mujeres. Su uso mejora los circuitos de derivación y la coordinación entre los profesionales sociosanitarios y los recursos comunitarios. Suponen una ayuda notable para poder dimensionar el problema.

La actuación de los profesionales de Enfermería situados cerca del paciente permite, de manera privilegiada, poder intervenir en la prevención de actuaciones violentas, la detección del maltrato y en el cuidado de la mujer víctima de la violencia de género. Surgen figuras emergentes en este colectivo – la enfermera escolar y la enfermera gestora de casos – que pueden desempeñar un papel importante.

- **La investigación y la formación son herramientas imprescindibles para poder excluir de nuestra sociedad la violencia de género.**

Es preciso seguir investigando sobre la violencia de género, sus causas, su impacto en la vida, la salud y el bienestar de las mujeres y de las familias, así como estudios que evalúen las intervenciones realizadas.

La violencia de género, como problema de salud, debe incluirse en los currículos de pregrado y en los programas de postgrado. La formación de los profesionales debe continuar adaptándose a la realidad cambiante para poder garantizar la calidad de la atención teniendo en cuenta la diversidad y las necesidades concretas de las mujeres.

Comenzamos este trabajo con una cita de la escritora Emilia Pardo Bazán, refiriéndose a este gran problema que nos afecta a todos, solucionarlo es imprescindible para lograr una sociedad más justa y sana. Acabamos con “un reto” de Simone de Beauvoir, un reto en este momento pendiente de alcanzar, pero con el convencimiento de que con el esfuerzo de todos lo conseguiremos:

«El día en que la mujer pueda amar con su fuerza,
y no con su debilidad,
no para huir de sí misma, sino para encontrarse,
y no para renunciar, sino para afirmarse,
entonces el amor será tanto para ella como para el hombre
una fuente de vida y no un mortal peligro.»

Simone de Beauvoir,
El segundo sexo. 1987 [1949]. Tomo II: 456

VII. Bibliografía

ABBOTT J, JOHNSON R, KOZIOL-MCLAIN J, LOWENSTEIN SR. Domestic Violence Against Women. Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population. JAMA 1995;273:1763-7.

ABBOTT J. Injuries and Illnesses of Domestic Violence. Ann Emerg Med 1997;29:781

ALBERDI, I. Y MATAS, N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a las mujeres en España. Barcelona. Colección Estudios Sociales. Fundación La Caixa. (2002).

ARANDA, E. Estudios sobre la Ley Integral contra la Violencia de Género. Ed. Dykinson, 2006

BANDURA, A. Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. Personality and Social Psychology Review, 3, (1999). pp. 193-209.

BANDURA, A. Self-efficacy: the exercise of control. New York. Freeman and company. (1997).

BLANCA COLL-VINENTA, B y otros. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria. 2008;22(1):7-10.

BORRELL, C y ARTAZCOZ, L., Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Revista Española Salud Pública 2008; 82: 245-249.

BOYLE A, TODD C. Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. Emerg Med J 2003;20:438-42.

BRADLEY F, SMITH M, LONG J, O'DOWD T. Reported Frequency Of Domestic Violence: Cross Sectional Survey Of Women Attending General Practice. BMJ 2002;324:271.

BRONFENBRENNER, V. The ecology of human development experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press. (1979).

BRONFENBRENNER, V. The ecology of the family as a context for human development. Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, (1986). pp. 723-742.

BRONFENBRENNER, V. Towards and experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, (1977). pp. 513-531.

BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K. y MCCLOSKEY DOCHTERMAN, J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. Ed. Elsevier, 2009.

BURGOS LADRÓN DE GUEVARA, J., *La violencia de género. Aspectos penales y procesales*. Ed. Comares. Universidad de Sevilla. 2007

CAMPBELL J. Health Consequences Of Intimate Partner Violence. *Lancet* 2002; 359:1331-1336.

COHEN, M.M. and MACLEAN, H., Violence against Canadian Women, *BMC Womens Health*, Vol. 4 (Suppl. I) (August 2004), pp S22-S46;

COKER, A. L., SMITH, P. H., BETHEA, L., KING, M. R. Y MCKEOWN, R. E. "Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence". *Archives of Family Medicine*, 9 (5), (2000). pp. 451-457.

COLL-VINENT PUIG, B., *Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias*. *Emergencias* 2008; 20: 269-275.

CALVO SÁNCHEZ, M^a D. *Administración sanitaria y violencia contra la mujer*. MARTINEZ, E., FIGUERUELO, A., LÓPEZ DE LA VIEJA, M.T., BARRIOS, O., VELAYOS C. y CALVO M^a D. (Eds) *La igualdad como compromiso: estudios de genero en homenaje a la profesora Ana Díaz Medina*. Ediciones: Universidad de Salamanca, 2007

COMAS D'ARGEMIR CENDRA, M., "La Ley integral contra la violencia de género: una ley necesaria" *Revista Jurídica de Castilla y León*. N.º 4. septiembre 2004. Pág. 63. Disponible en:

CORSI, J. Psicoterapia interpretativa multidimensional. Paidós. Buenos Aires. (2005).

CORSI, J. Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Paidós, Buenos Aires. (1995).

DAVIS R. y HARSH K. Confronting Barriers To Universal Scrinig For Domestic Violence. J Prof nurs 2001;17: 313-320.

DEARWATER SR, COBEN JH, CAMPBELL JC, NAH G, GLASS N, MCLOUGHLIN E, et al. Prevalence of Intimate Partner Abuse in Women Treated at Community Hospital Emergency Departments. JAMA 1998;280:433-8.

DÍAZ-AGUADO JALON MJ, MARTÍNEZ ARIAS, R. Documento Estudio sobre las medidas adoptadas por los estados miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia hacia las mujeres. Instituto de la mujer 2002;53-57.

DIRECTOR TD, LINDEN JA. Domestic Violence: an approach to identification and intervention. Emerg Med Clin N Am 2004;22:1117-DOMÍNGUEZ LUELMO, A. Derecho sanitario y responsabilidad médica. Ed. Lex Nova. Valladolid, 2007.

DOMÍNGUEZ MARTÍN, M. Formas de gestión de la sanidad pública en España. Ed. La Ley. Madrid, 2006.

ECHEBURÚA E Y FERNÁNDEZ MONTALVO J. Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar. Un estudio piloto. Análisis y modificación de la conducta 1997;23(89):354-384.

EIDENSTAT SA, BANCROFT L. Domestic Violence. N Engl J Med 1999; 341:886-892

ELLIOT L., NERNEY M., JONES T. y FRIEDMAN P. Barriers To Screening For Domestic Violence. J Gen Intern Med 2002;17:112-116.

FELDHAUS KM, KOZIOL-MCLAIN J, AMSBURY HL, NORTON LL, L. SALVADOR SÁNCHEZ ET AL. LOWENSTEIN SR, ABBOTT J. Accuracy of 3 Brief Screening Questions for Detecting Partner Violence in the Emergency Department. JAMA 1997;277:1357-61

FERNÁNDEZ ALONSO C, HERRERO VELÁSQUEZ S, CORDERO GUEVARA JA, MADEREUELO FERNÁNDEZ JA, GONZÁLEZ CASTRO ML. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP). Aten Primaria 2006;38:168-73.

FERNÁNDEZ MONTALVO J Y ECHEBURÚA E. Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. Análisis y Modificación de la conducta 1997;23(88):150-178.

FERRER PÉREZ V.A. y BOSCH FIOL. E., El papel del movimiento feminista en la consideración social de la violencia en contra las mujeres: el caso de España. Revista de Estudios Feministas Labrys, N° 10 Dossier España 2006

FERRER PÉREZ, V.A., BOSCH FIOL, E. y RAMIS PALMER M.A. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. Clínica y Salud, 2008, vol. 19 n.º 1 - Págs. 59-81. ISSN: 1135-0806

FIGUERUELO BURRIEZA, A., (Ed) Estudios interdisciplinarios sobre igualdad y violencia de género. CARRIZO GONZÁLEZ-CASTELL, A. Atención sanitaria y tutela judicial: un binomio necesario en la lucha contra la violencia de género. Edit. Comares. Granada 2008

FIGUERUELO BURRIEZA, A. y otras (Eds.) Feminismo ecológico. Estudios multidisciplinares de género. DEL POZO PÉREZ, M., "Reflexiones acerca de las últimas reformas procesales en materia de tratamiento de la violencia familiar y doméstica cuyas víctimas son las mujeres". Ediciones Universidad de Salamanca, 2007.

FLITCRAFT A, HADLEY S, HENDRICKS-MATTHEWS M, MCLEER S, WARSHAW C. Violencia Doméstica. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región Hemisferio Occidental. México 1992.

FLITCRAFT A, HADLEY S. Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Chicago: American Medical Association; 1992

FUSTER, E. Las víctimas invisibles de la violencia familiar: el extraño iceberg de la violencia doméstica. Madrid: Paidós, 2002.

GÓMEZ COLOMER, J.L. Tutela procesal frente a hechos de violencia de género. Editorial Universidad Jaume I. Servicio de Comunicación y publicaciones 2007. Pág. 53-54

GONZÁLEZ ARROYO, A.A. y MACIAS GARCÍA, J. Maltrato doméstico: plan de cuidados de enfermería. Revista Nure Investigación, nº 23, Julio-Agosto 06.

GUTMANIS I, BEYNON CH, TUTTY L, WATHEN N, MACMILLAN H. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. BMC Public Health 2007;7:12.

HEISE, L., ELLSBERG, M. Y GOTTEMOELLER, M. Ending violence against Women. Population Reports, series L. n.º 11, Baltimore: Johns Hopkins University School of public Health. (1999)

HEISE, L.L. y GARCÍA-MORENO, C. (2003), La violencia en la pareja. En E. G. KRUG, L. L. DAHLBERG, K. A. MERCY, A. B. ZWI & R. LOZANO (eds.), Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (Orig. OMS 2002).

KERNIC MA, WOLF ME, HOLT VL. Rates And Relative Risk Of Hospital Admission Among Women In Violent Intimate Partner Relationships. Am J Public Health 2000;90(9):1416-1420.

KOSS MP, KOSS PG., WOODRUFF WJ. Deleterious Effects Of Victimization On Women's Health And Medical Utilization. Arch Intern Med 1991; 151:342-347

LAFFAYE, C., KENNEDY, C. and STEIN, M.B., Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in female victims of intimate partner violence. Violence Victims, Vol. 18, Nº2, (April 2003), pp. 227-238

LARIZGOITIA, I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Suplemento), (2006). pp. 63-70.

MARGOLIN, G. Interpersonal and intrapersonal factors associated with marital violence. In GT. Hataling (eds) *family abuse and its consequences: New directions for research*. 203-217 Newsbury Park, Ca: Sage, 1988

MARKOWITZ J, STEER S y GARLAND M. Hospital-based intervention for intimate partner violence victims: a forensic nursing model. *J Emerg Nurs*. 2005;31:166-70.

MATUD, P. Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, (2004). pp. 397-401.

MCCAULEY J, KERN D, KOLODNER K, DILL L, SCHROEDER A, DECHANT H, et al. The Battering Syndrome: Prevalence And Clinical Characteristics Of Domestic Violence In Primary Care Internal Medicine Practices. *Ann Intern Med* 1995;123:737-746.

MCCAULEY J, YURK RA, JENCKES MW, FORD DE. Inside Pandora Box. Abused Women's Experiences With Clinicians And Health Services. *J Gen Intern Med* 1998;13:549-555.

MESTRE, M. V., TUR, A., SAMPER, P., NÁCHER, M. J. Y CORTÉS, M. Estilo de crianza y conducta prosocial. En S. Bonino y G. V. Caprara (Eds.). *Conducta prosocial en el niño y en el adolescente*, pp. 135-156. Gardolo. Erickson. (2006).

MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M.L. y SWANSON, E. *Clasificación de Resultados de Enfermería*. Ed. Elsevier, 2009.

NANDA INTERNATIONAL. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008*. Ed. Elsevier, 2006.

ORTÍZ LALLANA CARMEN "Igualdad de derechos y oportunidades entre el hombre y la mujer en la Unión Europea" *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 47, Madrid, 2003, p 99

PARANJAPE, A., HERON, S. and KASLOW, N., 2005 Utilization of Services by Abused, Low-Income African-American Women, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 21, Nº 2 (Febrero 2006) p. 22

PEIXOTO CALDAS, J.M. y MAURICIO GESSOLO, K., Violencia de Género: nuevas realidades y nuevos retos. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.3, p.161-170, 2008

PLICHTA S, FALIK M. Prevalence Of Violence And Its Implications For Women's Health. *Women's Health Issues* 2001;11:244-258.

RAYA ORTEGA L, RUIZ PÉREZ I, PLAZAOLA-CASTAÑO J, BRUN LÓPEZ-ABISAB S. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria* 2004;34:117-27.

REYES CERDA, JAF., ZEPEDA GONZÁLEZ, MI. Aplicación de un modelo teórico de enfermería en la intervención de las mujeres víctimas de violencia.. *Revista electrónica de Enfermería. Enfermería Global*. Nº 13 Junio, 2008 Universidad de Murcia ISSN 1695-6141 Pág. 1-10.

RICHARDSON J, COID J, PETRUCKEVITCH A, WAI SHAN CHUNG, MOOREY S, FEDER G. Identifying Domestic Violence: Cross Sectional Study In Primary Care. *BMJ* 2002;324:274.

RODRÍGUEZ-BOLAÑOS RA, MÁRQUEZ-SERRANO M, KAGEYAMA-ESCOBAR ML. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Publica Mex.* 2005;47: 134-44.

ROTHENBERG, B. We don't have time for social change. Cultural compromise and the battered woman syndrome. *Gender of Society*, 17, (2003). pp. 771-787

RUIZ PEREZ I, PLAZAOLA CASTAÑO J. Sociodemographic associations of physical, emotional and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Annals of Epidemiology* 2006;16 (5): 357-363

RUIZ-JARABO QUEMADA, C., y BLANCO PRIETO, P. (COMPS.) La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Ed. Diaz de Santos. Madrid, 2004

RUIZ-PÉREZ, I. BLANCO-PRIETO, P. Y VIVES-CASES, C.. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 18, (2004). pp. 4-12.

SALVADOR SÁNCHEZ, L., RIVAS VILAS, M. y SÁNCHEZ RAMÓN, S. Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias* 2008; 20: 343-352

SARASUA, B. Y ZUBIZARRETA, I. Violencia en la pareja. Málaga. Aljibe Herman, J. L. (1998). Recovery from psychological trauma. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 52, (2000). pp. 145-150.

SEGURA, L.J. La atención primaria como medio de prevención de la violencia doméstica. Aspectos médico-legales. En I. Montalbán (Dir.), Encuentros sobre violencia doméstica . Madrid: CGPJ. (2004), pp. 581-628.

SETHI D, WATTS S, ZWI A, WATSON C, MCCARTHY C. Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emerg Med J* 2004;21:180-4.

SILVERMAN, J., RAJ, A., MUCCI, L. and HATHAWAY, J., Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 286, N° 5 (August 2001), pp. 372-379

STEIN, M. B. Y KENNEDY, C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, (2001). pp. 133-138.

STEIN, M. B. Y KENNEDY, C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, (2001). pp. 133-138.

THURSTON WE, TUTTY LM, EISENER AE, LALONDE L, BELENKY C, OSBORNE B. Domestic violence screening rates in a community health center urgent care clinic. *Res Nurs Health* 2007;30:611-9.

TJADEN P, THOENNES N. Prevalence, Incidence And Consequences Of Violence Against Women: Findings From The National Violence Documents Técnicos de Salud Pública • 77 Against Women Survey. Research In Brief. Washington, D.C.: U.S. Department Of Justice, National Institute Of Justice, 1998.

TUR, A. Conducta agresiva y prosocial en relación con temperamento y hábitos de crianza en niños y adolescentes. Tesis doctoral. Universitat de València. (2003).

VEGA, R. Las agresiones familiares en la violencia doméstica. Pamplona: Aranzádi, 1999.

VELZEBOER, M., ELLSBERG, M., CLAVEL ARCAS, C. GARCÍA MORENO, C., La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. OPS Organización Panamericana de la Salud.

VENGUER, T. FAWCETT G, VERNON R, PICK S., Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. Documento de trabajo nº 24. Serie INOPAL III. México, DF 1998. Population Council.

VILLAVICENCIO, P. Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer. (1999).

7.1 Legislación Consultada

Ámbito Internacional

- Carta de las Naciones Unidas (San Francisco, 26 de junio de 1945).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de Naciones Unidas, (10 de diciembre de 1948).
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Resolución 34/180 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 18 de diciembre de 1979.
- Declaración sobre eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 20 de diciembre de 1993.
- Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 14 a 25 de junio de 1993
- Resolución WHA 49.25 de la 49^a Asamblea Mundial de la Salud, aprobada en su 6^a sesión plenaria sobre prevención de la violencia: una prioridad de salud pública, de 25 de mayo de 1996.
- Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Prevención de Traumatismos y de la Violencia, 1999
- La eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/52.
- Resolución de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas 2003/45, de 23 de abril de 2003, sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.

Ámbito Europeo

- Tratado de Roma (25 de marzo de 1957)
- Recomendación núm. R (90) 4, del Consejo de Europa, sobre eliminación del sexismo en el lenguaje, adoptada por el Comité de Ministros el 21 de febrero de 1990
- Tratado de Ámsterdam. (2 de octubre de 1997).

- Decisión 293/2000/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de enero de 2000. (Diario Oficial de las Comunidades Europeas, de 9 de febrero de 2000).
- Recomendación Rec (2002) 5 adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002 y Memorándum explicativo. Protección de las mujeres contra la violencia
- Decisión n.º 803/2004/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de abril de 2004, (Diario Oficial de la Unión Europea, de 30 de abril 2004).
- Decisión n.º 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2007 (Diario Oficial Unión Europea, 3 de julio 2007).
- Recomendación Rec (2002) 5 adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002 y Memorándum explicativo.
- Resolución del Parlamento Europeo sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220(INI)).
- Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema “La violencia doméstica contra las mujeres” (2006/C 110/15)
- Manifiesto de las mujeres con discapacidad de Europa. 2009.

Ámbito Estatal

- Constitución Española, 1978.
- Ley de Enjuiciamiento Criminal
- Ley General de Sanidad
- Ley Orgánica 9/1992, de 23 de Diciembre, de Transferencia de Competencias a Comunidades Autónomas que accedieron a la Autonomía por la Vía del Artículo 143 de la Constitución.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE n.º 313, de 29 de diciembre de 2004).
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE n.º 71, de 23 de marzo de 2007)

- Ley 38/2002, de 24 de octubre, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal sobre Procedimiento para el Enjuiciamiento Rápido e Inmediato de determinados delitos y faltas, y de modificación del procedimiento abreviado; y su complementaria Ley Orgánica 8/2002, de 24 de octubre.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica (BOE n.º 183, 1 de agosto de 2003; DOCV n.º 4474, de 4 de abril de 2003).
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros (BOE n.º 234, 30 de septiembre de 2003).
- Real Decreto 355/2004, de 5 de marzo, por el que se regula el Registro central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica (BOE n.º 73, de 25 de marzo de 2004).
- Art.148, 153, 171, 172, 468 y 620 del Código Penal

Ámbito Autonómico

- Ley 5/2001, de 17 de mayo, de Prevención de Malos Tratos y de Protección a las Mujeres Maltratadas. (Castilla-La Mancha)
- La Ley Foral 22/2002 de 2 de julio, para la adopción de medidas integrales contra la violencia sexista (modificada por la Ley Foral 12/2003, de 7 de marzo.(Comunidad Foral de Navarra).
- Ley 1/2003, de 3 marzo 2003 Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León
- Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. (Comunidad Valenciana).
- Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género. (Canarias).
- Ley 1/2004, de 1 de abril, integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección a sus víctimas. (Cantabria).
- Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de mujeres y hombres. (País Vasco).
- Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género. (Comunidad de Madrid).

- Ley 12/2006, de 20 de septiembre, para la mujer. (Islas Baleares).
- Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón
- Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género. (Región de Murcia).
- Ley 11/2007, de 27 de julio, para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. (Galicia).
- Ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.
- Ley 4/2008 de 22 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. (Cataluña).

7.2 Documentos de Organismos Públicos

- Código Deontológico de la Enfermería Española.
- Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) sobre “Salud de la Mujer”.
- Informe de la Conferencia Mundial para el Examen y Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz. Nairobi, 15-26 de julio de 1985.
- Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Naciones Unidas. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995
- OMS. Promoción de la salud. Ginebra, 1998.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998b). Gender and health a technical paper.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (n.d./1999). Violence and injury prevention. Violence and health.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). Violence against women. Fact Sheet N128.
- Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas para examinar la Plataforma de Acción de Beijing. Nueva York, 5 a 9 de junio de 2000
- Informe Mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. OMS. 2002.
- World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization, 2002
- Violencia doméstica. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
- La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2003.
- Ministerio Federal alemán de la Familia, Tercera Edad, Condición Femenina y Juventud 2004: «Las condiciones de vida, la seguridad y la salud de las mujeres en Alemania». Una investigación sobre la violencia contra las mujeres en Alemania.
- Documento Final de la Cumbre Mundial. Naciones Unidas. 2005.

- Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. 2005.
- Informe de la Ley de Prevención de Malos Tratos y de Protección a Mujeres Maltratadas. Instituto de la Mujer. Castilla-La Mancha. 2005.
- Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, de 15 de diciembre de 2006.
- Division for the advancement of women, United Nations. Poner Fin a la Violencia contra la Mujer: De las Palabras a los Hechos. Estudio del Secretario General. 2007.
- Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2007. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Informe Ejecutivo de Evaluación de la Aplicación de la LOMPIVG. Ministerio de Igualdad. 24 de julio de 2008.
- Informe Violencia de Género 2007. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, Estudios e Investigación 2009.
- Víctimas mortales por violencia de género. Ficha resumen - datos provisionales. Observatorio de la violencia. Julio, 2009.

7.3 Protocolos y Guías Sanitarios

- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.
- Guía de Atención Sanitaria a la Mujer Víctima de Violencia Doméstica en el Sistema de Salud de Aragón. 2005.
- Protocolo de Atención Sanitaria ante la Violencia contra las Mujeres. Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2003.
- Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos. Cantabria, 2005.
- Protocolo Marco de Actuación Profesional para Casos de Violencia de Género en Castilla y León.
- Protocolo de Actuación en Atención Primaria para Mujeres Víctimas de Malos Tratos. Castilla-La Mancha.
- Protocolo de Actuación para la atención de mujeres víctimas de violencia de género. Comunidad Valenciana.
- Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia contra la Mujer. Comunidad Autónoma de Extremadura, 2001.
- Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico. Comunidad Autónoma de Canarias, 2003.
- Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Atención de las Víctimas de Violencia de Género en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2009
- Programa Integral de Detección y Abordaje de la Violencia Doméstica desde el Sistema Sanitario Público de la Rioja.
- Guía de Apoyo en Atención Primaria para Abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres. Comunidad de Madrid, 2008.
- Protocolo de Actuación ante los Malos Tratos Domésticos. Región de Murcia.
- Protocolo de Actuación Coordinada en la Asistencia a Víctimas de Violencia de Género. Guía para Profesionales. Comunidad Foral de Navarra.
- Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres. País Vasco, 2008.

7.4 Páginas web

- Buscador Google académico: <http://scholar.google.es/schhp?hl=es>
- Buscador Google: <http://www.google.es>
- Buscador revistas Elsevier:
http://www.elsevier.es/home/ctl_servlet?_f=14000
- Centro Reina Sofía: <http://www.centroreinasofia.es/>
- Ministerio de Igualdad: <http://www.migualdad.es/>
- OMS: <http://www.who.int/es/>
- ONU: <http://www.un.org/es/>
- UE: http://europa.eu/index_es.htm

Índice de gráficos

- Gráfico-1. Prevalencia y frecuencia de maltrato global (de cualquier tipo en cualquier momento de la vida) y por categorías excluyentes de maltrato alguna vez en la vida.10
- Gráfico-2. Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a la violencia.62
- Gráfico-3. Víctimas mortales de violencia de género en España (1 de enero de 2003 a 29 de julio de 2009). 72
- Gráfico-4. Efectos de la violencia contra las mujeres en la salud. 73
- Gráfico-5. Modelo Ecológico Bronfenbrenner (1979). Adaptado de Corsis (2005) 79
- Gráfico-6. Proceso de atención en los casos de violencia doméstica Bronfenbrenner (1979). Adaptado de Corsis (2005)..... 82

Anexo I

ESTATAL		
	NORMATIVA	PROTOCOLO O GUÍA SANITARIA
	<u>LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género</u>	 <p>PROTOCOLO COMÚN PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO</p>
	<u>LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.</u>	
AUTONÓMICO		
COMUNIDAD AUTÓNOMA	NORMATIVA	PROTOCOLO O GUÍA SANITARIA
ANDALUCIA	<u>Ley de la Comunidad Autónoma de Andalucía 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.</u>	
ARAGÓN	<u>LEY 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón</u>	 <p>GUÍA DE ATENCIÓN SANITARIA A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN EL SISTEMA DE SALUD DE ARAGÓN 2005</p>
PRINCIPADO DE ASTURIAS	<u>DECRETO 90/2006, DE 20 DE JULIO, POR EL QUE SE REGULA EL PROCEDIMIENTO DE CONCESIÓN DE LAS AYUDAS PREVISTAS EN EL ARTICULO 27 DE LA LEY ORGÁNICA 1/2004, DE 28 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.</u> <u>Fecha de publicación: 14-08-2006</u>	 <p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2003</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NORMATIVA	PROTOCOLO O GUÍA SANITARIA
CANTABRIA	<u>LEY 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.</u>	 <p>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS MALOS TRATOS 2005</p>
CASTILLA Y LEÓN	<u>Ley 1/2003, de 3 marzo 2003. Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León</u>	 <p>PROTOCOLO MARCO DE ACTUACIÓN PROFESIONAL PARA CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN CASTILLA Y LEÓN</p>
CASTILLA-LA MANCHA	<u>LEY 5/2001, de 17 de mayo, de Prevención de Malos Tratos y de Protección a las Mujeres Maltratadas</u>	 <p>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS.</p>
CATALUÑA	<u>LEY 4/2008 de 22 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista</u>	
COMUNIDAD VALENCIANA	<u>LEY 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.</u>	 <p>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO</p>
EXTREMADURA	<u>Decreto 28/2001, de 10 de febrero, por el que se aprueban medidas de asistencia a las mujeres de Extremadura víctimas de la violencia. D.O.E nº 26 de 3 de marzo de 2001</u>	 <p>PROTOCOLO INTERDEPARTAMENTAL PARA LA ERRADICACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER . 2001</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NORMATIVA	PROTOCOLO O GUÍA SANITARIA
GALICIA	<u>LEY de la Comunidad Autónoma de Galicia 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género</u>	
ISLAS BALEARES	<u>LEY 12/2006, de 20 de septiembre, para la mujer</u>	
ISLAS CANARIAS	<u>LEY 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género.</u>	 <p>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO 2003</p>
		 <p>PROTOCOLO DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS, 2009</p>
LA RIOJA	<u>Orden 2/2006, de 31 de marzo, por la que se regulan los itinerarios de inserción sociolaboral de las mujeres víctimas de violencia de género, y su acceso a la ayuda económica prevista en el RD 1452/2005, de 2 de diciembre, por el que se regula la ayuda económica establecida en el artículo 27 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre</u>	 <p>PROGRAMA INTEGRAL DE DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DESDE EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA RIOJA</p>
COMUNIDAD DE MADRID	<u>LEY 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid</u>	 <p>GUÍA DE APOYO EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA ABORDAR LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES 2008</p>

COMUNIDAD AUTÓNOMA	NORMATIVA	PROTOCOLO O GUÍA SANITARIA
REGIÓN DE MURCIA	<u>Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia</u>	 <p>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LOS MALOS TRATOS DOMÉSTICOS</p>
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	<u>LEY FORAL 12/2003, de 7 de marzo, de modificación de la Ley Foral 22/2002, de 2 de julio, para la adopción de medidas integrales contra la violencia sexista</u>	 <p>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN COORDINADA EN LA ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO. GUÍA PARA PROFESIONALES</p>
PAIS VASCO	<u>Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de mujeres y hombres.</u>	 <p>PROTOCOLO SANITARIO ANTE EL MALTRATO EN EL ÁMBITO DOMÉSTICO Y LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA LAS MUJERES 2008</p>

La tabla posee hipervínculos tanto de la normativa como de los protocolos o guías sanitarios a la página web correspondiente. La consulta de estas direcciones, ha sido revisada los días 24 y 25 de agosto de 2009, no pudiendo acceder al documento de Canarias, Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico 2003.

Anexo II

SIGNOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS QUE ALERTAN FRENTE A UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO, SIN LESIONES APARENTES

- Consultas frecuentes y reiteradas; los síntomas son crónicos, vagos y no cuadran con un diagnóstico de enfermedad orgánica.
- Retraso u “olvido” de las citas, salida precipitada de la consulta o actitud apresurada y atemorizada.
- Acudir tardíamente a control prenatal.
- Embarazo en adolescentes.
- ETS en niñas y jóvenes, “disfunciones sexuales”, vaginismo, dispareunia.
- Reparos, dificultad o dolor en el examen pélvico; problemas ginecológicos recurrentes.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Agresividad sin causa aparente, actitud evasiva, mirada huidiza, se manifiesta confundida y/o temerosa.
- Envejecimiento prematuro.
- Desvalorización de sí mismas, se califican como torpes e incapaces.
- Ansiedad, actitud deprimida o triste, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol.
- Historia de depresión o intentos de suicidio.
- Aislamiento social: no tiene actividades, relaciones sociales, ni se relaciona con su propia familia.
- Refiera a su pareja como colérico o agresivo; o que tiene celos por cualquier relación amistosa con otros hombres.
- Mujer dependiente de su marido, que tiene miedo, que le mira antes de hablar.
- Si existe maltrato en las hijas e hijos, la mujer puede estar también siendo maltratada.
- Obesidad extrema, anorexia o bulimia, problemas con alcohol o drogas.

SIGNOS Y COMPORTAMIENTOS QUE ALERTAN FRENTE A UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO CUANDO SE APRECIAN LESIONES EN LA MUJER

- Incoherencia en el relato de los hechos, lapso demasiado largo entre el accidente y la consulta, negación a explicar el origen de las heridas o de los síntomas: las mujeres víctimas de malos tratos a veces niegan esta violencia, escondiéndola porque les da vergüenza.
- Historial de “accidentes” frecuentes.
- Huellas de golpes, hematomas, en diferentes lugares del cuerpo.

INDICADORES QUE PUEDEN ORIENTAR SOBRE LA PRESENCIA DE UN MALTRATADOR EN LA CONSULTA

- Actitud de gran prevención y desconfianza.
- Responde él en el lugar de su mujer como medio para controlarla e impedir que revele la violencia.
- Violento verbalmente, critica los actos de su pareja.
- Controla a su pareja mediante expresiones del rostro o actitudes intimidatorias. El autor de los actos violentos controla permanentemente a su pareja, aún durante las consultas.
- Conducta muy atenta hacia la mujer, a la que no quiere dejar sola, con la/él profesional

Anexo III

INDICADORES POTENCIALES DE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN URGENCIAS

- Lesiones:
 - Lesiones con un patrón central.
 - Contusiones o lesiones en la cabeza, cuello o pecho.
 - Lesiones que sugieran una postura defensiva.
 - Tipos o extensión de lesiones que no concuerden con las explicaciones de la paciente.
- Retraso entre el momento en que ocurrió la lesión y la consulta.
- Lesiones durante el embarazo.
- Patrón de visitas repetidas al servicio de urgencias.
- Evidencia de abuso de alcohol u otras drogas.
- Consulta por intento de autolisis.
- Consulta en los servicios de urgencias después de una violación.
- Comportamiento evasivo, vergüenza, falta de preocupación por las lesiones.
- Presencia de un compañero excesivamente solícito, que responde las preguntas por la paciente, o que es hostil, defensivo o agresivo, o que establece barreras de comunicación

Anexo IV

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA VIOLENCIA DE GÉNERO

Código NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	Código NOC	RESULTADO ESPERADO	Código NIC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	
00083	<p>CONFLICTO DE DECISIONES</p> <p>Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores personales</p>	0906	<p>Toma de decisiones Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas</p>	5250	<p>Apoyo en toma de decisiones Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios</p>	
		INDICADORES			ACTIVIDADES	
		090602	Identifica alternativas		<ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones. - Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. - Proporcionar la información solicitada por el paciente. - Servir de enlace entre el paciente y la familia. 	
		090603	Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa			
		090608	Compara alternativas			
		090609	Escoge entre varias alternativas			
		1305	<p>Modificación psicosocial: cambio de vida Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante</p>	5390	<p>Potenciación de la conciencia de sí mismo Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas</p>	
		INDICADORES			ACTIVIDADES	
		130504	Expresiones de utilidad		<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida. - Facilitar la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones por parte del paciente. - Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de gente en estados similares 	
		130508	Identificación de múltiples estrategias de superación			
		130513	Expresiones de apoyo social adecuado			
		130514	Participación en aficiones recreativas			

Código NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	Código NOC	RESULTADO ESPERADO	Código NIC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	
00035	RIESGO DE LESIÓN Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona	1902	Control del riesgo Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables	6610	Identificación de riesgos Análisis de los factores de riesgos potenciales, determinación de riesgos para la salud ya asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas	
		INDICADORES			ACTIVIDADES	
		190201	Reconoce factores de riesgo			-Determinar los sistemas de apoyo comunitario.
		190204	Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas			- Determinar los recursos económicos.
		190207	Sigue las estrategias del control del riesgo seleccionadas			- Determinar los recursos institucionales para ayudar o disminuir los factores de riesgo.
		190215	Utiliza los recursos sociales para controlar el riesgo			- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o institución según corresponda
		2501	Protección del abuso Protección del abuso propio o de otros a cargo			
		INDICADORES				
		250107	Obtención de orden de restricción si procede			
		250109	Facilitación al maltratador de obtención de asesoramiento			
		250110	Abandono cuando la relación no es segura			
		250111	Ruptura de la relación si procede			

Código NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	Código NOC	RESULTADO ESPERADO	Código NIC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC
00072	<p>NEGACIÓN INEFICAZ</p> <p>Definición: Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad o el temor en detrimento de la salud</p>	1302	<p>Afrontamiento de problemas</p> <p>Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo</p>	5240	<p>Asesoramiento</p> <p>Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales</p>
		INDICADORES		ACTIVIDADES	
		13029	-Utiliza el apoyo social disponible.		-Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
		130214	-Verbaliza la necesidad de asistencia		<p>- Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad.</p> <p>- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.</p> <p>- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno</p> <p>- Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.</p> <p>- Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de cuidadores a cerca de la situación.</p>

Código NANDA	DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA	Código NOC	RESULTADO ESPERADO	Código NIC	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC	
00148	<p>TEMOR</p> <p>Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p>	1404	<p>Autocontrol del miedo</p> <p>Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable</p>	5270	<p>Apoyo emocional</p> <p>Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión</p>	
		INDICADORES		ACTIVIDADES		
		140402	Elimina los factores precursores del miedo		<p>-Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</p> <p>- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</p> <p>- Remitir a servicios de asesoramiento si precisa.</p>	
		140403	Busca información para reducir el miedo			
		140404	Evita fuentes de miedo cuando es Posible			
		140405	Planea estrategias para superar las situaciones temibles			
					5380	<p>Potenciación de la seguridad</p> <p>Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente</p>
				ACTIVIDADES		
				<p>-Disponer de un ambiente no amenazador.</p> <p>- Escuchar los miedos del paciente.</p> <p>- Discutir situaciones específicas o sobre personas que amenacen al paciente o a la familia</p>		

Fuente: BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K. y MCCLOSKEY DOCHTERMAN, J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Ed. Elsevier, 2009. GONZÁLEZ ARROYO, A.A. y MACIAS GARCÍA, J. Maltrato doméstico: plan de cuidados de enfermería. Revista Nure Investigación, nº 23, Julio-Agosto 06.MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M.L. y SWANSON, E. Clasificación de Resultados de Enfermería. Ed. Elsevier, 2009.NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Ed. Elsevier, 2006