



## **INSTITUTO UNIVERSITARIO DE DERECHOS HUMANOS**

**Programa de Doctorado en Derechos Humanos, Democracia y Justicia  
Internacional**

**ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA PRESTADA A  
MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA DE GÉNERO**

**TESIS DOCTORAL**

**Presentada por:**

**ÁNGELA ESCRIBANO MARTÍNEZ**

**DIRIGIDA POR:**

**Dr<sup>a</sup>. BEATRIZ BELANDO GARÍN**

**Dr. MIGUEL LORENTE ACOSTA**

**Valencia, 2018**

*“La paciente de 27 años y de origen iraquí está casada desde hace un año con un varón de nacionalidad española y origen iraquí. Viven juntos en España desde hace 1 mes.*

*Durante este mes maltrato verbal e insultos. Hace una semana primer episodio de maltrato físico: le estiró de la cabellera. Otro día de la semana pasada violación vaginal. Ayer violación vaginal junto con violencia física (golpes por todo el cuerpo, le ató las muñecas con unas cinchas de plástico) y le encerró en una habitación. Después del episodio de hoy se ha escapado del domicilio y ha ido a una comisaría de policía a denunciar. Todo lo ocurrido ha sido en su domicilio habitual”.*

**Mujer atendida en el Servicio de Urgencias Del Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia el 23 de diciembre de 2017.**

## AGRADECIMIENTOS

Mi primer agradecimiento va dirigido al personal sanitario que dentro de las consultas escucha y comparte emociones y vivencias con mujeres que están sufriendo una violencia injustificada y demoledora, a veces ciega por el entorno y por la sociedad, gracias por la escucha y la empatía y por poner a la violencia de género dentro de la agenda sanitaria.

Mis gracias, como no a Beatriz Belando Garín, mi directora y asesora, que a pesar de los achaques de salud y los cambios de dirección de este estudio, supo encajar todas las ideas que teníamos para darle forma a este gran trabajo, gracias Beatriz.

Gracias a Miguel Lorente Acosta, codirector y linterna necesaria en este ámbito de la sanidad tan desconocido y tan necesario para poder abrir la puerta a la esperanza a una vida libre de violencia.

Gracias a la Comisión de Violencia de Género del Hospital la Fe de Valencia, espacio donde crecí y aprendí, sabemos que desde la sanidad tenemos un gran reto todavía.

Gracias a Javier Millán Soria Jefe de Servicio de Urgencias Hospital Universitario y Politécnico de La Fe de Valencia que me ayudó a interpretar algunos de los episodios más dolorosos del estudio de esta tesis.

Gracias al feminismo que tanto me ha enseñado y tanto me he empoderado y a mis socias de la vida, sobre todo a la Escola de Pensament feminista Amelia Valcárcel, y a cada una de las personas que forman parte de este gran espacio de sororidad, en especial a mis queridas Xelo Sánchez Vivó y Modes Salazar Agulló.

Unas gracias enormes a mi amiga y socia Helena Aparicio que estuvo a mi lado animándome, escuchándome y asesorándome desde la primera letra de este estudio hasta la última, Helena sin ti no lo hubiera conseguido.

Este trabajo lo quiero dedicar muy especialmente a todas y cada una de las mujeres que pasaron por algún servicio de salud y se atrevieron a contarnos lo más íntimo de su vida, sus miedos, sus desilusiones, sus frustraciones, a todas ellas y en especial a las que se quedaron sin voz, y ya no nos contarán nada.



<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>3</b>
<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO PRIMERO. METODOLOGICA Y CONCRECIÓN DEL OBJETIVO DEL ESTUDIO. ....</b>	<b>13</b>
I. OBJETO DEL TRABAJO.....	13
II. METODOLOGÍA EMPLEADA .....	15
III. INTRODUCCIÓN .....	18
<b>CAPÍTULO SEGUNDO. LA VIOLENCIA DE GÉNERO. MARCO TEÓRICO. ...</b>	<b>34</b>
I. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE LA VIOLENCIA .....	34
II. EL SISTEMA SEXO/GÉNERO.....	37
III. LA PROGRESIVA DELIMITACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO .....	40
IV. LA DIFERENCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA.....	47
1. VIOLENCIA DOMÉSTICA .....	47
2. VIOLENCIA DE GÉNERO .....	49
3. PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO .....	51
V. LA VICTIMACIÓN SOBRE LA MUJER MALTRATADA.....	55
1. INTRODUCCIÓN.....	55
2. TIPOS DE VICTIMIZACIÓN .....	56
2.1 Victimización Primaria. ....	56
2.2 Victimización Secundaria. ....	56
VI. UN BREVE RECORRIDO NORMATIVO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER .....	60

1. LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS SUSCRITA EN LA CONFERENCIA ESPECIALIZADA INTERAMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS.....	60
2. CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ.....	60
3. LA CEDAW. CONVENCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER.....	63
4. LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS.....	66
5. LA IV CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER DE BEIJING.....	69
6. EL CONVENIO DE ESTAMBUL.....	71
7. NORMATIVA EUROPEA SOBRE IGUALDAD Y VIOLENCIA DE GÉNERO... ..	76
VII. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA NORMATIVA ESPAÑOLA.....	80
1. LA IGUALDAD EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978. ....	80
2. LA LEY ORGÁNICA 1/2004, DE 28 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	83
3. LA LEY ORGÁNICA 3/2007, DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES.....	89
4. ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO. TEXTO REFUNDIDO REAL DECRETO LEGISLATIVO 5/2015, DE 30 DE OCTUBRE.....	91
5. LAS NORMAS ESPECÍFICAS QUE CONECTAN LA SANIDAD CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	92
VIII. LA NORMATIVA AUTONÓMICA VALENCIANA .....	96
1. EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. LEY ORGÁNICA 5/1982.....	96
2. LEY 9/2003 DE 2 DE ABRIL, DE LA GENERALITAT, PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES. ....	98

3. LEY 7/2012, DE 23 DE NOVIEMBRE, DE LA GENERALITAT, INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA SOBRE LA MUJER EN EL ÁMBITO DE LA COMUNITAT VALENCIANA .....	99
3.1 Detección de la violencia de género. ....	102
3.2 Atención de la Violencia de género .....	103
3.3 Derivación de la Violencia de género .....	104
4. PLAN DE IGUALDAD DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA.....	105
<b>PARTE II: GÉNERO, SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO .....</b>	<b>108</b>
<b>CAPÍTULO TERCERO. LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. ....</b>	<b>109</b>
I. UNA APROXIMACIÓN AL TEMA.....	109
II. LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. ....	114
III. LA ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. ....	117
IV. SALUD, DESIGUALDADES Y ENFERMEDAD.....	119
V. EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SALUD .....	123
VI. MANIFESTACIÓN DE LA SALUD EN LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO ...	127
1. INTRODUCCIÓN.....	127
2. LOS ROLES DE GÉNERO.....	128
3. ETAPAS DEL CICLO VITAL POR FRANJAS DE EDAD.....	129
VII. LA ENFERMEDAD SEGÚN EL GÉNERO. ....	132
1. INTRODUCCIÓN.....	132
2. LOS PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS DE GÉNERO.....	133
VIII. IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD DE LAS MUJERES .....	137

**CAPÍTULO CUARTO. FACTORES LIMITANTES EN EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....141**

I. LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL SANITARIO EN LA DETECCIÓN..... 142

II.LA OBLIGACIÓN DE FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO..... 144

1. FORMACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS ADMINISTRACIONES  
..... 145

1.1 Formación en el acceso a la Administración Pública Sanitaria. .... 146

1.2 Formación Continua y Continuada ..... 148

2.LA IMPORTANCIA DE LA ESPECIALIZACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS PROFESIONES SANITARIAS ..... 149

III. EL CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO..... 152

IV. LA COMUNICACIÓN ANTE UNA SOSPECHA DE MALTRATO. .... 159

1. LA DETECCIÓN EN EL CONTEXTO. DERECHOS Y DEBERES..... 159

1.1 Derechos del personal sanitario ..... 159

1.2 Deberes del personal sanitario ..... 161

I. DATOS DE LA MACROENCUESTRA: ..... 176

2.1 Obstáculos y dificultades en la atención a la violencia de género ..... 178

2.2 Las dificultades más señaladas en la actuación ante las mujeres víctimas de violencia de género: ..... 178

2.3 Propuestas que se reflejan en esta Macroencuesta. .... 179

**CAPÍTULO QUINTO. LOS PROTOCOLOS EN LA ADMINISTRACION.....180**

I. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ANTE EL MALTRATO EN EL ÁMBITO SANITARIO..... 180

1. UNA APROXIMACIÓN AL TEMA..... 180

2. LOS PROTOCOLOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO ..... 181

2.1 Protocolo Médico-Forense de Valoración Urgente del riesgo de Violencia de Género  
..... 183



2.2	Primeros Protocolos Sanitarios tras la Ley Integral.....	185
2.3	Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2007.	185
2.4	Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2012) ... .....	188
4.	<b>VIOLENCIA CONTRA LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES.</b> .....	190
4.1	Los abusos sexuales:.....	190
4.2	El acoso sexual:.....	190
4.3	El silencio en las agresiones sexuales.....	191
4.4	Maltrato en hijos e hijas que conviven con la violencia de género.....	192
4.5	Nuevos perfiles de mujeres que pudieran ser detectas en la consulta.....	193
5.	<b>INDICADORES</b> .....	201
6.	<b>ENTREVISTA PARA LA DETECCIÓN.</b> .....	205
6.1	Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos. ....	208
6.2	Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.....	209
6.3	Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo. ....	210
	<b>CAPÍTULO SEXTO. LA NECESIDAD DEL CRIBADO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.....</b>	<b>213</b>
	I. INTRODUCCIÓN.....	213
	II.LA UTILIZACIÓN DEL CRIBADO ( <i>SCREENING</i> ).....	214
	<b>PARTE III: ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>219</b>
	<b>CAPÍTULO SÉPTIMO. PROTOCOLO SANITARIO DE VIOLENCIA DE GÉNERO ESPECÍFICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. ....</b>	<b>220</b>
	1. LA SITUACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.....	220

2.1 Modelo ecológico de la Violencia de género.....	222
2.2 La rueda del poder y control .....	225
2.3 La rueda de la igualdad .....	226
<b>CAPÍTULO OCTAVO. LA PRÁCTICA SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. EL CASO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. ....</b>	<b>227</b>
I. SISTEMA DE INFORMACIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO SIVIO.....	227
II.LA RESPUESTA SANITARIA EN URGENCIAS.....	236
III. RESULTADO Y ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SANITARIA .....	238
1.DATOS DEL CRIBADO REALIZADO DESDE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.....	238
2. RESULTADO Y ANÁLISIS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL LA FE DE VALENCIA.....	247
<b>CONCLUSIONES:.....</b>	<b>298</b>
<b>LIMITACIONES .....</b>	<b>306</b>
<b>PROPUESTAS DE FUTURO.....</b>	<b>308</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>309</b>
<b>JURISPRUDENCIA CITADA.....</b>	<b>333</b>
<b>NORMATIVA CITADA.....</b>	<b>334</b>
<b>ANEXO. RELATOS EN LAS CONSULTAS.....</b>	<b>339</b>

## ABREVIATURAS

<b>UCA/UA</b>	Unidades de Conductas Adictivas y de Alcoholología
<b>BOCG</b>	Boletín Oficial de las Cortes Generales
<b>BOE</b>	Boletín Oficial del Estado
<b>CEDAW</b>	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la mujer
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CEPAL</b>	Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe
<b>CP</b>	Código Penal
<b>DOCV</b>	Boletín Oficial de la Comunidad Valenciana
<b>LECRIM</b>	Ley de Enjuiciamiento Criminal
<b>LOI</b>	Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
<b>LOVG</b>	Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>SIP</b>	Tarjeta Sanitaria Individual
<b>SIVIO</b>	Sistema de Información de Violencia de Género
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>STC</b>	Sentencia Tribunal Constitucional
<b>TC</b>	Tribunal Constitucional
<b>TREBEP</b>	Texto Refundido Estatuto Básico Empleado Público
<b>UE</b>	Unión Europea
<b>PAPPS</b>	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
<b>PDA</b>	Protocolo Detección Violencia de Género. Pregunta, Detecta y Analiza
<b>SIVIO</b>	Sistema de información violencia de género

1.

## **PARTE I: MARCO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO PRIMERO. METODOLOGICA Y CONCRECIÓN DEL OBJETIVO DEL ESTUDIO.**

### **I. OBJETO DEL TRABAJO**

El objetivo principal de este trabajo es poder demostrar lo importante que es la prevención y la detección de la violencia de género en mujeres que acuden a los espacios sanitarios. Analizaremos los distintos escenarios por los que pasan las mujeres que viven situaciones de maltrato a lo largo de las tres partes en las que hemos dividido esta investigación, (dos más teóricas y la última más práctica). La parte primera es la más jurídica, recogiendo toda la normativa nacional e internacional relativa a la violencia de género. La segunda parte aborda la relación directa de la violencia de género sobre la salud de las mujeres que la sufren y la tercera, y más práctica, examina una muestra real de mujeres de mujeres que asisten al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia a través de la cual extraeremos importantes conclusiones.

Como ya hemos manifestado en varias ocasiones y así lo recogen también las instituciones y normas internacionales, la violencia de género afecta gravemente a la salud de las mujeres que la sufren y de sus hijos e hijas. Nuestro objetivo es demostrar como desde la consulta médica, o enfermería, atendiendo a los indicadores de sospecha y a los antecedentes es posible deducir las situaciones de maltrato que traen consigo las mujeres y por lo tanto, acabar con la violencia de género.

El objetivo principal de esta investigación es aportar un estudio que ayude a demostrar cómo la violencia que se ejerce sobre las mujeres es un factor importante en su salud, y por tanto un tema de salud pública, y cómo desde el ámbito sanitario se puede detectar y abordar. Para lograr este objetivo se ha llevado a cabo un pequeño análisis sobre los informes médicos de violencia de género que se realizaron desde los servicios de urgencias de un hospital de Valencia en un plazo temporal de año y medio.

En consecuencia el objeto de la tesis es analizar:

- a) La importancia de la Violencia de Género como un tema de Salud Pública.

- b) El significativo papel de los Servicios Sanitarios en la detección precoz de la violencia de género.
- c) La importancia de los protocolos tanto sanitarios como de otros operadores que intervienen en todo el proceso, aunque nos centraremos de manera más amplia en los protocolos sanitarios.
- d) El conocimiento de la aplicación SIVIO, en el caso de la Comunidad Valenciana, para la detección y el abordaje de la violencia de género. El estudio de los datos que arroja la aplicación SIVIO en las más de 90 mil mujeres preguntadas durante el año 2017, nos muestra como es la sanidad uno de los espacios donde las pacientes que pueden estar sufriendo maltrato lo cuentan al personal sanitario.

El objetivo específico del trabajo que se concreta en la última parte demuestra de una manera muy clara, como las mujeres que recurren a un servicio de urgencias, bien porque acaban de sufrir el último episodio de violencia (que no el único), o porque es la primera vez que la sufren, acuden a estos servicios para que las vean y atiendan sus necesidades de salud y, también en muchas ocasiones por la necesidad de un documento objetivo (informe médico/parte de lesiones) que pueda demostrar el episodio de violencia. Veremos, además que en muchas ocasiones a pesar de estar muy clara la situación de esta violencia no hay comunicación al juzgado (por otra parte obligación legal), porque no se ha emitido el correspondiente informe de presunta violencia.

## II. METODOLOGÍA EMPLEADA

Para poder llegar al análisis completo, hemos consultado numerosos documentos con el fin de ajustarnos más a la realidad que se pretende mostrar en esta tesis. Somos conscientes de que no es una tesis exclusivamente jurídica, y que en este documento se analizan informes médicos además de textos legales, y protocolos exclusivamente sanitarios. Para ello en esta investigación hemos consultado las siguientes fuentes:

1. Bibliográficas: Libros y libros compilados.
2. Publicaciones periódicas: Artículos de revistas.
3. Publicaciones no periódicas: Informes, Ponencias, Congresos y Seminarios.
4. Normativa: Estatal, autonómica, local y de la Administración.
5. Protocolos: Sanitarios estatales y autonómicos.
6. Informes: tanto médicos como partes de lesiones.
7. Electrónicas: Páginas WEB, Estadísticas, Monografías.
8. Toma de datos “In situ”.
9. Sentencias.

Una vez analizadas las consecuencias que tiene sobre la salud de las mujeres la violencia de género, y la forma de detectar aquellas más visibles (físicas) y las más ocultas (psíquicas y sexuales). Examinaremos cómo se tienen que abordar en función del espacio donde son diagnosticadas, en Atención Primaria, o en un Servicio de Urgencias. Y dedicaremos una gran parte del estudio a desagregar muchos de los factores que acompañan a los perfiles de las mujeres que han sido detectadas en la Comunidad Valencia, tanto en Primaria como en atención de Urgencias.

La metodología empleada para esta tesis está basada principalmente en el estudio de la normativa de la violencia de género entendida como un problema de salud pública, y de cómo esta normativa obliga al personal sanitario a detectarla y derivarla. Haremos en esta línea una revisión muy concreta de algunos protocolos sanitarios que desglosan aquellos aspectos de la salud que tienen una relación directa con episodios de los malos tratos ejercidos para las parejas o exparejas de esas que mujeres visitan las consultas tanto de Atención Primaria, como de Atención Especializada o en los servicios de Urgencias,

incluidas las agresiones sexuales, y por último, y creo que lo más difícil, es leer y observar las vivencias de algunas mujeres que cuentan en primera persona como les afecta esta violencia en su salud.

Igualmente analizaremos los problemas éticos y morales que pesan sobre el personal sanitario a la hora de la detección de esta patología social que es la “violencia de género”. Generalmente en estos y estas profesionales existe un conflicto difícil de abordar entre la obligación del secreto profesional y la comunicación al juzgado, pero también entre la negación de las pacientes a reconocer que lo que sufren es una violencia de género y la necesidad de comunicar esta realidad a los recursos establecidos para esta abordar este delito, tanto policiales como judiciales.

Por último, nos centraremos en un análisis algo más detallado – básicamente la última parte de esta tesis- sobre los datos obtenidos a través del programa de información sanitaria Mizar y de la aplicación informática SIVIO (Sistema de Información Violencia de Género). El periodo analizado va desde 1 de octubre de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2017, revisando los diagnósticos de “violencia” y situaciones personales y socio sanitarias que recogen los programas informáticos de las pacientes para poder llegar a la conclusión del estudio de esta tesis. Se analizarán para ello 177 pacientes.

El análisis de estas 177 pacientes nos debe de ayudar a comprender cómo viven, o malviven dentro del círculo de la violencia, cómo narran en el servicio de urgencias sus episodios de violencia, y cómo se producen estas situaciones de maltrato, de una manera más detallada podemos analizar a través de los informes médicos qué efectos tiene la violencia sobre la salud de estas pacientes, cual es la intervención sanitaria y social (si la hay) y, sobre todo cual es el grado de cumplimiento de la legislación y de los protocolos estudiados.

También tenemos que resaltar que algunos partes de lesiones no son registrados en la aplicación SIVIO (solo en la Comunidad Valenciana), por lo que es difícil saber si todas las situaciones de violencia de género son comunicadas al juzgado, ya que en alguna ocasión no se redacta el informe SIVIO, pero sí el parte de lesiones tradicional en papel que todavía



se sigue utilizando tanto para los casos de violencia de género/domestica, atropello, o reyerta, o cualquier situación judicial.

### III. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer constituye un grave problema de salud pública y representa una violación sistemática de derechos humanos, que muestra en forma dramática, los efectos de la discriminación y subordinación de la mujer por razones de sexo en la sociedad. A medida que pasa el tiempo, son más numerosas las pruebas y mayor la concienciación entre los proveedores de servicios de salud sobre los resultados negativos causados por la violencia basada en el género, que ha sido asociada con riesgos y problemas para la salud reproductiva, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, lesiones, algunas de las cuales alcanzan hasta la muerte<sup>1</sup>.

Partiendo de esta realidad, las consultas son un espacio privilegiado para la detección del maltrato en la vida de las mujeres. Es muy posible que el personal sanitario conozca a las mujeres que sufren esta violencia desde hace tiempo, también a sus familiares e incluso a las personas que viven en la propia finca. En numerosas ocasiones también conocen al maltratador y pueden sospechar cuando él siempre acompaña a la paciente para controlarla y vigilarla. Además hay que añadir que el personal facultativo tiene la posibilidad de verlas con cierta asiduidad, e incluso en ocasiones en distintas etapas de su vida, primero cuando pasan de pediatría a adultas (mayores de 15 años), cuando van a ser mamás, y también cuando ya son más mayores.

Es importante destacar en este punto cuáles son las diferencias entre la violencia de género y la violencia doméstica para poder analizar mejor las implicaciones de la primera de ellas. Cabe adelantar así que entendemos como violencia de género, aquella violencia que se ejerce sobre las mujeres solo por la condición de ser mujeres. En definitiva, la violencia de género es la que ejercen los hombres sobre las mujeres (física, psicológica o sexualmente), por el sólo hecho de ser mujer.

Para que sea considerada como violencia de género se deben de dar cuatro condiciones:

---

<sup>1</sup>ALVARADO RIGORES, Manuela, GUERRA, Neyra. "La Violencia de Género un problema de Salud Pública". En: *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social* [en línea], 2012, vol. 2, no. 2, pp. 117-130 [consulta 12 agosto de 2018]. ISSN: 2244-808X. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154889.pdf>

- El agresor siempre es un hombre.
- La víctima: siempre es una mujer.
- La causa: las relaciones de poder entre los sexos por la socialización genérica (dominación del hombre y sumisión de la mujer).
- El objetivo: el control y el dominio sobre las mujeres.

También la ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género lo recoge en su artículo 1, que indica:

*”La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.*

El concepto así recogido aunque amplio, no contempla ciertos tipos de agresión contra la mujer que sí que recoge el Convenio de Estambul ratificado por España en 2014<sup>2</sup>. La ley española solo recoge uno de los tipos de violencia machista, pero deja fuera otras agresiones que poseen fundamentos similares. El Convenio de Estambul<sup>3</sup>, por el contrario sí que introduce en su articulado otro tipo de violencia sobre las mujeres, como son los matrimonios forzados, la mutilación genital femenina, la trata, el aborto forzoso y la esterilización forzosa, el acoso sexual, la violencia sexual o incluso la asistencia, complicidad o tentativa de algunos de estas acciones. Así se contempla en concreto el artículo 3 de este Convenio, al que se remite sus definiciones, en definitiva, a los efectos del presente texto:

---

<sup>2</sup>I Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la Violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.

<sup>3</sup> GALLEGO Gemma. “El Convenio de Estambul. Su incidencia en el sistema español de lucha frente a la Violencia contra la mujer” Revista ELDerecho.Com. Disponible en: <https://elderecho.com/el-convenio-de-estambul-su-incidencia-en-el-sistema-espanol-de-lucha-frente-a-la-Violencia-contra-la-mujer>

a) Por “violencia contra la mujer» se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y se designarán todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada”.

En España a día de hoy, sin embargo delitos como la prostitución forzosa<sup>4</sup>, el acoso sexual<sup>5</sup>, el abuso sexual<sup>6</sup> o agresiones a un familiar **de género femenino** no se categorizan como violencia de género pero se encuentran recogidos en el Código Penal. Concretamente el delito de prostitución en España, está regulado artículo 187 CP que castiga al responsable que:

- Emplee violencia, intimidación o engaño.
- Abuse de una situación de superioridad o necesidad y vulnerabilidad de la víctima.
- Determine a una persona mayor de edad a ejercer la prostitución.

Además castiga al autor de un delito sexual, con pena de prisión de 2 a 5 años y pena de multa de 12 a 24 meses.

De igual forma, se aplica el delito de prostitución al que se lucre explotando la prostitución de otra persona, aunque tenga el consentimiento de la víctima. Se entiende que hay explotación, cuando la víctima se encuentra en una situación de necesidad o vulnerabilidad, tanto económica como personal y también cuando para el ejercicio de la

---

<sup>4</sup> ESTÉBANEZ IZQUIERDO, Jose Manuel. Revista La ventana Jurídica. “La Prostitución Forzosa”. Disponible en: <https://josemanuelestebanez.blogspot.com/2017/11/la-prostitucion-forzada-como-delito.html>.

<sup>5</sup> Género, salud y seguridad en el trabajo.” El hostigamiento o acoso sexual”. Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san\\_jose/documents/publication/wcms\\_227404.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_227404.pdf):

<sup>6</sup>Delitos Sexuales en el Código Penal (en línea consultado 9 de agosto). Disponible en: <https://dudaslegislativas.com/delitos-sexuales-del-codigo-penal/>

prostitución se exijan condiciones desproporcionadas y abusivas<sup>7</sup>. Las penas se agravarán cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- El responsable sea agente, autoridad o funcionario público.
- Responsable pertenezca a grupo u organización criminal.
- Se ponga en peligro la vida de la persona.

Tal y como se aprecia, estas conductas son configuradas como delitos perseguidos por el Código Penal aunque sin los agravantes propios del delito de violencia de género, ni la protección especial que se contempla para sus víctimas.

Veremos durante el trabajo como hay una diferenciación entre la violencia de género, y la violencia doméstica, ya que las raíces y la forma social de cómo se viven las agresiones son diferentes y los escenarios son muy distintos.

Tanto la violencia doméstica como la violencia de género se dan por lo general en la familia, y así lo recoge el Código Penal, pero nos enfrentamos a dos tipos de violencia distintos, a continuación nos centraremos en explicar qué es cada una de ellas.

La violencia doméstica se da en el seno de la familia y entre personas que conviven en ese entorno, como por ejemplo agresiones de hijos/as a padres o madres, o viceversa, o entre hermanos/as, siempre que convivan en ese seno familiar. La violencia de género se produce contra la mujer, por parte de su pareja o ex-pareja hombre con o sin convivencia aunque en el momento de la agresión no convivan juntos. Ese estatuto de víctima de violencia de género se puede aplicar a descendientes como víctimas indirectas.

Estos dos tipos de violencia, la doméstica y la de género<sup>8</sup>, son detectadas en los espacios sanitarios, junto con otro tipo de agresiones, frente a los que el personal facultativo tiene la obligación legal de comunicar cualquier sospecha de maltrato a la judicatura, como

---

<sup>7</sup> VIP por todas. SERRA CRISTÓBAL, Rosario, LLORIA GARCÍA, Paz. *La trata sexual de mujeres*. Madrid: Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica, 2007. ISBN: 9788477870173

<sup>8</sup> RODRIGUEZ, Yolanda; BERBELL, Carlos ¿Cuál es la diferencia entre Violencia doméstica y Violencia de Género? Confilegal. (Consultado agosto.2018).Disponible en: <https://confilegal.com/20180830-la-diferencia-la-Violencia-domestica-la-Violencia-genero/>

lo recoge el párrafo 1 del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal ejercitable conforme al artículo 544 ter de dicha Ley.

El ámbito sanitario es relevante porque es aquí donde se gestiona la decepción y el dolor una vez que ya se ha producido la agresión y la prevención no ha sido eficaz. Aquí se detecta y se valoran las consecuencias que en la salud tiene el maltrato. En la mayoría de ocasiones, como veremos, se trata de un maltrato psicológico devastador, demoledor, donde no hay daño físico y por lo tanto más difícil de detectar y mucho más difícil de curar. Este maltrato psicológico está basado en comportamientos intencionados, ejecutados desde una posición de poder y encaminados a desvalorizar, producir daño psíquico, destruir la autoestima y reducir la confianza personal. Su padecimiento lleva a la despersonalización, al mismo tiempo que genera dependencia de la persona que los inflige.

El maltratador se vale para ello de insultos, acusaciones, amenazas, críticas destructivas, gritos, manipulaciones, silencios, indiferencias y desprecios. Su gran incidencia, la gravedad de las secuelas, el alto coste social y económico, y en especial la degradación que produce la violación del derecho de las personas a ser tratadas como tales y al respeto que merece toda existencia humana los convierten en una cuestión de gran relevancia pública. No son tan visibles ni manifiestos como los físicos. De hecho, en muchos momentos la propia víctima no es consciente de ellos hasta que sufre una agresión corporal, pero sus consecuencias pueden ser más graves y duraderas en el tiempo.

A menudo, las agresiones continuadas, tanto verbales como no verbales (el silencio, la indiferencia, los gestos...), crean una relación siniestra de dependencia entre el maltratador y la víctima. Ambos terminan necesiándose. La víctima porque sola siente que no es nadie y el miedo y la angustia la paralizan, y el maltratador porque se siente que es alguien a través de la dominación que ejerce. La situación de dependencia es tal que la víctima termina protegiendo y disculpando al maltratador. Recorre hasta ahí un proceso destructivo en el que va perdiendo la confianza en sí misma y la capacidad de respuesta, se va anulando y va interiorizando que de allí no se sale y abandona toda esperanza.

Veremos a lo largo de la investigación que el maltrato sexual dentro de la pareja sigue siendo el más oculto, muchas de estas mujeres acceden a tener relaciones sexuales no consentidas para evitar enfados, o forcejeos y consienten estas relaciones forzosas o prácticas donde muchas de ellas se consideran meros objetos sexuales para el placer de su pareja sintiéndose después frustradas por no ser respetadas sus decisiones, muchas pacientes están confundidas entre lo que sienten y las exigencias de la pareja y el “deber marital”. Estas mujeres responden a coacciones del tipo<sup>9</sup>: “*Si realmente me quisieras lo harías*”, “*Eres una estrecha...*”, “*Las buenas amantes hacen...*”, “*Otra chica con la que estuve lo hacía encantada...*”, “*Eres una cría...*”, “*Si no nos entendemos sexualmente esto no va funcionar...*”, “*Si te sintieras segura con tu cuerpo lo harías...*”, “*Tienes que liberarte, estás sexualmente reprimida...* Todos estos mensajes están destinados a minar la autoestima de las mujeres para forzarlas a hacer cosas que no quieren hacer, apelando a que su deseo no es el adecuado o a que si no acceden al deseo de él, este les será infiel o las abandonará. Ante este tipo de presiones psicológicas, muchas mujeres acaban cediendo a la demanda y respondiendo a ella con su cuerpo. Cuando esto sucede es frecuente que las mujeres comenten en terapia, “*después de hacerlo me sentí sucia*”, “*me sentí como si me hubiesen violado*”, “*luego me sentí muy triste de repente*”. Estos mensajes solo son unos ejemplos ya que la realidad que se detectan en los centros sanitarios es la que queremos traer a este trabajo.

Examinando los datos, la macroencuesta realizada en 2015<sup>10</sup> demuestra que un 42,1% de las mujeres residentes en España de 16 años en adelante que habían sufrido violencia física, sexual o miedo por parte de alguna pareja o ex pareja en algún momento de su vida, manifiestan que dicha violencia les provocó lesiones. En un 21,9% de los casos estas lesiones fueron moderadas (cortes, rasguños, moratones o dolores)<sup>11</sup>. Para un 20,2% las lesiones

---

<sup>9</sup>CASTAÑO, Rosario; ARROYO, Celia. “La Violencia de Género en las relaciones sexuales”. En: Centro Médico. Instituto Palacios, salud de las mujeres [blog]. 25 de noviembre de 2016 [consulta: 03-08-2018]. Disponible en: <http://institutopalacios.com/la-Violencia-genero-las-relaciones-sexuales/>

<sup>10</sup> MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. (En línea). (Consultado 5 julio 2018) [http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

<sup>11</sup>MIGUEL LUKEN, Verónica de. “Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015”. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones, 2015. [Consulta: 03-08-2018]. ISBN: 978-84-7670-731-9. Disponible en:

[http://www.Violenciagenero.mssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.Violenciagenero.mssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

llegaron a ser graves en algún momento (quemaduras, lesiones internas, fracturas, aborto involuntario, etc.), si bien este porcentaje no excluyó que también hubieran podido tener lesiones moderadas.

Un estudio del Servicio de Promoción del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid<sup>12</sup> confirmó la relación entre los servicios sanitarios y la violencia de género. En todo el mundo- según la OMS-, la violencia contra la mujer por parte de la pareja es uno de los principales problemas que afectan la calidad de vida debido a lesiones serias y otros problemas concomitantes graves de salud mental, sexual y reproductiva, que pueden perdurar mucho tiempo después de que ha terminado el maltrato. La mayoría de las mujeres presenta una reacción inmediata de malestar al ser víctima de violencia. Diversos estudios han demostrado que si las mujeres no reciben atención, en muchos casos pueden desarrollar diferentes trastornos emocionales como estrés postraumático, depresión, problemas psicósomáticos, trastornos de ansiedad, alcoholismo o drogadicción<sup>13</sup>.

Medina-Mora, Berenzon y Natera<sup>14</sup> demuestran que las mujeres que han sufrido alguna forma de violencia por parte de su cónyuge corren un riesgo cuatro veces mayor de sufrir depresión que aquellas que no han sido victimizadas. Cuando el maltrato ocurre durante el embarazo, el riesgo es ocho veces mayor. Se ha visto que las mujeres diagnosticadas con depresión tienen frecuentemente historias de abuso físico y sexual por

---

<sup>12</sup>ANDRÉS DOMINGO, Paloma, et al. “La Violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública: Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas” [en línea]. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2003. [Consulta: 03-08-2018]. ISBN: 84-451-2527-3. Disponible en:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086\\_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true)

<sup>13</sup>TIBURCIO SAINZ, Marcela; NATERA REY, Guillermina y BERENZON GORN, Shoshana. “Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de Violencia conyugal”. En: *Salud Ment* [online]. 2010, vol.33, no.3 [consulta: 3 agosto de 2018], pp. 243-248. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000300005&lng=es&nrm=iso)

<sup>14</sup> Investigadoras de Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.



parte de su pareja, así como problemas de salud en general como dolores de cabeza, dolor crónico y trastornos del sueño, entre otros malestares<sup>15</sup>.

Como veremos a lo largo de esta tesis, hay que ver a la violencia contra la mujer desde una perspectiva de salud pública, para observar las numerosas dimensiones del fenómeno a fin de establecer respuestas multisectoriales. Los sistemas sanitarios suelen ser el primer punto de contacto con las mujeres que son víctimas de la violencia. La información proporcionada por este estudio de la OMS género y salud en la mujer confirman que si se aumenta la sensibilización de los profesionales de la salud acerca de la gravedad del problema y sobre el modo en que afecta a la salud de las mujeres, éstas saldrán antes de esta situación y por lo tanto mejorará su calidad de vida, y su salud.

Con respecto a la percepción subjetiva del estado de salud en el año previo a la macroencuesta de 2015 ya citada las mujeres que han sufrido violencia de género manifiestan una peor percepción del estado de salud. En el caso de las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas, el 55,9% dicen que es bueno o muy bueno, el 13,2% malo o muy malo, y el 30,9% regular. En cambio, las mujeres que no han sufrido violencia de sus parejas o exparejas afirman en mayor medida que su estado de salud el último año ha sido bueno o muy bueno (67%). En la encuesta también se pregunta a todas las mujeres si han sufrido diversos síntomas relacionados con el estado de salud en los últimos 12 meses. Las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas presentan todos los síntomas en mayor medida que las que nunca han sufrido esta violencia, siendo en todos los casos las diferencias estadísticamente significativas. Los síntomas de mala salud en los que más diferencias se hayan son:

- La ansiedad o angustia: 53% de las que han sufrido violencia de género frente al 29,5% de las que no la han sufrido,
- La tristeza porque pensaba que no valía nada: 33,1% frente a 14,9% de las que no sufren violencia de género,

---

<sup>15</sup>MEDINA-MORA, María Elena, BERENZON, Shoshana, NATERA, Guillermina. "El papel del alcoholismo en las Violencias". En: *Gac Med Mex* [en línea], 1999, vol. 135, n° 3, pp. 282-287. [consulta: 3 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1999-135-3-282-287.pdf](https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-3-282-287.pdf)

- Las ganas de llorar sin motivos: 43,3% frente al 24,5% de las que no han sufrido violencia de género,
- La irritabilidad: 45,7% frente al 26,7% de las que no han sufrido violencia de género,
- Los cambios de ánimo: 60,8% frente a 41,1% de las que no sufren violencia de género.

Partiendo de los datos de esta realidad, encontramos justificada la investigación que quiere demostrar cómo las mujeres que viven situaciones de violencia de género afectan gravemente a su salud y a veces acaban con su vida.

Por ello queremos destacar aquí la importancia de la detección de esta violencia cuando se hace desde el ámbito sanitario. Si bien en las consultas médicas se gestiona el fracaso de una sociedad que no ha sido capaz de prevenir, una de las misiones desde las consultas sanitarias es llevarlo más pronto a la prevención secundaria, evitando que lleguen nuevos episodios de violencias, en muchas ocasiones graves. Junto a esta prevención secundaria sanitaria, la detección y el abordaje de una manera multidisciplinar, permitiendo acompañar a la mujer en la toma de decisiones y en el asesoramiento junto a la intervención de los recursos especializados e institucionales en violencia de género.

Elevándonos al plano europeo, los datos reflejan esta nueva realidad. En concreto un informe de 2014 basado en entrevistas realizadas a 42.000 mujeres en los 28 Estados miembros de la Unión Europea (UE)<sup>16</sup> refleja que la violencia contra las mujeres, y en especial la violencia de género, constituye una vulneración de los derechos humanos que la UE no puede desconocer<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. “Violencia de Género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Resumen de las conclusiones” [en línea]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014. [Consulta: 4 agosto 2018]. ISBN 978-92-9239-380-9 doi:10.2811/608. Disponible en: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14\\_es.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf)

<sup>17</sup>En el artículo 1 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea se afirma que la dignidad humana es inviolable, y que debe respetarse y protegerse. En el artículo 2 se garantiza el derecho a la vida, y en el artículo 4 se prohíben la tortura y las penas o los tratos inhumanos o degradantes. En el artículo 21 se reconoce el derecho a la no discriminación, incluida la ejercida por razón de sexo, y en el artículo 47 se garantiza el derecho al acceso a la justicia.

Durante los últimos años se ha instado repetidamente a la recopilación de datos sobre violencia contra las mujeres desde diferentes instancias, entre otras, varias presidencias del Consejo de la UE y otros organismos tales como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas y el Consejo de Europa. La publicación de estos resultados deja claro que ha llegado el momento de abordar la violencia contra las mujeres, sobre la base de las pruebas facilitadas por la encuesta realizada en 28 países. Las estrategias comunitarias futuras sobre la igualdad entre hombres y mujeres podrían basarse en los resultados de la encuesta para abordar las principales áreas problemáticas en relación con las experiencias de violencia que sufren las mujeres.

Los resultados de la encuesta representan también un amplio apoyo a los Estados miembros de la UE para que ratifiquen el Convenio sobre la prevención y la erradicación de la violencia ejercida contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul), y a la UE para que explore la posibilidad de adhesión al convenio. Los resultados hacen aún más imperiosa la necesidad de garantizar la aplicación de las medidas vigentes en la UE para las víctimas de delitos, sobre todo por medio de la Directiva 2011/99/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011<sup>18</sup> de la UE sobre víctimas. También sirven para subrayar la importancia de disponer de leyes y políticas comunitarias específicas que aborden la violencia contra las mujeres, como la Orden Europea de Protección 2011/99/UE<sup>19</sup> y el Reglamento nº 606/2013<sup>20</sup> sobre reconocimiento mutuo de las medidas de protección en materia civil, que exigen ser aplicados en la práctica para que resulten eficaces<sup>21</sup>.

Junto con las respuestas a la violencia contra las mujeres de las instituciones de la UE y de los Estados miembros, las medidas para combatirla han de proceder de distintos

---

<sup>18</sup> Directiva 2011/99/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011 sobre la orden europea de protección

<sup>19</sup> La Directiva 2011/99/UE sobre la orden europea de protección (OEP) instituye un mecanismo entre los Estados miembros que permite el reconocimiento de las órdenes de protección dictadas como medidas de Derecho penal.

<sup>20</sup> El Reglamento (UE) nº 606/2013 relativo al reconocimiento mutuo de medidas de protección en materia civil establece un mecanismo que permite el reconocimiento directo entre los Estados miembros de las órdenes de protección dictadas como medidas de Derecho civil.

<sup>21</sup> El reglamento se aplica en España desde el 11 de enero de 2015.

ámbitos, incluido el empresarial, el de los y las profesionales sanitarios y el de quienes proveen servicios de Internet, por mencionar algunos.

De este informe se desprende que los y las profesionales sanitarias pueden desempeñar un papel destacado en la identificación y la prevención de casos de violencia contra las mujeres. La encuesta de 2015 indica, por ejemplo, que las embarazadas son vulnerables a la violencia; de las mujeres que fueron víctimas de la violencia en una relación anterior y estaban embarazadas durante la misma, un 42% fueron objeto de tratos violentos por parte de esa pareja durante el embarazo. Como veremos a lo largo de esta investigación es necesario aclarar las reglas relativas a la confidencialidad de modo que las y los profesionales sanitarios puedan abordar y denunciar los casos de abuso. En este sentido, la encuesta muestra que el 87% de las mujeres considerarían aceptable que el personal médico preguntara de forma rutinaria sobre actos de violencia cuando observen determinadas lesiones o características en las pacientes, como veremos esta labor se realiza en la Comunitat Valenciana con el programa de CRIBADO de violencia de género desde los Equipos de Atención Primaria en toda el sistema sanitario público de toda la Comunidad de violencia de género en los Servicios de Atención Primaria.

Desde Atención Primaria se hace una búsqueda activa los y las profesionales sanitarios pregunta de forma aleatoria a las pacientes mayores de 14 años a través de un cuestionario (que veremos más adelante), y en función del resultado de este cuestionario se establece una estrategia de intervención, en función del resultado de este cuestionario. Otra forma es cuando hay indicadores de sospecha, donde se establece un cuestionario más centrado en la sospecha activa de una situación de violencia, como veremos más adelante, la intervención es diferente en función de los resultados que arrojen las contestaciones de las pacientes entrevistadas.

En la Comunidad Valenciana durante el año 2017 se detectaron por el sistema de CRIBADO un total de 2.423<sup>22</sup> casos de maltrato en mujeres que acuden a consulta por problemas de salud que en un principio no tienen relación con la violencia de género. Iremos analizando estas cifras y desgranando las consecuencias de este maltrato en la salud, sin olvidar que una vida libre de violencia de género es un derecho. Al margen del ámbito sanitario y en el contexto nacional, según datos oficiales<sup>23</sup> el número de víctimas mortales entre el 1 de enero de 2003 y el 30 de junio de 2018 ha sido de 941.

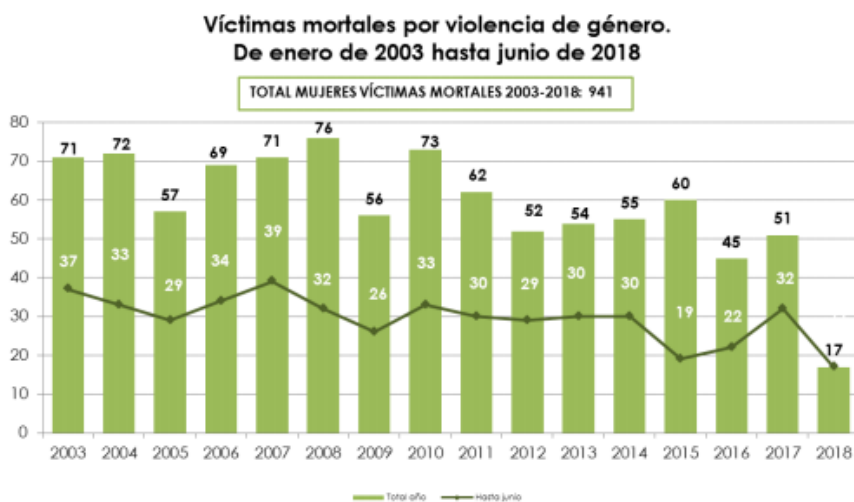
Las cifras se refieren a mujeres víctimas mortales a manos de su pareja o expareja, en los términos del artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de enero, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Los datos de 2003 a 2005 proceden del Instituto de la Mujer, que se basaba en la información facilitada por los medios de comunicación. Los datos a partir de enero de 2006 proceden de la propia Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, y recogen la información facilitada por las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y, desde su creación, en 2007, de las Unidades de Coordinación y Unidades de Violencia contra la Mujer.

La Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, con el fin de contrastar y aunar criterios para evitar la contabilización de los casos según diferentes parámetros, mantiene una estrecha colaboración con la Fiscalía y con el Consejo General del Poder Judicial.

---

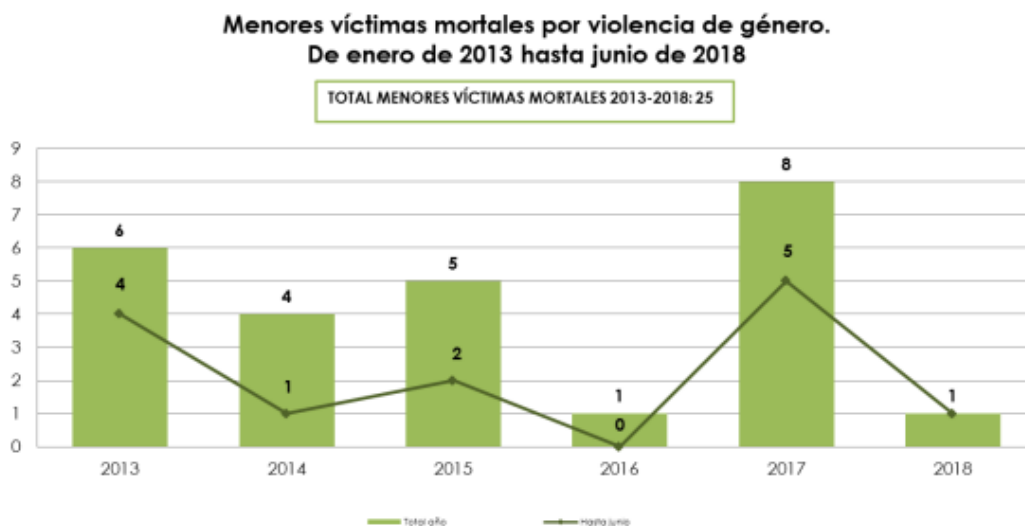
<sup>22</sup> EUROPA Press. “El cribado de Violencia de Género de Sanidad detectó 2.423 casos positivos en 2017”. Europa Press [en línea]. 22 enero 2018. [Consulta 11 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-cribado-Violencia-genero-sanidad-detecto-2423-casos-positivos-2017-20180122123633.html>

<sup>23</sup> DELEGACIÓN de Gobierno para la Violencia de Género. “Violencia de Género: Boletín estadístico mensual” [en línea] Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, junio 2018. [Consulta: 4 agosto 2018]. NIPO: 680-15-012-6. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2018/docs/BE\\_Junio2018\\_2.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2018/docs/BE_Junio2018_2.pdf)



Fuente: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Mención especial merecen los niños y niñas asesinadas por violencia de género como considera la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. El número de menores víctimas mortales entre el año 2013, primer año del que se dispone de datos y el 30 de junio de 2018 ha sido de 25.



Fuente: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Por todo lo expuesto es fácil compartir lo que manifiesta Amnistía Internacional<sup>24</sup> cuando describe que la violencia contra las mujeres y niñas en todas sus formas –violencia sexual, maltrato, mutilación genital<sup>25</sup>– es la violación de derechos humanos más intensa y transversal, está en todos los países, culturas y clases sociales. La trata con fines de explotación sexual afecta especialmente a mujeres y niñas, que caen en esas redes mediante engaño, coacción o violencia. Los derechos sexuales y reproductivos también están amenazados, pues se impide a las mujeres y niñas decidir sobre su cuerpo y se las castiga si lo hacen. Los conflictos armados y el auge del extremismo violento las exponen a graves abusos, como violación, secuestro y esclavitud sexual, y corren especial peligro cuando se ven forzadas a abandonar su hogar, convirtiéndose en desplazadas o refugiadas.

En la actualidad, es imprescindible analizar el tema de los derechos humanos y el de la violencia de género contra las mujeres desde una perspectiva que ofrezca posibilidades de cambios culturales, para lo cual hay que tener en consideración que estas temáticas se relacionan directamente con la distribución desigual del poder en las sociedades, por lo que se requieren profundas modificaciones en esta área. Asimismo, el cambio social que exige el respeto de los derechos de las mujeres debe situarlas en el centro de las transformaciones con sus diversas formas de pensar, sentir y actuar. Sus experiencias históricas y cotidianas se deben tomar en cuenta en la reformulación del contenido y significado de los derechos humanos, puesto que su definición y su práctica no deben separarse de la vida concreta de las personas<sup>26</sup>.

En condiciones de igualdad con los hombres las mujeres gozan de todos los derechos y libertades, así como al respeto de su autonomía, de acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención contra la

---

<sup>24</sup>AMNISTÍA internacional. “Violencia de Género en España”. En: *Amnistía internacional* [en línea], [consulta: 11 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/espana/Violencia-contra-las-mujeres/>

<sup>25</sup>AMNISTÍA internacional. “Derechos de las mujeres y las niñas”. En: *Amnistía internacional* [en línea], [consulta: 11 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/mujeres/>

<sup>26</sup>RICO, Nieves. “Violencia de Género: un problema de derechos humanos”. [s.l]: Naciones Unidas. CEPAL, 1996. *Mujer y desarrollo*, 16. [Consulta: 11 agosto de 2018]. ISSN: 1564-4170. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674_es.pdf)

Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Sin embargo, aún pesa el hecho de que el paradigma de los derechos humanos se construyó a partir del supuesto de que los derechos civiles y políticos individuales encuentran su espacio en la vida pública, lo que lleva a ignorar las violaciones que ocurren en el seno de la familia. De esta manera, los delitos contra las mujeres se consideran como tales en la medida en que se aproximan a las situaciones tipificadas en los códigos y los tratados. Por tal motivo, las mujeres comenzaron a luchar por la resignificación y ampliación de los derechos reconocidos internacionalmente, según el estudio de Nieves Rico, Consultora de la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPA en 1996<sup>27</sup>, de modo que las relaciones de género se consideran un espacio de expresión de la desigualdad.

También se hace eco los principios consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuando recoge entre otras cosas, que la violencia contra las mujeres es una violación del derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (art. 3); del derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (art. 5); de la igualdad ante la ley y el derecho a igual protección de la ley (art. 7); del derecho a recurrir a un tribunal imparcial (arts. 8 y 10); del derecho a circular libremente (art. 13), y de la libertad de reunión y asociación (art. 20).

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su cuadragésimo séptimo período de sesiones, así lo recoge señalando que la violación de los derechos humanos de las mujeres no se limita a los actos cometidos o amparados directamente por los gobiernos, sino que éstos tienen responsabilidad social y política por los cometidos por terceros si no han tomado las medidas necesarias para prevenir, investigar y castigar actos de violencia<sup>28</sup> (Naciones Unidas, 1993c). De acuerdo con este criterio el Estado pasaría a ser cómplice de los hechos cuando no ofrece a las mujeres la protección necesaria frente a la violación de sus derechos,

---

<sup>27</sup>RICO, Nieves. “Violencia de Género: un problema de derechos humanos”. [s.l]: Naciones Unidas. CEPAL, 1996. Mujer y desarrollo, 16. [Consulta: 11 agosto de 2018]. ISSN: 1564-4170. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674_es.pdf)

<sup>28</sup>Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993



así como por actuar en forma discriminatoria al no prevenir y castigar los actos de violencia de género, negando a las mujeres la protección de la ley en condiciones de igualdad<sup>29</sup>.

Sin embargo, la obligación del Estado de proteger los derechos humanos de toda la ciudadanía (mujeres y varones), en toda circunstancia, no elimina el conflicto que se plantea entre la posibilidad de una intervención estatal arbitraria en la vida privada de las personas y, por otra parte, el control de todo aquello que impide el establecimiento de relaciones familiares equitativas. Ambas alternativas merecen un análisis detallado y deben encuadrarse en el marco de las libertades individuales. Debido a que los derechos humanos son indivisibles, no se pueden reconocer o defender algunos más que otros. Los derechos de las mujeres deben recibir la misma atención que los demás y en conjunto con aquellos que suelen considerarse más apremiantes o importantes. La aplicación de un enfoque integrado con respecto a los derechos humanos es lo único que puede asegurar la existencia real de cada uno de ellos, para que no se reduzcan a meras categorías formales<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup>SECRETARIO General Naciones Unidas “Poner fin a la Violencia contra la mujer: de las palabras los hechos” [en línea]. [s.l]: Naciones Unidas, 2004. [consulta: 11 agosto de 2018]. ISBN: 978-92-1-330196-8 Disponible en: [http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW\\_Study/VAW-Spanish.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf)

<sup>30</sup>RICO, Nieves. “Violencia de Género: un problema de derechos humanos”. [s.l]: Naciones Unidas. CEPAL, 1996. Mujer y desarrollo, 16. [Consulta: 11 agosto de 2018]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674_es.pdf)

## CAPÍTULO SEGUNDO. LA VIOLENCIA DE GÉNERO. MARCO TEÓRICO.

### I. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE LA VIOLENCIA

La palabra violencia etimológicamente proviene de la raíz latina “vis” que significa fuerza. La violencia es entonces la fuerza física o psicológica que se ejerce intencionalmente contra otra persona o contra uno mismo, o contra sus pertenencias, o seres queridos, ya sea para conseguir un fin determinado, forzando la voluntad del sujeto agredido, o por razones patológicas del agresor, que goza con el sufrimiento ajeno. El alcohol, las drogas y trastornos psiquiátricos pueden favorecer las actitudes violentas.

<sup>31</sup>La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: *“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*.

La violencia de género ha existido siempre y prácticamente en todas las regiones y culturas, pero sólo recientemente se ha producido un cambio de visión, dejando de considerarla como algo “normal” y empezando a reconocerla como un problema y un delito. Este proceso ha conseguido nombrar y definir esta violencia, ampliado posteriormente la preocupación sobre ella a distintos grupos sociales y llegando a toda la comunidad.

El reconocimiento a nivel internacional ha supuesto un gran avance, ya que hasta hace poco tiempo, e incluso todavía en muchos países y culturas, se consideraba a la mujer víctima de la violencia de género como responsable de ésta. La clave del cambio se encuentra en la socialización.

La socialización es el proceso de aprendizaje que se inicia en el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Así se construyen y modelan las identidades sexuadas que se

---

<sup>31</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). (consultado 8 agosto de 2018). Disponible en <http://www.who.int/topics/violence/es/>

integran en el mundo objetivo de una sociedad, lo que serán los valores culturales, normas y patrones de actuación que la caracteriza<sup>32</sup>. El proceso de socialización es distinto según el sexo, ya que a las niñas y a los niños se les inculca modelos de comportamiento y tareas distintas que configuran su identidad sexuada y van asumiéndose como propios hasta definir socialmente a las personas como mujeres o como hombres. El origen de la violencia de género estriba en el patrón cultural que sitúa al hombre y a la mujer en papeles diferentes dentro de la familia.

Las tareas y funciones que la sociedad asigna de forma asimétrica y jerárquica a los hombres y a las mujeres por razón de su sexo son fruto de la socialización. Hay distintos tipos de roles, pero en nuestro caso, el rol define las expectativas que se tienen de una persona en razón de su sexo. Son los roles transmitidos y aprendidos a lo largo de siglos los que han provocado la división entre trabajo productivo y trabajo reproductivo. Los estereotipos son ideas simples, pero muy arraigadas, que determinan los comportamientos y actitudes correctas o incorrectas de hombres y mujeres, y que se transmiten mediante la educación, los medios de comunicación, etcétera.

El estereotipo del hombre se asocia a cultura, racionalidad y especialización de fuerza y mando. El de mujer va unido a naturaleza, cuerpo, irracionalidad, fragilidad, dependencia, sumisión... La violencia machista nace de la impuesta superioridad de un sexo sobre otro, de los hombres sobre las mujeres, y afecta a toda la organización de nuestra sociedad. Las personas asumimos habitualmente las reglas y los comportamientos en la familia y en la escuela, pero los estereotipos se transmiten también desde las instituciones políticas y religiosas, y en el medio laboral.

Según el primer informe mundial de la OMS<sup>33</sup>, la sociedad impone a las mujeres el pensar y actuar de forma diferente a los hombres. Se espera que ejerzan el papel sexual de

---

<sup>32</sup>TORRES SAN MIGUEL, Laura, ANTÓN FERNÁNDEZ, Eva. “*Lo que usted debe saber sobre Violencia de Género*” [en línea]. León: Caja España, Obra Social, 2005. Cartilla de divulgación, 21. [Consulta: 4 agosto 2018]. ISBN: 84-95917-19-X. Disponible en: <http://www.saber.es/web/biblioteca/libros/Violencia-de-genero/Violencia-de-genero.pdf>

<sup>33</sup>KRUG ETIENNE, G, et al., “Informe mundial sobre la Violencia y la salud” [en línea]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003. Publicación

manera “adecuada”. No hacerlo supone romper, enfrentarse al sistema, y los costes emocionales como la culpa, el miedo, la soledad y la inestabilidad, son muy altos. Normalmente las mujeres sufren otras situaciones de desigualdad:

- La falta de reconocimiento y de valoración de su trabajo.
- La imposición de silencio basada en la creencia de que nuestra opinión no es importante.
- La utilización de un lenguaje sexista que no nombra a las mujeres o que las humilla.
- Cobrar en muchas ocasiones salarios menores que los hombres por trabajos del mismo valor.
- La difusión constante de mensajes publicitarios que nos tratan como objetos sexuales.

La violencia e identidad masculina son dos cuestiones que se transmiten unidas. A los niños se les educa para ser agresivos, para luchar, competir, apoderarse, imponer, conquistar, atacar, vencer. Romper esa conexión es la clave para eliminar la violencia. A las niñas se les enseña a ceder, pactar, cooperar, entregar, obedecer, cuidar. Para poder tratar un problema, primero, hay que conseguir que se reconozca su existencia, y para ello se debe conseguir visualizarlo y definirlo. Una vez se ha conseguido que “exista”, y para convertirlo en un fenómeno social, debe ser reconocido por círculos sociales cada vez más amplios.

## II. EL SISTEMA SEXO/GÉNERO

Introducir el género en la historia, es, como dice Joan Scott, “una nueva historia<sup>34</sup>”. El interés por la clase social, raza y género apunta:

*“La inclusión de “género” intenta alumbrar una historia no androcéntrica, redefiniendo antiguos problemas, sobre familia y sexualidad. Hará visibles a las mujeres, como participantes activas, porque el género debe de redefinirse y reestructurarse en conjunción con una visión de igualdad política y social que comprende no sólo el texto, sino también la raza y la clase”.*

El término "género"<sup>35</sup> apareció primeramente entre las feministas americanas que deseaban insistir en la cualidad fundamental social de las distinciones basadas en el sexo. La palabra denotaba rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos tales como "sexo" o "diferencia sexual". "Género" resalta también los aspectos relacionales de las definiciones normativas de la feminidad. Quienes se preocuparon de que los estudios académicos en torno a las mujeres se centrasen de forma separada y demasiado limitada en las mujeres, utilizaron el término "género" para introducir una noción relacional en nuestro vocabulario analítico. De acuerdo con esta perspectiva, hombres y mujeres fueron definidos en términos el uno del otro, y no se podría conseguir la comprensión de uno u otro mediante estudios completamente separados. Así, Natalie Davis sugería en 1957<sup>36</sup>:

*“Me parece que deberíamos interesarnos tanto en la historia de las mujeres como de los hombres, que no deberíamos trabajar solamente sobre el sexo*

---

<sup>34</sup>SCOTT, Joan W. “El Género: una categoría útil para el análisis histórico” [en línea]. [consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en:

[https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos\\_economicos\\_sociales\\_culturales\\_genero/EI%20Genero%20Una%20Categoria%20Util%20para%20el%20Analisis%20Historico.pdf](https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos_economicos_sociales_culturales_genero/EI%20Genero%20Una%20Categoria%20Util%20para%20el%20Analisis%20Historico.pdf).

<sup>35</sup> GARCÍA MOUTON, Pilar. “Género como traducción de gender, ¿anglicismo incómodo?”

(Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid) Revista electrónica. En línea. Agosto 2018. Disponible en: <https://www.um.es/tonosdigital/znum5/Teselas/gender.htm>.

<sup>36</sup>DAVIS, Natalie Zemon. “Womens History in Transition: The European Case”. En: *Feminist Studies* [en línea], vol. 3, no. ¾ (Spring - Summer, 1976), p.90. [Consulta: 4 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3177729>.

*oprimido, del mismo modo que un historiador de las clases sociales no puede centrarse por entero en los campesinos. Nuestro propósito es comprender el significado de los sexos, de los grupos de género, en el pasado histórico. Nuestro propósito es descubrir el alcance de los roles sexuales y del simbolismo sexual en las diferentes sociedades y periodos, para encontrar qué significado tuvieron y cómo funcionaron para mantener el orden social o para promover su cambio”.*

El concepto de género, contextualiza la diferencia de roles según el sexo biológico con el que se nace, y su relación social, que es sin duda una categoría social, por lo que se rechaza las explicaciones biológicas, del estilo de las que encuentran un denominador común para diversas formas de subordinación femenina.

Es la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Género es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado.

En la obra *La dominación masculina*<sup>37</sup>, escrita por el pensador francés Pierre Bourdier, nos traslada a una inmersión social en el mundo ordenado androcéntricamente que implica relaciones de dominación, este texto ataca directamente el punto que radica la potencia del orden patriarcal. Además, el autor manifiesta que el efecto de naturalización de los géneros permite prescindir de cualquier justificación, de manera que la visión endocéntrica se impone como neutra. Contra el discurso que se basa en la diferencia biológica entre el hombre y la mujer, como valor ordenado de los sexos, se manifiesta que la valoración en el orden de los sexos es los que marcan la diferencia sexual.

Por otro lado, Judith Butler, enemiga visible del pensador francés fija las diferencias de la interpretación de género, recurriendo a la famosa frase de Simone de Beauvoir de “no

---

<sup>37</sup>BORDIER, Pierre. “La dominación masculina”. Barcelona: Anagrama, 2000. , 2000. ISBN: 9788433905895

se nace mujer se llega a serlo” de su obra *El segundo sexo*<sup>38</sup>, o sea que si se “llega a ser”, sería asumir una ambigüedad ontológica, no se puede ser género una elección y a la vez una construcción cultural.

Aunque Bourdier, en *La dominación masculina* no habla de rompecabezas ontológico, según este autor, “llegar a ser” hace alusión a un proceso de socialización, pero lo que sí está claro es que el resultado es de una ambigüedad ontológica donde se junta la libertad de “serlo”, y la elección del género.

---

<sup>38</sup>BEAUVOIR, Simone de. “El segundo sexo”. Madrid: Cátedra, 2017. ISBN: 978-84-376-3736-5

### III. LA PROGRESIVA DELIMITACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia basada en el género<sup>39</sup>, es como hemos visto una construcción social caracterizada por el dominio de hombre sobre la mujer que les lleva a la creencia de que las mujeres son seres inferiores y de su propiedad, por lo tanto con autoridad para utilizar la violencia con el propósito de conseguir sus fines.

Esta concepción de la violencia generada entre otras por las pensadoras feministas se recogió en textos normativos nacionales e internacionales, muchos de éstos en el ámbito europeo. Tal es el caso de la Conferencia Mundial de Beijing en 1995<sup>40</sup> en el ámbito europeo el Tratado de Ámsterdam<sup>41</sup> y el Tratado de Lisboa<sup>42</sup>, que incorpora la perspectiva de género, de manera transversal. En el ámbito nacional, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género recoge este enfoque en su artículo 1 que en concreto afirma:

*“Es la manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.*

La ley parte por tanto de considerar la violencia de género como la primera forma específica de violencia hacia la mujer. Es, por tanto, un término más restrictivo que ésta y

---

<sup>39</sup>Destacar que el movimiento feminista incorpora la necesidad de hacer frente a una lacra que siega la vida de las mujeres, además, por una de las personas más próximas a ellas.

<sup>40</sup>NACIONES Unidas. “Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995” [en línea]. Nueva York: Naciones Unidas, 1996. [Consulta: 5 agosto de 2018] ISSN 92-1-330155-3. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

<sup>41</sup>COMUNIDADES Europeas. “Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las comunidades europeas y determinados actos conexos” [en línea]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1997. [Consulta: 5 agosto de 2018]. ISBN 92-828-1648-6. Disponible en: [www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf](http://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf)

<sup>42</sup>Tratado de Lisboa por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. Diario Oficial de la Unión Europea, n.º. 306, de 17 de diciembre de 2007.



viene definido en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género como:

*“Todo acto de violencia física o psíquica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia”.*

La violencia de género ha existido siempre y en casi todas las regiones y culturas, pero sólo recientemente se ha producido un cambio de visión que deja de considerarla como algo normal y empieza a reconocerla como un problema social y jurídico, que tiene consecuencias graves y en muchas situaciones irreversibles en la salud de las mujeres. Este proceso, ha conseguido distinguirla de otras expresiones violentas sobre la mujer, gracias en parte a la preocupación sobre ella de distintos grupos sociales. En este camino ha tenido mucha importancia la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW)<sup>43</sup>, que en su recomendación general nº 19, afirmaba en 1993:

*“La violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente el goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”.*

En definitiva, incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que le afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad.

---

<sup>43</sup>OFICINA Alto Comisionado para los Derechos Humanos. “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” [en línea]. En: Naciones Unidas, Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado, 1996-2018. [consulta 11 agosto 2018]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>

Otro documento importante en esta evolución es la declaración final del II Congreso Mundial por los Derechos Humanos, celebrado en Viena en 1993, que reconoció la violencia contra las mujeres en la esfera privada como una violación de los derechos humanos y declaró que los derechos de las mujeres son “*parte inseparable, integral e inalienable de los derechos humanos*”<sup>44</sup> universales”.

No cabe olvidar una de las definiciones más aceptadas es la de la Asamblea General de la ONU sostenida en la Resolución 48/104, 20 de diciembre de 1993, cuya declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer especifica:

*“La violencia de género es (...) 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 vida privada. (...) agrupa todas las formas de violencia que se ejercen por parte del hombre sobre la mujer en función de su rol de género: violencia sexual, tráfico de mujeres, explotación sexual, mutilación genital, etc. independientemente del tipo de relaciones interpersonales que mantengan agresor y víctima, que pueden ser de tipo sentimental, laboral, familiar, o inexistentes”.*

La mujer presenta un mayor riesgo de exclusión social que el hombre, lo que la hace ser más vulnerable y que esta vulnerabilidad conlleve a que, a nivel mundial, en más del 75% de los casos de violencia conocidos, la víctima sea del sexo femenino<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> En la declaración final del II Congreso Mundial por los Derechos Humanos, celebrado en Viena en 1993, y gracias a la actuación de las delegadas participantes, se reconoció la violencia contra las mujeres en la esfera privada como una violación de los derechos humanos y se declaró que los derechos de las mujeres son “parte inseparable, integral e inalienable de los derechos humanos universales”.

<sup>45</sup> ZURITA BAYONA, JORGE, LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. Gabinete de Coordinación y Estudios Secretaría de Estado de Seguridad. “*La mujer representa más del 51% de la población mundial y, a pesar de los muchos acuerdos internacionales y diferentes ordenamientos jurídicos que reafirman sus derechos humanos y reiteran su igualdad, lo cierto es que, del total de personas consideradas pobres o analfabetas en el mundo, alrededor del 70% son del sexo*” femenino. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-Disposition&blobheadvalue1=filename%3DLA+LUCHA+CONTRA+LA+VIOLENCIA+DE+G%C3%89NERO+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352838078131&ssbinary=true>

La importancia que tiene el maltrato machista, esta violencia semi-invisible por producirse la mayoría de las veces en el seno del hogar por la pareja o expareja en la salud de estas mujeres, ha sido ampliamente denunciada por este organismo internacional. A mediados de 1985, convocada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, se celebra en Nairobi la Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, donde se concluye que lejos de ser una cuestión aislada, abarca toda la esfera de la actividad humana y se considera la violencia de género como uno de los principales problemas de salud en las mujeres que la sufren, trasladando una petición concreta a las autoridades nacionales del desarrollo de programas, la de la formación para todos aquellos profesionales que estén en contacto con mujeres víctimas en concreto al sector sanitario para ayudarles a reconocer los signos de tal violencia.

Así llegamos a la Cuarta conferencia de las Naciones Unidas sobre las mujeres donde ya se tiene incorporado que la igualdad entre las mujeres y los hombres constituye un principio fundamental siendo los derechos de las mujeres y de las jóvenes inalienables e indivisibles e integrándose los derechos humanos universales. De esta conferencia se extrae uno de los párrafos más citados y más orientativos:

Según la declaración de la ONU de 1995 en Pekín, la violencia contra las mujeres:

*“Es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad”.*

Directamente relacionado con el trabajo que nos ocupa (el ámbito sanitario y sus profesionales) interesa destacar la posición de la OMS<sup>46</sup> que es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Dicha entidad es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998<sup>47</sup>:

*“La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación de lo que son comportamientos aceptables o inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan. (...) la cultura desempeña un papel fundamental, al establecer la frontera entre comportamientos aceptables abusivos y definir la respuesta de la violencia”.*

Precisamente la OMS<sup>48</sup> en uno de sus recientes informes<sup>49</sup> concluyó que, estudios realizados por este organismo internacional demostraba el significado de la violencia de género sobre la salud en concreto afirma (sobre el que luego nos detendremos):

*“La violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres”.*

---

<sup>46</sup> OMS. “Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y Violencia doméstica contra la mujer Organización Mundial de la Salud” [en línea]. OMS, 2018 [consulta 5 agosto de 2018] Disponible en:

[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter1/es/](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/)

<sup>47</sup> OMS. “Informe de la OMS destaca que la Violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas” [en línea]. OMS, 2018 [consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en:

[http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)

<sup>48</sup> La Organización Mundial de la Salud estima que el 35% de las mujeres de todo el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de su vida. Sin embargo, algunos estudios nacionales demuestran que hasta el 70% de las mujeres ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental durante su vida, informe de 2013.

<sup>49</sup> Informe OMS: Según Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, basado en los datos de más de 80 países, informe de 2013. Disponible en:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>

Es necesario destacar aquí un texto internacional de suma importancia y de reciente entrada en vigor, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, el llamado “Convenio de Estambul” ratificado por España en mayo de 2011 que entró en vigor el 1 de agosto de este mismo año 2014, sus objetivos son:

- a) proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia, y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica;
- b) contribuir a eliminar toda forma de discriminación contra las mujeres y promover la igualdad real entre mujeres y hombres, incluida mediante la autonomía de las mujeres;
- c) concebir un marco global, políticas y medidas de protección y asistencia a todas las víctimas de violencia contra las mujeres y la violencia doméstica;
- d) promover la cooperación internacional para eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica;
- e) apoyar y ayudar a las organizaciones y las fuerzas y cuerpos de seguridad para cooperar de manera eficaz para adoptar un enfoque integrado con vistas a eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.

Uno de los grandes obstáculos que ha tenido la visualización de la violencia de género ha sido, tras el reconocimiento del problema, la dificultad de percibir cualquier daño que no deje secuelas físicas evidentes y claramente perceptibles, lo que limitaba la violencia de género sobre todo a la violencia de tipo física.

Es importante este tratado internacional por su juventud, porque a pesar de ser un texto reciente, se observa cómo se recogen muchas de las recomendaciones recogidas en textos internacionales sobre la detección y abordaje de la violencia de género que ya hemos visto en esta materia. Vemos que todavía en la actualidad están vigentes las mismas peticiones que hace años, ya que la violencia de género por sus características se sigue produciéndose en todas las partes del mundo y sigue necesitando de la implicación y de la contundencia de los Estados en materia de prevención y denuncia para poder parar su progresión y abordar las consecuencias que vemos que son fruto de este maltrato.

El Convenio del Consejo<sup>50</sup> de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, aporta además un mandato concreto relativo a la formación de los y las profesionales como herramienta para la detección, aporta además un contenido en el artículo 15.1, y que establece así:

*“Las Partes impartirán o reforzarán la formación adecuada de los profesionales pertinentes que traten con víctimas o autores de todos los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio, en materia de prevención y detección de dicha violencia, igualdad entre mujeres y hombres, necesidades y derechos de las víctimas, así como sobre la manera de prevenir la victimización secundaria”.*

---

<sup>50</sup> VENTURA FRANCH, Asunción: *“El Convenio de Estambul y los sujetos de la Violencia de Género. El cuestionamiento de la Violencia doméstica como categoría jurídica // The Istanbul Convention and the subjects of gender violence. The questioned legal category of domestic violence”*. Departamento de derecho Constitucional. Facultad de derecho. UNED. Consultado agosto de 2048. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/17622>

#### IV. LA DIFERENCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

El principal factor de riesgo, para ser víctima de la violencia contra las mujeres, es el hecho de ser mujer<sup>51</sup>. La presencia de las mujeres en una situación de violencia no implica, per se, violencia de género, de aquí la necesidad de diferenciar estos tipos de violencia.

##### 1. VIOLENCIA DOMÉSTICA

La violencia familiar<sup>52</sup> se basa en una dinámica de poder, siendo los dos ejes del desequilibrio de ese dominio dentro de la familia el sexo y la edad<sup>53</sup>. La violencia familiar se produce, por lo tanto, de forma sistemática a lo largo del tiempo por maltrato de uno de los integrantes de la familia hacia otros miembros más débiles, que incluye también a niños y niñas, personas ancianas y de ambos sexos con discapacidad.

La violencia doméstica es toda forma de violencia física, sexual y psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia, el recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o en el hogar. En este concepto incluye el maltrato infantil, el incesto (...) y los abusos sexuales de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo. En esta modalidad de maltrato queda excluida la violencia en la pareja, que está definida como violencia de género, como hemos visto.

---

<sup>51</sup> Comisión Contra la Violencia de Género, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España; 2007. <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/areas-y-poblaciones-especificas-de-trabajo/genero-Violencia-contra-las-mujeres/339-protocolo-comun-para-la-actuacion-sanitaria-ante-la-Violencia-de-genero/file>

<sup>52</sup> ALBERDI, Inés, MATAS, Natalia. “La Violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España” [en línea]. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002. Colección Estudios Sociales, 10. [Consulta: 5 de agosto de 2018]. Disponible en: [http://pmayobre.webs.uvigo.es/pdf/la\\_Violencia\\_domestica\\_informe\\_malos\\_tratos\\_a\\_mujeres\\_en\\_espana.pdf](http://pmayobre.webs.uvigo.es/pdf/la_Violencia_domestica_informe_malos_tratos_a_mujeres_en_espana.pdf)

<sup>53</sup> ALONSO VAREA, José Manuel, CASTELLANOS DELGADO, José Luis. “Por un enfoque integral de la Violencia familiar”. En: Psychosocial Intervention [en línea], 2006, vol. 15, no. 3. pp. 253-274 [consulta: 19 agosto de 2018]. ISSN 2173-4712. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300002)

Esta es la definición que apuntó en 1999, la unidad de la Comisión Europea encargada de la Igualdad de Oportunidades cuando elaboró el glosario "100 palabras para la igualdad"<sup>54</sup>. En él se definía la violencia doméstica como:

*"toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia; recurso a la fuerza física o al chantaje emocional; amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto (...) y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo".*

Esta violencia en ocasiones se confunde con la violencia de género por lo que es conveniente insistir en la diferenciación, para ello acudimos al concepto que se recoge en el artículo 173.2 del Código Penal de maltrato habitual en el ámbito familiar como:

*"El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aún sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios del cónyuge o conveniente, o sobre los menores o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, o sobre personas amparadas por cualquier relación por la que se encuentre integrada en el núcleo de su convivencia familiar, así como las personas que por su especial vulnerabilidad se encuentren sometidas a custodia o guarda en centros públicos o privados... Pena de prisión de seis meses a tres años, y privación del derecho a la tenencia y porte de armas de dos a cinco años y, en su caso, cuando el juez o tribunal*

---

<sup>54</sup> RANGEL VILLALOBOS, María Isabel. "Origen del Proceso de Visualización de la Violencia contra las mujeres en España". <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/7342d801-86cc-4f59-a71a-2ff7c0e04123/language-es>



*lo estime adecuado al interés del menor o incapaz, inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de uno a cinco años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica".*

## 2. VIOLENCIA DE GÉNERO

El uso de la expresión “violencia de género” es tan reciente como el propio reconocimiento de la realidad del maltrato a las mujeres. Es significativo que hasta muy avanzado el siglo pasado no se encuentre ninguna referencia precisa a esa forma específica de violencia en los textos internacionales, salvo acaso como expresión indeterminada de una de las formas de discriminación contra la mujer proscrita por la Convención de Naciones Unidas de 1971. Como hemos visto sólo a partir de los años noventa, comienza a consolidarse su empleo gracias a iniciativas importantes tales como la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer del mismo año, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1994) o la Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing (1995)<sup>55</sup>.

Es una manifestación más de la resistencia que existe a reconocer que la violencia contra las mujeres no es una cuestión biológica ni doméstica sino de género. Se trata de una variable teórica esencial para comprender que no es la diferencia entre sexos la razón del antagonismo, que no nos hallamos ante una forma de violencia individual que se ejerce en el ámbito familiar o de pareja por quien ostenta una posición de superioridad física (hombre) sobre el sexo más débil (mujer), sino que es consecuencia de una situación de discriminación intemporal que tiene su origen en una estructura social de naturaleza patriarcal.

---

<sup>55</sup>FREIXES SANJUÁN, Teresa. “Las normas de prevención de la Violencia de Género. Reflexiones en torno al marco internacional y europeo”. En: *Artículo 14, una perspectiva de Género: Boletín de información y análisis jurídico*, 2001, no. 6, pp. 4-18.

Esa explicación de la violencia contra las mujeres en clave cultural, no biológica es la que define la perspectiva de género. Una orientación ideológica que no está generalizada. Por ello, las regulaciones que la hacen suya, tanto en el orden internacional como en el nacional, acompañan su articulado de una descripción previa acerca de la violencia que pretenden combatir. La posición hegemónica del varón garantiza la continuidad de esas expectativas, en la familia o fuera de ella, y se hace valer a toda costa, a menudo con el recurso a la violencia. Esta no es, pues, una manifestación de la agresividad ambiental<sup>56</sup>, ni de la conflictividad propia de las relaciones de pareja, ni de factores ocasionales como la ingestión de alcohol o drogas u otros como el paro o la pobreza, tal y como socialmente se quiere hacer creer<sup>57</sup>, sino que es un medio de valor inestimable para garantizar en esos y otros escenarios la relación de dominio por parte del hombre.

Podría decirse, en otras palabras, que la violencia contra las mujeres ha evidenciado su efectividad para corregir la trasgresión y garantizar la continuidad de un orden tradicional de valores impuesto por razón del género. Las relaciones de pareja o de convivencia familiar son sólo un escenario privilegiado de esa violencia pero no pueden –ni deben– acaparar la multiplicidad de manifestaciones que se ocultan bajo la etiqueta de violencia de género. El reduccionismo a que conduce esa equiparación es necesariamente negativo porque enmascara la realidad de un maltrato que victimiza a la mujer por el hecho de serlo, más allá de sus relaciones personales de afecto o sexuales, esto es, cuando transcurren en el ámbito profesional o laboral o social en su sentido más amplio. En definitiva, la violencia contra las mujeres se evidencia como un modelo de violencia útil para la continuidad de las representaciones de género.

La libertad de las mujeres y la violencia de género son dos cuestiones incompatibles. Gran parte de las agresiones sobre las mujeres tienen características que permiten identificarlas como violencia de género al estar vinculadas, muchas de ellas, a la desigual

---

<sup>56</sup>CORCOY BISASOLO, Mirentxu. “Violencia en el ámbito familiar de los inmigrantes”. En: Libro Homenaje a Gonzalo Rodríguez Mourullo. Madrid: Cívitas, 2005.

<sup>57</sup>Resolución 1990/15 del Consejo Económico y Social de 24 de mayo de 1990 en el que se declaraba que “la Violencia contra la mujer en la familia y en la sociedad se ha generalizado y trasciende las diferencias de ingresos, clases sociales y culturas”.

distribución del poder y las relaciones asimétricas que se establecen entre mujeres y hombres en nuestra sociedad. Una estructura de relaciones que perpetúan la desvalorización de lo femenino ante la subordinación de lo masculino.

### 3. PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La Violencia Doméstica en un sentido amplio comprendería cualquier acción u omisión vejatoria o similar de uno o varios miembros de la familia contra los otros; en éste caso, el concepto abarcaría sin reparos los supuestos de violencia contra ancianos, hermanos u otras personas del círculo familiar. En un sentido más restringido, si la víctima es la esposa o mujer con la que el agresor tiene o ha tenido una vinculación, la violencia doméstica en realidad constituye una manifestación de la Violencia de Género, en cuanto que violencia cultural o de clase que tiene su origen en las desigualdades históricas tradicionalmente padecidas por las mujeres y sus hijos menores de edad. En éste sentido, Violencia de género en el ámbito familiar o de la pareja, sirve para señalar todas aquellas situaciones de amenazas, malos tratos físicos o psíquicos y agresiones sexuales ocasionadas a la mujer, dentro del ámbito familiar, de pareja o de cualquier otro tipo de convivencia y a sus hijos o hijas menores<sup>58</sup>.

El trabajo citado anteriormente por la Magistrada Inmaculada Montalbán Huertas, encuentra necesaria la aclaración gramatical de estos conceptos, en primer lugar, porque *“la violencia contra la mujer en la familia y en la sociedad se ha generalizado y trasciende las diferencias de ingresos, clases sociales y culturas”* (Conclusión del párrafo 23 del anexo a la resolución 1990/15 del Consejo Económico y Social, de 24 de mayo de 1990)<sup>59</sup>. 2º.- En

---

<sup>58</sup> y <sup>59</sup> MINISTERIO DE JUSTICIA. “Malos tratos, Violencia Doméstica y Violencia de Género desde el punto de vista Jurídico”. Inmaculada Montalbán Huertas Magistrada, Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, sede en Granada. Miembro del Grupo de expertos del Observatorio contra la violencia doméstica y de género del CGPJ. (Consultado 12 de septiembre de 2018) Disponible en: <http://www.ortegaygasset.edu/publicaciones/circunstancia/ano-v---numero-12---enero-2007/estados-de-la-cuestion/malos-tratos--violencia-domestica-y-violencia-de-genero-desde-el-punto-de-vista-juridico>

<sup>59</sup> NACIONES UNIDAS, DERECHOS HUMANOS. Oficina del Alto Comisionado. (Consultado 6 de julio 2018). Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

segundo lugar, porque la violencia en el ámbito familiar se ejerce mayoritariamente por los hombre sobre las mujeres y en tercer lugar, porque la violencia de los hombres sobre las mujeres con las que tienen o han tenido vinculación matrimonial o análoga, ha sido objeto de tratamiento legislativo específico en España con la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

<sup>60</sup>Los trabajos elaborados en la Reunión de Grupo de Expertos celebrada en Viena los días 8 y 12 de diciembre de 1986 - organizada por el Servicio para la Promoción de la Mujer de las Naciones Unidas – constituyeron el necesario antecedente para que la Comisión Jurídica y Social de la Mujer de Naciones Unidas recomendara la adopción de una Resolución sobre la Violencia contra la Mujer. En ejecución de esta Recomendación, el 20 de diciembre de 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Resolución 48/104, que contiene una “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”.

Este concepto de violencia contra la mujer tiene una doble virtualidad: de un lado, proporciona visibilidad a las mujeres como víctimas de la violencia sufrida dentro del ámbito familiar y personas individuales a las que se niegan los derechos fundamentales. De otro lado, elimina la privacidad como elemento justificador de la tolerancia o inactividad de los poderes públicos en el tratamiento de este fenómeno.

La denominación “Violencia de Género” tiene indudables ventajas: por un lado, nos señala las causas estructurales de la violencia, imbricadas en la histórica posición inferior de las mujeres en el ámbito familiar, social, económico y cultural; de otro lado, enlaza con el derecho y principio de igualdad, como regla social y proyecto de las sociedades democráticas. Además, permite comprender la violencia como elemento útil en la perpetuación de los estereotipos sexuales y patrones culturales e históricos, y mecanismo

---

<sup>60</sup> En los países latinoamericanos, las leyes especiales prefieren utilizar la denominación de violencia doméstica o intrafamiliar y coinciden en caracterizarla por dos notas: a) Ocurre en el seno del hogar y en el ámbito de las relaciones inter-personales, ya sea por la existencia de vínculos de parentesco, sangre o consanguinidad; b) Basta la existencia de una relación afectiva, con convivencia o sin ella. Especialmente significativa es la Ley de Violencia Doméstica de Uruguay núm. 17.514, aprobada en julio 2002 – que recoge la experiencia de las leyes especiales latinoamericanas en ésta materia – y en su artículo 2 dispone: Constituye violencia doméstica toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho.

que persigue mantener el papel de dominio del hombre y el papel de sumisión de la mujer. Como afirma Marina Subirasch Martòri, *“si alguna ventaja tiene el concepto de género es la de librarnos definitivamente del eterno femenino, la de poder expresar la variabilidad interna en el tiempo, de modo que lo que un día pareció una prescripción inamovible acaba siendo una curiosidad del pasado”*<sup>61</sup>.

La violencia de género y violencia doméstica son conceptos diversos. Ambas violencias se producen en el medio familiar propicio al ejercicio de las relaciones de dominio y en un entorno de íntimo en el hogar, en un espacio de cierta intimidad. Son situaciones de riesgo, no ya sólo por la naturaleza y complejidad de la relación afectiva y sexual, por su intensidad y por su privacidad sino, sobre todo, porque constituyen un espacio privilegiado para el desarrollo de los roles de género más ancestrales, esos que reservan a la mujer los clásicos valores de subjetividad, cuidado y subordinación a la autoridad masculina<sup>62</sup>.

Esa confusión de etiquetas, entre violencia de género y violencia doméstica, contribuye a perpetuar la probada resistencia social a reconocer que el maltrato a la mujer no es una forma más de violencia, que no es circunstancial ni neutra sino instrumental y útil en aras de mantener un determinado orden de valores estructuralmente discriminatorio para la mujer. Una visión de la realidad que sólo es posible alcanzarla desde una perspectiva de género que, a duras penas, consigue imponerse en la sociedad y, desde luego, en el Derecho que, en buena medida, no hace sino reproducir el discurso dominante. Es significativo, por ejemplo, que la mayor parte de las declaraciones que se manifiestan interesadas por combatir la violencia de género recojan entre sus recomendaciones la de sensibilizar a la sociedad para que tome conciencia de la gravedad del problema y cambie su actitud hacia la violencia que se ejerce contra las mujeres.

No obstante, tanto la violencia familiar como la de género proviene de distintos factores, pero tienen en común la de la interiorización de normas que afectan a agresor y

---

<sup>61</sup> SUBIRASCH MARTÒRI, Marina, Con diferencia. Las mujeres frente al reto de la autonomía. Editorial Icaria Antrazyt. Primera Edición. Abril 1998. País: España. Icaria, 1998. ISBN 84-7426-353-0.

<sup>62</sup>BERGALLI, Roberto y BOLDELÓN, Encarna. “La cuestión de las mujeres y el derecho penal simbólico”. En: *Anuario de filosofía del derecho* [en línea], 1992, no. 9, pp. 43-74 [consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/142233.pdf>.

víctima basándose en unos valores patriarcales que justifican el uso de la violencia para mantener el orden dentro de la familia mediante la dominación y el control. Siguiendo a Rodríguez de Armenta<sup>63</sup> existe una perspectiva cultural (valores patriarcales que justifican y favorecen la violencia de género) o estructural (basadas en las desigualdades sociales algunos individuos descargan su agresividad con la familia o pareja cuando no consiguen alcanzar sus objetivos).

---

<sup>63</sup>INFOCOP. Día internacional de la eliminación de la Violencia contra la mujer – entrevista a María José Rodríguez de Armenta”. En: *Infocop online*,. 2008 [en línea]. 25 noviembre 2018. [Consulta 12 agosto de 2018.] Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2132](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2132)

## V. LA VICTIMACIÓN SOBRE LA MUJER MALTRATADA<sup>64</sup>

Con la confirmación de una situación de violencia de género, no termina el maltrato que ha vivido la mujer, porque en muchas ocasiones, comienza otro tipo de maltrato.

### 1. INTRODUCCIÓN

En muchas ocasiones y, a veces de manera inconsciente se pregunta a la mujer que sufre violencia de género sobre esta situación en numerosas ocasiones, a veces desde el mismo ámbito de intervención (sanidad) o desde operadores distintos, (primero sanidad, luego la policía), haciendo que la mujer reviva constantemente su situación.

Esa débil posición de la víctima fue detectada hace tiempo por el Derecho Internacional, donde se establece que la víctima es inicialmente un “ocupante sin lugar”, hasta inicios de los años noventa. A ellas no se les permitía hacerse sentir ni ver en los tribunales, como ocurrió durante los Juicios de Nuremberg, realizados con posterioridad a la finalización de la Segunda Guerra Mundial. Solo es con la aparición de la Corte Penal Internacional que se intenta dar un lugar a la víctima, pero que aún hoy se le da tímidamente pues los sistemas de justicia, ni a nivel nacional, ni a nivel intencional, están preparados para que las víctimas sean un actor más dentro del proceso penal<sup>65</sup>.

En este mismo sentido, García-Pablos<sup>66</sup>, señala que: “*La víctima del delito ha padecido un secular abandono, tanto en el ámbito del derecho penal (sustantivo y procesal) como en la política criminal, la política social*”. Dicha “neutralización” de la víctima condujo, sin embargo, al dramático olvido de la misma y de sus legítimas expectativas, habiendo contribuido decisivamente a tal resultado el pensamiento abstracto y formal, categorial, de la dogmática penal que degrada a la víctima a la mera condición de sujeto

---

<sup>64</sup>CORRAL GARGALLO, Paz. “Victimización primaria, secundaria y terciaria”. En: *Asistencia a las víctimas de experiencias traumáticas* [en línea]. Ursubil: Fundación ASMOZ. [consulta 14 agosto de 2018]. Disponible en: [https://docs.wixstatic.com/ugd/9e5874\\_21675cda2cc049b2a00e824a266d278.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/9e5874_21675cda2cc049b2a00e824a266d278.pdf)

<sup>65</sup>GUTIÉRREZ DE PIÑERES BOTERO, Carolina; CORONEL, Elisa; ANDRÉS PÉREZ, Carlos. “Revisión teórica del concepto de victimización secundaria”. En: *liber* [en línea], 2009, vol. 15, no. 1, pp. 49-58 [consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n1/a06v15n1.pdf>

<sup>66</sup>GUTIÉRREZ DE PIÑERES BOTERO, Carolina; CORONEL, Elisa; ANDRÉS PÉREZ, Carlos. “Revisión teórica del concepto de victimización secundaria”. En: *liber* [en línea], 2009, vol. 15, no. 1, pp. 49-58 [consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n1/a06v15n1.pdf>

pasivo tiene que soportar la víctima no solo el impacto del delito en sus diversas dimensiones, sino también la insensibilidad del sistema legal, la indiferencia de los poderes públicos e incluso la insolidaridad de la propia comunidad.

## 2. TIPOS DE VICTIMIZACIÓN

Una vez transcurre este primer momento (hecho delictivo) todas las miradas se dirigen, por un lado a quien causó el daño y a que éste reciba un castigo, garantizando, claro está, todos los derechos procesales establecido por la ley. Sin embargo la víctima, quien debería recibir la mayor atención es ignorada, señalada y hasta culpada, generándose entonces varios tipos de victimización y que describimos brevemente.

### 2.1 Victimización Primaria.

Derivada directamente del hecho violento, de esta manera el suceso traumático afecta a la confianza de la persona en ella misma y en los demás. La víctima se queda sin argumentos de referencia externos e internos.

### 2.2 Victimización Secundaria.

Normalmente se suele relacionar con el proceso que comienza después de la detección y la confirmación de esa situación de maltrato, y que se ha relacionado normalmente con la situación entre la mujer maltratada y el ámbito jurídico y policial, también llamado maltrato institucional y que agravan el daño psicológico de la mujer al hacerle revivir continuamente la situación que vivió de maltrato. De esta manera la víctima revive de nuevo estas circunstancias en las que se produjo el maltrato (suele ser más habitual en las agresiones sexuales, cuando los y las forenses entrevistan a las pacientes).

Cuando hablamos de la detección de la violencia de género en el ámbito sanitario en la mayoría de textos esta detección está dentro de la “prevención secundaria”, entendida como la forma de evitar más episodios de violencia. Esta es labor de los y las profesionales sanitarios a través de la difícil comunicación que puede darse en estas situaciones. Por eso es tan importante, como veremos, no cuestionar las respuestas de las pacientes que puedan sufrir violencia por sus parejas o exparejas, no cuestionar sus respuestas, nunca señalarlas o



criticar sus decisiones e intentar no bombardearlas con preguntas de difícil o dolorosa respuesta.

Una clasificación de la violencia de género según Informe mundial sobre violencia y salud de 2002<sup>67</sup> distingue en tres grandes categorías según el autor del acto violento: Violencia dirigida contra uno mismo, Violencia interpersonal y Violencia colectiva.

Estas tres amplias categorías, a su vez, se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos.

Violencia dirigida contra uno mismo/a:

Comprende los comportamientos suicidas: el comportamiento suicida va desde el mero pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto. Muchas personas que abrigan pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas, e incluso las que intentan suicidarse pueden no tener la intención de morir; las autolesiones, como la automutilación.

Violencia interpersonal:

Se divide en dos subcategorías: Violencia intrafamiliar o de pareja: en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales, y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente. Abarca formas de violencia como el maltrato de los niños y de las niñas, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas ancianas;

Violencia comunitaria:

Se produce entre personas no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar. Se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de personas extrañas, y la

---

<sup>67</sup> Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud (Consultado 8 agosto 2018) Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf).

violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de personas mayores.

#### Violencia colectiva:

Es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de personas, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; terrorismo; crimen organizado.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos.

#### Victimización Institucional<sup>68</sup>

Todavía hoy en día al hablar de violencia contra las mujeres, no se visibiliza suficientemente que estamos ante vulneraciones de derechos de las que el Estado puede ser directamente el autor, por acción u omisión, o en las que puede tener una responsabilidad. De forma creciente, se ha visibilizado que el Estado puede ser también un agente que comete formas de violencia de género institucionalizada, no sólo porque a través de sus agentes se realicen actos de violencias físicas, psicológicas o sexuales, sino también por la responsabilidad que tiene el Estado y sus agentes, la prevención, sanción y erradicación de dichas violencias contra las mujeres. También en la Directiva 2012/29/UE por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y por la que se sustituye la Decisión marco 2001/220/JAI del Consejo, incluye en el artículo 57 una atención específica los procesos de victimización secundaria que sufren las víctimas de violencia de género en el ámbito de la justicia. Se exige que los/las profesionales

---

<sup>68</sup>BODELÓN, Encarna. “Violencia institucional y Violencia de Género”. En: *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* [en línea]. 2014, no.48. pp. 131-155 [Consulta 5 agosto de 2018]. Disponible en: <http://revistaseug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/2783/2900>.

que hayan de tratar con la víctima antes del proceso penal, durante o después de éste, tengan una formación especializada para facilitar el trato y evitar así situaciones de victimización secundaria.

En el caso *Maria Da Penha c. Brasil* (2000), presentado ante la Comisión Iberoamericana de Derechos Humanos por una víctima de violencia de género. En dicho caso la Corte concluyó, que el Estado demandado había menoscabado su obligación de ejercer la debida diligencia para prevenir, sancionar y erradicar la violencia doméstica, al no condenar y sancionar al agresor, pese a las reiteradas denuncias de la víctima. La Comisión recordó dado que la violencia forma parte de un “*patrón general de negligencia y falta de efectividad del Estado*”, no sólo se viola la obligación de procesar y condenar, sino también la de prevenir estas prácticas degradantes.

Más recientemente, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos declaró en el caso *Opuz vs. Turquía*<sup>69</sup> que, “*la falla del Estado de proteger a las mujeres contra la violencia doméstica viola el derecho de ellas a igual protección de la ley y esta falla no necesita ser intencional*”. La Corte Europea consideró que aunque la pasividad judicial general y discriminatoria en Turquía no era intencional, el hecho de que afectaba principalmente a las mujeres permitía concluir que la violencia sufrida por las denunciadas podía considerarse violencia basada en género, lo cual es una forma de discriminación en contra de las mujeres.

---

<sup>69</sup>Corte Europea de Derechos Humanos *Opuz vs. Turquía* Demanda N° 33401/02 Sentencia del 9 de junio de 2009. La postura de la Organización de las Naciones Unidas respecto a la Violencia doméstica y la discriminación contra las mujeres. En línea, consultado septiembre 2018. Disponible en: [http://angelduran.com/docs/Cursos/CCDC2013/mod03/03-034\\_LC5-Caso-Opuz.pdf](http://angelduran.com/docs/Cursos/CCDC2013/mod03/03-034_LC5-Caso-Opuz.pdf).

## VI. UN BREVE RECORRIDO NORMATIVO SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Abordar la violencia de género y su detección requiere un breve examen al conjunto de normas que pueden ser aplicables a la materia específica que nos ocupa. La adecuada comprensión de la consideración actual de la violencia de género como un asunto prioritario cuya erradicación y prevención es imprescindible exige una breve descripción.

### 1. LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS SUSCRITA EN LA CONFERENCIA ESPECIALIZADA INTERAMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS.

La Convención Interamericana el 22 de noviembre de 1969, también llamada Pacto de San José de Costa Rica fue suscrita, tras la Conferencia Especializada Interamericana de Derechos Humanos, el 22 de noviembre de 1969 en la ciudad de San José en Costa Rica y entró en vigor el 18 de julio de 1978. Es una de las bases del sistema interamericano de promoción y protección de los derechos humanos. Dicho este texto recoge en su artículo 1 la obligación de los Estados firmantes de respetar los Derechos Humanos en cuanto a su compromiso se establece que<sup>70</sup>:

*“Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.*

La sensibilización ante la violencia de género ha ido igualmente descendiendo a otros planos más reducidos territorialmente, como en los países Iberoamericanos, como esta importante convención.

### 2. CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ.

---

<sup>70</sup>ORGANIZACIÓN de los Estados Americanos. “Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)” [en línea]. [consulta 14 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_B-32\\_Convencion\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf) ,

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer, también conocida como la Convención de Belém do Pará, de 14 de agosto de 1985 es la única Convención dirigida exclusivamente a la eliminación de la violencia contra la mujer. Solicita que los Estados partes actúen con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer y contiene disposiciones detalladas relativas a las obligaciones de los Estados de promulgar legislación. De conformidad con el artículo 7, los Estados partes están obligados a:

- Adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar o amenazar a la mujer;
- Tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer;
- Establecer procedimientos legales justos y eficaces para las víctimas; y • establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que las víctimas tengan acceso eficaz a un resarcimiento justo y eficaz<sup>71</sup>.

Este texto Internacional se recoge en varios países de Latinoamérica. Por medio de la Convención de Belém do Pará,<sup>72</sup> los Estados Parte acordaron que la violencia contra las mujeres: *“Constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”* y *“es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”* acordando además que

---

<sup>71</sup>ORGANIZACIÓN de los Estados Americanos. “Convención Interamericana para prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará” [en línea]. [consulta: 14 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Folleto-BelemdoPara-ES-WEB.pdf>

<sup>72</sup> En 1994 se convocó a una Asamblea Extraordinaria en Belém do Pará, Brasil, con miras a considerar el proyecto de convención. El texto fue aprobado por votación nominal con 19 países a favor y dos abstenciones y se consideró por aclamación remitirlo a la Asamblea General de la OEA. Durante la Asamblea, 8 países firmaron la Convención de Belém do Pará dando inicio al proceso de ratificación y entrada en vigor. Actualmente la Convención cuenta con la ratificación de 32 de los 34 miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Se ha convertido en un importante instrumento educador y promotor de la no violencia contra las mujeres, que incluye medidas para su sanción y erradicación.

*“trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases”.*

La Convención de Belém do Pará, establece por primera vez en Latinoamérica el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia. Este Tratado Interamericano de Derechos Humanos ha dado pautas para la adopción de leyes y políticas sobre prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres en los Estados parte de la Convención dando lugar a la formulación de planes nacionales, organización de campañas e implementación de protocolos y de servicios de atención, entre otras iniciativas; y ha sido un aporte significativo al fortalecimiento del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

La Convención define en su artículo 1 la violencia contra las mujeres, establece que: *“Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”*

Los derechos que esta Convención consagra se contemplan en los artículos 3 a 6, incluyéndose que:

*“Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado”.*

*“El derecho de las mujeres a ser libres de toda forma de discriminación”, “el derecho de las mujeres a ser valoradas y educadas libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación”.*

*“Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos”.*

Cercanos a éstos se reconoce la singularidad en los Derechos a:

- *“El derecho a que se respete su vida”*

- *“El derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”*
- *“El derecho a la libertad y a la seguridad personales”*
- *“El derecho a no ser sometida a torturas”*
- *“El derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia”*
- *“El derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley”*
- *“El derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos”*
- *“El derecho a libertad de asociación; » el derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley. Y el derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones”.*

La importancia de este Tratado a dado lugar a la Jurisprudencia siendo especial referente el, el llamado caso del penal Miguel Castro, un hito histórico para Latinoamérica<sup>73</sup>.

### 3. LA CEDAW<sup>74</sup>. CONVENCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

Esta convención aprobada el 18 de diciembre de 1979 en la Asamblea General de las Naciones Unidas, allí la Convención sobre la eliminación de todas las formas de

---

<sup>73</sup>Primer caso internacional sobre Violencia de Género en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: El caso del penal Miguel Castro Castro. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160. La Corte aceptó la contención de la representante de las víctimas sobre que el elemento de género atravesaba la violencia infligida en ellas de manera general: *“el elemento de género lo invade todo”*. La participación de muchas mujeres dentro de los grupos alzados en armas en el Perú había generado concepciones dentro de la sociedad peruana donde se adjudicaba a la mujer “mayor maldad” considerándola “ser la que daba el tiro de gracia”. Por tanto, a la transgresión de las normas de la sociedad (transgresión en la que sus contrapartes masculinas también habían incurrido) que había llevado a su detención, a estas mujeres se les adjudicaba una “transgresión” adicional: la de su género. Dichas mujeres eran vistas como transgresoras del rol que la sociedad peruana asigna a la mujer, la personificación de lo opuesto a lo que era concebido como “femenino”. La perspectiva de género por primera vez presente en la interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos

<sup>74</sup> CHAMBERLAIN BOLAÑOS, Cynthia. LA CONVENCIÓN CEDAW CONOCIENDO LOS DERECHOS DE LA MUJER, UN PRIMER PASO PARA SU DEFENSA. En línea, septiembre 2018. Disponible en: <https://revistas.uam.es/revistajuridica/article/viewFile/6182/6637>

discriminación contra la mujer, que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras ser ratificado por 20 países.

La Convención obliga a los Estados a adoptar medidas de manera muy concreta para eliminar la discriminación contra las mujeres; permitiendo medidas transitorias de “acción afirmativa” a las que se les llama también “medidas especiales de carácter temporal”, por ejemplo las leyes de cuota en materia electoral. Reconoce el papel de la cultura y las tradiciones en el mantenimiento de la discriminación contra las mujeres, por lo que obliga a los Estados a eliminar los estereotipos en los roles de hombres y mujeres.

En su preámbulo la Convención reconoce explícitamente que *"las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones"* y subraya que esa discriminación viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana". Según el artículo 1, por discriminación se entiende *"toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo (...) en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera"*. La Convención afirma positivamente el principio de igualdad al pedir a los Estados Partes que tomen *"todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre"* (artículo 3).

En 14 artículos de la Convención se detalla el programa en pro de la igualdad. La Convención se concentra en tres aspectos de la situación de la mujer. Por una parte, el de los derechos civiles y la condición jurídica y social de la mujer, que se abordan pormenorizadamente. Pero además, y a diferencia de otros tratados de derechos humanos, la Convención se ocupa de los que tienen que ver con la reproducción humana y con las consecuencias de los factores culturales en las relaciones entre los sexos.



La Convención está compuesta por una serie de normas y obligaciones aceptadas por todos los Estados. Estas normas básicas denominadas también derechos humanos establecen derechos y libertades mínimas que los gobiernos deben cumplir<sup>75</sup>.

Para nuestro estudio resaltamos de la CEDAW, tres principios básicos:

### 1. Igualdad de resultados.

La desigualdad de resultados constituye hoy un enorme problema a escala global. Una sociedad desigual muestra déficits importantes, no sólo en materia de igualdad de género, sino también de justicia social, y a la vez de desarrollo económico. Por ello la Igualdad de oportunidades es un concepto que hace referencia que se pueda vivir en un sistema socialmente justo en el que todas las personas, independientemente de su sexo puedan tener las mismas posibilidades de acceder al bienestar social y poseen los mismos derechos políticos y civiles.

### 2. No discriminación

La discriminación sexual es una de las más extendidas y frecuentes en el mundo; históricamente, las mujeres, quienes ocupan más de la mitad de la población mundial han sido y son discriminadas y violentadas por razón de su sexo, reciben un trato desigual y son segregadas al considerarlas inferiores a los hombres. El texto de una manera transversal recomienda y establece que la no discriminación es uno de los principios fundamentales para poder alcanzar la igual real, y no solo la formal.

### 3. Responsabilidad estatal

Para nuestro estudio este último principio es el principal, ya que le exige al estado intervenir<sup>76</sup>. Además como veremos más adelante son numerosos textos nacionales que se

---

<sup>75</sup> NACIONES Unidas. “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” [en línea]. [consulta 14 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

<sup>76</sup> En España un caso de incumplimiento de esta protección por parte de Estado fue el de Ángela González, a quien su exmarido asesinó a su hija tras 51 denuncias de su madre por Violencia machista. La ONU había condenado al Estado español a reparar e indemnizar a Ángela a causa del desamparo sufrido por ella y su hija y por la negligencia de la Justicia española, que desoyó en 51 ocasiones la denuncia y la alerta de la madre. Antes lo habían intentado en los juzgados ordinarios, en la Audiencia Provincial de Madrid, en la Audiencia Nacional, en el Tribunal Constitucional, en el Tribunal Supremo. En Sentencia del Tribunal Supremo del 7/7/2018 (nº rec.10212017) ha condenado al Estado español a pagar una indemnización de 600.000 euros a Ángela González por su responsabilidad en la muerte de su hija Andrea, de 7 años de

amparan en este importante principio, tal es el caso del artículo 106.2 de la Constitución Española de 1978 establece lo siguiente: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Este mandato constitucional se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, donde se establece un principio de responsabilidad objetiva de la administración por *“toda lesión que sufran (los particulares) en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”*, es decir, no es necesario que el daño producido sea consecuencia de culpa o negligencia de la Administración, sino sólo que se produzca como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, entendiéndolos en un sentido amplio y predominantemente subjetivo, que incluye toda la actividad e incluso inactividad por omisión de obligaciones de actuar de cualquier Administración Pública<sup>77</sup>.

#### 4. LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS.

La Asamblea General es el principal órgano deliberativo de la ONU. Las decisiones sobre cuestiones consideradas importantes, como, por ejemplo que las recomendaciones relativas a la paz y la seguridad. Deriva de ésta la ONU Mujeres<sup>78</sup>, que es la organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Como defensora mundial de mujeres y niñas, ONU Mujeres fue establecida para

---

edad, que fue asesinada por su padre en el año 2003 durante un régimen de visitas sin supervisión impuesto por una jueza. En la sentencia, el Tribunal Supremo reconoce el daño que la justicia española le infringió a Ángela, afirmando que *“se produjo por la desprotección que ha soportado durante años ante una clara situación de discriminación, antes y después del fallecimiento de su hija”*. De este modo, obliga a la Administración a cumplir el Dictamen de la CEDAW, de 16 de julio de 2014, ha condenado finalmente al Estado a que otorgara una reparación adecuada y una indemnización integral y proporcional a la gravedad de la conculcación de sus derechos por no haber cumplido con su deber de diligencia en relación con los hechos que llevaron al asesinato de la menor.

<sup>77</sup>COSCULLUELA MONTANER, Luís. *Manual de Derecho Administrativo*. Tomo I. 14<sup>ª</sup> ed. Madrid: Civitas, p. 564.

<sup>78</sup>“Acerca de ONU Mujeres” [en línea]. [Consulta: 27 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/about-us/about-un-women>

acelerar el progreso que conllevará a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y para responder a las necesidades que enfrentan en el mundo.

ONU Mujeres<sup>79</sup> apoya a los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el establecimiento de normas internacionales para lograr la igualdad de género y trabaja con los gobiernos y la sociedad civil en la creación de leyes, políticas, programas y servicios necesarios para garantizar que se implementen los estándares con eficacia y que redunden en verdadero beneficio de las mujeres y las niñas en todo el mundo. Trabaja mundialmente para que los Objetivos de Desarrollo Sostenible sean una realidad para las mujeres y las niñas, y promueve la participación de las mujeres en igualdad de condiciones en todos los ámbitos de la vida. La Entidad se centra en cinco áreas prioritarias:

- a. Aumentar el liderazgo y la participación de las mujeres
- b. Poner fin a la violencia contra las mujeres
- c. Implicar a las mujeres en todos los aspectos de los procesos de paz y seguridad
- d. Mejorar el empoderamiento económico de las mujeres y hacer de la igualdad de género un aspecto central en la planificación y la elaboración de presupuestos nacionales para el desarrollo.

Asimismo, ONU Mujeres coordina y promueve el trabajo del sistema de las Naciones Unidas en pos de la igualdad de género y en todos los debates y acuerdos relativos a la Agenda 2030. La Entidad trabaja para lograr un mundo más inclusivo con la igualdad de género como elemento fundamental de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Cabe destacar por su importancia en el tema que nos ocupa la Resolución 48/104, que contiene una “Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer<sup>80</sup>”. En su artículo 1 ofrece una interpretación auténtica del concepto de “ Violencia contra la

---

<sup>79</sup> ONU Mujeres es la organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de Género y el empoderamiento de las mujeres. [en línea]. [Consulta: 9 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/about-us/about-un-women>.

<sup>80</sup> NACIONES UNIDAS DERECHOS HUMANOS, ALTO COMISIONADO. (Consultado 6 agosto 2018) Disponible en: Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.

Mujer”, declarando que, “ A los efectos de la presente Declaración por “ *violencia contra la mujer se entiende 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 libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada*”. Este concepto de violencia contra la mujer tiene una doble virtualidad, de un lado, proporciona visibilidad a las mujeres como víctimas de la violencia sufrida dentro del ámbito familiar y personas individuales a las que se niegan los derechos fundamentales. De otro lado, elimina la privacidad como elemento justificador de la tolerancia o inactividad de los poderes públicos en el tratamiento de este fenómeno<sup>81</sup>.

La Resolución 48/204 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, recoge el tratamiento de la violencia de género desde las Instancias públicas se vuelve a reproducir a con la importante Resolución del año 1990 que recoge de nuevo que las mujeres tenemos derecho a disfrutar de la dignidad que corresponde a los seres humanos<sup>82</sup>. En concreto la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer recogida en la Resolución de la Asamblea General 48/104 (del 20 de diciembre de 1993) reconoció la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos, estableciendo que la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer. En definitiva, constatan expresamente que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre.

---

<sup>81</sup>MONTALBÁN HUERTAS, Inmaculada. “Malos tratos, Violencia doméstica y Violencia de Género desde el punto de vista jurídico”. En: *II Congreso sobre Violencia Doméstica y de Género: Granada, 23 y 24 de 2006* [en línea]. [consulta 14 agosto de 2018]. Disponible en:

[http://www.poderjudicial.es/stfls/PODERJUDICIAL/DOCTRINA/FICHERO/02.3ponencia\\_montalban\\_1.0.0.pdf](http://www.poderjudicial.es/stfls/PODERJUDICIAL/DOCTRINA/FICHERO/02.3ponencia_montalban_1.0.0.pdf)

<sup>82</sup>Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

Al margen de poner en valor que la violencia es una vulneración de derechos fundamentales, la declaración contiene un concepto, de esta realidad, en concreto con esta definición de la violencia sobre las mujeres:

*Artículo 1. “A los efectos de la presente Declaración, por "violencia contra la mujer" se entiende 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 definitiva, se asume este tipo de violencia como una violación de derechos humanos por lo que la violencia de género por lo que comienza a ser un problema del ámbito público, no privado.

## 5. LA IV CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER DE BEIJING<sup>83</sup>

Unos años más tarde a las Recomendaciones y Resoluciones de la Asamblea de la ONU se celebró la Cuarta Conferencia Mundial sobre las mujeres, en Beijing en septiembre de 1995.

Este documento sustituyó por primera vez en un tratado la expresión “derechos de la mujer” por la noción de género, declaración que en su época marcó un antes y un después al conocer porque colocó por primera vez la violencia contra las mujeres, por el sólo hecho de ser mujeres, en el marco de los derechos humanos, incluyendo la violencia física, psicológica o sexual así como las amenazas de sufrir violencia en el contexto familiar, en la comunidad y en el Estado, es decir tanto en la vida pública como en la privada.

---

<sup>83</sup>Declaración y plataforma de acción de Beijing la cuarta conferencia mundial sobre la mujer reunida en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995

De nuevo, como ya lo hizo la CEDAW en 1979, y la Asamblea General de la ONU en 1993, se insiste por parte de la ONU<sup>84</sup> que la violencia contra las mujeres y el maltrato de mujeres, ejercida en todos los ámbitos de la sociedad, constituye un atentado a los derechos humanos de las mujeres y un problema de salud pública de primera magnitud que requiere urgente atención y que debe ser penalizado, el cual impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. Es en este texto cuando se establece por primera vez un límite a las costumbres, tradiciones y religión, de modo que éstas no se pudieran esgrimir como justificación para la discriminación contra las mujeres o para atentar contra sus vidas y sus derechos fundamentales.

Destaco los párrafos importantes del citado documento al estar directamente relacionados con este estudio. En cuanto a:

29. *“Prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas”*

En cuanto a enfocar la violencia de género sin edad y basada en la prevención se recoge en el artículo 30.

30. *“Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación”*

Este precepto es uno de los más importantes para la investigación que estamos realizando. La salud de las mujeres que sufren maltrato se ve seriamente afectada por esta realidad.

Este documento es sin duda uno de los textos que en el contexto internacional, que ha causado más impacto en las políticas públicas redirigidas a su visualización y posterior

---

<sup>84</sup> OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS La eliminación de la Violencia contra la mujer Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 1998/52. [en línea]. [Consulta: 9 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3374.pdf?view=1>

erradicación, en su párrafo 113 que señala que: “*La violencia contra la mujer puede tener, entre otras, las siguientes formas:*

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. Por consiguiente, la violencia contra la mujer puede tener, entre otras, las siguientes formas:

- a) La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación;
- b) La violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, la trata de mujeres y la prostitución forzada.
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

## 6. EL CONVENIO DE ESTAMBUL

El convenio de Estambul ratificado por España en mayo de 2011, es sin duda el texto normativo internacional que mejor recoge todos los tipos de violencia que se ejercen sobre mujeres y niñas, y que debería de haber entrado en vigor de forma general y para España el 1 de agosto de 2014, de conformidad con lo dispuesto en su artículo 75.

Con el Convenio de Estambul se adopta, por vez primera en el ámbito europeo, un Tratado internacional de carácter vinculante, en materia de violencia contra la mujer y la

violencia doméstica, para hacer frente a la que -también literalmente- se considera ya, una grave violación de los derechos humanos<sup>85</sup>.

Se reconoce que la «naturaleza estructural» de la violencia contra la mujer está por tanto, basada en el género; categoría que motiva la asunción, durante siglos, de unos patrones o estereotipos de vida y de comportamiento en los que la violencia, se considera como un mecanismo social con el que se mantiene a las mujeres en una posición de subordinación con respecto a los hombres.

Por ello, se hace un especial y preocupante reconocimiento, respecto de las mujeres y niñas expuestas a formas graves de violencia tales como el acoso sexual, la violación, el matrimonio forzoso, los crímenes cometidos supuestamente en nombre del “honor” o las mutilaciones genitales. Se destacan, especialmente las violaciones constantes de los derechos humanos, durante y después de los conflictos armados que afectan a la población civil, y en particular a esas mujeres y niñas, más expuestas a violencias sexuales generalizadas, y a un aumento potencial y desproporcionado del riesgo de violencia basada en el género; ello, aun reconociendo que los hombres pueden ser también, víctimas de violencia doméstica, e incluso en la condición de testigos de violencia dentro de la familia.

De los objetivos del Convenio se describen los siguientes:

- a) Proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia, y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica;*
- b) Contribuir a eliminar toda forma de discriminación contra la mujer y promover la igualdad real entre mujeres y hombres, incluyendo el empoderamiento de las mujeres;*
- c) Concebir un marco global, políticas y medidas de protección y asistencia a todas las víctimas de violencia contra la mujer y la violencia doméstica;*

---

<sup>85</sup>GALLEGO, Gemma. “El Convenio de Estambul. Su incidencia en el sistema español de lucha frente a la Violencia contra la mujer”: *Elderecho.com* [en línea]. 19 octubre 2015. [consulta: 14 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Convenio-Estambul-incidencia-espanol-Violencia\\_11\\_874180002.html](https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Convenio-Estambul-incidencia-espanol-Violencia_11_874180002.html)



*d) Promover la cooperación internacional para eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica;*

*e) Apoyar y ayudar a las organizaciones y las fuerzas y cuerpos de seguridad para cooperar de manera eficaz para adoptar un enfoque integrado con vistas a eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica.*

De su ámbito de aplicación, dispone el Convenio, que “*se aplicará a todas las formas de violencia contra la mujer, incluida la violencia doméstica, que afecta a las mujeres de manera desproporcionada*”. Precepto, que se completa con la redacción del siguiente artículo. 3, en el que se precisan las «definiciones» que va a manejar el texto, para dejar delimitado su sentido. Cabe destacar que para el convenio, “*El elemento clave de la lucha contra la violencia se halla en la consecución de la igualdad, «Políticas integradas» “Doble compromiso de las Partes”*”.

La naturaleza «pública» de la violencia contra la mujer, impone la necesidad de contrastar numéricamente sus manifestaciones; lo que se traduce en la imposición de un compromiso para las partes por que tiene como objeto:

- Recoger los datos estadísticos detallados pertinentes, a intervalos regulares, sobre los asuntos relativos a todas las formas de violencia incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio;
- Apoyar la investigación en los ámbitos relativos a todas las formas de violencia incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio -EDL 2011/393212-, con el fin de estudiar sus causas profundas y sus efectos, su frecuencia y los índices de condena, así como la eficacia de las medidas tomadas para aplicar el presente Convenio».

Merece la pena destacar la mención específica en el Convenio al tratamiento de la «Educación» que se exige en su art.14, que parece reproducir el capítulo I de la Ley Española Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, específicamente referido al ámbito educativo. Medida esencial resulta ser igualmente la que acoge el art.15 del Convenio que se refiere a la formación de profesionales que estén en contacto estrecho con las víctimas (que tiene su precepto homólogo en la Ley

Integral, en el aptdo. J) del art. 2 de la citada Ley "*Protección y apoyo, destinados a las víctimas*".

Se puede entender que el espíritu del Convenio no es solo integrar normas de principios, sino incorporar a la normativa interna la inclusión de un sistema sancionador, como solución para eliminar la violencia contra la mujer. El Convenio, de esta forma, exige una completa respuesta sancionadora ordenando tipificar determinadas conductas de violencia contra mujeres y niñas. Así, junto a la violencia física, psicológica o sexual, incluida la violación (arts. 33, 35 y 36) se ordena la tipificación del matrimonio forzado (art.37); la mutilación genital femenina (art.38) se dispone la tipificación de aborto y la esterilización forzosos (art.39) y el acoso sexual (art.40). Delitos que, para la mayoría de los Estados parte, serán "de nuevo cuño" y han de propiciar una reforma de sus respectivos textos penales para cumplimiento del compromiso adquirido.

Junto a la tipificación de tales delitos, y derivado del carácter «transnacional» de algunas de las figuras penales que se ordena incluir en los Estados parte recoge por ejemplo, en la mutilación genital<sup>86</sup>, o el matrimonio forzado<sup>87</sup>, que necesariamente conllevan desplazamientos transfronterizos, de niñas o adultos, se disponen reglas especiales de competencia, que se detallan en el art.44 y que ordenan la adopción de las medidas «legislativas o de otro tipo necesarias», para establecer su competencia con respecto a cualquiera de los delitos previstos en el presente Convenio, cuando la víctima del delito sea uno de sus nacionales o una persona con residencia habitual en su territorio.

En coherencia con lo anterior, se articula y exige a las Partes un mecanismo de cooperación internacional, y en concreto la asistencia judicial en materia penal a los siguientes fines:

- Prevenir, combatir y perseguir todas las formas de violencia incluidas en el ámbito de aplicación del presente Convenio.

---

<sup>86</sup> OMS. Mutilación genital femenina. [en línea]. [Consulta: 9 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

<sup>87</sup> ONU MUJERES: Definición de matrimonio forzado y de niños. [en línea]. [Consulta: 9 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/614-definicion-de-matrimonio-forzado-y-de-ninos.html>

- Proteger y asistir a las víctimas.
- Llevar a cabo investigaciones o procedimientos en relación con los delitos establecidos en virtud del presente Convenio.
- Aplicar las sentencias civiles y penales pertinentes dictadas por las autoridades judiciales de las Partes, incluidas las órdenes de protección.

Se preceptúa, además, la imposición de sanciones «efectivas, proporcionales y disuasivas» (art. 45 y se catalogan hasta nueve circunstancias agravantes de la responsabilidad en la comisión de un acto de violencia (art.46).

La cuestión de fondo es claramente qué diferencia a las violencias machistas en el ámbito de la pareja de otras violencias. La idea de que una lesión, física o psíquica, contra la mujer en la pareja no sigue siendo más que una lesión, que en todo caso puede ser agravada por el vínculo de parentesco, sigue siendo una idea constante en el discurso penal. Plantear el androcentrismo de los conceptos penales es un paso previo para comprender cómo se articulan los fenómenos de violencia institucional en casos de violencia de género.

Las violencias machistas en el ámbito de la pareja no son solo lesiones, no tienen nada que ver con lo que el ámbito penal se conoce como tales, sino que son “violencia de género, violencia machista, violencia contra las mujeres”. Esta idea tan sencilla es central. El debate no es si es necesario o no una diferente penalización. Desde este punto de vista esa es una perspectiva errónea. La intensidad de la pena debe ser valorada en un contexto de proporcionalidad con otros bienes jurídicos<sup>88</sup>.

Esta victimización institucional también puede darse en los espacios sanitario reproduciendo roles, o no creyendo a las pacientes, por eso es tan importante conocer los síntomas e indicadores de este tipo de violencia que tiene tanta repercusión en las mujeres que las sufren.

---

<sup>88</sup> AYUNTAMIENTO DE BARCELONA: Violencia machista en el ámbito de la pareja [en línea]. [consulta 14 agosto de 2018]. Disponible en: <http://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/piads-Violencia-es2-ok-acc.pdf>

## 7. NORMATIVA EUROPEA SOBRE IGUALDAD Y VIOLENCIA DE GÉNERO.

Entendiendo este contexto internacional corresponde esbozar el proceso europeo la protección de la mujer-víctima de violencia, para ello vamos a acotar, en primer lugar, desde el punto de vista de las Instituciones Europeas, y en segundo lugar, con el tratamiento de la actuación del Consejo de Europa que<sup>89</sup>, conformado por 147 países, abarca prácticamente todo el continente.

Comenzando por la situación europea, a partir de 1986, se contrasta una decidida propuesta del Parlamento Europeo frente al problema de la mujer-víctima de violencia, en cuyo desarrollo se establece un catálogo de 77 medidas que despliega<sup>90</sup>, desde las intervenciones educativas en igualdad para la infancia; de formación especializada de los agentes implicados; de medidas de cobertura y aseguramiento de las víctimas; de la reforma de las legislaciones penales de los Estados; de elaboración de estadísticas que faciliten valoración y diagnóstico del problema, y de promoción de campañas para la concienciación de una cuestión que a todos concierne.

Es necesario resaltar la jurisprudencia recogida en el seno de este Organismo Internacional, donde se manifiesta la postura de la Organización de las Naciones Unidas respecto a la violencia doméstica y la discriminación contra las mujeres en el caso de la demanda contra la República de Turquía presentada en el Tribunal conforme al artículo 34 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales<sup>91</sup>.

Las llamadas «acciones transnacionales», propician la continuidad de la firme actuación de las Instituciones Comunitarias, ordenada a combatir la forma más evidente y cruenta de violación de los derechos humanos de la mujer, y en concreto, el Parlamento, en

---

<sup>89</sup> MINISTERIO DE IGUALDAD. Consejo de Europa. Informe de la actividad. (Consultado febrero 2018) Disponible en: [http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro4\\_consejoeuropa.pdf](http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro4_consejoeuropa.pdf)

<sup>90</sup>GALLEGO, Gemma. “Marco jurídico internacional de protección de la víctima de Violencia.”. Elderecho.com [en línea]. 21 agosto 2017. [Consulta: 14 agosto 2018]- Disponible en: [https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Marco-juridico-internacional-proteccion-Violencia-genero\\_11\\_1126180001.html](https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Marco-juridico-internacional-proteccion-Violencia-genero_11_1126180001.html)

<sup>91</sup> Y <sup>92</sup> CORTE EUROPEA DE DERECHOS HUMANOS Opuz vs. Turquía Demanda N° 33401/02 Sentencia del 9 de junio de 2009. El caso se originó en la demanda contra la República de Turquía presentada en el Tribunal conforme al artículo 34 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (“el Convenio”) por una ciudadana de Turquía, la señora Nahide Opuz (“la demandante”), el 15 de Julio de 2002. [...] 3. La demandante alegó, en especial, que las autoridades del Estado no la habían protegido a ella ni a su madre de la violencia doméstica, lo que había llevado a la muerte de su madre y a que ella misma fuese maltratada.

el marco de dicho programa , hizo un llamamiento a las sucesivas Presidencias de turno, para progresar, durante los plazos de sus respectivos mandatos, en la articulación de legislaciones y políticas nacionales destinadas a combatir todas las formas de violencia contra la mujer; como hizo igualmente llamamientos a la Unión, a fin de que asegurara a las mujeres víctimas de violencia el mismo nivel de protección, en todos los Estados miembros.

En el tercer informe, del 20 de enero de 2006, la Comisión de Derechos Humanos del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (E/CN.4/2006/61), la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujeres consideró que hay una norma del derecho internacional consuetudinario que “*obliga a los Estados a prevenir y responder con la debida diligencia a los actos de violencia contra la mujer*”<sup>92</sup>.

A pesar de que la Unión Europea posee numerosos textos legales sobre la igualdad de género, no ha generado ninguno, especialmente sobre violencia de género. Tan solo realiza una referencia a víctimas de delitos, o a la igualdad dentro mujeres y hombres (fundamento de la violencia).

En el Tratado de la Unión Europea, los arts. 2 y 3 sitúan a la igualdad de mujeres y hombres como elemento transversal a todas las políticas comunitarias La Carta de Derechos Fundamentales tiene varios artículos al respecto: el art. 21, estipula la lucha contra todas las formas de discriminación por razón de sexo u orientación sexual; y el art. 23, establece la igualdad de mujeres y hombres en todos los ámbitos. Este artículo también declara que las acciones positivas a favor del sexo menos representado no son contrarias al principio de igualdad de trato.

La Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea ha recogido específicamente que la violencia de género constituye una violación del art. 4 de la Carta de Derechos Fundamentales. También reiterando así entre los preceptos legales la violencia de género el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha abordado la violencia de género en

diversos ámbitos y la considera contraria a los derechos del Convenio Europeo de Derechos Humanos, como se establece en estas dos Recomendaciones de la CEDAW<sup>93</sup>.

Igualmente, de la misma manera en la Unión Europea es clara la inexistencia de normativa directa en materia de violencia de género, citamos algunas que de manera transversal sí, introducen ésta en la materia que regulan.

- Directiva 92/85/CEE, de 19 de octubre de 1992, para la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia. Importante texto para eliminar que se penalice a las mujeres por su condición única de reproductoras, reconociendo la necesidad de unas situaciones especiales durante la gestación.
- Directiva 2002/73/CE, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres, en cuanto al acceso al empleo, a la formación y a la promoción de profesionales, en condiciones de igualdad. Es sabido que a pesar de los textos reales, no hemos conseguido la igualdad real, y las mujeres en el trabajo siguen siendo discriminadas, además de vivir junto a los “*techos de cristal*” (norma no escrita por la que las mujeres tiene menos opciones para poder llegar a los cargos de responsabilidad y de poder).

---

<sup>93</sup> En el caso de A.T. v. Hungary (decisión del 26 de enero de 2005), en el que la demandante alegó que su concubino, y padre de sus dos hijos, había abusado físicamente de ella y la había amenazado desde el año 1998, el Comité CEDAW ordenó a Hungría que adoptara medidas para “garantizar la integridad física y mental de la demandante y su familia”, así como también para asegurarse que ella tuviera un lugar de residencia seguro para vivir con sus hijos, y que recibiera una pensión alimenticia para sus hijos, asistencia legal y una compensación proporcional al daño sufrido y a la violación de sus derechos. El Comité también dio varias recomendaciones generales a Hungría para mejorar la protección de las mujeres contra la violencia doméstica, como establecer procesos investigativos, legales y judiciales eficaces e incrementar los recursos para tratar y apoyar a las mujeres. En el caso de Fatma Yildirim v. Austria (decisión del 1º de octubre de 2007), que trataba sobre el asesinato de la señora Yildirim a manos de su esposo, el Comité CEDAW encontró que el Estado no había cumplido con sus obligaciones de proteger a Fatma Yildirim con debida diligencia. Por lo tanto, llegó a la conclusión de que el Estado había violado sus obligaciones conforme a los artículos 2 (a) y (c) hasta el (f), y el artículo 3 de la CEDAW leída en conjunto con el artículo 1 de la CEDAW y la Recomendación general N° 19 del Comité y los derechos correspondientes de la fallecida Fatma Yildirim a la vida y a la integridad mental y física. Corte Europea de Derechos Humanos - Opuz vs. Turquía 259 78. La Declaración de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1993), en su artículo 4(c), insta a los Estados a “[p]roceder con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y, conforme a la legislación nacional, castigar todo acto de violencia contra la mujer, ya se trate de actos perpetrados por el Estado o por particulares”. (Consultadas 8 julio de 2018) Disponible en: [http://angelduran.com/docs/Cursos/CCDC2013/mod03/03-034\\_LC5-Caso-Opuz.pdf](http://angelduran.com/docs/Cursos/CCDC2013/mod03/03-034_LC5-Caso-Opuz.pdf)

- Directiva 2006/54/CE, de 5 de julio de 2006, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación. Esta Directiva define la discriminación directa, la discriminación indirecta, el acoso y el acoso sexual. Asimismo, insta a los empresarios a adoptar medidas preventivas para luchar contra el acoso sexual, endurece las sanciones en caso de discriminación y prevé la creación, en los Estados miembros, de organismos encargados de promover la igualdad de trato entre mujeres y hombres.
- Directiva 2010/41/UE, de 7 de julio de 2010, en la que se establecen objetivos para la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres que ejercen una actividad autónoma, incluidas las actividades agrícolas, así como sobre la protección de la maternidad.

En segundo lugar enfocar la violencia de género sin victimizar a la mujer, en este sentido tenemos las siguientes Directivas:

- Directiva 2011/36/UE, de 5 de abril, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas.
- Directiva 2011/99/UE, de 13 de diciembre, por la que se crea la orden europea de protección, “destinada a proteger a una persona contra actos delictivos de otra que puedan poner en peligro su vida, su integridad física o psicológica y su dignidad, su libertad individual o su integridad sexual”, y se faculta a una autoridad competente de otro Estado miembro para mantener la protección de la persona en el territorio de ese otro Estado miembro.
- Directiva 2012/29/UE, de 25 de octubre, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos.

## VII. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA NORMATIVA ESPAÑOLA.

La normativa pretende atender a las recomendaciones de los organismos internacionales en el sentido de proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres, y por lo tanto, plasmar en textos legales todas las obligaciones internacionales y nacionales respecto al delito de violencia de género. El inicio a este proceso es el propio concepto de igualdad de la Constitución Española.

### 1. LA IGUALDAD EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978.

Conseguir la igualdad entre hombres y mujeres prohibiendo la concreta discriminación por razón de sexo se enmarca el artículo 14 de la Constitución norma suprema. Y ello desde una triple perspectiva:

-Igualdad como derecho

-Igualdad como valor

-Igualdad como principio transversal de la Constitución.

Si hacemos una breve mirada a la historia reciente de España nos encontramos con la cruel realidad en la que vivían las mujeres en nuestro país<sup>94</sup>. Hasta 1961 la mayoría de las ordenanzas laborales y reglamentaciones de trabajo en empresas públicas y privadas establecieron despidos forzosos de las trabajadoras al contraer matrimonio y algunos reglamentos del régimen interior de las empresas prohibían a las mujeres ejercer puestos de dirección. Además, la mujer casada continuó necesitando el permiso de su marido para firmar contratos de trabajo, ejercer el comercio y usufructuar su salario.

El Código Penal castigaba duramente a la mujer que cometía adulterio (la mujer casada que yace con varón que no sea su marido), mientras que en los hombres sólo era delito si se trataba de amancebamiento (que el marido tenga manceba dentro de la casa conyugal o notoriamente fuera de ella).

---

<sup>94</sup>ORTIZ HERAS, Manuel. "Mujer y dictadura franquista". En: *Aposta: Revista de ciencias sociales* [en línea], 2006, no. 28 [consulta: 14 de agosto de 2018]. ISSN: 1696-7348. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/ortizheras.pdf>.



La Ley 22 de julio de 1961<sup>95</sup> prohibió toda forma de discriminación laboral en función del sexo y expresamente la salarial. En torno a 1961 las reglamentaciones de trabajo y ordenanzas laborales dejaron de contener cláusulas de despido por matrimonio. A partir de entonces, cuando las trabajadoras contraían nupcias, podían generalmente elegir entre tres opciones:

1. Continuar en su puesto.
2. Acogerse a una excedencia temporal de uno a cinco años para dedicarse al cuidado de su familia.
3. O a una permanente, tras percibir una indemnización.

En 1966 se permitió a las mujeres ejercer como magistrados, jueces y fiscales de la Administración de Justicia. La autorización marital para firmar un contrato laboral y ejercer el comercio fue abolida en la reforma de los Códigos Civil y de Comercio de 1975. Cuando el régimen económico del matrimonio era la sociedad de gananciales, los salarios de ambos cónyuges constituían bienes gananciales, cuya administración siguió correspondiendo durante todo el franquismo (y hasta 1981) al marido.

Por último, a finales de 1975 el acceso a algunos puestos de trabajo permanecía cerrado para las mujeres, por ejemplo, en la Policía o las Fuerzas Armadas. Apostar por el control de su maternidad (hasta 1991 la patria potestad la ejercía el varón de forma exclusiva, la mujer solamente cuando era viuda). Con la Constitución se inicia un camino de búsqueda de igualdad efectiva entre hombres y mujeres y como un paso más de ese peregrinaje el 28 de diciembre de 2004 se publica la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>96</sup>.

El art. 14 Constitución Española prohíbe expresamente cualquier discriminación por razón de sexo con el objetivo de terminar con la situación de inferioridad en la vida de la mujer. Este artículo supuso un cambio radical ya que en él se plasman tendencias universales

---

<sup>95</sup> Ley 56/1961, de 22 de julio, sobre derechos políticos profesionales y de trabajo de la mujer.

<sup>96</sup>TORRENTE RISUEÑO, Jesús. “Constitución Española y Violencia de Género: una relación transversal” [en línea] [consulta: 14 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.icalba.com/files/miniwebs/menus/6/documentos/constitucionViolencia.pdf>

a favor de la equiparación de sexos. El artículo 9.2. del texto constitucional, aparece recogida la llamada “igualdad material” o “igualdad real”, como un mandato dirigido a los poderes públicos que exige que se promuevan las condiciones para que la igualdad de los individuos y de los grupos en que se integran sea reales y efectivas. Con ello, se autoriza al legislador para desarrollar una acción para igualar, más allá de la mera igualdad formal.

Es posible que España sea de los países pocos países que tiene una ley específica de medidas contra la violencia de género, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y además tenga también una Ley de Igualdad entre hombre y mujeres Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que más adelante analizaremos. Pero el primer texto que reconoce la igualdad es la Constitución Española aunque que de una manera muy tibia. Recordemos, en todo caso, que la aprobación de la Constitución se produjo en un momento donde la ausencia de mujeres juristas era evidente y que esto tuvo una gran repercusión en esta Constitución<sup>97</sup>”.

Esta primera norma del ordenamiento jurídico español declara que “España se constituye en un Estado Social y democrático de Derecho, que promulga como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político” (artículo 1.1).

El término igualdad aparece en diversos artículos de nuestra Carta Magna. En primer lugar, lo podemos encontrar en el Título Preliminar, en el artículo 19 como un valor superior, y en el artículo 9.2, como un mandato a los poderes públicos de promover la igualdad real.

Otras manifestaciones de la idea de igualdad aparecen en el Título Primero (“De los Derechos y Deberes Fundamentales”) en varios artículos se recoge, estamos ante un principio que abarca distintos aspectos dentro de la propia Constitución. De estas referencias

---

<sup>97</sup> PERIODICO PÚBLICO. ALBIN, Danilo. “6-D: 39 años de una Constitución machista e incumplida”. BILBAO (Consultado 4 septiembre 2018. Artículo publicado en 05/12/2017). Disponible en: <https://www.publico.es/politica/dia-constitucion-6-d-39-anos-constitucion-machista-e-incumplida.html>

sobre la igualdad, quizás la que mayor relevancia ha adquirido ha sido la que se presenta en el artículo 14:

*“los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.*

Se trata de una norma que contiene un derecho de los ciudadanos y un límite de actuación para los poderes públicos. Se ubica en la antesala del Capítulo II del Título I de la Constitución, que recoge los derechos fundamentales pero sin incluirse dentro de la sección primera que contiene los “derechos fundamentales y las libertades públicas”. Sin embargo, el Tribunal Constitucional en numerosas ocasiones ha tendido a no descartar el derecho a la igualdad como un auténtico derecho fundamental.

## 2. LA LEY ORGÁNICA 1/2004, DE 28 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Con todos los votos a favor (320)<sup>98</sup> el Congreso aprobó el 7 de octubre de 2004 el proyecto de Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Como ocurrió en el plano internacional, el cambio normativo en el ordenamiento español se impulsa por las organizaciones de mujeres que exigen una ley de carácter integral que prohibiera la violencia y que se materializa un 28 de diciembre de 2004 con esta Ley de medidas contra la violencia de género. Hasta ese momento, la prohibición de esta violencia se contenía casi exclusivamente en el Código Penal y limitado a un tipo concreto de violencia<sup>99</sup>.

Su recorrido hasta la actualidad ha estado –en todo caso- lleno de baches, así la Ley –en su trámite parlamentario tanto como Anteproyecto de Ley Orgánica Integral contra la Violencia ejercida sobre la Mujer de 4 de junio de 2004, como Proyecto de Ley Orgánica de

---

<sup>98</sup> PERIODICO EL PAÍS: El Congreso aprueba por unanimidad la ley integral contra la Violencia de Género. [consulta: 9 septiembre 2018]. Disponible en: [https://elpais.com/diario/2004/10/08/sociedad/1097186401\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2004/10/08/sociedad/1097186401_850215.html)

<sup>99</sup> Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre.

Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, de 7 de octubre de 2004– ha sufrido polémicos debates entre los distintos organismos encargados de emitir Informes preceptivos –aunque no vinculantes– tales como el Consejo General del Poder Judicial, el Consejo de Estado y, en menor medida, el Consejo Económico y Social y el Consejo Escolar del Estado. Sin embargo, la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género ha tenido un gran impacto social en la percepción de los conceptos, causas y posibles soluciones de este tipo de violencia tal y como recuerda el propio texto, *“La Ley parte de la existencia de un modelo de relación entre hombres y mujeres que, forjado desde un sistema patriarcal de interacción entre los sexos, debe ser cuestionado para dar paso a otro paradigma de identidad y de relación que se adecue de forma más precisa a nuestro sistema de convivencia democrática y venga a corresponderse con el orden de los derechos humanos”* (Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, 2007-2008<sup>100</sup>).

Es además importante su referente en el plano internacional, siendo premiada en el año 2014 por la ONU, al celebrarse los 10 años de su aprobación<sup>101</sup>, al ser modelo de otras leyes con el mismo fin en distintos Estados del mundo.

El texto normativo que nos ocupa expresa una concepción de la violencia que incluye de forma expresa los actos violentos que ocurren en la esfera privada, legitimando la intervención del Derecho al afirmar el sentido político de las relaciones inter-género en tanto que relaciones de poder<sup>102</sup>. Las especiales características que presenta las manifestaciones de la violencia de género más generalizadas, desde el maltrato hasta el asesinato, abuso y agresión sexual, acoso sexual en el trabajo, y trata de seres humanos con fines de explotación sexual, implica respuestas tanto en el ámbito administrativo como los ámbitos civil y penal.

---

<sup>101</sup> EUROPA Press. “La Ley Integral contra la Violencia de Género, premiada por ONU Mujeres, World Future Council y Unión Interparlamentaria” En: Europa Press [en línea]. [consulta: 4 julio de 2017] Disponible en: <http://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-ley-integral-contra-Violencia-genero-premiada-onu-mujeres-world-future-council-union-interpalamentaria-20141014190927.html>

<sup>102</sup>“La prevención y erradicación de la Violencia de Género. Un estudio multidisciplinar y forense”. Directora Elena MARTÍNEZ GARCÍA; coordinador Juan Carlos, VEGAS AGUILAR. Cizur Menor, Navarra: Aranzadi, 2012. ISBN: 978-84-901-4191-5

Un objetivo de la propuesta de esta Ley es la articulación positiva del derecho a vivir sin violencia de género. Sustentan este objetivo los siguientes argumentos:

- a. *La violencia de género es la única violencia ilegítima, que en mayor o menor grado, padece la mitad de la humanidad, (a todas las niñas se las educa en la auto-limitación de la libertad de ambulatoria y en la forma de vestir, entre otras, como una prevención para no ser víctimas de delito. No se dan estas pautas limitadoras de la libertad a los niños).*
- b. *Otro elemento a tener en cuenta son las relaciones de proximidad (personal, afectiva, laboral etc.) entre agresor y víctima que se dan en la mayoría de los supuestos de violencia de género, lo que unido a que en muchos casos, no hay testimonios de estos actos criminales, sitúan a la víctima en una posición de especial vulnerabilidad.*
- c. *Un estado democrático no puede tolerar que las mujeres estén sometidas a una violencia específica que les impide coactivamente el pleno ejercicio de sus derechos fundamentales.*
- d. *La plena participación de las mujeres en la vida pública, obliga a que en la vida privada, sean respetados los derechos de cada uno de los individuos que integran la familia. Si estos derechos fundamentales son violados o no ejercitados por haberlo impedido coactivamente; el Estado tiene una responsabilidad en la ausencia de prevención y falta de protección suficiente.*
- e. *La prevención pasa necesariamente por la sensibilización social, y sobre todo, por la formación en todos los niveles educativos en la resolución pacífica de conflictos y la efectiva igualdad de derechos entre los sexos.*
- f. *La protección efectiva, que según mi criterio debe tener lugar en tres niveles:*
  - *Una estrategia de intervención clara coordinada de las administraciones públicas.*
  - *Un presupuesto asegurado a corto, medio y largo plazo presupuesto asegurado a corto,*

- *Y, un derecho legal subjetivo a pedir ayuda, expresamente establecido en la Ley (asesoramiento, asistencia jurídica, psicológica, económica en caso de necesidad, amparo y acogida etc.)*
- g. *La reparación por parte del Estado como responsable civil subsidiario respecto del autor material.*
- h. *El ofrecimiento de alternativas reeducadoras o rehabilitadoras al agresor que no le sitúen como un delincuente privilegiado frente a autores de otros delitos.*

Son muchas las cuestiones que aborda esta ley, buscando la protección integral de una mujer siendo su finalidad prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género, así como prestar asistencia a sus víctimas. Es una ley transversal que recoge, en un sólo cuerpo legal, las materias relativas a la prevención, la represión, y la atención y reparación a las víctimas, haciendo referencia a su carácter integral como expresión del reconocimiento de que la violencia de género es un fenómeno que requiere soluciones multidisciplinarias en ámbitos muy diversos. En lo que respecta al ámbito asistencial, ésta se recoge en su artículo 32.1, afirma:

*“los poderes públicos elaborarán planes de colaboración que garanticen la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, que deberán implicar a las administraciones sanitarias, a la administración de Justicia, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, a los servicios sociales y organismos de igualdad”.*

No sólo integra medidas estrictamente penales agravando tipos y ampliando la cobertura penal (Título IV), sino también de medidas de sensibilización, prevención y detección (Título I), asistencia social, jurídica, psicológica, económica, etc. (Título II), tutela institucional (Título III) y tutela judicial (Título V).

Igualmente en la Ley integral de medidas contra la violencia de género se encuentran en su artículo 2 los principios rectores que articulan la pluralidad de medidas que contiene<sup>103</sup>:

- fortalecer las medidas de sensibilización ciudadana de prevención, dotando a los poderes públicos de instrumentos eficaces en el ámbito educativo, servicios sociales, sanitario, publicitario y mediático.
- consagrar derechos de las mujeres víctimas de violencia de género y así asegurar un acceso rápido, transparente y eficaz a los servicios establecidos al efecto.
- reforzar los servicios sociales de información, de atención, de emergencia, de apoyo y de recuperación integral, así como establecer un sistema para la más eficaz coordinación de los servicios ya existentes a nivel municipal y autonómico.
- garantizar derechos en el ámbito laboral y funcional que concilien los requerimientos de la relación laboral y de empleo público con las circunstancias de aquellas trabajadoras o funcionarias que sufran violencia de género.
- garantizar derechos económicos para las mujeres víctimas de violencia de género, con el fin de facilitar su integración social.
- impulsar la creación de políticas públicas dirigidas a ofrecer tutela a las víctimas de la violencia contemplada en la presente ley.
- fortalecer el marco penal y procesal vigente para asegurar una protección integral.
- coordinar los recursos e instrumentos de todo tipo de los distintos poderes públicos para asegurar la prevención de los hechos de violencia de género y, en su caso, la sanción adecuada a los culpables de los mismos.

---

<sup>103</sup> Otro paso importante fue la Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que otorga una nueva redacción al artículo 153 del Código Penal e incorpora el concepto de violencia psíquica habitual, abarcando también a las ex parejas

- promover la colaboración y participación de las entidades, asociaciones y organizaciones que desde la sociedad civil actúan contra la violencia de género.
- fomentar la especialización de los colectivos profesionales que intervienen en el proceso de información, atención y protección a las víctimas.
- garantizar el principio de transversalidad de las medidas de manera que, en su aplicación, se tengan en cuenta las necesidades y demandas específicas de todas las mujeres víctimas de violencia de género.

Dentro de la tutela judicial, se constituyen organismos especializados como los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y la Fiscalía contra la Violencia sobre la Mujer.

Asimismo, se crean dos órganos administrativos, la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer y el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, con el fin de impulsar la creación de políticas públicas dirigidas a ofrecer tutela a las víctimas de violencia de género. Lo más importante, se recogen expresamente medidas judiciales de protección y de seguridad de las víctimas:

- orden de protección;
- protección de datos y las limitaciones a la publicidad;
- salida del domicilio, alejamiento o suspensión de las comunicaciones;
- suspensión de la patria potestad o la custodia de menores;
- suspensión del régimen de visita;
- suspensión del derecho a la tenencia, porte y uso de armas.

Para el ámbito sanitario se contemplan actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas. Se impulsan programas de sensibilización y de formación a profesionales sanitarios con la finalidad de mejorar su competencia en el diagnóstico precoz. Se contempla la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones violentas de este tipo, y quizá lo más importante, se concreta en estos protocolos que permite establecer unas reglas para detectar y tratar la violencia de género.



### 3. LA LEY ORGÁNICA 3/2007, DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES.

En nuestro ordenamiento jurídico, la Ley de Igualdad efectiva y la Ley integral de medidas contra la violencia de género son los dos textos normativos que marcan la transformación de nuestra sociedad en los valores de igualdad y género.

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.

Un pilar básico en políticas públicas de Igualdad es la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. En el preámbulo se realiza la justificación de la nueva Ley y que es necesario transmitir, *“El pleno reconocimiento de la igualdad formal ante la ley... 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 hombres y mujeres... es todavía hoy una tarea pendiente de nuevos instrumentos jurídicos. Se necesita una acción normativa dirigida a combatir todas las manifestaciones aún subsistentes de discriminación directa o indirecta por razón de género y a promover la igualdad real entre mujeres y hombres”*.

El preámbulo marca el objeto que la 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<sup>104</sup>.

Esta Ley Orgánica 3/2007 viene a dar cumplimiento así al mandato constitucional en el artículo 14 de la Constitución española que proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo, y al artículo 9.2 que impone la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas.

Con la aprobación de esta norma, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, se incorpora una de las leyes más importante para la eliminación de la discriminación y la desigualdad entre mujeres y hombres. Así la ley de igualdad pretende con su articulado regular aquellas situaciones que eliminen las discriminaciones en muchos de los ámbitos de la vida de las mujeres, es esta ley necesaria, en educación, en el ámbito laboral, judicial, medios de comunicación, etc.

Es conveniente destacar el mandato de la Ley hacia la conquista de la igualdad dirigido a la Administración a la que obliga a defender esta igualdad en el marco de su propia estructura interna como en su actuación sobre la ciudadanía<sup>105</sup>. Un claro ejemplo de lo que significa la igualdad en la Administración y el mandato normativo se recoge en el Libro Violeta de la Función Pública Valenciana<sup>106</sup>.

---

<sup>104</sup> PÉREZ, Gloria. LA LEY DE IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES: UN PASO ADELANTE. La ley de igualdad efectiva de mujeres y hombres: un paso adelante Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Vol. 21, Nº. 5, 2007, págs. 367-370. (consulta en línea 9 de septiembre) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv21n5/editoriales.pdf>.

<sup>105</sup> SEVILLA MERINO, Julia, VENTURA GRANCH, Asunción, GARCÍA CAMPÁ, Santiago. “La igualdad efectiva entre mujeres y hombres desde la teoría constitucional”. (Consultado 8 julio de 2018) Disponible en: [http://www.mtramiss.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/67/Est02.pdf](http://www.mtramiss.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/67/Est02.pdf)

<sup>106</sup> SEVILLA MERINO, Julia. BELANDO GARÍN, Beatriz, FABREGAR MONFOR, Gemma, GARCÍA CAMPÁ, Santiago. LIBRO VIOLETA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA VALENCIANA “Garantizar la igualdad efectiva de mujeres y hombres en la Ley de la función pública valenciana”. Conselleria de Justicia, Administración Pública, Reformas Democráticas y Libertades Públicas. ISBN: 978-84-482-6145-0

#### 4. ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO. TEXTO REFUNDIDO REAL DECRETO LEGISLATIVO 5/2015, DE 30 DE OCTUBRE.

Tal y como se aprecia el principio de Igualdad ha tenido impacto en el propio personal de la Administración Pública (Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (TRBEP). Por primera vez se establece en la Ley de función Pública una regulación general de los deberes básicos de los empleados públicos, fundada en principios éticos y reglas de comportamiento, que constituye un auténtico código de conducta, que sin ninguna duda también tienen un efecto directo sobre la igualdad de hombres y mujeres, tanto como personal que trabaja en la administración, como por los y las trabajadoras que atienden a la ciudadanía.

En lo que hace referencia a los empleados y empleadas públicas esta importante norma recoge en su articulado importantes mandatos, como los que recoge el artículo 49 del EBEP dispone que en todo caso se concederán los siguientes permisos con las correspondientes condiciones mínimas:

*d) Permiso por razón de violencia de género sobre la mujer funcionaria: las faltas de asistencia de las funcionarias víctimas de violencia de género, total o parcial, tendrán la consideración de justificadas por el tiempo y en las condiciones en que así lo determinen los servicios sociales de atención o de salud según proceda. Consagra este permiso especial necesario para poder acceder a una vida sin violencia de género<sup>107</sup>.*

Es importante resaltar el artículo 61.1:

*“Los procesos selectivos tendrán carácter abierto y garantizarán la libre concurrencia, sin perjuicio de lo establecido para la promoción interna y de las*

---

<sup>107</sup> BELANDO GARÍN, Beatriz. La Violencia de Género en el nuevo Estatuto Básico del Empleado Público (Consultado 8 septiembre 2018) Disponible en: [https://www.uv.es/genero/\\_docs/public\\_jur/violencia\\_estatuto.pdf](https://www.uv.es/genero/_docs/public_jur/violencia_estatuto.pdf)

*medidas de discriminación positiva previstas en este Estatuto. Y los órganos de selección velarán por el cumplimiento del principio de igualdad de oportunidades entre sexos”.*

Está claro que sin igualdad real, no hay posibilidad de poder terminar con la mayor discriminación que sufren a las mujeres, que es el maltrato “la violencia de género”, las Administraciones tiene una obligación directa del impulso de la igualdad de empleadas públicas (EBEP)<sup>108</sup>, como en la incidencia de la actual administración en la ciudadanía, hombres y mujeres.

## 5. LAS NORMAS ESPECÍFICAS QUE CONECTAN LA SANIDAD CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género no solo se ha abordado desde una perspectiva global, sino también sectorial, en especial y lo que aquí nos interesa desde la normativa general en sanidad

Empezando por la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. Esta ley ha sido modificada en numerosas ocasiones, y las competencias sanitarias trasferidas a las diferentes Comunidades Autónomas, aunque sigue estando patente la necesidad de atención preferente e individualizada a las mujeres que sufren violencia de género. Ya hemos visto que la salud de las mujeres que sufren violencia de género está gravemente dañada, así que la atención en estas situaciones ha de ser urgente y prioritaria. Para ello se desarrollan algunas herramientas dentro de la Ley de sanidad que pasamos a resaltar que se encuentran recogidas en el artículo 6 que afirma:

*“Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a:*

*1 la promoción de la salud.*

---

<sup>108</sup>España. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público.

*2 promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.*

*3 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 garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud”.*

*5 promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.”*

Como se aprecia, y dado el contexto temporal en el que se aprueba la norma no existe mención específica a la violencia de género

Con posterioridad encontramos la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta norma parte del hecho de que la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, y en la igualdad entre hombres y mujeres se encuentra en la integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria, y son retos todos ellos que han puesto de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las comunidades autónomas para complementar algunos elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, de manera que pueda adaptarse a la modernización que el entorno le exige. Por todo ello, esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a la ciudadanía el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

Entre los principios de la Ley se incluirá el evitar especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias. Es necesaria la promoción y protección de la salud laboral deberá prestar especial consideración a los riesgos y necesidades específicos de las trabajadoras.

Además se especifica que las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género<sup>109</sup>. En cuanto a la formación (que veremos más adelante) y el desarrollo de la competencia técnica de todos y todas las profesionales que trabajan en este ámbito sanitario. Se requiere para llegar a comprender que sin equidad, sin igualdad la salud tampoco puede ser de calidad, es necesario, por tanto, la inclusión de la perspectiva de género en las actuaciones formativas. Igualmente, como responsabilidad del Estado y las Comunidades Autónomas, se ha de promover que la investigación en salud atienda las especificidades de mujeres y hombres<sup>110</sup>.

Por lo tanto, también el sistema sanitario de información desagregará por sexo todos los datos susceptibles de ello. El informe anual del Observatorio sobre el estado del Sistema Nacional de Salud contendrá análisis específicos de la salud de mujeres y hombres.

Más recientemente, en el ámbito sanitario, también tuvo una gran importancia el mandato de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, contenido en su artículo 15, que establece que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), promoverán las actuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha

---

<sup>109</sup> Artículo 12. *Prestación de atención primaria.*

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

2. La atención primaria comprenderá:

- a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- e) La rehabilitación básica.
- f) Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán 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.
- g) La atención paliativa a enfermos terminales.
- h) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- i) La atención a la salud bucodental.

<sup>110</sup> A la investigación se dedica el capítulo IV. Siendo ésta una materia en la que concurren las competencias estatales y autonómicas, las normas contenidas en este capítulo van dirigidas a ordenar, en el ámbito sanitario, la actividad investigadora de los órganos competentes de la Administración General del Estado.

contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas. El diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, están además incluidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Este conjunto normativo incide además en las actuaciones sanitarias del sistema de salud dirigidas a la protección, promoción y mejora de la salud laboral, se debe de prestar la perspectiva de género. La formación del personal al servicio de la organización sanitaria incluirá actuaciones formativas dirigidas a garantizar su capacidad para detectar, prevenir y tratar la violencia de género, sin esta formación, sí no se sabe diagnosticar los efectos sobre la salud que tiene la violencia de género difícilmente se podrá poner solución a esta situación.

La finalidad última de estas políticas y sus actuaciones es ofrecer orientaciones al personal sanitario para la atención integral –física, psicológica, emocional y social– a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario, para así poder terminar con las relaciones de maltrato que son causa de una mayor morbimortalidad en las mujeres que la sufren, y recuperar la salud y autonomía de la mujer. El tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica incluirá, siempre que sea posible, desagregación por sexo.

## VIII. LA NORMATIVA AUTONÓMICA VALENCIANA

Las administraciones autonómicas poseen un papel fundamental en la erradicación de la violencia de género por estar muy cercanas a la ciudadanía. Dado que el trabajo de campo se ha realizado con las normas que se recoge en las Leyes Autonómicas Valencianas. Aquí haremos referencia a ellas

### 1. EL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. LEY ORGÁNICA 5/1982

El Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, fue aprobado por la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio el 10 de julio de 1982, aunque ha sufrido varias modificaciones, la última de las cuales es de 17 de julio de 2010. Analizando su contenido descubrimos que no es hasta el Título II De los derechos de los valencianos y valencianas, cuando se hace la primera referencia a los valencianos y valencianas, en su condición de ciudadanos españoles y europeos, como titulares de los derechos, deberes y libertades reconocidos en la Constitución Española y en el ordenamiento de la Unión Europea y en los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, individuales y colectivos.

La primera mención se encuentra en el artículo 8, que recoge de manera amplia e integral, en concreto que:

*1. “Los valencianos y valencianas, en su condición de ciudadanos españoles y europeos, son titulares de los derechos, deberes y libertades reconocidos en la Constitución Española y en el ordenamiento de la Unión Europea y en los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, individuales y colectivos, en particular, en la Declaración Universal de Derechos Humanos; en los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; en la Convención Europea de Derechos del Hombre y Libertades Fundamentales, y en la Carta Social Europea.*



*2. Los poderes públicos valencianos están vinculados por estos derechos y libertades y velarán por su protección y respeto, así como por el cumplimiento de los deberes.*

Se aprecia por tanto una especial atención a los derechos sociales que incluye la protección contra la violencia de género. Así se recoge en la nueva redacción del nuevo artículo 10.3:

*“...igualdad de derechos de hombres y mujeres en todos los ámbitos, en particular en materia de empleo y trabajo; protección social contra la violencia, especialmente de la violencia de género y actos terroristas; derechos y atención social de los inmigrantes con residencia en la Comunitat Valenciana”.*

En la misma línea sigue el artículo 11 se establece que:

*“La Generalitat, conforme a la Carta de Derechos Sociales, velará en todo caso para que las mujeres y los hombres puedan participar plenamente en la vida laboral, social, familiar y política sin discriminaciones de ningún tipo y garantizará que lo hagan en igualdad de condiciones. A estos efectos se garantizará la compatibilidad de la vida familiar y laboral”.*

Como se puede comprobar el mandato normativo no se circunscribe solo al ámbito de los poderes públicos sino que la prohibición de la discriminación por razón de género y por tanto, el objetivo es lograr la igualdad de derechos a los ámbitos de la educación, del ámbito laboral, de los medios de comunicación y de la conciliación familiar y personal.

Tal y como se recoge por parte de nuestra doctrina<sup>111</sup> y diversos estudios se pueden apreciar cómo se concretan en los textos esta igualdad de género, llegándose a afirmar que,

---

<sup>111</sup> SEVILLA MERINO, Julia y CALVET PUIG, M. Dolors. *“Reforma estatutaria y perspectiva de Género”*. p.p 35 y ss. En Dialnet (consultado en línea septiembre de 2018) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3084278>

“El impacto de género se reconoce al comprobar en la práctica el efecto que producen sobre hombres y mujeres decisiones que, en principio, parecen no sexistas y que pueden tener consecuencias diferentes en las mujeres y en los hombres, a pesar de que dicha consecuencia ni estuviera prevista ni se deseara<sup>112</sup>”.

## 2. LEY 9/2003 DE 2 DE ABRIL, DE LA GENERALITAT, PARA LA IGUALDAD ENTRE MUJERES Y HOMBRES.

La ley de Igualdad de la Generalitat fue una de las pioneras adelantándose a la ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres de ámbito estatal. Recogía ya en el año 2003 que: “*La desigualdad existente entre las mujeres y los hombres es un hecho indiscutible. A pesar de los avances producidos en los últimos años, todavía sigue existiendo un nivel de desigualdad intolerable desde la perspectiva de los valores que inspiran el orden democrático, y es por ello que los estados y los organismos internacionales han tomado medidas en el sentido de erradicar la desigualdad de género*”.

En desarrollo del mandato e impulso de la igualdad del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana se aprobó la Ley 9/2003, de 2 de abril. En concreto su artículo 2 recuerda que corresponde a la Generalitat Valenciana, en el ámbito de sus competencias, promover las condiciones para que la igualdad de la ciudadanía y los grupos en que se integran sean reales y efectivas, y eliminar los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud. Hay que señalar, que la presente ley encuentra su fundamento en el artículo 31.26 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, que atribuye a la Generalitat Valenciana competencia exclusiva sobre promoción de la mujer.

También la Ley 12/2017, de 2 de noviembre, de la Generalitat para garantizar la igualdad entre mujeres y hombres en sus órganos describe que en el artículo 11 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana establece que la Generalitat: “*velará en todo*

---

<sup>112</sup> En el mencionado artículo la profesora Sevilla hace un recorrido muy interesante basada en la comparación de los distintos Estatutos de Autonomía y de la incorporación de la perspectiva de género en éstos. Recoge el artículo la mención que hace este Estatuto de Autonomía sobre un apartado específico a la «Promoción de la mujer»

*caso para que las mujeres y los hombres puedan participar plenamente en la vida laboral, social, familiar y política sin discriminaciones de ningún tipo y garantizará que lo hagan en igualdad de condiciones*". En la misma dirección se recoge en el artículo 10 de la Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la igualdad entre mujeres y hombres que: *"la Generalitat procurarán en el nombramiento o designación de personas, para constituir o formar parte de órganos o instituciones, que exista una presencia paritaria de mujeres y hombres"*.

Aun así, la composición de los órganos de estas instituciones estatutarias está lejos de velar por la representatividad de las mujeres. Es necesaria, por tanto, una modificación de las leyes reguladoras de las instituciones recogidas en el capítulo VI del Estatuto de autonomía para garantizar de manera efectiva la composición representativa entre mujeres y hombres de sus órganos y garantizar la igualdad de oportunidades.

### 3. LEY 7/2012, DE 23 DE NOVIEMBRE, DE LA GENERALITAT, INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA SOBRE LA MUJER EN EL ÁMBITO DE LA COMUNITAT VALENCIANA

La erradicación de la violencia contra la mujer constituye uno de los pilares fundamentales sobre el que se asientan las políticas sociales que desde la Generalitat se llevan a cabo hace más de una década, proporcionando una atención integral a las mujeres víctimas de esta lacra social. Así, la Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, dedica, en el capítulo VI, parte de su articulado a establecer medidas dirigidas a la erradicación de la violencia de género.

El objetivo último de la presente ley es lograr la erradicación de cualquier tipo de violencia, en su expresión más amplia, en cualquier ámbito social, que tenga su fundamento

último en la condición de mujer, aunque externamente pueda venir disfrazada de cualquier otro fundamento o connotación cultural, religiosa, tradicional o de cualquier tipo<sup>113</sup>.

La ley valenciana amplía el concepto de violencia de género e incorpora modalidades que no integra la ley integral contra la violencia integral de género estatal. Así se aprecia al examinar el artículo 3 de esta Ley.

Incluye sin ánimo de extralimitarse, conceptos más amplios sobre los tipos de violencia sobre la mujer más habituales.

*1. La violencia física: toda conducta que, directa o indirectamente, esté dirigida a ocasionar daño o sufrimiento físico sobre la mujer que pueda producir lesiones como eritemas, erosiones, heridas, hematomas, quemaduras, esguinces, luxaciones, fracturas o cualquier otro maltrato que atente contra la integridad física de la misma, con resultado o riesgo de lesión o muerte.*

*2. La violencia psicológica: toda conducta que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer, mediante amenazas, insultos, humillaciones, coacciones, menosprecio del valor personal o dignidad, exigencia de obediencia, aislamiento social, culpabilización y privación de libertad. Así mismo, se considera violencia psicológica toda conducta dirigida a ocasionar daños a bienes de la víctima, con el objeto de infligir miedo o temor en ésta.*

*3. La violencia sexual: todas aquellas conductas tipificadas como delito contra la libertad e indemnidad sexual de la mujer. En general, todos los actos de naturaleza sexual forzada por el agresor, o consentida por abuso de una situación de prevalimiento o poder por parte del agresor sobre la víctima, o no consentida por*

---

<sup>113</sup>Comunidad Valenciana. Ley 7/2012, de 23 de noviembre, de la Generalitat, Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el Ámbito de la Comunitat Valenciana.

*ésta, con independencia de que aquel guarde o no relación conyugal, de pareja afectiva, de parentesco o laboral con la víctima.*

*4. Violencia económica: se considera violencia económica, a los efectos de esta ley, toda aquella limitación, privación no justificada legalmente o discriminación en la disposición de sus bienes, recursos patrimoniales o derechos económicos, comprendidos en el ámbito de convivencia de la pareja o en los casos de ruptura de la relación.*

*5. Mutilación genital femenina u otras prácticas tradicionales y/o culturales nocivas o perjudiciales para las mujeres y niñas.*

*6. Trata de mujeres y niñas: se entiende ésta como la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de mujeres, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, con fines de explotación sexual.*

En el tema que nos ocupa la parte más importante a desarrollar de esta ley se encuentra recogido en el artículo 37 se dedica a la formación en materia de violencia sobre la mujer. El punto 1 de este artículo llama la atención sobre la importancia de la formación continua del personal sanitario, que como veremos, es clave en la detección y recuperación de la salud de las mujeres maltratadas. En concreto afirma:

*“La Generalitat impulsara la formación continua y especializada en violencia sobre la mujer del personal al servicio de la administración, en especial de quienes trabajen o colaboren en la atención y erradicación de este fenómeno, prestando especial importancia a las profesiones del ámbito judicial, educativo, sociosanitario y policial”.*

Este artículo establece los espacios donde se tiene que abordar esta actuación sanitaria, y lo establece muy claro, tanto en la sanidad pública como en la privada. De esta manera el apartado 4 establece:

*“Asimismo, el personal sanitario de las áreas de atención primaria, atención especializada y servicios de urgencias que, en el desempeño de su trabajo, puedan tener contacto con posibles víctimas de este tipo de violencia en los centros sanitarios, públicos o privados, y de servicios sociales, recibirán formación en la materia, enfocada a la sensibilización y reconocimiento de tales situaciones, con el fin de mejorar la prevención e impulsar el diagnóstico precoz de estos casos de violencia”*

Hay que destacar lo importante que es la detección por el personal sanitario de la violencia de género en la salud de las mujeres maltratadas. Poder detectar el maltrato en este ámbito es prioritario, dado que el maltrato ya se ha producido. Si hablamos de detección y asistencia a las mujeres en situación de maltrato tenemos que resaltar siempre lo importante de la actuación sanitaria en el proceso de recuperación de las mujeres maltratadas, habiendo fallado tanto en la formación como en la prevención.

De una manera más ordenada, pasamos a recoger cual sería el recorrido lógico que tendría que aplicarse según se recorre en este texto legal, y que como veremos más adelante se recoge en los protocolos sanitarios como hoja de ruta en estas situaciones de maltrato.

### 3.1 Detección de la violencia de género.

En cuanto a la detección analizando aquellos síntomas e indicadores el artículo 43 de la ley 7/2012, de 23 de noviembre, se hace eco de lo establecido en el artículo 32.3 de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Instando a la elaboración de un protocolo. En concreto afirma:

*“las Administraciones con competencias sanitarias promoverán la aplicación, la permanente actualización y la difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, del Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Tales protocolos impulsarán actividades de prevención,*

*detección precoz e intervención continuada a la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla”.*

Estos protocolos, son las mejores herramientas indispensables para una buena detección y abordaje en la salud de las mujeres, por eso se recoge también en la ley autonómica. En concreto se recoge así en el siguiente artículo:

43.1. *“La Generalitat articulará medidas específicas para la prevención, detección precoz y atención en caso de violencia sobre la mujer, incluyendo aquellas medidas para el posterior seguimiento y evaluación de sus consecuencias en la salud de las víctimas. Para ello, se seguirá en todos los centros sanitarios el protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA), de la Consellería competente en materia de sanidad, así como otros programas o protocolos de actuación que sean necesarios para el cumplimiento de esta ley”.*

### 3.2 Atención de la Violencia de género

Una vez confirmada la sospecha de maltrato después de que una mujer va a su Centro de Salud en muchas ocasiones (como veremos) no es consciente de lo que le está pasando, por eso necesita una atención especial, y pasamos a la atención necesaria para ella y para su entorno familiar más cercano.

Según el artículo 42.1, *“En el ámbito de la Comunitat Valenciana, la Consellería competente en materia de sanidad garantizará a las mujeres víctimas de cualquier manifestación de violencia contemplada en la presente ley el derecho a una atención y asistencia sanitaria especializada y gratuita, hasta el total restablecimiento de su salud, tanto física como psíquica. La atención sanitaria, tanto en caso de daños físicos como psíquicos, será extensible también a sus descendientes menores de edad y a las personas tuteladas o acogidas por la víctima. Todo ello sin perjuicio de las obligaciones de los terceros al pago del importe de las prestaciones realizadas conforme a la Ley 6/2008, de 2 de junio, de la Generalitat, de Aseguramiento Sanitario*

*del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana, y demás normativa que resulte de aplicación”.*

Recoge así artículo 42.3 de la Ley la necesaria atención cuando ya ha ocurrido una agresión, una especial sensibilidad: *“Para dispensar un trato acorde con la especial sensibilidad que merece la víctima de este tipo de agresiones, se preservará su intimidad y privacidad, facilitando a la misma, siempre que sea posible, su estancia en dependencias aisladas o su ingreso en habitación hospitalaria individual así como la atención y asistencia por parte de personal femenino, si así lo solicitara”.*

### 3.3 Derivación de la Violencia de género

Una vez la mujer es atendida tanto por los servicios sanitarios, como por los específicos en atención a la mujer maltrata y de manera paralela, como veremos más adelante, existe la obligación de comunicación de un posible maltrato al ámbito judicial, y es una obligación normativa que se regula también en la ley, ya que de no hacerlo el personal sanitario incurre en una falta, este deber se concreta así se concreta en el artículo 42.2 de la Ley Valenciana:

*42.2. “Compete a los y las profesionales, conforme a la Ley de Enjuiciamiento Criminal, comunicar a la autoridad correspondiente aquellos casos de violencia recogidos en el artículo 3 de esta ley. La Generalitat fomentará acuerdos de colaboración para seguir los mismos protocolos de actuación en aquellos casos en que se atiendan a víctimas de violencia contra la mujer”.*

Ha día de hoy, mucha es la normativa y muchas las herramientas para combatir este fenómeno social desde el ámbito sanitario, veremos en el recorrido de este trabajo, como su incumplimiento, la falta de desarrollo y la falta de recursos, hace que no sean eficaces todas las medidas que aquí se regulan.



#### 4. PLAN DE IGUALDAD DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA

Nos ha parecido importante traer aquí este plan de igualdad por la implicación que contiene en su texto, sobre todo en dos espacios muy concretos. Uno porque es el primero y porque siendo un ámbito de una Consellería esté tan concreto, tanto la igualdad entre hombres y mujeres dentro de la propia institución, como también fuera de la misma, con un mandato concreto sobre la formación y el conocimiento de todos los protocolos, circulares, ordenanzas y todas aquellas instrucciones que explícitamente tiene un efecto directo tanto sobre las mujeres y hombres que trabajan en la propia Consellería, como en aquellos efectos que repercuten sobre la ciudadanía, concretamente con la eliminación de la discriminación entre mujeres y hombres y sobre aquellas mujeres que pudieran estar sufriendo la violencia de género.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres recoge, en el artículo 46, el concepto y contenido de los planes de igualdad de las organizaciones, y los define como «un conjunto ordenado de medidas, adoptadas después de realizar un diagnóstico de la situación, tendentes a alcanzar en la empresa y en las organizaciones, la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres y a eliminar la discriminación por razón de sexo», garantizando el acceso de la representación legal de las trabajadoras y los trabajadores, a la información sobre el contenido de los planes de igualdad y la consecución de sus objetivos.

En el ámbito sanitario que es el que mayor interés nos despierta al ser espacios de detección de violencia de género desde los espacios sanitarios, el plan se aprobó por RESOLUCIÓN de 9 de junio de 2016, de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública, por la que se ordena la publicación del I Plan de Igualdad de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública. El plan de igualdad, es una propuesta temporal que lo que persiguen es eliminar esas discriminaciones que dentro del ámbito laboral se han diagnosticado por el propio plan, y que lleva medidas correctoras y un plazo para que sean revisadas e implementadas en un plazo determinado de tiempo. Dentro de este plan de igualdad se recogen acciones dirigidas a la mejora en la sensibilización detección, para que

en un plazo de dos años, la temporalidad de cada acción viene reflejada en el desarrollo del propio plan.

Dentro del área relativa a la Detección precoz, prevención y protección de las víctimas de violencia de género en el entorno laboral se establece el objetivo 6 *“Establecer medidas de sensibilización, detección precoz, prevención y protección de las mujeres víctimas de violencia de género”*, con las siguientes medidas:

*Medida 6.1 Establecer procedimiento especialmente ágil que garantice la rapidez de actuación en la protección a la víctima de violencia de género.*

*Medida 6.2 Facilitar, entre otras medidas, la movilidad, la reducción de jornada, la reordenación del tiempo de trabajo, los permisos, los traslados y las excedencias a las víctimas de violencia de género. Para ello, se promoverán procedimientos ágiles e inmediatos para el reconocimiento de las situaciones descritas anteriormente.*

*Medida 6.3 Reservar del puesto de trabajo de origen hasta un máximo de 2 años, ante un traslado de centro por violencia de género.*

*Medida 6.4 Divulgar los recursos de atención en materia de violencia de género existentes en la Generalitat Valenciana.*

*Medida 6.5 Difundir e impulsar la utilización del Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género, en los servicios de atención primaria y especializada.*

*Medida 6.6 Formar y sensibilizar al personal sanitario en la prevención, detección precoz y atención integral de la violencia de género.*

*Medida 6.7 Diseñar acciones de sensibilización en el ámbito sanitario de manera permanente, en especial, coincidiendo con la conmemoración del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia de Género.*

Estas son medidas recogidas por primera vez en un plan de igualdad de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, que aunque su ámbito es el laboral, va más allá, ya

que recoge temas de violencia de género para que el personal que en su ámbito laboral puedan tener relación con mujeres que puedan sufrir esta patología social.

## **PARTE II: GÉNERO, SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO**

## CAPÍTULO TERCERO. LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

### I. UNA APROXIMACIÓN AL TEMA.

La violencia de género tiene efectos contraproducentes en la salud a corto y largo plazo y es un problema importante de salud pública<sup>114</sup>. La violencia contra las mujeres obtuvo este reconocimiento por la Organización Mundial de la Salud en 1996, poniendo de manifiesto entonces de las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene este problema social. La magnitud que ha alcanzado en los últimos años, hace que la violencia se encuentre actualmente entre las prioridades en salud.

Manifestando esta realidad en datos reveló que 38% de todas las mujeres asesinadas en el mundo lo fue a manos de sus parejas. Así lo revela por primera vez un estudio internacional que en 2013 presentó la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según los datos recabados, cerca del 35% de las mujeres en todo el mundo sufre violencia física o sexual por parte de sus compañeros sentimentales o de alguien fuera de la pareja en algún momento de sus vidas. Concretamente, el 30% se refiere a la violencia de género. Estos hallazgos, subraya Margaret Chan, directora general de la OMS, demuestran que *"la violencia contra las mujeres es un problema de salud mundial de proporciones epidémicas"*<sup>115</sup>.

La OMS explica que las víctimas son propensas a sufrir heridas graves o la muerte, depresión, se hacen adictas al alcohol, son contagiadas con enfermedades de transmisión sexual y tienen embarazos no deseados y abortos. Flavia Bustreo<sup>116</sup>, responsable de Salud de la Familia, las Mujeres y los Niños/as en la OMS, concluyó que los gobiernos tienen que

---

<sup>114</sup>GRACIA, Enrique, LILA, Marisol, "Los profesionales de la salud y la prevención de la Violencia doméstica contra la mujer". En: *Revista Médica de Chile* [en línea], vol. 136, 2008, pp. 394-499 [consulta: 14 agosto de 2018]. ISSN: 0034-9887. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000300017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300017)

<sup>115</sup> OMS afirma que la Violencia de Género es un problema de salud pública". ONU, 2013. [Consulta: 6 julio 2018]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2013/06/1275001>

<sup>116</sup> BUSTREO, Flavia Informe de la OMS destaca que la Violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas". (Consultado septiembre 2018). Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)

hacer más por prevenir este flagelo y afrontar los factores sociales y culturales que lo provocan.

En este estudio señala Bustrelo: *“Desde las más jóvenes de 15 a 19 años a las que tienen más de 65, todas las mujeres están expuestas a esos abusos. Es un fenómeno que se ve en todo el mundo, en todas las regiones, en todos los niveles adquisitivos. La información y la noción de la prevalencia de este problema es algo fundamental para la prevención<sup>117</sup>”*.

El citado estudio ya destaca además que el 45% de las mujeres en África y el 36% en las regiones de América y el Mediterráneo han sufrido este tipo de violencia. Ante esta realidad la OMS reiteró la necesidad de que todos los sectores se vinculen a la eliminación de la tolerancia a ese tipo de maltrato y publicó una guía para ayudar a los países a mejorar la capacidad de los sistemas de salud para responder a esa violencia.

En definitiva la OMS no deja de advertir que las y los profesionales que atienden a las mujeres víctimas de violencia deben conocer las dificultades a las que éstas pacientes han de hacer frente cuando deciden terminar con una relación de malos tratos. Sólo así podrán establecer el entorno adecuado y el clima de confianza suficiente que permita a las mujeres ganar seguridad y avanzar en el proceso.

Ya vimos que la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas, celebrada en 1995<sup>118</sup>, incluyó la violencia contra la mujer entre los temas preocupantes que requieren atención, y en su Plataforma de Acción señala que:

*“La falta de suficientes estadísticas y datos desglosados por sexo sobre el alcance de la violencia dificulta la elaboración de programas y la vigilancia de los cambios”*.

---

<sup>118</sup>NACIONES Unidas. “Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995” [en línea]. Nueva York: Naciones Unidas, 1996. [Consulta: 5 agosto de 2018] ISSN 92-1-330155-3. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

*“Además, recomienda, entre otras cosas, 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...”*

En el año 1996, la OMS celebró una reunión consultiva de expertos en violencia contra la mujer que congregó a investigadores, dispensadores de atención para la salud y promotores de la salud de las mujeres procedentes de diversos países. Los participantes recomendaron que la OMS apoyara investigaciones internacionales a fin de explorar el alcance, las consecuencias para la salud y los factores de riesgo de la violencia contra la mujer. En 1997, la OMS puso en marcha el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (en adelante denominado “Estudio de la OMS”).

En definitiva la Organización Mundial de la Salud<sup>119</sup> considera desde hace tiempo que el personal sanitario desempeña un papel clave en la detección y prevención secundaria de la violencia de género, destacando la labor que realizan y animándoles a preguntar a las víctimas, dado que la mayoría de las mujeres están dispuestas a hablar, e incluso a revelar la situación de maltrato, si se les pregunta directamente.

No existen perfiles “tipo” de maltratadores ni de víctimas. Desde la salud se pueden acompañar a las mujeres en este proceso, ayudarlas a reflexionar, reforzar sus capacidades y sus logros relacionados con una mayor autonomía, apoyar la preparación de un plan de seguridad, pero lo más importante que todo sanitario ha de tener presente es que nunca debe juzgar ni expresar rechazo a las mujeres maltratadas.

Las mujeres no declaran voluntariamente que son víctimas de la violencia de su pareja, pero sí lo hacen cuando se les pregunta al respecto<sup>120</sup>. Por diversas razones esgrimidas

---

<sup>119</sup>OMS. “Informe de la OMS destaca que la Violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”” [en línea]. OMS, 2018 [consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)

<sup>120</sup>ESCRIBÁ AGÜIR, Vicenta, et al. “Protocolo común para la atención sanitaria de la Violencia de Género”. [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009 [Consulta: 6 agosto 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/documents/71299/89752/Protocolo+Violencia+de+g%C3%A9nero+3%C2%AA%20edici%C3%B3n+CASTELLANO.pdf>

en algunas investigaciones, las médicas y médicos raramente hablan con las pacientes acerca de su existencia. Ante esta situación es preciso tener presente que diversos estudios realizados en Centros de Salud muestran que cuando se realizan preguntas específicas para detectar los posibles casos de violencia el rendimiento aumenta. Entre las razones por las que el personal sanitario teme detectar los casos de violencia, aducen la falta de formación para manejar la situación, hecho comprensible dado que en sus planes de formación se contempla la violencia como tema de estudio residual.

Para poder conseguir que la mujer maltratada confíe en el personal sanitario es importante crear un ambiente donde ella se vea segura, y se atreva a contar por la situación que está pasando, la confianza en la persona que la atiende es fundamental para que ella pueda detallar sus circunstancias y los motivos por los que ella se encuentra en ese estado de salud.

En la ley 9/2003, de 2 de abril de la Generalitat Valenciana, para la Igualdad entre mujeres y hombres, en su capítulo VI se recoge la necesidad de establecer una actuación coordinada de los diversos órganos y entidades que intervengan o presten asistencia en los supuestos de violencia doméstica. La coordinación socio sanitaria promueve la aplicación y ejecución de criterios comunes entre instituciones, servicios y profesionales que intervienen en los casos de violencia doméstica, el objetivo es atender a la mujer de forma integral e integrada (a nivel individual y/o familiar), facilitándosele la accesibilidad a los diferentes servicios.

Es de suma importancia que esta coordinación también se aprecie en esta primera fase de atención y detección de una víctima de violencia de género. Esta consideración supone establecer unas pautas comunes de abordar a una mujer que presuntamente este en una situación de maltrato, una pauta sería la siguiente<sup>121</sup>.

- Recepción: despacho o lugar adecuado, privado

---

<sup>121</sup>EQUIPO de trabajadores sociales atención primaria Valencia. “Intervención del trabajador social de atención primaria de salud con mujeres víctimas de Violencia de Género” [en línea]. [Valencia]: Agència Valencian de Salut, Conselleria de Sanidad, 2012. 41 p. [consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion\\_del\\_TSS\\_atencio\\_primaria\\_con\\_mujeres\\_vctimas\\_de\\_VIOLENCIA\\_DE\\_GENERO.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_atencio_primaria_con_mujeres_vctimas_de_VIOLENCIA_DE_GENERO.pdf)



- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad
- Utilizar el tiempo adecuado para la entrevista
- Observar las actitudes y el estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal)
- Facilitar la expresión de sentimientos
- Mantener una actitud empática, facilitadora de la comunicación, con una escucha activa
- Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas
- Abordar directamente el tema de la violencia, con intervenciones facilitadoras
- Creer a la mujer, tomarla en serio, sin poner en duda su interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso
- Alertar a la mujer sobre los riesgos que corre
- Respetar a la mujer, y aceptar su ritmo y su elección
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones
- Registrar estos hechos con precisión en las historias. (ABUCASIS II, en los diagnósticos de la Unidad de trabajo social están codificados los malos tratos tanto físicos como psíquicos).
- Confidencialidad: no dar datos al “agresor”. En Hospital, anular el ingreso. Cuidar las visitas y llamadas de teléfono.

## II. LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Como podemos apreciar tanto a nivel Internacional, Nacional como Autonómico, la violencia de género es una realidad a atender en los Centros Sanitarios.

Tal y como indicó Barbara Starfield <sup>122</sup> los Centros de Atención Primaria son, dentro del sistema sanitario, accesibles a cualquier necesidad y permiten una atención continuada e integrada en estos servicios de salud pública. Es evidente que en estos centros confluyen una serie de características, como la accesibilidad, el contacto directo y continuado con las pacientes y el hecho de contar con equipos interdisciplinarios, que pueden facilitar que la paciente maltratada sea capaz de abordar estas situaciones en un contexto de confidencialidad. Todavía son muchas las mujeres que acuden a nuestras consultas por síntomas inespecíficos y quejas repetidas que hacen sospechar, a veces, que se las está maltratando; sobre todo, cuando estos síntomas se producen de forma persistente sin objetivar una causa clínica clara. Persisten en el tiempo, se cronifican y confirman la sospecha de maltratos a una mujer, y ante esta situación desde Atención Primaria se debe intervenir rápidamente, informándola adecuadamente y derivándola cuando las características del caso lo requieran.

Lo cierto es que no actuaremos igual en todos los casos, de ello dependerá si la mujer reconoce o no el maltrato y según la situación de riesgo en que se encuentre.

Aunque luego lo veremos de manera más detallada, se debe de seguir los protocolos internos de cada centro, servicio o estamento público de los diferentes ámbitos: sanitario<sup>123</sup> social, policial, jurídico, etc. Y en cualquier caso, es fundamental y básico tener en cuenta un aspecto esencial, la confidencialidad.

---

<sup>122</sup> STARFIELD, Barbara. “Atenció primaria. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia”. Barcelona: Masson, 2001; p 499.

<sup>123</sup> Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/areas-y-poblaciones-especificas-de-trabajo/genero-Violencia-contra-las-mujeres/339-protocolo-comun-para-la-actuacion-sanitaria-ante-la-Violencia-de-genero/file>

Teniendo en cuenta estos aspectos, y con el fin de actuar homogéneamente, se establecen pautas de actuación, en la misma visita y/o en las siguientes, en función de la situación en que se encuentre la mujer<sup>124</sup>:

- Mujer de quien sospechamos que sufre maltratos.
- Mujer que reconoce sufrir maltratos pero no se encuentra en peligro extremo.
- Mujer que reconoce sufrir maltratos y se encuentra en peligro extremo.

En todos los casos, debe realizarse el registro en la historia clínica<sup>125</sup>. Asimismo, se informará a la mujer de la situación en que se encuentra. En el caso de la mujer con sospecha de estar viviendo una situación de maltrato, será acompañada en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática. En caso de que acabe reconociéndolo y no quiera denunciar, se le dará información básica sobre sus derechos y sobre los servicios donde puede acudir con la finalidad de obtener más información, asesoramiento y asistencia, y ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).

En el caso de una mujer que reconoce sufrir maltratos pero que no se encuentra en peligro extremo, se elaborará junto a ella una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema y establecer un plan de consultas de seguimiento para ayudarla en el afrontamiento de su situación y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en su situación, previniendo nuevas situaciones de violencia hacia ella o sus hijos e hijas y familiares. Derivar (si se estima necesario y previo al consentimiento de la mujer) a los recursos más adecuados, adjuntando un informe médico o un parte de lesiones (SIVIO, en el caso de la Comunidad Valencia), cuando proceda.

---

<sup>124</sup> GENERALITAT de Catalunya. Departament de Salut. “Protocol per a l’abordatge de la Violència masclista en l’àmbit de la salut a Catalunya: document marc: Violència en l’àmbit de la parella i familiar”. Barcelona: Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació, 2009. Planificació i Avaluació, 34. [consulta 17 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-393-8319-2.

Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicas/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/ordenacio\\_cartera\\_i\\_serveis\\_sanitaris/abordatge\\_de\\_la\\_Violencia\\_masclista/documents/arxiu/abordatge.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_Violencia_masclista/documents/arxiu/abordatge.pdf).

<sup>125</sup> En el caso de la Consellería de Sanidad será a través de la aplicación informática MIZAR, que luego utilizaremos para acceder a la muestra de las mujeres analizadas (además se registrará el Informe de presunta violencia en otra aplicación diseñada para este registro, en SIVIO).

En el caso de la mujer que reconoce sufrir maltratos y se encuentra en peligro extremo, Se informará de la situación de peligro en que se encuentra, transmitirle que no está sola y plantearle las posibles estrategias a seguir. Es importante conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta y emitir el parte de lesiones e informe médico, además de entregarle una copia e informarle de sus implicaciones.

Finalmente, conviene insistir en que la primera actuación que realizar será siempre la protección de la integridad física de la víctima y los familiares en peligro y, seguidamente, se derivará con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas: 016 (atención a víctimas de maltratos por violencia de género, 900 116 016 para personas con discapacidad auditiva y/o del habla) o, en su defecto, a los Servicios de Atención de Urgencias y Emergencias (112) o a los teléfonos de los cuerpos y fuerzas de seguridad.

### III. LA ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias como veremos en la última parte de nuestro trabajo son, en la mayoría de los casos, el primer punto de contacto de víctima de violencia con el sistema sanitario. La violencia sobre la mujer es un proceso en el que los actos y comportamientos violentos son ejercidos por un compañero o cónyuge, actual o anterior, con el fin de someter a la mujer, que con frecuencia son difíciles de reconocer, incluso por la propia mujer<sup>126</sup>.

Para muchas mujeres maltratadas, el Servicio de Urgencias va a ser el primer o único contacto con los profesionales sanitarios. La falta de diagnóstico va a conducir en ocasiones a los fallecimientos de estas pacientes, al aumento de la utilización de estos servicios o de los recursos de salud ambulatorios<sup>127</sup>. Así, las mujeres maltratadas buscan atención en los servicios de emergencias tres veces más que otras mujeres no maltratadas<sup>128</sup>. Existe una fuerte evidencia que el uso de los servicios médicos aumenta con la severidad del asalto físico<sup>129</sup>. 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 salud.

Las consecuencias, sobre todo psicológicas y sociales del abuso repetido, hacen que estas mujeres tengan muy baja autoestima, sentimientos de culpa y miedo a las consecuencias de la denuncia. Por lo tanto tienen serias dificultades para enfrentarse a su problema. Los apoyos familiares o sociales con los que cuenten van a ser clave para la recuperación y el pronóstico de los casos. Otras causas importantes por las que las víctimas

---

<sup>126</sup> COMUNIDAD de Madrid. “Violencia de pareja hacia las mujeres guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios” [en línea]. Madrid: Consejería de Sanidad, D.G de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, 2013. [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017382.pdf>

<sup>127</sup> ASOCIACIÓN Española de Neuropsiquiatría. “Protocolo de detección y abordaje de la Violencia doméstica para el sistema sanitario público de La Rioja” [en línea]. [consulta: 17 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.aen.es/docs/guias\\_vg/la\\_rioja.pdf](http://www.aen.es/docs/guias_vg/la_rioja.pdf)

<sup>128</sup> BLANCO, Pilar, et al. “La Violencia de pareja y la salud de las mujeres”. En: *Gac Sanit.* [en línea], 2004, vol 18, Supl 1, pp. 182-8. [Consulta: 6 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/pdf/13062524/S300/>

<sup>129</sup> RUIZ-PÉREZ, Isabel, BLANCO-PRIETO, Pilar, VIVES-CASES, Carmen. “Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias”. En. *Gac Sanit* [en línea]. 2004, vol.18, no. 5, pp. 4-12 [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003)

de abuso ocultarán su problema son el miedo a perder a sus hijos, vergüenza, tolerancia de la violencia, no tener conciencia de ser víctimas, dependencia emocional, económica o social del agresor, miedo al rechazo social, esperanza de que la situación cambie, ideas culturales o religiosas, etc.<sup>130</sup>. Por todo ello, se produce un retraso en la detección, y se calcula que pueden pasar de cinco a diez años hasta que se denuncie el delito. Por otro lado, los y las profesionales de urgencias tienen serias barreras para diagnosticar este tipo de 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 sociales.

---

<sup>130</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/areas-y-poblaciones-especificas-de-trabajo/genero-Violencia-contra-las-mujeres/339-protocolo-comun-para-la-actuacion-sanitaria-ante-la-Violencia-de-genero/file>.

#### IV. SALUD, DESIGUALDADES Y ENFERMEDAD

Las desigualdades sociales y también de género tienen un impacto directo sobre la salud de las personas. La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Se entienden por determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. Como se declaró en la Conferencia de Alma-Ata<sup>131</sup>: *«La atención primaria de salud es una atención esencial de la salud sustentada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente válidos y socialmente aceptables que se ponen universalmente a disposición de las personas y de las familias en la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener en todas las etapas de su desarrollo en un espíritu de autovalidamiento y libre determinación»*. En el Informe sobre la salud en el mundo 2008 se profundizará más en esa definición.

Cualquier aspecto de la actuación gubernamental y de la economía puede afectar a la salud y la equidad sanitaria (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, por citar seis). Aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria.

El análisis de los problemas de salud es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es además un marco de referencia para la investigación en diferentes áreas de la salud pública y la epidemiología. La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud se estableció desde las primeras décadas del siglo XIX, cuando se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de los pobres que trabajaban en las grandes fábricas urbanas europeas. En este periodo surgieron la salud

---

<sup>131</sup>La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo.

pública y la epidemiología, impulsadas por la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas causantes de altas tasas de mortalidad entre la clase obrera<sup>132</sup>.

Es en ese contexto de crisis la OMS, en su asamblea de 2004, lanzó la directriz de trabajar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud. Se trata de una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o estructurales de los problemas de salud. Igualmente, es un intento de recuperar las estrategias de salud para toda la población y de Atención Primaria en Salud. La perspectiva de los determinantes se deslinda claramente de las reformas neoliberales y al mismo tiempo denuncia su estrepitoso fracaso e incapacidad para resolver los complejos problemas de salud contemporáneos<sup>133</sup>.

Las enfermedades no se distribuyen por el azar, sino que están profundamente determinadas por la estructura social, política y económica en la que vivimos, ello nos indica los conceptos de desigualdad en la salud. Esto nos conduce al concepto “Desigualdad en la salud”. La desigualdad en la salud son las diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos sociales, económicos, demográfica o geográficamente.

Las desigualdades en salud vienen dadas por el papel de las políticas macroeconómicas en varios frentes:

- la reducción de las diferencias en ingresos, a través de impuestos progresivos y el soporte a las personas pobres o con otras desventajas,
- la reducción del desempleo,
- la inversión en bienes físicos, como las infraestructuras de servicios sanitarios, de transporte, de seguridad social,
- la inversión en bienes sociales, como la educación, la participación de la sociedad civil y los programas comunitarios en zonas de nivel socioeconómico bajo.

---

<sup>132</sup>BERLINGUER, Giovanni. “Determinantes sociales de las enfermedades”. En: *Rev cub salud pública*. [en línea] 2007, vol. 33, no. 1. [consulta 25 enero 2009] Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003&lng=en). doi: 10.1590/S0864-34662007000100003.

<sup>133</sup>IRWIN, Alec, et al. “The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities”. En: *PloS Medicine* [en línea], 2006. June. Vol. 3; issue 6, pp. 0749-0751 [consulta: 7 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1459479/pdf/pmed.0030106.pdf>.



También son importantes las mejoras de las condiciones de trabajo y vivienda, especialmente las reformas y las acciones que pretenden reducir la distribución desigual de factores de riesgo conductuales, dirigiéndolas específicamente a los grupos sociales más afectados y valorando el impacto de las políticas dirigidas a la población general sobre los grupos desaventajados. Una importancia muy relevante son las intervenciones en y desde el sistema sanitario, siendo la principal el mantenimiento de un sistema de atención sanitaria universal, financiada mediante impuestos, atento a la accesibilidad geográfica, económica y cultural, y decidido a actuar de forma intersectorial<sup>134</sup>.

El concepto «desigualdades en salud» alude, en definitiva, al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja. El estudio de las características de la población y del área geográfica de residencia es el soporte metodológico con el que identificar puntos de intervención enfocados a la prevención y a la desaparición de las desigualdades en salud existentes.

Unido al concepto de “Desigualdad en la Salud” encontraríamos la “La vulnerabilidad” es un fenómeno que se produce históricamente y se puede conceptualizar como el conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que, ligados a la identidad e historia de vida de las personas (sexo, edad, escolaridad, condición étnica, situación migratoria y nivel socioeconómico), colocan a las personas en situaciones que pueden limitar su capacidad.

La “desigualdad en salud”, tal y como hemos visto, es un término utilizado para referirse a cualquier diferencia en la salud en poblaciones, es decir a la distribución de enfermedades, causas de muerte, factores de riesgo y otros aspectos relacionados con la salud.

---

<sup>134</sup>I Jornada virtual de información sobre las subvenciones a OMGS para programas de prevención del VIH en 2010.

Dentro del Área de Desigualdades en Salud<sup>135</sup> se promueve la investigación en el ámbito de las diferencias en salud entre poblaciones, con especial referencia al estudio de las desigualdades sociales en salud. Es necesario un análisis de las desigualdades de género y clase en el estado de salud y sus determinantes, las diferencias según género en el bienestar psicológico de madres y padres con niños/as pequeñas incluyendo el rol de los factores psicosociales y personales; el diseño y validación de instrumentos para medir el estado de salud calidad de vida con enfoque de género, la violencia de género las desigualdades en salud reproductiva.

Si como ha demostrado la sociología, los problemas de salud no se distribuyen al azar, sino que están íntimamente ligados a las condiciones sociales y económicas de cada grupo social, las diferencias biológicas<sup>136</sup> entre mujeres y hombres son claramente insuficientes para comprender las desigualdades de salud entre sexos. Esas desigualdades apenas han sido objeto de estudio en la medicina que, en general, les ha concedido una importancia relativa; es más, hasta recientemente, la investigación biomédica ha tenido un marcado carácter androcéntrico. Sin embargo, en el ámbito de la sociología suscitan un interés creciente, y en los últimos años han proliferado publicaciones que ponen de manifiesto las implicaciones de la situación social de las mujeres sobre su bienestar físico, psíquico y social<sup>137</sup>.

---

<sup>135</sup> MINISTERIO DE CIENCIAS, INNOVACIÓN Y UNIVERIDADES. El Observatorio de Desigualdades en la Salud (ODS) es un portal científico del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud.

<sup>136</sup>Diferencias de talla, peso, fuerza muscular, desarrollo óseo, distribución de la grasa y, evidentemente, diferencias genitales y reproductivas

<sup>137</sup>GONZÁLEZ SANJUÁN, M<sup>a</sup> Eugenia. “Género y desigualdades en salud” [en línea]. [consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en:

[http://www2.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/avances\\_enfermeria/Genero%20y%20desigualdades%20en%20salud.pdf](http://www2.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/avances_enfermeria/Genero%20y%20desigualdades%20en%20salud.pdf)

## V. EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SALUD

El enfoque de género sustenta que una de las dimensiones de la desigualdad social es la relación entre mujeres y hombres, junto a otras como la clase social, etnia, región de residencia. Todo lo cual está en dependencia de las circunstancias históricas, el lugar y el momento que se trate<sup>138</sup>.

El enfoque de género nace de la idea de que la mujer había quedado fuera de los procesos de desarrollo, siendo necesario reconocer que lejos de esto, la mujer había sido parte invisible e indispensable de dicho proceso<sup>139</sup>.

Junto a los cambios y transformaciones económicas, sociales, culturales y políticas, ocurre el cambio en el modo de relación de hombres y mujeres, así como el lugar que ocupa cada uno de ellos en la sociedad, que han determinado las diversas formas de subordinación de la mujer. El enfoque de género en las investigaciones surge desde dos procesos, uno de carácter social y otro relacionado con el pensamiento.

Los estudios antropológicos han permitido comprender las definiciones actuales de género a partir del orden simbólico en que cada cultura elabora la diferencia sexual hasta llegar a la feminidad y la masculinidad. El enfoque de género surge también con el aporte de la Psicología, en el proceso del pensamiento. Los psicólogos/as se preguntaban por qué existían personas que tenían comportamientos extraños desde el punto de vista sexual, que no se correspondían con lo esperado y que no se ajustaban ni a la cultura ni a las normas sociales establecidas. Se propuso la teoría del género para explicar que lo más frecuente son los comportamientos sexuales semejantes, sistemáticos; cualquier otra desviación se debía a algo que había pasado en la formación del género.

---

<sup>138</sup>CASTAÑEDA ABASCAL, Ileana, et al. “Algunas reflexiones sobre Género”. En: *Rev Cubana Salud Pública* [en línea], 1999, vol. 25, no. 2, pp. 129-42. [consulta: 9 agosto 2018]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v25n2/spu04299.pdf>

<sup>139</sup>ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “Taller sobre Género, salud y desarrollo: guía para facilitadores” [en línea]. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1997. [consulta: 16 agosto de 2018]. ISBN 9275122113. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Genero-y-Desarrollo-Guia-Facilitadores.pdf>

El proceso social en el surgimiento del enfoque de género está vinculado con las luchas feministas que comenzaron desde el siglo XIX y tuvieron un auge notable en la década de los años 60 del siglo pasado cuyo propósito fundamental ha sido alcanzar mejores niveles de vida para la mujer e igualdad entre los dos sexos. El feminismo académico se consolida a partir de la década del año 70 del siglo XX como una corriente del pensamiento que trata de explicar los factores que conducen a la opresión sobre la mujer. Han existido enfoques diferentes como el feminismo liberal que argumenta que las causas de opresión de la mujer están en la injusta discriminación legal. El feminismo radical encuentra la explicación en la división sexual del trabajo y el patriarcado, como forma de poder del hombre condicionado por la naturaleza biológica masculina, el feminismo marxista o socialista atribuye a la propiedad privada, los orígenes de la subordinación femenina<sup>140</sup>.

La teoría social feminista, que emana del feminismo académico, cuestiona, de un modo fundamental, la teoría masculina en la forma de hacer ciencia, lo que se ha puesto de manifiesto en publicaciones recientes que afirman que hasta la década del 90 del pasado siglo, se solía excluir a las mujeres de la investigación médica, incluyendo los estudios de medicamentos. Se basaban en el supuesto, para esos fines, de que mujeres y hombres sólo eran diferentes en cuanto a sus órganos reproductivos y descuidaban las particularidades fisiológicas e inmunológicas que diferencian a los dos sexos.

La identificación de diferencias de género conlleva a la búsqueda de las desigualdades o iniquidades que la originan, de ahí la importancia de incursionar en estas definiciones de trascendental importancia para el tratamiento de la salud. La iniquidad se refiere a las diferencias innecesarias, evitables e injustas que pueden ser disminuidas, evitadas o eliminadas. Jorge Aldereguía<sup>141</sup> y otros entienden como equidad a la imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre mujeres y hombres; constituye, por tanto, un imperativo de carácter ético y moral asociado a los

---

<sup>140</sup> GIDDENS, Anthony. "Sociología" 3ed. Rev. Madrid: Alianza Editorial, 2000. 406 p. [consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/anthony\\_giddens\\_-\\_sociologia.pdf](http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/anthony_giddens_-_sociologia.pdf).

<sup>141</sup> ALDEREGUÍA HENRÍQUEZ J, NÚÑEZ JOVER J, FERNÁNDEZ Felipe R. Salud, mujer y desarrollo. Enfoque epidemiológico de riesgo y estado de salud de la población femenina. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 1995. [https://scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000200011&script=sci\\_abstract](https://scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662007000200011&script=sci_abstract).

principios de los derechos humanos y de la justicia social. Las mujeres y los hombres tienen diferentes necesidades que pueden ser rectificadas en aras de disminuir el desbalance entre sexos y lograr la equidad. Cuando los recursos son limitados, el aseguramiento de la equidad no depende de entregar algo para todos, sino para los más necesitados, es por ello, que la identificación de factores de riesgo ayuda al establecimiento de prioridades y por tanto, a garantizar la equidad<sup>142</sup>.

Los afrontamientos teóricos expresados anteriormente permitieron llegar al posicionamiento teórico acerca de las desigualdades que producen las diferencias de género. De esta forma, se entiende que se dirigen hacia la existencia de dos tipos fundamentales, las desigualdades biológicas, difícilmente modificables y las desigualdades sociales o iniquidades de género que agrupan las desigualdades entre mujeres y hombres que pueden ser evitadas, son injustas e innecesarias. Las iniquidades de género se producen a su vez, a partir de dos fuentes: la desigualdad de derechos y la de oportunidades.

La desigualdad de derechos está relacionada con la justicia, se puede solucionar cuando existe la voluntad de crear un sistema de leyes dirigido hacia la igualdad entre mujeres y hombres. Mientras que la de oportunidades depende de los diferentes posicionamientos, condicionamientos y capacidades de cada ser humano en función de su forma de pensar y de vivir; su eliminación no se logra tan solo con la igualdad de derechos, al contrario, muchas veces se agrava. Se logra con el compromiso social de ayudar a cada quien, de acuerdo a sus características particulares.

La mirada sesgada, sin perspectiva de género, sobre las patologías hace que todavía hoy se considere que no hay diferencias entre los sexos en su importancia y prevalencia. El enfoque de género admite que sí existen diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en salud. Según explica la profesora M<sup>a</sup> del Pilar Sánchez López, “*cuando hablamos de*

---

<sup>142</sup> CASTAÑEDA ABASCAL, Ileana Elena. “Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al Género”. En: *Rev Cubana Salud Pública* [online], 2007, vol. 33, no. 2 [consulta: 16 agosto de 2018]. ISSN 1561-3127 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011).

*aplicar la perspectiva de género a la salud estamos incluyendo el estudio de los dos sexos, e implica considerar el género como uno de los determinantes de la salud*<sup>143</sup>”.

Mujeres y hombres que sufren una misma enfermedad pueden presentar síntomas distintos y pueden responder diferencialmente a los medicamentos y a los tratamientos, dependiendo de sus características específicas, tal y afirma la profesora Sánchez López<sup>144</sup> “*Algunas enfermedades pueden afectar exclusivamente, o de forma más masiva, a uno de los dos sexos. O tener consecuencias distintas para los hombres que para las mujeres*”, Por ejemplo, cuando se trata de patologías coronarias, las mujeres no reciben el mismo tratamiento médico y quirúrgico: “*Las exploraciones y tratamientos se efectúan menos cuando el paciente es de sexo femenino, y las mujeres con infarto llegan de 2 a 5 horas más tarde que los hombres al hospital. La rehabilitación postinfarto solo se realiza entre el 30% de mujeres afectadas frente al 87% de hombres*<sup>145</sup>”.

Estas diferencias en la patología de la salud habrá que abordarla cuando el personal sanitario haya de detectar síntomas diferentes en la eventual situación de violencia de género.

---

<sup>143</sup> OLCINA ALVARADO, Mariola. “Perspectiva de Género, también en la salud”. *Pikara Magazine* [en línea]. 11 marzo de 2016. [consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.pikaramagazine.com/2016/03/perspectiva-de-genero-tambien-en-la-salud/>

<sup>144</sup> SÁNCHEZ LÓPEZ, M. Pilar. “*Enfoque de Género aplicado al estudio de la salud*” (Consultado 8 agosto 2018) Disponible en: [https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin\\_ECOS/34/enfoque-genero-salud\\_MP\\_SANCHEZ\\_LOPEZ.pdf](https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/34/enfoque-genero-salud_MP_SANCHEZ_LOPEZ.pdf).

<sup>145</sup> ROHFS, Izabella. Artículo “*Género y salud: diferencias y desigualdades Gender and health: differences and inequalities*” <http://quark.prbb.org/27/027036.htm>.

## VI. MANIFESTACIÓN DE LA SALUD EN LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO<sup>146</sup>

### 1. INTRODUCCIÓN

A pesar de que la esperanza de vida de la mujer es mayor que la del hombre, "millones de mujeres continúan enfermando y muriendo por factores en la mayoría de los casos evitables" afirma Consuelo Díez Chao miembro de la ONG Farmamundi Extremadura<sup>147</sup>. La vida más prolongada de las mujeres y sus situaciones de salud exclusivamente femeninas -tales como el embarazo o el parto- entrañan riesgos y asistencia específicos. De forma general, las mujeres tienen un menor nivel de salud que los hombres, una diferencia que se acentúa en los países en vías de desarrollo, donde las diferentes condiciones de vida provocan que los índices de morbilidad -proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado- y mortalidad sean más elevados, específicamente en los años reproductivos<sup>148</sup>.

Según la Doctora Marta Evelia Aparicio García<sup>149</sup>, las diferencias de género se deben tanto a factores biológicos como sociales, pero la investigación en salud ha omitido el estudio de las desigualdades en salud derivadas de la desigual posición social de mujeres y hombres durante largo tiempo. Hay desigualdades sociales entre hombres y mujeres que influyen en la salud y que deben ser tenidas en cuenta. La desigualdad laboral, la segregación horizontal y vertical en el trabajo, los menores ingresos de las mujeres, hacen que haya incidencia en la salud.

Además, hay discriminación de las mujeres cuando se las excluye de los ensayos clínicos o de estudios relevantes sobre la salud y la enfermedad, asumiendo que los resultados obtenidos al estudiar a los hombres pueden ser extrapolados a las mujeres, cuando no siempre es así. Algunas investigaciones recientes que analizan género y clase social están

---

<sup>146</sup>CASTAÑEDA ABASCAL, Ileana Elena. "Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al Género". En: *Rev Cubana Salud Pública* [en línea], 2007, vol. 33, no. 2 [consulta: 9 agosto de 2018]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n2/spu11207.pdf>.

<sup>147</sup>DÍEZ CHAO, Consuelo. ONG Farmamundi Extremadura

<sup>148</sup>AGUADO DELGADO, Violeta. ELDIARIO.ES."La salud también es una cuestión de género" (Consultado 15 agosto 2018) Disponible en: <https://lab.eldiario.es/diadelamujer/salud/>

<sup>149</sup>APARICIO GARCÍA, Marta Evelia. "¿Tiene influencia el Género en la salud?". *La Marea* [en línea]. 11 diciembre 2013. Disponible en: <https://www.lamarea.com/2013/12/11/tiene-influencia-el-genero-en-la-salud/> [consulta: 9 agosto de 2018]

empezando a analizar el impacto en la salud según los múltiples roles realizados por las mujeres y cómo este impacto varía en función de la clase social y de la privación material de la mujer.

La desigualdad entre clases sociales tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad. En la mayoría de los países del mundo se ha puesto en evidencia la existencia de desigualdades en salud entre clases sociales, siendo la población menos favorecida la que presenta peor salud.

Existe un estudio de investigación de 2017<sup>150</sup> que confirma, sin embargo, que no hay perfil establecido de mujeres expuestas a una situación de maltrato. El género influye en las enfermedades que padecen hombres y mujeres. Por ejemplo, los hombres fuman más, lo que no es una expresión de su biología, sino de los roles que ejercen, y eso hace que enfermen más de cáncer de pulmón. Aspectos subjetivos, sociales y de comportamiento ponen de manifiesto las diferencias de género originadas por iniquidades o desigualdades de género.

## 2. LOS ROLES DE GÉNERO.

La conexión entre el contexto social y la salud se aprecian con más claridad si atendemos al papel de los roles de género.

Los roles de género son uno de los aspectos fenomenológicos más importantes. Se desarrollan en la vida cotidiana relacionados íntimamente con la división sexual del trabajo. Se han descrito tres tipos de roles que se definirán a continuación<sup>151</sup>:

- ✓ Rol reproductivo. Se refiere a la reproducción biológica y a todas las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la supervivencia de los individuos que componen la familia, tales como, la crianza, la educación, la alimentación, la

---

<sup>150</sup> El proyecto de investigación “Violencia de género y sanidad: la consulta médica, un espacio de detección” desarrollado por Ana Montesinos García de la Universitat de València y Ángela Escribano Martínez del Hospital Politècnic i Universitari La Fe de València

<sup>151</sup> PUPO AVILA, Noria Liset, SEGREGO PEREZ, Alina M. “Los contenidos en salud sexual y reproductiva en la formación de pregrado y posgrado del médico cubano” En: *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2013, vol.39, suppl.1, pp. 974-987. [consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000500015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500015)



atención y el cuidado de sus integrantes, así como la organización y mantenimiento del hogar<sup>152</sup>. El rol reproductivo, caracterizado por las tareas domésticas, las obligaciones con la familia y los enfermos, se desarrolla en el mundo privado del hogar. Estas actividades han sido realizadas mayormente por las mujeres, ha llegado a ser considerado el rol natural de ellas, el hombre generalmente realiza labores de ayuda y mantiene una distancia prudencial y una conciencia de seres servidos, mientras las féminas mantienen posición de servidoras.

- ✓ Rol productivo. Se refiere a las actividades que producen ingresos personales y para el hogar que pueden ser en dinero o en especies. El sexo masculino es considerado por muchos responsable del rol productivo, propio del mundo público, lo que les confiere ventajas, al obtener a cambio del trabajo bienes que determinan en definitiva, su poder.
- ✓ Rol de gestión comunitaria, se refiere a todas las actividades que se realizan para aportar al desarrollo de la comunidad. Toma las formas de participación comunitaria en la promoción y manejo de actividades sociales.

Junto a esta clasificación las diferencias de género se aprecian en las etapas del ciclo vital, según existiendo cuatro periodos que marcan relaciones de género en correspondencia con la propia dinámica de la vida:

### 3. ETAPAS DEL CICLO VITAL POR FRANJAS DE EDAD.

La salud no solo se encuentra conectada con las variables de género, sino también difiere en las distintas etapas de la vida.

En la adolescencia media y tardía, entre 14 y 19 años aparecen las primeras señales entre sexo y salud. En la adolescencia temprana, de 11 a 13 años, es cuando se consolida la

---

<sup>152</sup> TRIANA CASADO, Idalia. “Enfoque de Género, salud y oftalmología. Approach to gender, health and ophthalmology” Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000800014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800014)

identidad de género. La adolescencia debe ser vista como un momento en la etapa evolutiva de crisis y crecimiento, tanto para la adolescente, como para la madre y el padre. El y la adolescente, en su tarea de descubrir nuevas direcciones y formas de vida, desafía y cuestiona el orden familiar preestablecido; en su dicotomía independencia/dependencia, crea inestabilidad y tensión en las relaciones familiares, lo que a menudo resulta en conflictos intensos que eventualmente pueden tornarse crónicos<sup>153</sup>. Es frecuente que los padres soliciten exámenes generales para su hija, cuando en realidad desean saber si la niña es activa sexualmente. Otra demanda de la atención médica frecuente en esta etapa de la vida es la solicitada para la interrupción de embarazos no deseados. Se han descrito síntomas o actitudes de los adolescentes que no se corresponden con la presencia de verdaderas enfermedades, uno de ellos es la manifestación de dolores en el pecho como la expresión somática de duelo por la pérdida de un ser querido o las hospitalizaciones frecuentes de los asmáticos como mecanismo para neutralizar conflictos presentes en la familia, más que por la gravedad de la crisis<sup>154</sup>.

En la etapa reproductiva, (de 20 a 49 años). En la etapa 20 a 49 años la mujer está sometida a diversos riesgos, como el embarazo, el trabajo en el hogar y fuera de él, cuidado de los niños/as y el enfermos/as, entre otros. Mientras, los hombres están en la plenitud de su vida laboral, son víctimas frecuentes de invalidez y muerte provocadas por el trabajo que realizan y son presa fácil de prácticas inadecuadas para la salud como el consumo de sustancias tóxicas, lo que se ha intensificado cada vez más con la creciente ruptura de los preceptos de la religión<sup>155</sup>. Lo anterior muestra diferencias en las formas de vivir, enfermar y morir de cada sexo.

En la edad adulta mediana, (de 50 a 64 años). Las edades entre 50 a 64 años están enmarcadas en un período de tránsito dentro de la vida, una parte de la población se acoge

---

<sup>153</sup> BRUEL DOS SANTOS, Teresa Cristina. REPRESENTACIONES SOCIALES DE GÉNERO: Un estudio psicosocial acerca de lo masculino y lo femenino TESIS DOCTORAL AUTORA:

[https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3965/27615\\_bruel\\_dos\\_santos\\_teresa\\_cristina.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3965/27615_bruel_dos_santos_teresa_cristina.pdf?sequence=1)

<sup>154</sup> CASTAÑEDA ABASCAL, Ileana Elena. "Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al Género". En: *Rev Cubana Salud Pública* [online], 2007, vol. 33, no. 2 [consulta: 16 agosto de 2018]. ISSN 1561-3127 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011)

<sup>155</sup> HARTIGAN, Pamela. "Enfermedades transmisibles, Género y equidad en la salud. Género, equidad y salud". Washington: OPS/OMS, 2001. Publicación ocasional, 7. [Consulta 9 agosto de 2018]. ISBN: 92 75 32287 2. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/165824/9275322872.pdf?sequence=1>

al retiro. Estas razones conllevan a que este periodo se caracterice por un proceso de preocupación por los problemas que conlleva la jubilación. Otras de las características es que los hijos e hijas son generalmente adultos por lo que no demandan de la atención directa de los padres y madres que es una de las tareas del rol reproductivo más importantes en las edades más jóvenes. En esta etapa aparecen los cambios biológicos, endocrinos y hormonales, así como, los psicosociales del climaterio. Además, se aprecia con más fuerza la pérdida del atractivo y el vigor físico, hay temores a una vejez inmediata, hay preocupación al pensar en lo que se ha conseguido y en lo que no, así como dudas en la forma en que se ha vivido<sup>156</sup>.

En la edad adulta avanzada, (de 65 años y más). En la etapa de 65 años y más se alcanza el envejecimiento poblacional que representa un éxito para la humanidad. La longevidad se ha convertido en un indicador que refleja desarrollo. Entonces, lo importante es la garantía de la calidad de vida de las y los ancianos. La mujer logra mayor esperanza de vida al nacer que los hombres, lo que se explica por las ventajas de tipo biológico que se mantienen desde el nacimiento hasta la menopausia. La longevidad femenina trae consigo la aparición de mayor número de discapacidades y enfermedades en las edades avanzadas. Las diferencias entre mujeres y hombres que se presentan en los aspectos de la vida, se explican a partir de las desigualdades e iniquidades de género; de ahí la necesidad de puntualizar en esas definiciones. Se dio especial importancia al ciclo vital porque las diferencias de género se manifiestan de forma particular, en función de las características del periodo que se vive. La construcción de indicadores sintéticos capaces de medir las diferencias de género tiene que tomar en consideración dichos aspectos de la vida productores de diferencias entre los sexos.

---

<sup>156</sup>PRIETO SANCHO, Daniel, HERRANZ ANDÚJAR, Diego, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. “Envejecer sin ser mayor: nuevos roles en la participación social en la edad de la jubilación”. [en línea]. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal, 2015. Estudios de la Fundación, 2. [consulta: 16 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-606-8682-8. Disponible en: [http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/envejecer\\_sin\\_ser\\_mayor/EnvejecerSinSerMayor\\_Web.pdf](http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/envejecer_sin_ser_mayor/EnvejecerSinSerMayor_Web.pdf)

## VII. LA ENFERMEDAD SEGÚN EL GÉNERO.

### 1. INTRODUCCIÓN

El tema del género muchas veces se ha sido reducido al conocimiento de la salud materno-infantil, al estudio de indicadores de morbilidad y mortalidad de la mujer y en el mejor de los casos a la descripción de diferenciales de la salud de la mujer con respecto al varón.

La perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la organización y funcionamiento de la sociedad. Desborda el análisis de la determinante biológica, es decir, la diferencia sexual anatómica y fisiológica; presupone un nivel de análisis dirigido a contextualizar la influencia de los factores sociales que conforman la subjetividad diferencial entre hombres y mujeres y por ende, los modos de vivir, enfermar y morir, a lo que se ha llamado perfiles epidemiológicos de género<sup>157</sup>.

La salud se define a través de un proceso dinámico que se extiende desde la mortalidad prematura como peor expresión de la enfermedad hasta el elevado nivel de bienestar físico, mental y social y la capacidad óptima de funcionamiento, como máxima expresión posible de salud. Este proceso está influenciado por factores biológicos y psicológicos y del ambiente físico y social que pueden producir daños a la salud que se expresan fundamentalmente en la percepción de enfermedad y el acceso a los servicios de salud.

La salud no puede ser tratada de la misma manera en hombres y mujeres, no sólo por las características biológicas, sino porque ambos desempeñan distintos roles, se les han asignado diferentes espacios para llevarlos a cabo, tienen distintos estilos de vida y responsabilidades y las circunstancias que moldean la existencia social de la mujer distan de ser las mismas que para el hombre.

---

<sup>157</sup> ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. “Taller sobre Género, salud y desarrollo: guía para facilitadores” [en línea]. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1997. [consulta: 16 agosto de 2018]. ISBN 9275122113. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Genero-y-Desarrollo-Guia-Facilitadores.pdf>.

Las enfermedades y la exposición a riesgos como hábitos de alimentación, ambiente de trabajo, estrés cotidiano, entre otros, a quien colocan en situaciones de salud diferentes.

## 2. LOS PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS DE GÉNERO

Los denominados perfiles epidemiológicos de género, mencionados anteriormente, se pueden clasificar en las cuatro categorías que se describen a continuación:

- a. Exclusivos para cada sexo: están relacionado con las características biológicas de hombres y mujeres. Las mujeres son las únicas que sufren de cáncer cervicouterino, menopausia, mortalidad materna, son las que tienen la capacidad de embarazarse y padecer de complicaciones relacionados con los abortos y los partos. Los hombres, por su parte, son los únicos que pueden sufrir de cáncer de próstata y de hemofilia.
- b. Más relevantes en uno de los dos sexos: se refiere a las causas que son padecidas por ambos sexos pero, que son más frecuentes en uno de ellos, se refleja con tasas de prevalencia diferentes entre hombres y mujeres. Se pueden mencionar como más frecuentes en el femenino la obesidad, la incontinencia urinaria, la osteoporosis que es ocho veces más alta que en los varones y los trastornos óseos como fractura de la pelvis que se manifiestan frecuentemente en las edades adultas. El hombre sufre más frecuentemente de esquizofrenia y enfermedades coronarias.
- c. Con características diferentes entre los sexos: es un perfil de salud que tiene correspondencia con el afrontamiento cultural del individuo ante el medio que lo rodea. Está influenciado por diferentes factores de riesgo y produce manifestaciones y consecuencias de diferente naturaleza y severidad. Los hombres se afectan más frecuentemente que las mujeres por cirrosis hepática ocasionada fundamentalmente por abuso del consumo de alcohol; cáncer de pulmón, asociado con el tabaquismo; hernias, relacionadas con el esfuerzo físico en las actividades que desempeñan. Es conocido que la mujer sufre con más frecuencia que los hombres de algunas afecciones relacionadas con el estilo de la vida. Ellas padecen, en muchas ocasiones, de anemia por deficiencia de hierro provocada por prácticas culturales que privilegian al

hombre en la distribución de alimentos ricos en proteínas. En el 50 % de los países de la región, el sexo femenino está afectado por mala nutrición, sobre todo en la niñez, lo que provoca importante aporte a la mortalidad por esta causa, en esas edades<sup>158</sup>.

Las enfermedades de transmisión sexual son asintomáticas por más tiempo en las mujeres y tienen consecuencias más severas para ellas, como la esterilidad. Se han reconocido la presencia de alteraciones respiratorias y cardiovasculares crónicas provocadas por las condiciones adversas donde las mujeres de escasos recursos desarrollan sus actividades domésticas<sup>159</sup>.

Los accidentes son otras de los problemas de salud propios de este perfil. Las mujeres están más afectadas por los que ocurren en el hogar debido a que frecuentemente están en contacto con los factores de riesgo relacionados con el trabajo doméstico, en el espacio privado.

Los hombres sufren más los accidentes asociados con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas sobre todo, a partir del primer año de edad, lo que provoca que la mortalidad prematura, la incapacidad por accidentes del trabajo, del tránsito y los ocasionados por deportes peligrosos sean elevados en ese sexo. Dentro de este perfil se puede incluir a la violencia. Se entiende como tal a la utilización de la fuerza física o moral por parte de un individuo o grupo contra sí mismo, otra persona o grupo de personas. Pueden ocasionar la muerte de seres humanos o afectar su integridad física, moral, mental o espiritual.

La esterilización voluntaria se realiza con más frecuencia en mujeres que en hombres. Los problemas cardiovasculares se reconocen como enfermedades típicas del hombre, por lo que son tratados con mucho más interés en pacientes de ese sexo, que cuando son mujeres. Se ha descrito que mujeres y hombres no solicitan atención médica por los mismos motivos

---

<sup>158</sup> Promoción de la salud. Mejoramiento del estado de salud de la mujer. Washington. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-46651994000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46651994000200018).

<sup>159</sup> VEGA HIDALGO, María C., et al., "La perspectiva de Género: una visión integradora en la formación de la personalidad". En: *Multimed* [en línea], 2013, vol. 17, no. 4, pp. 180-188. [consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/339/483>].

y que la demanda es también diferente por especialidad. La condición distintiva de la mujer de embarazarse, parir y amamantar a los hijos e hijas hace que acudan a los servicios de salud para recibir atención referida a la función reproductiva con más frecuencia que los hombres. Por otra parte el acceso y control de los recursos dedicados a la salud son diferentes para ambos sexos, a veces desfavorables para el sexo masculino y otras para el femenino, este último con más posibilidades en todo lo relativo a la salud reproductiva.<sup>160</sup>

Las mujeres se ven afectadas en muchos países del mundo por sistemas financieros que impiden solucionar adecuadamente sus necesidades de salud a través del acceso a los servicios, por tener menos participación en la fuerza de trabajo remunerada, mayor desempleo y concentración en ocupaciones de baja remuneración, ocupación en plazas no cubiertas por la seguridad social, pocas posibilidades de promover a cargos mejor pagados y discontinuidad de la historia de trabajo ocasionadas por la gestación y el cuidado de los hijos.

Las mujeres consumen de tres a cuatro veces más analgésicos que los hombres, utilizan en mayor medida los psicofármacos y se automedican con más frecuencia, como medidas para disminuir los malestares de la cotidianidad y la depresión, sin tratar de actuar sobre los factores sociológicos y psicológicos que la produce<sup>161</sup>.

Otro aspecto relacionado con la salud trata sobre las diferencias del desempeño del personal médico de distintos sexos. Las mujeres son más receptivas, escuchan más detenidamente a los pacientes, que se sienten más ayudados y comprendidos que cuando son atendidos por hombres. Se afirma por algunos autores/as que las desigualdades en salud se manifiestan no solo en términos de la exposición diferencial al riesgo, sino de manera fundamental en la cuota de poder que disponen las mujeres y hombres de enfrentar dichos riesgos, proteger su salud e influir en la dirección del proceso de desarrollo sanitario, esa cuota ha privilegiado a los varones y ha situado a las mujeres en desventaja. La identificación

---

<sup>160</sup> TRIANA CASADO, Idalia. “Enfoque de Género, salud y oftalmología”. En: *MEDISAN* [online], 2013, vol. 17, no. 8, pp. 3093-4008 [consulta: 20 agosto de 2018]. ISSN: 1029-3019. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n8/san14178.pdf>

<sup>161</sup> GIDDENS, Anthony. “Sociología” 3 ed. Rev. Madrid: Alianza Editorial, 2000. 406 p. [consulta: 16 agosto de 2018] Disponible en: [http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/anthony\\_giddens\\_-\\_sociologia.pdf](http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/anthony_giddens_-_sociologia.pdf).

de factores de riesgo ayuda al establecimiento de prioridades y por tanto, a garantizar la equidad.<sup>162</sup>

---

<sup>162</sup> GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. “Género, Mujer y Salud en las Américas” [en línea]. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1993. Publicación Científica, 541. [Consulta 9 agosto de 2018]. ISBN 9275315418. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3312/Genero,%20mujer%20y%20salud%20en%20Las%20Am%20ricas.pdf?sequence=1>



## VIII. IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD DE LAS MUJERES

Para poder detener las secuelas<sup>163</sup> y prevenir futuras agresiones, (recordemos que a la prevención primaria ya se llega tarde), la forma de actuar de estos profesionales tiene que estar recogido en un documento común, en un protocolo que analizaremos más adelante que establece un circuito claro y pragmático, que permita establecer normas comunes para detectar y tratar este tipo de violencia.

Se ha detectado que los y las profesionales del sistema sanitario tienen una posición privilegiada para su detección, ya que la mayoría de las mujeres tienen algún tipo de contacto a lo largo de su vida con los servicios de salud, ya sea por revisiones, por embarazos o bien para acompañar a algún familiar<sup>164</sup>. El maltrato no es una conducta aislada, pero la evidencia empírica muestra que, pese a la alta prevalencia de la violencia de género, muchas víctimas no son identificadas como tales en los servicios de salud.

En un estudio realizado en España<sup>165</sup> se encontró que, aunque el personal sanitario estaba sensibilizado ante la violencia de género y una amplia proporción consideraba que el sector sanitario tiene un papel importante en la detección y/o asistencia de las personas que sufren dicha violencia, no era conceptualizado como un problema de salud, a pesar de haber sido reconocido a nivel internacional y estatal. Además, los resultados mostraron un gran desconocimiento del tema por parte de dicho personal, así como un escaso grado de formación en él. Una mayor formación del personal sanitario contribuiría al reconocimiento de los signos y síntomas de la violencia de género contribuiría a disminuir el número de víctimas, ayudaría a prevenir futuros abusos y aumentaría la asistencia que reciben.

---

<sup>163</sup> BLANCO, Pilar, et al. “La Violencia de pareja y la salud de las mujeres” En: *Gac Sanit* [online], 2004, vol.18, no. 4, pp. 182-188. [consulta 9 agosto de 2018]. ISSN 0213-9111. Disponible en:

<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso)>.

<sup>164</sup> PLAZAOLA-CASTAÑO; Juncal, RUÍZ-PÉREZ, Isabel, HERNÁNDEZ-TORRES, Elisa. “Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España”. En: *Gaceta sanitaria* [online], 2008, vol. 22, no. 5, pp. 415-420. [Consulta: 9 agosto de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n5/original4.pdf>

<sup>165</sup> COLL-VINENT, Blanca, et al. “El personal sanitario no percibe la Violencia doméstica como un problema de salud”. En: *Gaceta sanitaria* [online], 2008, vol. 22, no. 1, pp. 7-10. [consulta: 9 agosto de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n1/original1.pdf>

El efecto más obvio del maltrato físico en la salud de las mujeres es la presencia de lesiones (como veremos más adelante en el estudio de campo de esta tesis), pero existe evidencia de la existencia de muchos otros problemas de salud, algunos de los cuales son consecuencia de las lesiones sufridas mientras que otros son producidos por el estrés que el maltrato de la pareja genera en la mujer, algunos dentro de la cultura del “micromachismo”, tantas veces invisible y consentida. Se ha encontrado que las mujeres maltratadas tienen más problemas neurológicos, de adicciones y piensan en acabar con su vida en más ocasiones. Pero hay evidencias en un estudio de revisión de que los problemas de salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja aumentaba entre tres y cinco veces la probabilidad de depresión, trastorno por estrés postraumático, pensamientos y conductas suicidas y abusos de sustancias.

Las consecuencias de la violencia de género en la salud de la mujer presentan un “efecto acumulativo” de los distintos tres tipos de maltrato donde vamos a aglutinar todas las consecuencias del maltrato sobre la mujer, los psicológicos, sexuales y físicos. El factor de riesgo muy importante para la salud de la mujer, pues pueden incrementar hasta en un 60% las enfermedades de carácter físico que puede llegar a sufrir. Se debe tener en cuenta que las lesiones físicas, pese a ser la consecuencia más visible de la violencia de género, no es la única: dolores y problemas crónicos de salud pueden deberse a las lesiones, el miedo y el estrés provocados por el maltrato.

Aunque los diagnósticos pueden estar enmascarados en un principio por la pluralidad de síntomas (cuando no son solamente físicos), como ya veremos en la última parte del estudio sobre casos reales de los informes médicos de las mujeres estudiadas, y asumiendo que cada mujer manifiesta en su salud de manera diferente los síntomas de la violencia de género en cada una de ellas, la siguiente tabla muestra a modo de resumen, los que se detectan con más asiduidad en las visitas al ámbito sanitario.

A continuación un breve resumen de los efectos sobre la salud más evidentes en la consulta médica:

<b>EFFECTOS NO MORTALES</b>		<b>EFFECTOS MORTALES</b>
<b>SALUD FÍSICA</b>		
<b>TRASTORNOS CRÓNICOS</b>	Lesiones físicas Alteraciones funcionales Síntomas físicos Peor autopercepción del estado salud Discapacidad permanente Obesidad grave	
<b>SALUD REPRODUCTIVA</b>	Síndromes dolorosos crónicos Síndrome del colon irritable Trastornos gastrointestinales Fibromialgia	
<b>COMPORTAMIENTOS NEGATIVOS PARA LA SALUD</b>	Embarazos no deseados ITS/VIH Trastornos ginecológicos Abortos espontáneos o provocados Complicaciones del embarazo Bajo peso al nacer Enfermedad inflamatoria pélvica	
<b>SALUD MENTAL</b>	Tabaquismo Abuso de alcohol y de drogas Comportamientos sexuales arriesgados Comer en exceso	
		Homicidio Suicidio Mortalidad materna Efectos relacionados con el SIDA, etcétera

Como se señala en el cuadro anterior los efectos que tiene el maltrato sobre la vida de las mujeres, tiene efectos graves que pueden llegar hasta la muerte. Como se aprecia en el cuadro todos los síntomas pueden estar relacionados con una vida de maltrato, una mujer sana, en un principio, no debería de sentir ninguno de los síntomas que se reflejan, si lleva una vida saludable, y no hay ninguna circunstancia que en su vida le preocupe o sea responsable de algunos de los diagnósticos aquí recogidos.

Es muy importante que el personal sanitario cuando diagnostica algunas de las enfermedades recogidas en el cuadro anterior, sospeche y preste más atención a lo que la paciente le cuenta e incidir desde la empatía y la buena praxis en una posible situación de maltrato. De todo ello nos referimos más tarde.

Si nos vamos al plano internacional el estudio realizado en 2014 por la OMS<sup>166</sup>, se recogió información de más de 24.000 mujeres de diez países con diferentes entornos culturales, se encontró que el porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que había sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71%, si bien lo más común es que los índices se situasen entre el 24% y el 53%. Respecto a la prevalencia en España, los datos obtenidos en 1999 mediante encuesta a toda la población permitieron estimar que el 9,2% de las mujeres mayores de 18 años sufren violencia en sus relaciones de pareja<sup>167</sup>.

---

<sup>166</sup> OMS. “Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y Violencia doméstica contra la mujer Organización Mundial de la Salud” [en línea]. OMS, 2018 [consulta 5 agosto de 2018] Disponible en:

[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter1/es/](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/)

<sup>167</sup> ALBERDI, Inés, MATAS, Natalia. “La Violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España” [online]. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002. Colección Estudios Sociales, 10. [Consulta: 5 de agosto de 2018]. Disponible en:

[http://pmayobre.webs.uvigo.es/pdf/la\\_Violencia\\_domestica\\_informe\\_malos\\_tratos\\_a\\_mujeres\\_en\\_espana.pdf](http://pmayobre.webs.uvigo.es/pdf/la_Violencia_domestica_informe_malos_tratos_a_mujeres_en_espana.pdf)

## **CAPÍTULO CUARTO. FACTORES LIMITANTES EN EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**

A pesar de la normativa consultada tanto internacional como nacional, son muchas las limitaciones con las que se encuentran las mujeres que viven en esta situación de maltrato para poder salir de esta situación, recogemos los más evidentes y con más impactos sociales.

Como hemos visto, muchas mujeres que resultan heridas en los episodios de violencia recurren al sistema sanitario en busca de soluciones. Generalmente tras largos años de violencia cuando la afectación de la salud mental es manifiesta, las mujeres acaban requiriendo también la atención de los especialistas en esta disciplina. Sin embargo, el mayor reto probablemente esté en la demanda repetida de asistencia por signos y síntomas inespecíficos de carácter físico o psicológico, en cuyo trasfondo subyace la violencia pero que ni la mujer ni el profesional relacionan con ella. Como consecuencia, se prescriben pruebas diagnósticas y terapéuticas que resultan poco efectivas, incrementando las consultas a diferentes especialistas que tampoco resolverán el problema.

Adicionalmente, las y los profesionales del Equipo de Atención Primaria desempeñan un papel fundamental en el proceso de resolución de la violencia, ya que de ellas y ellos depende la elaboración de los informes que demuestren el carácter de habitualidad de los episodios violentos que servirán para la correcta cumplimentación del parte de lesiones. Todos estos informes son muy importantes para las mujeres puesto que puede ser la base una sentencia judicial favorable.

No hay un perfil de víctima ni de persona agresora, sino que cualquiera puede sufrir una situación de maltrato o ser el causante. La consulta de las mujeres se realiza a través de demandas inespecíficas sobre su salud, lo que debería hacer pensar en el maltrato como problema de fondo. Es muy importante que las y los profesionales de la atención primaria se impliquen en la detección precoz de dicho problema de salud y se establezcan circuitos de

coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones<sup>168</sup>.

## I. LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL SANITARIO EN LA DETECCIÓN

Una de las dificultades<sup>169</sup> para lograr que el Centro de Salud sea un lugar seguro y óptimo para detectar las consecuencias del maltrato, es la preparación de su personal, que impide identificarlo.

Cuando una mujer maltratada entra en la consulta del Centro de Salud, o en el Servicio de Urgencias, el personal sanitario no está preparado para que una mujer asustada, huidiza, desorientada, con miedo, insegura, le relate una historia de maltrato en solo unos minutos, no hay espacio, no hay intimidad, no sabe qué hacer, si primero tomarle la tensión, o preguntarle qué es lo que le duele, por eso es tan importante que este personal sepa enfrentarse a esta triste realidad.

Las dificultades por un inadecuado enfoque del maltrato son las consecuencias también en las y los profesionales, porque el trabajo con mujeres maltratadas es exigente y duro, y puede acabar afectando física y psíquicamente a quienes estén directamente con ellas, pudiendo provocar cambios en las creencias, expectativas, en muchas ocasiones no son capaces de desconectar de esa historia de maltrato que les acaban de redactar.

Está demostrado que el trabajo en el ámbito sanitario con mujeres que están sufriendo violencia, necesita una preparación, porque de lo contrario con mucha frecuencia, puede haber una contaminación psíquica, lo que conlleva a una implicación emocional con la mujer. Si no se tiene la preparación sobre las circunstancias por las que está pasando la

---

<sup>168</sup> SANS, Mireia, SELLARÉS, Jaume. “Detección de la Violencia de Género en atención primaria. Mireia”. En: *Revista Española Médico Legal* [en línea], 2010, vol. 36, no. 3, pp. 104-109 [consulta: 19 agosto de 2018]. eISSN: 0377-4731. Disponible en:

[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13189918&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=285&ty=4&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v36n03a13189918pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13189918&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=285&ty=4&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v36n03a13189918pdf001.pdf)

<sup>169</sup> ESCRIBÁ AGÜIR, Vicenta, et al. “Protocolo común para la atención sanitaria de la Violencia de Género”. [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009 [Consulta: 6 agosto 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/documents/71299/89752/Protocolo+Violencia+de+g%C3%A9nero+3%C2%AA%20edici%C3%B3n+CASTELLANO.pdf>

mujer maltratada y una sensibilización de este fenómeno ante el sufrimiento de la mujer, los y las profesionales puede crear un sentimiento con la mujer que le haga verse como su salvación, pudiendo incrementar la indefensión de la mujer. Para evitarlo, es necesario establecer la adecuada distancia terapéutica que permita pensar sin interferencias y aplicar los conocimientos y las habilidades adecuadas a la situación, evitando actuar sólo desde la “buena voluntad”.

En muchos momentos en la consulta puede darse una sobreidentificación, a veces él y la profesional sanitaria puede identificarse con la víctima. Provoca que el profesional tome decisiones por la mujer e intente que ella las acepte. Para evitarlo, hace falta sólidos conocimientos sobre la materia y una actitud de respeto sobre la evolución de la mujer, apoyándola en sus decisiones a lo largo de todo el proceso. Otra sensación es el rechazo, en algunas ocasiones el profesional puede identificarse, en lugar de con la víctima, con el agresor, muchas de las veces añadido al poco tiempo del que dispone para poder escuchar a la mujer maltratada en un espacio idóneo para su tranquilidad y seguridad, por lo que puede ver a la víctima como la culpable y la agresión como un castigo.

Como en otras situaciones de las que se viven en el mundo sanitario, donde en muchas ocasiones las enfermedades pueden ser mortales, el recibir a una mujer maltratada y ver que no puede ser atendida (por todas las circunstancias que ya hemos vivido) se puede caer en una sensación de fracaso. Esta sensación puede hacerle intervenir sin confianza y de modo menos efectivo. Para evitarlo, se deben marcarse objetivos realistas y asumir que es parte de una estrategia de intervención, en la que intervienen otros sectores y profesionales.

Al margen de la sensibilización del personal, lo cierto es que con carácter general en el ámbito sanitario, se desconoce el problema, pudiendo pensarse que la violencia de género no se produce entre sus pacientes. Es preciso recordar que no existe un perfil de mujer maltratada y que los síntomas que presentan las víctimas son muy diversos y no es fácil identificar este maltrato a través de muchos de ellos. Las y los profesionales sanitarios tienen una baza muy importante en sus manos ya que, de forma rutinaria, preguntan a sus pacientes por asuntos privados que afectan o pueden afectar a su salud y es en el contexto de la consulta

donde estos problemas presuntamente “internos y de familia” pueden salir a la luz, empezar a tratarse y buscar soluciones.

El conocimiento y la sensibilización en violencia de género de las y los profesionales de la salud son fundamentales. El papel de la Atención Primaria y los Servicios de urgencias, en la mayoría de las ocasiones son las únicas personas que tienen contacto con las víctimas y es el único momento en el que ellas pueden expresar lo que están viviendo. Las mujeres víctimas de violencia de género necesitan mucho más que una simple atención médica, necesitan ser escuchadas, apoyadas y protegidas.

## II. LA OBLIGACIÓN DE FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Habiendo destacado la necesidad de sensibilización en los y las profesionales del ámbito sanitario es necesario abordar la respuesta jurídica ante esta realidad.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, no desconoció este tema y recoge en su contenido la implementación, sensibilización y formación de la violencia de género en el personal sanitario. Así se establece en el capítulo III titulado “En el ámbito sanitario” y su artículo 15 establece en materia de sensibilización y formación lo siguiente:

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

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



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. En concreto, añade:

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

También dentro del seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se establecen el artículo 16 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, insta a la elaboración de un protocolo sanitario que 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.

## 1. FORMACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS ADMINISTRACIONES

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género describe de una manera puntual y detallada esta obligación de formación específica, no solo en el personal sanitario, también en el espacio educativo y más concreto en el Universitario. Traemos de nuevo ese párrafo del apartado 3 de este importante art. 15:

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

Con motivo de una investigación sobre la formación universitaria en violencia de género en los grados de Ciencias de la Salud en la Universidad de Valencia que realicé en 2014<sup>170</sup> comprobé que en algunas Universidades en España con opción de postgrados en violencia de género, pero ineficiente para paliar la formación básica. Este estudio solo abarcaba la Universidad de Valencia, y de ésta investigación, ya hace más de cuatro años, es posible que si fuera ahora podríamos tener otros resultados.

### 1.1 Formación en el acceso a la Administración Pública Sanitaria.

La formación Universitaria, la de personal residente en formación y la formación continua no está cumpliendo con el mandato normativo. Tampoco en el acceso a la condición de plaza en propiedad de la Administración Sanitaria, son lo que de nuevo se vuelve a perder otra oportunidad para que el personal sanitario que tiene que estar cerca de la mujer maltratada pueda poner en marcha todo el dispositivo que hemos visto.

Ello administrativamente vulnera los mandatos legales del artículo 14 de la Constitución española que proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo. Recordemos que la ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres en el artículo 51. c) indicó:

*“Fomentar la formación en igualdad, tanto en el acceso al empleo público como a lo largo de la carrera profesional.”*

En estudio ya citado de 2014, también se rescogen resultados sobre los contenidos que recogen los temarios de las plazas que se publican para el último concurso-oposición de la Consellería de Sanidad, y solo en la oposición a la plaza de trabajo social se exige tener

---

<sup>170</sup> El resultado fue que sola se impartía una asignatura de violencia de género en el grado de enfermería, y de Trabajo Social lo que nos demuestra el poco interés desde el ámbito académico para esta realidad, y el incumplimiento de la normativa sobre la ley de igualdad y la ley integral en este aspecto.

conocimiento en esta materia sobre “detección y abordaje de las situaciones de desprotección o maltrato infantil y ante la violencia de género en el sistema sanitario”.

La conclusión de aquel estudio, fue que confirma que en la mayoría de especialidades del ámbito sanitario salen de las Universidades sin haber oído hablar jamás de lo que es la violencia de género, y como ésta afecta a la salud, a pesar de que la OMS (Organización Mundial de la Salud) determinó que la violencia de Género como problema de Salud Pública por en 1996<sup>171</sup>, y de nuevo la OMS destaca que la violencia sobre la mujer es un problema global de proporciones epidémicas”<sup>172</sup>.

En la oferta de empleo público de 2016, solo la enfermería de Salud pública lleva un tema sobre protocolo sanitario y el informe médico de presunta violencia de género/doméstica (llama la atención, cuando enfermería no puede firmar este tipo de informes) el resto de categorías, incluidas las médicas, ni rastro sobre la violencia de género y su protocolo de aplicación.

Llama la atención, que todavía, en el acceso a la Administración del Gobierno Valenciano no se exija en su oferta de empleo público temario sobre la ley integral contra la violencia de género, y de protocolos creados para este personal. No hay en el temario de ninguna categoría (a excepción de trabajo social, que habla de tipos de maltrato). La novedad en esta oferta es la incorporación de un tema relativo al plan de igualdad en la oferta de empleo público en la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, en todas las categorías. El I Plan de Igualdad recoge medidas que hacen referencia a la discriminación entre hombres y mujeres en el ámbito laboral, pero no, al menos, el plano asistencial, debería por tanto exigirse que el personal sanitario conozca el protocolo sanitario de la Comunidad

---

<sup>171</sup>ALVARADO RIGORES, Manuela, GUERRA, Neyra. “La Violencia de Género un problema de Salud Pública”. En: *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social* [en línea], 2012, vol. 2, no. 2, pp. 117-130 [consulta 12 agosto de 2018]. ISSN: 2244-808X. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154889.pdf>

<sup>172</sup>OMS. “Informe de la OMS destaca que la Violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas””. OMS, 2018 [consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)

Valenciana y todo lo que supone este documento para la detección, el abordaje y la deriación de mujeres que puedan estar sufriendo violencia de género.

La única categoría sanitaria que tiene una formación especializada como residente (MIR) son los y las matronas en la Sanidad Pública de la Comunidad Valencina<sup>173</sup>, que tienen una asigantura exclusiva de violencia de géneo en su formación, ninguna otra especialidad en su tiempo de formación especializada.

## 1.2 Formación Continua y Continuada

En cuanto a la Formación Continua y Continuada Pública Sanitaria, es aquella dirigida al personal sanitario que trabaja en la Sanidad pública y viene recogida en Real Decreto Legislativo 5/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público confirma la necesidad de formación y concretamente establece en el artículo 14.g.

*“La formación continua y a la actualización permanente de sus conocimientos y capacidades profesionales, preferentemente en horario laboral”.*

La incorporación de la violencia contra la mujer como problema de salud a los planes de formación de las y los profesionales sanitarios es una necesidad urgente a la que es preciso responder sin demora. 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.

Por este motivo, las instituciones tienen un cometido trascendental en la detección y prevención de la violencia contra la mujer. Sin embargo, la o el profesional que asume entre sus atribuciones el diagnóstico de un problema de salud grave como es un carcinoma es

---

<sup>173</sup> Es una Foramación dentro de catalogo que se ofrece al personal médico en Formación (MIR), una vez ya aprobado el examen de Médico o Médica residente y que depende de cada Comunidad.

difícil que rechace hacerlo por falta de tiempo o de recursos. Exactamente igual debe ocurrir con la violencia. También es un aspecto que se repite a lo largo de este documento 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 presencia de forma cuidadosa contribuirán a que las mujeres adquieran la confianza suficiente para expresar su situación.

Dos son los planes de formación a los que tiene acceso el personal que trabaja en la sanidad pública, uno el Plan de Formación Continua que se regula en el artículo 39 del Decreto 119/2011, de 9 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Hacienda y Administración Pública, tiene entre sus funciones específicas gestionar la acción formativa y perfeccionamiento del personal al servicio de la Generalitat y de sus organismos autónomos. Asimismo, en el marco de colaboración y cooperación institucional con otras administraciones, coordina y homologa actividades de formación.

En cuanto a la formación continuada, que se entiende como un proceso formativo que se recibe después de un período de instrucción básica, y/o también especializada y que se desarrolla de forma permanente a lo largo de la vida laboral de una empleada o empleado con la intención de mantener para mejorar su competencia profesional de acuerdo al desempeño de sus funciones. El personal estatutario de la Sanidad Pública accede al de Plan de Formación Continuada gestionado por la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) donde se regulan las características de las acciones y los requisitos.

## 2. LA IMPORTANCIA DE LA ESPECIALIZACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS PROFESIONES SANITARIAS

Como hemos visto la falta de conocimiento y de formación, de información y de descoordinación sobre la violencia de género en las profesiones sanitarias es importante y a la vez grave. La ausencia adecuada de formación es preocupante, y además constituye un incumplimiento de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección

Integral contra la Violencia de Género cuyo artículo 15.2, recuerda la capacidad del espacio sanitario para detectar y abordar la violencia de género.

Las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas tienen una calidad de vida inferior, y son además hiperfrecuentadoras de estos espacios, por eso es de vital importancia que el personal sanitario sepa cuáles son las señales de esta violencia para poder detectarla y así, poder asesorar y recuperar a la mujer que la está sufriendo.

La formación del personal sanitario puede adelantar el momento de la intervención sanitaria y atender más adecuadamente a las víctimas de Violencia de Género.

La salud de las mujeres maltratadas está dañada por los episodios de Violencia de género, por eso, tienen que ser cuanto antes diagnosticada para poder sacarla del infierno donde vive y recuperarla, para ello, el personal sanitario tiene que saber cuáles son los síntomas y poner en marcha la herramienta elaborada al efecto del protocolo común. La formación en el protocolo sanitario elaborado para detectar y abordar la violencia de género si no es difundida y estudiada no se conocerá y no se aplicará de manera adecuada a los pacientes en situación de maltrato.

Según el Informe ejecutivo del Ministerio de Igualdad sobre la evaluación de la aplicación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género, realizado el 24 de julio de 2008<sup>174</sup>, en relación con las medidas de formación puestas en marcha en el ámbito sanitario, destacó como uno de los principales objetivos de las actuaciones sanitarias su capacidad por la prevención y detección de la violencia de género y su abordaje como un problema de salud.

---

<sup>174</sup> MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. Seguimiento y Evaluación Aplicación de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. (Consultado en 2 agosto 2018) Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/fr/ssi/violenciaGenero/Documentacion/seguimientoEvaluacion/home.htm>

Considera este informe que, a consecuencia de la visión tradicional, ha prevalecido una visión parcial y fragmentada, siendo limitada a las lesiones. La mayoría de las actuaciones tienen una conexión directa en el terreno jurídico, 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 alcanzan una relevancia el plano judicial.

También destaca este informe el relevante papel de la Sanidad en el abordaje integral de la violencia de género destacando su responsabilidad en la detección y prevención de la violencia, sin que ello signifique que la función asistencial y terapéutica quede 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.

No nos entretendremos en la parte de la población que vive junto a las mujeres maltratadas, por lo extenso que podría ser el trabajo, pero los y las expertas, hacen un llamamiento para observar la salud de los y las niñas que crecen en familias en las que hay violencia pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales. Estos trastornos pueden asociarse también a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida. Esta violencia de pareja también se ha asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de 5 años (por ejemplo, por enfermedades diarreicas y malnutrición).

Para comprender la importancia que tiene el personal sanitario ante el maltrato de género, es muy interesante examinar al autor de las denuncias para verificar el peso de las realizadas por el personal sanitario. Todas son exigencias dirigidas al personal están dirigidas a la mejor atención hacia las mujeres que sufren violencia de género.

### III. EL CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Para poder abordar y comprender la situación en la que viven y por las que pasan las pacientes que están sufriendo una situación de violencia de género hay que comprender como actúa la violencia de género.

Es muy importante que el personal sanitario conozca el círculo de la violencia, las mujeres que pasan por los centros sanitarios están dentro de este círculo, por eso es importante comprender por qué las mujeres soportan estas situaciones y no pueden salir de él. Pero si se conoce como actúa este laberinto inacabable es más fácil poder acompañarlas en su camino de la salida del maltrato.

#### FASES DE LA VIOLENCIA

Los protocolos sanitarios<sup>175</sup> son fundamentales como hoja de ruta para poder sacar a la mujer maltratada de ese infierno de violencia, pero para poder comprenderla, entenderla, para enfrentarse al problema hay que saber las fases de este maltrato. Muchas de estas mujeres pasan de 9 a 12 años, hasta que se atreven a contarlo en el ámbito sanitario, todas ellas han pasado en el año anterior varias veces por su Centro de Salud.

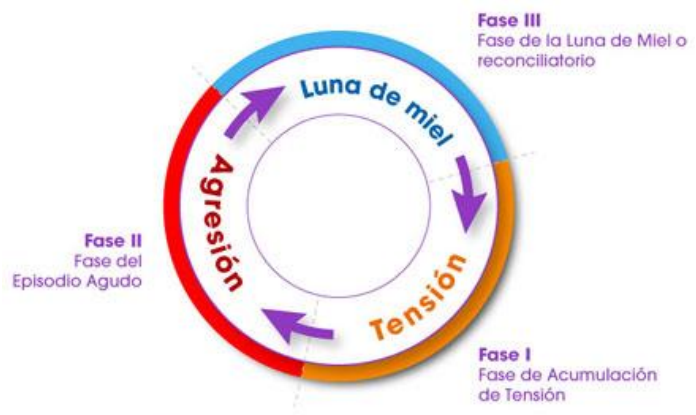
La antropóloga Leonor Walker desarrolló la teoría del “Ciclo de la violencia” en 1979 y la expuso en su estudio *The Battered Women*. Lo definió a partir de su trabajo con mujeres. Igualmente ha identificado un ciclo que se repite en los casos de violencia intrafamiliar que ella atiende como terapeuta. A partir de los testimonios se dio cuenta de que las mujeres víctimas de esta violencia no son agredidas todo el tiempo ni de la misma manera, sino que existen fases para la agresión, de variada duración y diferentes manifestaciones.

---

<sup>175</sup> ESCRIBANO MARTÍNEZ, Ángela, “Detección y abordaje de la Violencia de Género por el personal sanitario”. Madrid: FYSA, 2012, pp. de 42 a 52



El “Ciclo de la violencia” descrito por Leonor Walker tiene tres etapas que se repiten una y otra vez, y el tiempo que transcurre entre una y otra va disminuyendo cada vez más. Actualmente es el modelo más utilizado por las y los profesionales. Estas tres fases son:



I FASE: Aumento de la tensión

II FASE: Incidente agudo de agresión

III FASE: Arrepentimiento y comportamiento cariñoso

Los ciclos de agresión pueden presentarse en una pareja en forma regular o estar separados por diferentes períodos. Pueden aparecer tempranamente en la relación, puede ser al mes de estar conviviendo o tomar tiempo para aparecer, como puede ser después de varios años de convivencia.

I FASE: Aumento de la tensión.

Tiempo de duración: días, semanas, meses o años. Ocurren incidentes menores de agresión: gritos, peleas pequeñas.

La mujer:

- Trata generalmente de calmar al agresor: es condescendiente, se anticipa a cada capricho, permanece fuera del camino de él.
- Acepta sus abusos como legítimamente dirigidos hacia ella: piensa que ella puede merecer ese comportamiento agresivo.
- Trata desesperadamente de evitar que él la lastime más.

- Se niega a sí misma que está enfadada por haber sido lastimada psicológica y físicamente.
- Busca excusas: “tal vez yo merecía esa agresión”, “no tenía la comida a tiempo”, “no planché bien la ropa”, “salí sin decirle adónde iba”, “estoy ganando más que él”, “la comunidad me quiere más” ...
- Tiende a minimizar los incidentes al saber que el agresor es capaz de mucho más: “no fue para tanto”, “pudo haber sido peor” ...
- Tiende a echar la culpa a determinada situación: “tuvo un mal día de trabajo”, “no tiene dinero”, “estaba borracho”, “está muy tenso” ...
- Tiene esperanza en que todo cambie con el tiempo: “pronto pasará”.
- Niega psicológicamente el terror por la inevitable segunda fase que se aproxima.
- Aumenta el enfado no reconocido y conforme avanza esta fase ella pierde rápidamente el poco control que tenía de la situación.
- Las mujeres que ya conocen el ciclo aceleran muchas veces la llegada de la segunda fase: “si ésta llegará inevitablemente, entonces es mejor que llegue pronto y pase”.
- Ella encubre al agresor como una manera de impedir más incidentes de agresión: lo encubre el resto de la familia, da excusas de su comportamiento, aleja a las personas que quieren y podrían ayudar.
- Es incapaz de lograr el restablecimiento del aparente equilibrio en la relación.
- Evita al agresor temiendo una explosión de agresión.
- La tensión llega a ser insoportable.
- Se produce el incidente de agresión aguda.

#### El hombre:

- Se enfada por cosas insignificantes: por la comida, por la bulla que provocan los niños y niñas, porque su esposa o compañera no está cuando la necesita para algo, etcétera.
- Está sumamente sensible (todo le molesta).
- Está cada vez más tenso e irritado.

- Cada vez se vuelve más violento, más celoso; aumenta sus amenazas y las humillaciones en contra de la víctima.

Las mujeres se refieren a esta fase como aquella en la cual ocurren incidentes menores de agresión de diversas formas. En esta fase ellas están muy alertas a las manifestaciones y tratan por todos los medios de calmar al agresor, haciendo todas las cosas que saben para poder complacerlo. Aquí inician el proceso de auto-culpabilización y elaboran la fantasía de creer que algo que ellas hagan logrará detener o reducir la conducta agresiva del ofensor. Generalmente en esta fase las mujeres atribuyen la agresión a factores externos como el estrés y niegan el enfado de su esposo o compañero y el suyo propio.

Esta actitud de aceptación refuerza el hecho de que el agresor no se sienta responsable por su comportamiento, a la vez que la sociedad -con diferentes mensajes- también aprueba este derecho que el hombre cree tener: disciplinar a su esposa incluso usando la violencia física. Muchas veces, para evitar un nuevo estallido de violencia, la mujer se aleja afectivamente, lo que aumenta el acoso opresivo del compañero y la tensión llega a ser insoportable. Al final de esta fase se alcanza un nivel de tensión que ya no responde a ningún control.

II FASE: Incidente agudo de agresión.

Tiempo de duración: de 2 a 24 horas.

Descarga incontrolable de las tensiones que se han venido acumulando en la fase anterior.

- Hay falta de control y destructividad total.
- Ella acepta el hecho de que la ira del agresor está fuera de control.
- Ella es gravemente golpeada.
- Ella sufre tensión psicológica grave, expresada en insomnio, pérdida de peso, fatiga constante, ansiedad, etcétera.
- Él es el único que puede detener esta fase.
- Ella, como única opción, buscará un lugar seguro para esconderse.

- Ella recibe la paliza sin importar cuál sea su respuesta tras esta nueva agresión.
- Ella espera que pase el ataque: considera inútil tratar de escapar.
- Cuando el ataque termina, hay negociación, incredulidad de que realmente haya ocurrido, racionalización de la seriedad de los ataques, ella tiende a minimizar las heridas físicas y generalmente no busca ayuda.
- Ella tiende a permanecer aislada. Psicológicamente funciona así: “Si no lo cuento, es como si no hubiera pasado”. Experimenta indiferencia, depresión, sentimientos de impotencia.

En esta fase es donde alguien puede llamar a la policía, pero una vez que ésta se ha ido, aumenta la agresión contra la mujer.

Los agresores culpan generalmente a sus parejas de la aparición de esta segunda fase. Se ha comprobado que los agresores, sin embargo, tienen control sobre su comportamiento violento y que lo descargan selectivamente sobre sus esposas. Después de la recogida de datos, según los Protocolos para la Atención de la Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Medicina Legal, se sabe que el agresor es el único que puede detener este episodio.

Cuando termina la agresión, generalmente ambos están confusos y la mujer sufre un fuerte trauma o conmoción. Permanece aislada, deprimida, se siente impotente y casi nunca busca ayuda. Sabe, además, que difícilmente la policía o las leyes la protegerán del agresor. Si hay una intervención profesional en esta fase, igualmente se debe considerar que la mujer está muy atemorizada y que, generalmente, cuando regrese a su casa será de nuevo golpeada, por lo que es muy renuente a aceptar ayuda en este momento.

III FASE: Arrepentimiento y comportamiento cariñoso.

Duración: generalmente es más larga que la segunda y más corta que la primera.

Fase bienvenida por ambas partes.

- Se caracteriza por un comportamiento extremadamente cariñoso, amable y de arrepentimiento por parte del agresor.
- Trae un inusual período de calma.
- La tensión acumulada en la fase uno y liberada en la fase dos ha desaparecido.
- El agresor generalmente se siente arrepentido, suplica perdón y promete que no lo hará nunca más.
- Cree que puede controlarse y cree que ella ha aprendido la lección.
- Utiliza a otros/as miembros/as de la familia para convencerla.
- Inicia acciones para mostrar su arrepentimiento: le da regalos, le ayuda en las labores de la casa, la lleva a pasear...
- Ella se siente feliz, confiada y cariñosa.
- Ella puede pensar: “el matrimonio es una cruz para siempre” y esta fase le da esperanza de que no todo es malo en su relación.
- Ella cree que quedándose con él, éste tendrá la ayuda que necesita.
- Ella quiere creer que no tendrá que sufrir abusos nunca más.
- Ella cree que el agresor es en realidad el tipo de persona que se muestra en esta fase. Se estrecha la relación de dependencia víctima-agresor.

Aquí se cierra el proceso de estructuración de la victimización de la mujer. La tensión llega a sus mínimos niveles. El agresor cree que nunca más se presentará este episodio, entre otras cosas, porque la conducta de ella cambiará. En este momento, a veces él busca ayuda mediante tratamiento psicológico o de terapia conductual.

La mujer que haya tomado la decisión de dejar la relación abandonaría la idea en esta fase. Él la acosa afectuosamente y utiliza todos los recursos familiares que la hagan desistir en su decisión de terminar la relación. Los valores tradicionales que las mujeres han interiorizado en su socialización con respecto a su función en el matrimonio operan en este momento como reforzadores de la presión para que mantenga su matrimonio. Es entonces cuando la mujer retira los cargos, abandona el tratamiento y toma como real la esperanza de que todo cambie.

Antes de que ella se dé cuenta, el cariño y la calma dan lugar otra vez a los incidentes pequeños de la primera fase. Esta fase no dura igual en todas las relaciones. La práctica ha revelado que conforme la agresión se hace más brutal y notoria, esta fase va disminuyendo hasta desaparecer en algunos casos.

Hay que destacar que no todas las mujeres maltratadas pasan por todas las fases - algunas-pasan toda la vida del maltrato encerradas en algunas de ellas, mujeres, que son maltratadas de una manera muy sutil y en su relación pasan de la I fase a la luna de miel, sin llegar a la tensión o al maltrato físico.

#### IV. LA COMUNICACIÓN ANTE UNA SOSPECHA DE MALTRATO.

Merece un apartado especial todo lo referente a la obligación legal de comunicación ante la sospecha de una situación de violencia de género en una paciente a través de un informe médico, y el deber de secreto profesional que puede ser desvelado con este informe.

##### 1. LA DETECCIÓN EN EL CONTEXTO. DERECHOS Y DEBERES.

###### 1.1 Derechos del personal sanitario

Es importante tener presente en la actuación sanitaria la legislación que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, modificada por el texto consolidado el 22 de septiembre de 2015<sup>176</sup> y la Ley de Protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal), modificada por texto consolidado de 30 de julio de 2018<sup>177</sup>, para poder comprender hasta donde llega el deber de comunicación del personal médico de una situación de maltrato.

En todos los códigos deontológicos se recoge el secreto profesional como un derecho de las y los pacientes y un deber profesional, por lo que este compromiso es extensible a todo el equipo sanitario que participa o interviene en la atención: profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, administración, personal celador.

A este deber de secreto se le suma el registro confidencial de la información, que veremos en el próximo apartado con más detenimiento. Es muy importante que el personal sanitario sea consciente de la finalidad de la información que registra y valore cuidadosamente el contenido y la forma como quedará recogida en la historia clínica, así como quién tendrá acceso profesional a la misma (por ejemplo: garantizar que no aparezca el maltrato como antecedente en caso de emitirse un parte de interconsulta en papel).

---

<sup>176</sup> Regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica

<sup>177</sup> El objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar.

Desde sanidad un apartado importante es la de preservar la privacidad de los datos personales que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. También el personal administrativo debe ser especialmente consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos identificativos. Conviene tener en cuenta que, en general, en medicina de familia y enfermería, el personal sanitario es el mismo para todos los miembros de la unidad familiar, incluyendo a los hijos e hijas mayores de 14 años, con dos cuestiones básicas:

- Garantizar un ambiente de intimidad durante las entrevistas, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno, y en la realización de pruebas u otras intervenciones sanitarias.
- No compartir información sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales.

En cuanto a respetar la autonomía de la mujer vemos que en muchas choca la necesidad de comunicación de la presunta situación de violencia y la de la autonomía de la mujer, situación que todavía en muchas ocasiones produce incertidumbre y miedo por parte del personal sanitario. En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y potenciar la autonomía de la mujer. Para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados, también y además, como medida para garantizar su seguridad.

La comunicación y en su caso la denuncia a la autoridad competente de los datos vinculados a la violencia de género obtenidos en el contexto de la asistencia sanitaria forman parte de la atención y tratamiento debidos a la paciente víctima de este tipo de violencia. La Violencia de Género es un problema de salud pública, y es un delito perseguible de oficio, es un trauma extendido mucho más de lo que se muestra, la parte del iceberg invisible es



inmensa, y el Sistema de Salud Pública español aún no está preparado para afrontarlo como es debido, no está a la altura de las circunstancias<sup>178</sup>.

## 1.2 Deberes del personal sanitario

Un tema muy controvertido que surge en las consultas médicas está directamente relacionado con la obligación del Secreto Profesional. La Organización Médica Colegial de España promulgó su primer Código de Ética y Deontología Médica en 1978 al amparo de la Constitución de 1976, que establece el reconocimiento y la necesidad de regular los colegios profesionales y el ejercicio de los profesionales titulados. Dicho Código fue actualizado en 1990 y 1999, siendo éste de 2011 el primer código de deontología médica del siglo XXI.

Algunos artículos recogen lo que nos interesa saber sobre esta relación con las pacientes que pudieran estar sufriendo violencia de género, así el artículo 27 recoge:

*“1.- El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico/a-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional.”*

*2.- El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.*

*3.- El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional.*

*4.- En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa.*

*5.- El médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma.*

---

<sup>178</sup> TOVAR, Javier. “Los médicos, contra la violencia de género”. EFE.SALUD (Consultado 5 julio 2018) Disponible en: <https://www.efesalud.com/los-medicos-contra-la-violencia-de-genero/>

*6.- El médico podrá cooperar en estudios epidemiológicos, económicos, de gestión, etc., con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente.*

*7.- El médico preservará en su ámbito social, laboral y familiar, la confidencialidad de los pacientes.*

Sin embargo la obligación de la comunicación al juzgado de un posible delito viene recogido en el artículo 30 del Código Deontológico Médico<sup>179</sup> señala.

*1.- El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos:*

*a. En las enfermedades de declaración obligatoria.*

*b. En las certificaciones de nacimiento y defunción.*

*c. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.*

*d. Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.*

*e. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.*

*f. Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.*

*g. Aunque el paciente lo autorice, el médico procurara siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.*

*h. Por imperativo legal:*

---

<sup>179</sup> CÓDIGO DEONTOLÓGICO MÉDICO, (Consultado 8 julio 2017) Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/BQM\\_2018//68/](https://www.cgcom.es/sites/default/files/BQM_2018//68/)

1. *En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.*
2. *Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.*
3. *Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto.*

También lo recoge el Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. En su artículo 262<sup>180</sup> que establece:

*Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.*

*Los que no cumpliesen esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.*

*Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviesen relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas, ni superior a 250. Párrafo tercero del artículo 262 redactado por Ley 14 abril 1955 («B.O.E.» 15 abril), por la que se modifica la base económica de algunos artículos de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.*

*Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrán además en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo.*

*Lo dispuesto en este artículo se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las Leyes.*

---

<sup>180</sup> ESPAÑA. Ley de Enjuiciamiento Criminal. REAL DECRETO DE 14 DE SEPTIEMBRE DE 1882.

También el artículo 355 de la misma ley establece:

*Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los Médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquiera novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor.*

Otra ley que regula la obligación de comunicación de un posible acto delictivo es la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal cuyo artículo 408 establece:

*“La autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años”.*

Partiendo de este marco legal que obliga a la denuncia, estas denuncias por violencia machista no son solo números, detrás de ellos hay situaciones reales de mujeres que la sufren día a día. Sin embargo a pesar de que las denuncias aumenta, y de que el personal sanitario se aprecia menos resistencia el informe anual del Observatorio de género de 2015<sup>181</sup>, las denuncias por malos tratos con respecto a 2014 habían repuntado levemente, un 1,9% hasta situarse en un total de 129.123; es decir, 347 al día<sup>182</sup>.

Ahora que desde el sistema sanitario parecen haberse reducido las resistencias a emitir los correspondientes informes médicos, las mujeres que sufren la violencia, en muchas ocasiones, han sido y son las que suplican a sus médicos que, «por favor», no emitan dichos informes. ¿Qué ha ocurrido? Algunos factores explican este cambio, pero antes es preciso aclarar que, en todo momento, ha habido un grupo muy numeroso de mujeres que siempre ha negado en la consulta que las lesiones o sintomatología que presentaban tuvieran algo que ver con la violencia de su esposo o compañero. Por diferentes motivos (debilidad

---

<sup>181</sup> OBSERVATORIO contra la Violencia doméstica y de Género. “Informe sobre víctimas mortales de la Violencia de Género y de la Violencia doméstica en el ámbito de la pareja o ex pareja en el año 2015” [en línea]. [Madrid]: Consejo General de Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la Violencia doméstica y de Género, 2015. [consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/stfls/CGPJ/OBSERVATORIO%20DE%20VIOLENCIA%20DOM%20C3%89STICA/INFORMES/FICHERO/20171030%20Informe%20sobre%20v%C3%ADctimas%20mortales%20de%20la%20Violencia%20de%20g%C3%A9nero%202015.pdf>

emocional, física y social; temor y dependencia [afectiva y económica] referidos al agresor, posible agravamiento de la situación tras la denuncia, entre otros)<sup>183</sup>, estas mujeres no querían, y no quieren, reconocer la situación que viven, llegando a enmascarar sus enfermedades. Se produce otro fenómeno: una alta proporción de mujeres que sí decide realizar la denuncia tras una agresión la retira a los pocos días o niega/minimiza los hechos, pasando a defender al agresor. Además, hay que señalar que otro grupo de mujeres no es consciente de que los problemas de salud que presenta están relacionados con la relación afectiva que mantiene<sup>184</sup>.

La doctora Aretio Romero<sup>185</sup> ha manifestado claramente sobre esto que *“hemos pasado de no preguntar a que sean las pacientes las que nos ruegan que no comuniquemos la situación de maltrato, y pone el acento en la independencia y el respeto a lo que la paciente quiere y necesita en ese momento.”*

Partimos de una realidad de control y de toma de decisiones por parte del maltratador y, ahora podemos con caer en la misma situación, derivada de un exceso de celo, si actuamos sin tener en cuenta lo que la paciente en situación de maltrato necesita.

En la actualidad es una imposición legal de comunicación a través del informe al correspondiente Juzgado obligación impuesta recogida en varias normativas a) Art. 30.3 del Código de Deontología Médica; b) Art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, o c) Art. 408 de la Ley Orgánica del Código Penal (que hemos visto en este trabajo en varias ocasiones). Sin embargo, hemos asistido a un proceso paradójico: ahora que desde el sistema sanitario parecen haberse reducido las resistencias a emitir los correspondientes informes médicos, las mujeres que sufren la violencia, en muchas ocasiones, han sido y son las que suplican a sus médicos que, «por favor», no emitan dichos informes. ¿Qué ha ocurrido?

---

<sup>183</sup> GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Jorge, MARTÍNEZ JARRETA, M<sup>a</sup> Begoña, TENÍAS, BURILLO, José M<sup>a</sup>. “Buenas prácticas en la valoración pericial de personas que sobreviven a la Violencia sexual”. En: *Ciencia Forense: Revista aragonesa de medicina legal* [en línea], 2016, no. 13 [consulta: 17 agosto de 2018]. ISSN: 1575-6793. Disponible en: [https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/35/80/\\_ebook.pdf](https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/35/80/_ebook.pdf)

<sup>184</sup> PALOMO PINTO, Marisa. “Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato, ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente?” En: *Semergen* [en línea], 2004; vol. 30. No. 2, pp. 68-71. [Consulta: 12 agosto de 2018]. ISSN: 1138-3593. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S113835930474277X-S300>.

<sup>185</sup> ARTEIRO ROMERO, Antonia. “Aspectos éticos de la denuncia profesional de la Violencia contra las mujeres”. En: *Gaceta Sanitaria* [en línea], 2007, vol. 21, no. 4, pp. 273-277. [consulta 12 agosto de 2018]. ISSN: 0213-9111. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv21n4/editoriales.pdf>

Algunos factores explican este cambio, pero antes es preciso aclarar que, en todo momento, ha habido un grupo muy numeroso de mujeres que siempre ha negado en la consulta que las lesiones o sintomatología que presentaban tuvieran algo que ver con la violencia de su esposo o compañero.

Por diferentes motivos (debilidad emocional, física y social; temor y dependencia [afectiva y económica] referidos al agresor, posible agravamiento de la situación tras la denuncia, entre otros). También nos encontramos con la realidad de la retirada de la denuncia a los pocos días de mujeres que sí que deciden denunciar, porque no han tenido un acompañamiento por los recursos especializados que les van preparando para todo el recorrido que tienen que soportar desde que denuncian (segunda victimización)<sup>186</sup>.

Si a tendemos a las 4 obligaciones morales<sup>187</sup> que tienen los profesionales sanitarios (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) las 2 primeras son de mayor obligación. Con la intervención han de sopesarse las consecuencias, procurando no hacer más daño del que se pretende evitar, lo cual permite excepciones a la norma. La ética de la responsabilidad (que valora las consecuencias) va más allá de la ética de la convicción (se fija sólo en el cumplimiento de la norma).

El estilo profesional ha de ser deliberativo, no impositivo, acompañando, cuidando la vida, los valores, las emociones y la seguridad afectiva de la mujer víctima de la violencia.

Lo que sí está claro y repetimos en varias ocasiones en este trabajo, es que el personal facultativo (el único que puede firmar el informe de violencia de género de comunicación al juzgado) es que la atención sanitaria empieza en este momento, no acaba con la emisión del informe médico (también llamado parte de lesiones). El personal facultativo tendrá que derivar a la paciente, bien a otras especialidades médicas, bien a los recursos especializados, bien a los cuerpos de seguridad, que serán quien hará el trabajo de protección y de detección de riesgo con mucha más garantía. Este personal sanitario no es personal de criminología ni

---

<sup>186</sup> DOMÍNGUEZ VELA, María. “Violencia de Género y victimización secundaria”. En: *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* [en línea]. 2016, Volumen VI, no. 1, pp. 3-22. [consulta: 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/Violencia\\_de\\_geneo\\_y\\_victimizacion\\_secundaria.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Violencia_de_geneo_y_victimizacion_secundaria.pdf)

<sup>187</sup> BARBERO GUTIÉRREZ, Javier. “El maltrato de Género en las relaciones de pareja: una mirada desde la bioética”. En: “La Violencia contra las mujeres: prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas”. Madrid: Díaz de Santos; 2005. pp. 225-39.

policía, ni juez, por lo tanto la coordinación de todos los recursos serán claves para la detección y la protección de una paciente que está sufriendo violencia de género y para los y las familiares tanto criaturas como mayores para su protección. Desde luego no hay debate cuando la paciente está en peligro o viene acompañada por las fuerzas de seguridad aunque ella no lo autorice.

Sin embargo la obligación de emitir el informe médico de presunta violencia si la paciente no lo autoriza, donde la autonomía del personal facultativo choca con la obligación legal de comunicar al juzgado la sospecha de una situación de violencia de género.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal señala en su artículo 262: «Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante». El artículo 355 de esta Ley menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina: «Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado».

También el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en su Anexo II, apartado 6.6.3. y en el Anexo IV, apartado 2.8, recoge como una función del personal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género. En los supuestos de sospecha de maltrato ejercida por parte de la pareja o ex pareja, se comunicará al juzgado de guardia mediante el parte de lesiones o informe médico.

La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune. En la Ley Orgánica estatal se articula un conjunto de medidas para proporcionar una respuesta global a la violencia ejercida sobre las mujeres por parte de su pareja o ex pareja, abarcando aspectos de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, social, asistencial y de atención, así como normas procesales, penales y civiles. A su vez, la mayoría

de Comunidades Autónomas han desarrollado sus propias legislaciones en materia de violencia de género en el plan asistencial.

Señala el profesor Lorente Acosta<sup>188</sup> investigando si es la actitud profesional desde la Sanidad ante la violencia de género una de las alteraciones y patologías referidas con anterioridad se hace un diagnóstico diferencial con la Violencia de Género. Y ante cada agresión física o psicológica que acude a urgencias, se investigan o no la existencia de dichas enfermedades para dirigir las medidas terapéuticas en dicho sentido.

La actitud de los profesionales ante la violencia de género no debería ser diferente a cualquier otro problema, con la única salvedad de buscar la adaptación a sus circunstancias para conseguir la mayor eficacia, algo que no difiere en planteamiento con otros problemas clínicos y que sólo refuerza la individualidad de cada uno de ellos. Unas circunstancias que superan el marco biologicista para situar el problema dentro del contexto social, al igual que ocurre con otras muchas patologías, para luego manifestarse con matices diferentes en cada uno de los casos.

El profesor Lorente habla sobre los problemas que se dan, en concreto en los servicios de Urgencias, problemas estructurales en la organización del Servicio (falta de tiempo, ausencia de intimidad, ambiente inadecuado,...) y el miedo o inseguridad ante las consecuencias legales, sobre todo por entender que es un problema privado y que la actuación sanitaria viene a agravarlo.

El problema clínico no está tanto en abordar esos casos, sino en cómo hacerlo dependiendo de la actitud que adopte la mujer ante la violencia. En algunos de ellos será referida directamente ante las preguntas del profesional que la atiende, mientras que en otros muchos quedará oculta tras los mismos prejuicios que esconden los signos y síntomas.

La emisión del parte de lesiones nunca debe ser un argumento para condicionar la asistencia sanitaria y el tratamiento continuado de la situación de esta violencia que sufre la mujer. Los y las profesionales sanitarios no son investigadores policiales ni forenses, pero sí

---

<sup>188</sup> LORENTE ACOSTA, Miguel. "Violencia y maltrato de Género (i): aspectos generales desde la perspectiva sanitaria". En: *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2008, vol. 20, no. 3, pp. 191-197.



deben estudiar al máximo el problema de salud que padecen las pacientes asistidas por sufrir violencia, y ser conscientes de que al igual que en el caso de una enfermedad de declaración obligatoria no se cuestionan si han de comunicarlo o no a las autoridades sanitarias ni piden el consentimiento del enfermo, incluso aunque ello conlleve que la persona enferma entre en cuarentena. En el caso de la violencia de género, cuando existan evidencias de violencia, han de comunicarlo a las autoridades judiciales, pues esta actuación no va dirigida hacia el problema individual-clínico, sino que lo hace, fundamentalmente, hacia el social-público.

El problema de la actuación sanitaria sobre la violencia sobre las mujeres nunca ha sido el “qué hacer”, sino el “para qué hacer”, es decir, hacia dónde orientar la asistencia que se prestaba, algo que se hacía según la concepción que se tenía de la violencia de género, generalmente centrada en un suceso agudo causante de lesiones físicas (agresiones), y entendido como un problema judicial más que sanitario.

Por otra parte, no podemos perder de vista la condición de sujetos de derecho de las mujeres reconocida en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como en la legislación sanitaria y especialmente en la Ley de Autonomía del Paciente. También es importante recordar que es preciso solicitar su consentimiento para la realización de fotografías y para ser reconocida por el equipo forense.

Uno de los problemas que más se repite en la actuación e intervención del personal facultativo, el único que puede firmar el informe médico de sospecha, es cuando se enfrenta entre la obligación de trasladarlo al juzgado de guardia, ante la negativa de la mujer de hacerlo y tal como hemos visto el deber general de denuncia se encuentra previsto en el párrafo 1 del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal ejercitable conforme al artículo 544 ter de dicha Ley (ante el juez de guardia o el Ministerio Fiscal):

*«Sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de esta Ley las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de los hechos mencionados en el apartado anterior (delitos contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2, del Código Penal) deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez de Guardia, o del Ministerio Fiscal con el*

*fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la Orden de Protección.» No se está amparado por el secreto profesional al estar específicamente excluida tal posibilidad por desarrollo legal específico como así apuntan los art. 2 y 8 de la LO 1/82 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación Personal y Familiar y a la Propia Imagen en relación con lo previsto en la Ley de Protección de Datos, al ser precepto expresamente regulado en disposición legal específica (L.E.CR.).*

## 2. EXAMEN DE LOS PROCESOS CON INFORME MÉDICO DESDE SANIDAD.

Hay que destacar aquí el problema que supone para el personal sanitario la comunicación de una presunta situación de violencia de género, el debate ético y moral del deber de hacer y no saber qué hacer. El acompañamiento y la tutela judicial, en el caso de una intervención sanitaria comienza con la comunicación al juzgada de esta situación de presunta violencia, es además, el comienzo también de una asistencia sanitaria más puntual, más continua, que supondrá una coordinación con otros especialistas de la medicina y de los recursos especializados en violencia de género.

Una vez cumplimentado el Parte de Lesiones, debe salir con urgencia por la vía más rápida posible para ser presentado en el Juzgado de Guardia. Su envío no se puede demorar. Por ello, es importante sistematizar las vías de remisión del Parte de Lesiones, dejando claro qué profesional debe encargarse en la práctica de enviarlo (médico/a, personal administrativo, enfermería, etc.).

El envío del parte de lesiones a la autoridad judicial supone, generalmente, su registro de entrada y remisión al Decanato de los Juzgados. Una vez tiene lugar el registro de entrada del parte de lesiones en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma (vecindad, amistad).

En el Decanato se determinará cual será el Juzgado que conocerá del asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de Juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente. En segundo lugar, en el Decanato y dentro de la oficina del partido judicial

correspondiente que, entre otras cosas, se encarga del reparto de los asuntos entre los distintos Juzgados a él adscritos.

Es importante resaltar que:

- El parte de lesiones, y/o en su caso, el informe médico que se adjunte al mismo, debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva.

Siempre se debe informar a la mujer de:

- Los pasos que sigue el parte de lesiones y las consecuencias que se derivan del mismo.
- Que en el caso en que se hubiera solicitado una orden de protección, el juzgado de guardia puede convocarla a una audiencia urgente, que se celebrará en un período máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud, tras la cual, el órgano judicial resolverá si concede la orden de protección.
- Que el presunto agresor también será llamado a declarar y, en caso de peligro, puede ser detenido para ser trasladado ante el/la juez/a.
- Si la mujer no declara o no confirma los hechos relatados en el parte de lesiones, el juez puede archivar la causa o puede instruir el procedimiento más oportuno en su caso si hay sospechas consistentes de Violencia de Género y hay ocultación por la mujer por miedo u otras causas.
- Si los confirma, el juzgado puede ordenar la continuación del procedimiento y acordar en su caso una orden de protección con medidas penales y civiles, pudiendo llegar a celebrarse juicio y dictarse sentencia. A continuación se presentan dos esquemas en los que se describen las diferentes posibilidades derivadas de las decisiones judiciales a partir de la emisión del parte de lesiones sanitario.

Estas medidas adoptadas en el ámbito judicial tendrán repercusiones en diferentes grados en la vida cotidiana de las mujeres y sus hijas e hijos. Es importante conocerlas ya que las mujeres continuarán manteniendo relación con el ámbito sanitario, ya sea el habitual u otro alternativo a causa de un traslado de domicilio.

De nuevo volvemos a insistir en la dificultad que supone hoy en día el hecho de que no se pueda saber cuántos informes médicos de presunta violencia de género detectados en el ámbito sanitario (muchos informes se siguen realizando en partes de lesiones de papel), aunque sí podemos tener una aproximación de los que se realizan desde la aplicación SIVIO (caso de la Comunidad Valenciana), pero sin saber si todos ellos llegan al juzgado y, cuantos llegan en formato ordinario, o sea, el formato tradicional.

Si se hace en el formato no electrónico contamos con la dificultad añadida de no poderse consultar desde las bases de datos propias de la Consellería de Sanidad, algo que sí se hace con el informe que recoge la aplicación SIVIO, que permite además que se puede consultar desde cualquier centro sanitario público de la Comunidad Valenciana. Tampoco, como hemos resaltado en este trabajo, se pueden consultar los informes de alta que se producen desde los diferentes Servicios de Urgencias de los diferentes centros sanitarios públicos de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública.

Según los datos sobre denuncias del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, integrado actualmente en el Consejo General del Poder Judicial<sup>189</sup>, vemos quien presenta la denuncia, aunque nos vamos a centrar en las que entran a través de los partes de lesiones.

Si analizamos las denuncias presentadas en los tres años consecutivos, 2015, 2016 y 2017, los datos recogidos desde el Observatorio de violencia de género y desde la aplicación SIVIO tenemos la siguiente realidad. Estos datos consultados son accesibles desde la propia página Web del observatorio<sup>204</sup> y de los boletines mensuales de salud pública colgados en la página web de la Dirección General de Salud Pública<sup>190</sup>.

Datos consultados el 24 de agosto de 2018

---

<sup>189</sup> Datos referidos tanto a los Juzgados exclusivos de Violencia sobre la Mujer <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Violencia-domestica-y-Violencia-de-genero/Datos-sobre-Violencia-sobre-la-mujer-en-la-estadistica-del-CGPI/>

<sup>190</sup> CONSELLERÍA DE SALUD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA. DGSP. (consultado 9 de septiembre de 2018) Disponible en:

<http://www.sp.san.gva.es/sscc/progSalud.jsp?CodProg=PS83&Opcion=SANMS118B&MenuSup=SANMS11&Nivel=2>

<b>Distribución presentadas</b>	<b>denuncias Comunidad Valenciana, datos Observatorio</b>	<b>2015</b>	<b>%</b>	<b>2016</b>	<b>%</b>	<b>2017</b>	<b>%</b>
<b>Mujeres víctimas de violencia de género</b>		16.258		18.049		21.366	
<b>Denuncias recibidas</b>		17.394		19.431		22.727	
<b>Por la Víctima</b>		16.258		18.049		21.366	
<b>Parte de lesiones</b>		2.472	14,2%	2.432	12,5%	3.325	14;6%
<b>Partes de lesiones según SIVIO en la Comunidad Valenciana</b>		3.166		3.964		4.619	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del observatorio de violencia doméstica y de género y de los indicadores de los partes de lesiones de presunta violencia obtenidos de la aplicación SIVIO

Podemos ver como en 2015 de las 16.258 denuncias presentadas en la Comunidad Valenciana según el Observatorio de violencia de género, 2.472 fueron por parte de lesiones, aquí se supone que están incluidos tanto los realizados desde la aplicación SIVIO además de los partes de lesiones en documentos clásicos elaborados para cualquier incidencia donde intervenga el ámbito judicial. Analizando estos indicadores descubrimos que sí solo desde la aplicación SIVIO se han emitido 3.166 ¿Por qué no han llegado han ámbito judicial, o, porque no se reflejan en esta gráfica?

Lo mismo pasa en los dos años siguientes. En 2016 hay 18.049 denuncias según el observatorio, 2.432 fueron por parte de lesiones, pero según datos en SIVIO se emitieron 3.964, y en 2017 de 21.366, partes de lesiones fueron 3.325, y emitidos en SIVIO 4.619.

Lo que sí se aprecia en estos datos es el aumento de la emisión de partes de lesiones, no hay datos para afirmar que la violencia de género va en aumento, pero sí que se denuncia más y se detecta más, sobre todo desde el ámbito sanitario, aunque todavía no lo sufriente.

Sí el análisis lo hacemos por provincias de la Comunidad Valenciana vemos esta realidad de manera local.

<b>Distribución denuncias presentadas por provincia datos Observatorio</b>	<b>Alicante</b>			<b>Castellón</b>			<b>Valencia</b>		
	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Mujeres víctimas de violencia de género</b>	6.101	6.610	8.491	1.485	1.615	1.687	8.672	9.824	11.188
<b>Denuncias recibidas</b>	6.760	7.496	8.995	1.525	1.632	1.878	9.109	10.303	11.854
<b>Por la Víctima</b>	187	105	157	22	5	4	471	353	503
<b>Parte de lesiones</b>	931	973	1.229	271	238	335	1.270	1.221	1.761
<b>Partes de lesiones según SIVIO por provincias</b>	1.331	1.731	1.991	412	534	505	1.423	1.699	2.123

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del observatorio de violencia doméstica y de género y de los indicadores de los partes de lesiones de presunta violencia obtenidos de la aplicación SIVIO,

A la conclusión a la que se puede llegar una vez comparados de los de las dos fuentes consultadas –observatorio de la violencia de género y doméstica y partes de lesiones aplicación SIVIO<sup>191</sup>- es que no se corresponde los partes emitidos desde los centros sanitarios y los procedimientos de denuncia iniciados que recoge el observatorio. Los motivos de esta realidad pueden ser varios, desde la dificultad a la hora de poder hacer llegar los informes a los respectivos juzgados, hasta la falta de denuncia por parte de la mujer en los procesos donde si hay parte y que desestimen, en un principio, desde el juzgado seguir con el asunto.

---

<sup>191</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO? [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

## LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA CONSULTA SANITARIA

Hasta que no se analizan datos, se revisa la literatura y se estudian los indicadores, no se es consciente de la realidad en la que se encuentran diariamente mujeres que sufren esta cruel realidad.

En la actualidad se conocen datos para poder actuar desde la sanidad, como así lo demuestra la Macroencuesta realizada en 2015<sup>192</sup>. Los datos presentados el 30 de marzo de 2015, reflejan que el 22,36% de las mujeres que han sufrido violencia de su pareja o expareja, han acudido a algún servicio médico<sup>193</sup> a solicitar ayuda. Además, el 80,58% de las mujeres víctimas de violencia de género que acudieron al personal médico o centro de salud están muy o bastante satisfechas con la ayuda recibida. Así, la asistencia sanitaria, de todos los servicios<sup>194</sup> de ayuda por los que preguntaba la encuesta, es el que más satisfacción genera entre las mujeres víctimas de violencia de género.

La Macroencuesta de 2015 recoge que 347 médicos y médicas con una edad media de 49 años, mayoritariamente de Atención Primaria (86,5%), respondieron a una encuesta separada en cinco bloques: Percepción-opinión, Información-formación, Experiencia, Obstáculos dificultades, y propuestas.

Las conclusiones más relevantes del estudio “La Atención Primaria frente a la Violencia de Género: Necesidades y propuestas” son las que exponemos a continuación:

---

<sup>192</sup> FUNDACIÓN Casanova. “La atención primaria frente a la Violencia de Género: necesidades y propuestas” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. [Consulta 9 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/gl/ViolenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion\\_Primaria\\_V\\_G.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/gl/ViolenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primaria_V_G.pdf)

<sup>193</sup> No se incluye la asistencia a servicios médicos de salud mental (psicólogos y psiquiatras) debido a que en el estudio que aquí se presenta no se han realizado entrevistas a estos profesionales. Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015 el 29,22% de las víctimas de Violencia de Género han acudido a un psicólogo o psiquiatra. En total, el 37,2% de las mujeres que han sufrido Violencia de su pareja o expareja han acudido a algún servicio médico o psicológico.

<sup>194</sup> Médico o centro de salud, psicólogo o psiquiatra, servicios legales/ abogado, servicios sociales, teléfono 016, Iglesia/organización religiosa, ONG/organización de mujeres, casa de acogida para mujeres.

## Percepción y opinión sobre la violencia de género

### I. DATOS DE LA MACROENCUESTRA:

- El 93,7% considera la violencia de género como un problema de salud. Las mujeres médicos lo consideran así en mayor medida que los hombres (96,4% frente a 90,2%).
- Se trata de una muestra de profesionales muy sensibilizados con la violencia de género que le otorga a este problema una importancia de 8,9 puntos sobre 10.
- Al 63,4% no les plantea ninguna incomodidad atender a pacientes víctimas de violencia de género.
- El 93,4% considera que atender a las pacientes víctimas de violencia de género, está entre las funciones del médico de atención primaria.
- Información y formación sobre la violencia de género.
- El 60,3% de las médicas y el 49,7% de los médicos han realizado algún tipo de formación sobre violencia de género.
- Entre los que han hecho formación, el 94,8% consideran que fue útil y el 80,3% satisfactoria o muy satisfactoria.
- El 44,4% tiene conocimiento de casos de violencia de género en su entorno fuera de la consulta.
- El 73,8% conoce los recursos de atención a víctimas de violencia de género en el sistema sanitario. Fuera del sistema sanitario el conocimiento es menor (59,9%).
- El 33,1% ha leído el Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la violencia de género y de los que lo han leído el 85,2% lo considera útil. El 55,3% conoce el protocolo de actuación de su comunidad autónoma y de éstos el 90,1% lo consideran útil. El conocimiento de ambos protocolos es mayor entre los que han realizado formación específica.
- El 77,8% conoce las obligaciones legales de los médicos de familia ante la violencia de género. Entre los que han hecho formación previa en violencia de género el conocimiento es mayor (85,2%) que entre los que no (68,2%).



- El 85% sabe que el médico de Atención Primaria está obligado a denunciar la situación de violencia de género que detecta en su consulta.
- La mayoría de los médicos y médicas incluyen dentro de la violencia de género la violencia física (99,7%), sexual (99,1%), psicológica (99,1%), social (96,8%), económica (92,5%) y ambiental (85,3%).
- El 37,5% se siente con capacitación suficiente para atender a las pacientes víctimas de violencia de género. Experiencia en violencia de género del personal médico.
- El 80,5% de las médicas y el 65,3% de los médicos tienen a alguna mujer víctima de violencia de género diagnosticada en su cupo de pacientes. El haber recibido formación específica en violencia de género y tener experiencia también aumentan la probabilidad de diagnosticar a una víctima de violencia de género.
- Ante una paciente con lesiones físicas o traumatismos el 98,6% se plantea la opción de que sea una mujer víctima de violencia de género (34,3% siempre y 64,3% algunas veces).
- Ante una paciente con cuadros de ansiedad, depresión o somatizaciones el 95,4% incluye como diagnóstico diferencial la violencia de género (17,3% siempre y 78,1% algunas veces).
- El 81,8% afirma conocer las circunstancias que hacen más vulnerables a las víctimas de violencia de género.
- El 99,1% considera que el aislamiento social y familiar hace a las mujeres más vulnerables en sus relaciones de pareja para sufrir violencia de género. El 98,8% citan la dependencia económica, el 91,4% las cargas familiares, el 95,1% la discapacidad, el 94,2% el ser mujer inmigrante y el 83% el embarazo.
- El 49% de las médicas y el 37,3% de los médicos han detectado en su consulta a al menos un hombre agresor de violencia de género.
- En los casos diagnosticados de violencia de género, el 93,1% deja constancia de la situación de violencia de género en la historia clínica de la paciente o en algún tipo de registro.

- El 70,3% realiza un seguimiento sobre las intervenciones que se efectúan con las mujeres víctimas de violencia de género y el 82,7% se coordina con otros profesionales cuando atiende a una mujer víctima de violencia de género siendo los trabajadores sociales (76,1%) y los profesionales de enfermería (75,1%) los más señalados.
- El 24,5% pregunta con regularidad a sus pacientes cuestiones orientadas a detectar la violencia de género de forma directa, existiendo una relación estadísticamente significativa entre quienes realizan estas preguntas y el diagnóstico de pacientes víctimas de violencia de género.

### 2.1 Obstáculos y dificultades en la atención a la violencia de género

- El 98% afirma tener dificultades para detectar o diagnosticar los casos de violencia de género (26% siempre y 72% a veces), siendo: a. los principales obstáculos para la detección que: i. la víctima no quiera reconocer el maltrato (95,7%), ii. los obstáculos idiomáticos o culturales (78,1%) y iii. la falta de tiempo en la atención a las pacientes (72,9%); y b. el principal obstáculo para la valoración es la falta de habilidades para desarrollar la entrevista clínica en violencia de género (62,2%).

### 2.2 Las dificultades más señaladas en la actuación ante las mujeres víctimas de violencia de género:

Analizando los datos se extraen del informe las siguientes conclusiones:

- los problemas éticos si la mujer no quiere denunciar (90,8%),
- el miedo a perjudicar a la paciente con la actuación que se desarrolle (72,9%),
- el temor a denunciar a un inocente en caso de denuncia falsa (65,7%),
- la escasez o reducción de servicios socio-sanitarios (60,8%),
- el desconocimiento de los criterios legales (34%), y los criterios de actuación (37,2%).
- El 44,8% de las médicas señala como obstáculo el miedo a las represalias por parte del agresor frente al 28,9% de los médicos varones.

- La forma de detección más frecuente de pacientes víctimas de violencia de género es la comunicación por parte de la propia paciente (96,3%), seguida de las sospechas de otros profesionales (76,4%). El cribado sistemático lo emplea el 9,5%.
- En el supuesto de detectar una situación de violencia de género y que la paciente no quisiera interponer una denuncia, el 95,1% afirma que lo registraría en la historia clínica, el 91,9% que lo derivaría al trabajador social, el 88,2% realizaría un parte de lesiones, el 84,4% intentaría persuadirla para que denuncie y el 82,7% le daría tiempo para que se plantease la denuncia más adelante.

### 2.3 Propuestas que se reflejan en esta Macroencuesta.

A los médicos y médicas entrevistados se les preguntó por su grado de acuerdo con una serie de propuestas, así:

- El 97,4% está de acuerdo con que se necesitan protocolos claros y sencillos.
- El 94,8% con que los médicos/as conozcan mejor los recursos especializados en atención a las víctimas.
- El 94,5% con que se requiere una mayor formación en violencia de género, especialmente en entrevista clínica para poder detectar mejor a las pacientes víctimas de violencia de género.
- El 93,4% con la necesidad de mejorar la coordinación con los servicios sociales.
- El 92,5% con que los médicos de atención primaria necesitan dedicar más tiempo a la atención a las pacientes víctimas de violencia de género.
- El 91,4% con la necesidad de coordinarse con los equipos de salud mental.

En definitiva, el propio personal sanitario tiene que conocer los datos que arrojan y ante estas conclusiones mejorar esta atención como esperan las propias mujeres.

## **CAPÍTULO QUINTO. LOS PROTOCOLOS EN LA ADMINISTRACION**

### **I. PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN ANTE EL MALTRATO EN EL ÁMBITO SANITARIO**

#### **1. UNA APROXIMACIÓN AL TEMA.**

Cada vez es mayor la necesidad de estar comparando buenas prácticas y actuaciones entre administraciones en temas muy concretos, por eso cada vez más existe la necesidad de plasmar rutas concretas en muchas intervenciones a través de protocolos, donde los equipos profesionales que intervienen en un proceso concreto se reúnan y pongan en común preocupaciones, actuaciones y propuestas con personas expertas, incluso de otras Administraciones para hacer la intervención en la misma dirección de la manera más acertada posible.

En medicina un protocolo hace referencia a los ensayos clínicos o preclínicos que realizan la evaluación de un nuevo fármaco así como también para agregar alguna indicación o característica a un medicamento ya conocido y a la venta. Suelen ser fuentes de conocimiento que poseen alguna novedad para la ciencia. Incluso pueden existir en la rama de la psicología, la sociología, entre otros. En el caso que nos ocupa, sobre la violencia de género, este necesario protocolo, intenta transmitir la forma más rápida y precisa de identificar las sospechas de la posibles situación de violencia de género su abordaje y derivación de la forma más rápida y segura.

En la práctica clínica diaria, los y las profesionales sanitarias se encuentran con la necesidad de tomar decisiones constantemente. Normalmente, estas decisiones parten de los conocimientos aprendidos durante el ciclo formativo, de indicadores de otros y otras profesionales o de la propia experiencia.

En sanidad, este deficit de actuación se hace más patente que en otras disciplinas por multitud de factores entre los que podrían destacar la falta de motivación para poder atender a las mujeres victimas de violencia de género, falta de recurso, de tiempo, de formación y existencia de estos protocolos. Los protocolos son necesarios para recoger el conjunto de

actividades relacionadas con una concreta intervención asistencial, para aplicarse por igual al conjunto de pacientes con un problema de salud parecido o igual.

Ante la falta de formación especializada en Violencia de Género, como acabamos de ver, son necesarios los protocolos para poder guiar al personal sanitario sobre los síntomas y las actuaciones a seguir en pacientes con sospecha de estar sufriendo un episodio de violencia de género. Entramos directamente al análisis de algunos de estos protocolos en el ámbito sanitario, porque son los que nos ayudarán a entender cómo se puede llegar a detectar que las mujeres que pueden estar sufriendo violencia de género se detectan en estos espacios y, como derivar e intervenir de la manera más acertada posible.

## 2. LOS PROTOCOLOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género,<sup>195</sup> establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), promoverán las actuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas. El diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, están incluidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Apoya la formación el artículo 32.3 de la citada ley, insta a promover la aplicación, la puesta al día, y la difusión de protocolos que contengan pautas homogéneas de prevención,

---

<sup>195</sup> MINISTERIO de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. [consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)

atención y seguimiento de su estado de salud. Siguiendo estas instrucciones en abril de 2007, se editó el primer Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género, como herramienta fundamental para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano. La implementación del mismo a lo largo de estos años ha permitido promover estudios y propuestas metodológicas para un mejor conocimiento del impacto real de este problema de salud pública.

Lo que pretende el protocolo es establecer (como veremos más adelante) una pauta de actuación normalizada y homogénea para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. 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, para así poder terminar con las relaciones de maltrato, y recuperar la salud y autonomía de la mujer. Este protocolo de actuación sanitaria se refiere a cualquier forma de violencia y malos tratos por razón de género, ejercida contra las mujeres mayores de 14 años, independientemente de quién sea el supuesto agresor, aunque las actuaciones que se proponen están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por ser las formas más comunes de su expresión.

Este protocolo además, ofrece indicaciones para la detección precoz, valoración y actuación con los hijos e hijas de mujeres en situación de maltrato, dado que también reciben atención sanitaria dentro del SNS.

En el caso de agresiones sexuales, la atención y actuación sanitaria es específica, dadas las medidas e implicaciones médico/forenses y legales que conlleva, por lo que incluye, como en la edición anterior, un capítulo referido a ellas.

La violencia de género como ya hemos visto es un problema de salud de primera magnitud que afecta a las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida. En la Comunidad Valenciana la Dirección General de Salud Pública ha elaborado un protocolo,

que va a permitir guiar la búsqueda activa, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de los casos de violencia de género. Éste se va a aplicar tanto en el ámbito de la atención primaria como especializada. Asimismo, se incluyen las estrategias que se tienen que hacer de forma coordinada con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos como consecuencia de la violencia de género. El protocolo también incluye una guía de recursos disponibles en distintas administraciones públicas, que podrán ayudar al establecimiento de medidas de intervención adecuadas. En la elaboración de este protocolo participaron profesionales de la Agencia Valenciana de Salud, de la Dirección General de Salud Pública y otras administraciones públicas.

#### 2.1 Protocolo Médico-Forense de Valoración Urgente del riesgo de Violencia de Género

Aunque no es motivo de estudio de este trabajo, ya que el ámbito del personal médico forense no es la atención directa en el abordaje, sí me gustaría constatar que este personal tiene una importante labor en la valoración del riesgo, siendo fundamental las conclusiones de sus informes para la seguridad de las mujeres maltratadas que llegan a los juzgados.

La delegación del Gobierno de Valencia sobre la Mujer solicitó la colaboración del Ministerio de Justicia en octubre de 2010 con el fin de valorar la posibilidad de implantar, entre los protocolos de actuación de los médicos forenses que prestan servicios en las Unidades de Valoración Forense Integral de los Institutos de Medicina Legal, un procedimiento de valoración del riesgo de violencia de género, que pudiera ser emitido en un plazo inferior a 72 horas en los casos urgentes. Este informe complementaría el que en este momento está realizando las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y facilitaría al órgano judicial correspondiente la decisión sobre las medidas cautelares y de protección de la víctima a adoptar en cada caso.

El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses <sup>196</sup> y el Instituto de la Mujer, en colaboración con el Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia, han presentado en varias provincias y Comunidades Autónomas un «Kit» de recogida de muestras para casos de agresión sexual. Contiene todo el instrumental necesario para una correcta toma de muestras (hisopos, cortaúñas, peine, bolsas, etiquetas...). Además de este instrumental, contiene también una serie de elementos que contribuyen a mejorar el entorno en el que se ha de practicar el reconocimiento, dotándolo de una intimidad y dignidad que en estos casos es muy necesaria para tratar de reducir el riesgo de victimización secundaria.

La valoración médico-forense para determinar si la mujer está sufriendo violencia de género es un elemento más para que la justicia valore la necesidad de adoptar medidas de protección de la víctima, cuando una mujer pide protección.

La creación de las Unidades de Valoración Forense de Intervención (VFI) responde a la necesidad de realizar un diagnóstico de la violencia de género según situaciones e informaciones en ocasiones insuficientes y desordenadas, que dan lugar a la asistencia y la respuesta específicas y especializadas, que sirven de gran apoyo en materia judicial.

Dada la complejidad de este tipo delictivo, se considera necesaria la colaboración desde distintos ámbitos de la investigación forense y por eso se creó la figura del "equipo forense", formado por un médico forense, un psicólogo y un trabajador social; para ofrecer una respuesta multidisciplinar.

---

<sup>196</sup> Consejo de Europa. "El Consejo de Europa y la Violencia de Género. Documentos elaborados en el marco de la Campaña Paneuropea para combatir la Violencia contra las mujeres (2006-2008)" [en línea]. Madrid: Ministerio de Igualdad, 2009. *Contra la Violencia de Género. Documentos*; 4. [Consulta: 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro4\\_consejoeuropa.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro4_consejoeuropa.pdf)



## 2.2 Primeros Protocolos Sanitarios tras la Ley Integral

Aunque algunas Comunidades ya tenían protocolos sanitarios antes de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género Protocolo sanitario editado Ministerio Sanidad y Consumo tras la Ley integral en 2004, fue a partir del 2007 cuando se ponen en común estas prácticas necesarias en el campo de la salud.

## 2.3 Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género 2007<sup>197</sup>.

El entonces Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007 publica el primer protocolo sanitario bajo el mandato de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>198</sup>.

En la sesión plenaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), celebrada en septiembre de 2004, se acordó crear una Comisión contra la violencia de género. La preside el Secretario General de Sanidad y forman parte de ella la Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS, representantes de cada Comunidad Autónoma, de la Secretaría General de Políticas de Igualdad y del Instituto de la Mujer, encargándose de la secretaría el Observatorio de Salud de la Mujer.

Esta Comisión se reunió por primera vez en noviembre de 2004. La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, publicada en diciembre de 2004, establece en su capítulo III que esta Comisión prestará apoyo técnico y orientará la planificación de las medidas sanitarias. Además, evaluará y propondrá las actuaciones necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y de cualquier otra medida que se estime adecuada para contribuir a la erradicación de esta forma de violencia. También

---

<sup>197</sup> “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [Consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/areas-y-poblaciones-especificas-de-trabajo/genero-Violencia-contra-las-mujeres/339-protocolo-comun-para-la-actuacion-sanitaria-ante-la-Violencia-de-genero/file>

<sup>198</sup> España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

señala que: «La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial» (Art. 16). Asimismo la Ley establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, promoverán las actuaciones de los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género. Y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer maltratada.

Además, el Artículo 32.3 promueve la aplicación, la puesta al día, y la difusión de protocolos que contengan pautas homogéneas de actuación ante este problema. Por último, el diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, están incluidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. El Protocolo que ahora analizamos es el primero sobre esta materia que se propone para su aplicación en el conjunto del SNS.

Como ya hemos resaltado 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 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<sup>199</sup>.

Ya hemos visto que el primer protocolo común sanitario consensuado fue publicado en el 2007 y por su urgencia en la publicación está muy resumido, pero fue necesario como primera guía que llegaba a los espacios. En ese momento no había una formación de profesionales, ni ninguna estrategia donde se dijera con fiabilidad la actuación desde el ámbito sanitario de mujeres pacientes que pudieran estar sufriendo violencia de género.

---

<sup>199</sup> Tengo que hacer aquí una necesaria y particular reflexión ¿Cómo que independiente de quien sea su agresor? (esta frase que como veremos transcriben muchos otros protocolos, le dan al texto una lectura totalmente diferente, porque si el que agrede es un hermano no estaremos hablando de Violencia de Género, como tampoco lo haremos cuando el agresor sea un hombre desconocido, entendiéndolo por agresor solo a un varón.

En este primer protocolo se establecen los factores que afectan a la salud se repiten en todos los protocolos sanitarios estudiados<sup>200</sup>, también las preguntas para poder acercarse a las pacientes son muy parecidas, ya que la misión del protocolo es establecer una estrategia lo más concisa y segura posible para la actuación ante la sospecha de violencia de género en la consulta sanitaria.

Veremos que la definición, en todos los protocolos consultados es muy parecida, lo que sí que llama la atención es el lenguaje, hay protocolos que definen el maltrato como violencia doméstica, otros como de violencia de género, o de violencia en la pareja o, sobre la mujer. Este último se recoge en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género<sup>201</sup> en su artículo 1.

Los primeros protocolos sanitarios, y en la actualidad todos ellos recogen, como argumentos más importantes el proceso de la violencia teoría del ciclo de la violencia de Leonor Walker plantea que este fenómeno comprende tres fases<sup>202</sup> (que ya vimos anteriormente). Los tipos de violencia que recogen este primer protocolo son, como en casi la mayoría de los protocolos analizados la violencia física, la sexual, y la psicológica, que puede parecer sola, que irá unida a cualquiera de las dos anteriores, física y sexual.

Y todos ellos de manera más implícita, las consecuencias en la salud, Las consecuencias descritas, también son las mismas, sino veremos aunque pueden estar más ampliadas o no, pero los efectos sobre la salud que viven las mujeres que sufren violencia de género son muy similares, y las observaciones sobre estas señales en la salud, muchas veces silenciosas, nos puede llevar a un caso real.

También se describe la importancia del personal de los servicios sanitarios, y resaltan el papel de la detección y el abordaje de la violencia de género en las pacientes.

---

<sup>200</sup> Todas las Comunidades Autónomas tienen Protocolos Sanitarios, aunque muy diversos en sus contenidos.

<sup>201</sup> España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

<sup>202</sup> ULIAQUE MOLL, Julia "El ciclo de la Violencia en las relaciones de pareja". En: Psicología y mente [online]. [consulta: 20 agosto de 2018]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/forense/ciclo-Violencia-relaciones-pareja>

Es muy importante recoger la realidad que suponen las dificultades para identificar la violencia de género, y las recomendaciones para la prevención secundaria que evite nuevos episodios de este maltrato de la violencia en el sistema sanitario, es muy parecido.

Muchos de estos protocolos diferencian la actuación desde Primaria y hasta la Especializada, ya que la actuación en estos espacios sanitario ante este maltrato es muy diferente como veremos en la parte práctica que recoge el estudio de la tesis. También protocolos que se centran en pacientes con perfiles muy diferentes. Desde mujeres rurales, adultas, adolescentes, menores, con VIH, en situación de prostitución, migrantes, con alguna diversidad, embarazadas (los veremos brevemente más adelante) porque cada mujer tiene una realidad diferente incrementada con su situación cultura y personal.

La mayoría de los protocolos diseñan un algoritmo de actuación, que recogen los indicadores de sospecha, parecido en todos los protocolos, su identificación, la valoración de la gravedad y la derivación.

#### 2.4 Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2012)

En el año 2012, el Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad edita un nuevo Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género, justificando la necesidad de uno mucho más ampliado. Era necesaria esta revisión, ya que el editado en el 2007, era muy escueto.

Se ha revisado y actualizado el capítulo de conceptos generales, se ha profundizado en el modelo de atención integral desde los servicios sanitarios así como en las características específicas de la actuación sanitaria en contextos de mayor vulnerabilidad como ya hemos comentado y que son el embarazo, la emigración, las discapacidades, o vivir en el entorno rural, entre otras circunstancias y que aumentan las dificultades de las mujeres para poner fin a las relaciones de violencia.

Los criterios de seguimiento y acompañamiento personalizado del proceso, atención multi e interdisciplinar por parte del equipo de profesionales y la coordinación y colaboración con otros sectores (educación, fiscalía, forenses, Fuerzas y Cuerpos de

Seguridad, recursos locales, etc.) orientan las actuaciones sanitarias de forma transversal a lo largo del Protocolo.

Asimismo, se ha visto la necesidad de ampliar el apartado «Aspectos Éticos y Legales» con la finalidad de incorporar nueva información y dotar de mejores herramientas al personal sanitario en la toma de decisiones, reflexionando sobre los conflictos éticos y legales y el respeto a la autonomía y la decisión de las mujeres. La parte final de este protocolo se completa con dos anexos que recogen tanto la legislación como los protocolos y guías de actuación sanitaria ante la violencia de género que han desarrollado las Comunidades Autónomas para cumplir con los mandatos de la Ley Integral 1/2004. La finalidad de esta revisión y actualización del Protocolo Común es contribuir a la mejora continua de la calidad asistencial a las mujeres que sufren maltrato y sus hijas e hijos.

En este protocolo se incorpora una amplia información sobre el maltrato sexual, que no se recogía en el primer protocolo de 2007. De forma breve destacaré las novedades.

### 3. AGRESIONES SEXUALES, COMO VIOLENCIA DE GÉNERO

En la mejora de los protocolos se incluye una descripción de este tipo de maltrato

- Violencia sexual:

Ocurre siempre que se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas. Existen diferentes manifestaciones de violencia sexual.

- Violencia sexual que no implica contacto corporal:

- Exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes obscenos por correo electrónico o telefónicos, gestos y palabras obscenos, insultos sexistas, acoso sexual, proposiciones sexuales indeseadas, voyeurismo.

- Violencia sexual con contacto corporal:

- Tocamientos, la imposición de relaciones sexuales o prácticas no deseadas, obligar a adoptar posturas que la mujer considera degradantes o la Violación.

#### 4. VIOLENCIA CONTRA LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES.

Todas estas violencias tienen en común que se recogen en los protocolos e incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, afectando su libertad para disfrutar de una vida sexual sin riesgos para su salud, así como ejercer libremente su derecho a la maternidad.

Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual, realizado con violencia o intimidación. Dentro de éstas se encuentra la violación: cuando la agresión sexual consiste en la introducción del pene por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembro corporal (ej.: los dedos) por vía vaginal o anal. Pero también existe agresión sexual cuando se atenta contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor (obligarla a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con otras personas).

##### 4.1 Los abusos sexuales:

Comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona. Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene prevaliéndose el responsable, de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

##### 4.2 El acoso sexual:

Es también una forma de violencia contra las mujeres. Se produce a través de comportamientos verbales, no verbales o físicos, de índole sexual, no deseados por la mujer, que tengan como objeto o produzcan el efecto de atentar contra su dignidad, o le creen un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, ofensivo o molesto.

El acoso sexual puede producirse en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, incluso prevaliéndose de una situación de superioridad o jerárquica o de la vulnerabilidad de la víctima. También puede producirse en las pandillas, grupos de

amigos y amigas, a nivel familiar o de vecindario. Los delitos contra la libertad e integridad sexual se hallan tipificados en el título VIII del Libro II del Código Penal.

Existen además, otras formas de violencia sexual contra las mujeres, como la mutilación genital femenina (MGF), la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, entre otras. Estas formas de violencia también son violencia de género, pero debido a sus especiales características requieren de un protocolo específico.

Otra novedad que se incorpora la atención a hijos e hijas de mujeres que sufren violencia de género.

#### 4.3 El silencio en las agresiones sexuales<sup>203</sup>

La decisión de solicitar consulta médica por la agresión, o de denunciar el hecho, responde a la suma y el balance de una serie de factores que engloban desde sus propias circunstancias –y entre ellas los aspectos culturales–, hasta sus expectativas de recibir un trato justo y equitativo por parte de los profesionales, incluyendo el miedo de la policía, el miedo a no ser creído/a, la vergüenza, la culpabilidad, el deseo de olvidar el hecho, o incluso el temor a que los datos de su violación puedan hacerse públicos. Además de las mencionadas, han sido recogidas en la literatura otras causas que retraen a la mujer de presentar denuncia: posible estigmatización, vergüenza y temor a sufrir discriminación, falta de apoyo e incluso aislamiento por su familia y por otras personas, temor a represalias del perpetrador, sentimientos de culpabilidad, revictimización institucional y percepción de que los organismos responsables de imponer el cumplimiento de la ley son ineficaces o abusivos.

Muchas víctimas dudan de que su denuncia se resuelva con éxito, dudas que se justifican con el dato de que en Estados Unidos menos de la mitad de los casos de violación se aclaran satisfactoriamente mientras que en nuestro país el nivel de eficacia policial en el esclarecimiento de este tipo de delitos se situó durante el año 2004 en el 76'49%. También se citan como factores que influyen en la decisión de no denunciar una violación el temor a

---

<sup>203</sup>GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Jorge, MARTÍNEZ JARRETA, M<sup>a</sup> Begoña, TENÍAS, BURILLO, José M<sup>a</sup>. “Buenas prácticas en la valoración pericial de personas que sobreviven a la Violencia sexual”. En: *Ciencia Forense: Revista aragonesa de medicina legal* [en línea], 2016, no. 13 [consulta: 17 agosto de 2018]. ISSN: 1575-6793. Disponible en: [https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/35/80/\\_ebook.pdf](https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/35/80/_ebook.pdf)

perder su estatus como inmigrantes, la dificultad para acceder a los servicios, bien anímica o bien por falta de medios para el desplazamiento, y las dificultades idiomáticas. Además, en el medio rural debe atenderse a circunstancias especiales como la prevalencia de actitudes culpabilizadoras hacia las víctimas, las dificultades en la accesibilidad a los servicios, la confidencialidad de la víctima e incluso la imagen pública del agresor, factores que inciden en la disminución de las denuncias y en el manejo del asalto. Por último, y sobre todo en los casos en que el agresor es conocido, las amenazas de este sobre la víctima pueden llegar a presentarse en 2 de cada 3 situaciones.

#### 4.4 Maltrato en hijos e hijas que conviven con la violencia de género

Es una novedad la incorporación en este protocolo de la salud de las personas en el entorno relacional y sus hijos e hijas de las mujeres que están sufriendo violencia física, sexual o emocional por sus parejas o exparejas, son víctimas directas de la Violencia de Género, siempre. Con esta incorporación se añade una lista de los efectos en la salud de los hijos e hijas que viven junto a su madre la violencia de un maltratador, como puede ser:

Observar a su madre mientras está siendo maltratada, amenazada o incluso asesinada.

- Ver moratones, cortes u otras lesiones en su madre, o ser testigos de las consecuencias emocionales de la violencia, como el miedo o la intimidación, el stress, ansiedad y depresión, sin haber sido testigos directos de actos de violencia.
- Presenciar comportamientos violentos, agresivos e incluso crueles, sabiendo que proceden de su padre o de otro varón con significado de figura paterna.
- Escuchar desde otra parte de la casa golpes, gritos, amenazas, rotura de objetos y cualquier otra forma de violencia.
- Experimentar las diferentes etapas del proceso de la violencia, no pudiendo predecir si se va a producir un comportamiento violento, viviendo en un clima de inseguridad emocional.
- Presenciar la desautorización, desvalorización y descalificación de su madre como figura materna.



- Experimentar sentimientos de miedo, ansiedad, inseguridad, impotencia, desprotección y desamparo, que genera vivir en un ambiente de enorme tensión y hostilidad donde se está produciendo la violencia.
- Sufrir amenazas de daño o muerte, chantajes y manipulación.
- Estar en riesgo de sufrir violencia directa, física, emocional y sexual.
- Enfrentarse a la violencia para protegerse o defender a su madre, interponerse entre el agresor y su madre, con el riesgo de sufrir daños y lesiones o incluso la muerte.
- Presenciar la intervención de la policía, la detención de su padre, acudir a juicios o pruebas periciales, tener que abandonar el domicilio o convivir en un centro de acogida.
- Enfrentar la experiencia de la pérdida de su madre, padre o ambos por una muerte violenta.

Por lo tanto siempre que en el entorno de la mujer maltratada haya hijos e hijas se tiene que consultar a pediatría, y lo mismo si conviven en este entorno personas mayores derivar a su centro de Atención Primaria. Se sabe que en numerosas ocasiones el maltratador utiliza a las personas que viven cerca de la mujer a la que se está maltratando como chantaje para conseguir sus objetivos.

#### 4.5 Nuevos perfiles de mujeres que pudieran ser detectas en la consulta.

En este protocolo del 2012 se incorporan perfiles de pacientes de mujeres que pudieran estar sufriendo maltrato para poder detectarlas con más fiabilidad. Sabemos que cada mujer lleva un ritmo para salir de esta violencia, unas mujeres lo negaran y, posiblemente no salgan nunca, otras, necesitan un acompañamiento para salir se esta situación, pero además ya de entrada hay pacientes con situaciones más frágiles como son:

- ✓ Mujeres embarazadas<sup>204</sup>, En el contexto de una relación de Violencia de Género, el embarazo es una etapa de especial vulnerabilidad y de especial riesgo.
- ✓ Mujeres con diversidad funcional o sensorial, En esta situación son más vulnerables ante una situación de maltrato.
- ✓ Mujeres Inmigrantes, La situación de mujeres que puedan estar viviendo una situación de “ilegales” en nuestro país las hace poder ocultar una situación de maltrato; el idioma, la religión y la fuerte dependencia de sus parejas hace que todavía sea más difícil la comunicación y el abordaje de situaciones de maltrato; a pesar de que la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, de modificación de los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, regula esta situación. A esta situación hay que sumar la Mutilación Genital Femenina a la están expuestas muchas mujeres.
- ✓ Trata de Mujeres y Niñas con fines de Explotación Sexual. Aunque es una realidad, no hay muchos protocolos ni evidencia científica, que nos permita llegar a estas mujeres, además de ser un delito muy grave a nivel internacional, muchas de ellas secuestradas y explotadas sexualmente.
- ✓ Mujeres Mayores. Mujeres educadas en unas relaciones de especial dependencia, sobre todo económica, que no tienen especial información sobre cómo salir de esta situación, y que el entorno de mujeres de una edad parecida, pueden hacer que vivan situaciones de maltrato con una normalidad escalofriante. Además en estas situaciones a veces son sus hijos e hijas quienes no las animan a salir de este maltrato como lo demuestra este triste artículo, con contestaciones como estas ante una situación de maltrato de sus madres "*¿Para qué vas a dar ese paso?*". "*Si lleváis tantos años juntos*". "*Pero ¿cómo te vas a separar de papá a estas alturas?*"<sup>205</sup>”.

---

<sup>204</sup> VELASCO JUEZ, María Casilda. “Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía”. Directoras: Stella Martín de las Heras, Aurelia Martín Casares. Tesis doctoral. Universidad de Granada, Departamento Legal, Toxicología y Antropología Física, 2015.

<sup>205</sup> Pl, Vanessa. “Las maltratadas silenciosas: un 13% de las muertas por Violencia machista tienen más de 65 años”. Eldiario.es [en línea]. 24 noviembre 2014. Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/Violencia-maltrato-sombra-mujeres-mayores\\_0\\_327917505.html](https://www.eldiario.es/sociedad/Violencia-maltrato-sombra-mujeres-mayores_0_327917505.html) [consulta: 12 agosto de 2018]

- ✓ Mujeres en el medio rural. Además de las situaciones que hemos visto anteriormente se pueden dar en las zonas rurales, mujeres que viven lejos de los recursos especializados, espacios pequeños donde todos los vecinos y vecinas se conocen y donde se justifica más la violencia hace que estas mujeres asuman en muchas ocasiones que no hay salida a este maltrato, por eso en estas zonas es tan importante la implicación del personal sanitario.
- ✓ Mujeres con VIH. Estas mujeres llevan además encima una estigmatización añadida a todo lo que ya hemos visto, que pocos protocolos hacen visibles esta situación tan especial, además muchas de las mujeres infestadas por sus parejas. La infección por VIH/SIDA puede estar asociada con la violencia de género de manera directa a través de violencia sexual, y de manera indirecta, debido a la incapacidad de las mujeres para negociar el uso de condones o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren, entre otras. La violencia sexual constituye un importante factor de riesgo frente a la infección por VIH/SIDA<sup>206</sup>.

Es muy importante describir las consecuencias que tiene el maltrato en el personal sanitario que detecta y aborda este maltrato en las pacientes. Diagnosticar una situación de violencia de género en pacientes que conoces muchos años, ver como entran en la consulta muchas veces acompañadas de sus agresores, a veces hasta justificando estas situaciones delante de ellos, porque es tanto el miedo que tiene a las represalias, que las anula, ver cómo estas pacientes sufren muchas veces en silencio, o al revés ver cómo te detallan la violencia con la que conviven, es, si no tienes las herramientas pedagógicas y legales necesarias) una situación delicada y muy angustiosa. Si la situación es diagnosticada en urgencias, a una paciente anónima a la que luego se le perderá el seguimiento, la situación de urgencia deja poco tiempo para la empatía y para la escucha activa, que agrava la situación todavía más.

Veremos cómo es importante que los protocolos recojan las diferentes actuaciones del personal sanitario en función del sitio donde se realice la intervención, si es el Atención

---

<sup>206</sup> HALE, Fiona, VÁZQUEZ, MariJo. “Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes”. Washington: Development Connections, 2011. [consulta: 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw-hiv\\_hale.pdf](http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw-hiv_hale.pdf)

Primaria y se conoce desde hace tiempo a la paciente a su entorno, e incluso al maltratador, o, si por el contrario es una actuación de urgencias, ante una paciente desconocida a la que acompaña el maltratador, o la espera en casa.

En cualquiera de las situaciones la intervención ha de ser multidisciplinar, con la intervención de profesionales de otras especialidades, e incluso de los recursos especializados en violencia de género o de las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Este protocolo de 2012 incorpora las funciones mínimas a desarrollar en este tema desde el sistema sanitario y que son las siguientes:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Las preguntas sobre la entrevista que hay que hacer a las mujeres que pudieran estar viviendo una situación de maltrato de género son muy parecidas en todos los protocolos, pero cuando un protocolo no es específico de violencia sobre las mujeres, como ya veremos, las preguntas también van dirigidas a otro tipo de agresor que no es el que define la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.<sup>207</sup> Como ya hemos visto en anteriormente en su artículo 1.

Como ya dijimos en función de donde recibe la atención la paciente en situación de violencia de género el protocolo (y la mayoría de ellos) hace una clara distinción.

La actuación que propone este protocolo desde la Atención Primaria y más cercana a las pacientes que pudieran estar sufriendo esta situación de maltrato sería el CRIBADO UNIVERSAL, que, aunque se recomiende en este protocolo no se lleva a cabo en la mayoría de Comunidades Autónomas, ni se recogen en la mayoría de protocolos.

Lo cierto es que hay una muy baja detección de los síntomas que pudieran estar diciéndonos que la paciente vive una situación de maltrato, y por ello se insiste mucho que para su abordaje se considera prioritaria la detección precoz desde los servicios sanitarios, es decir, adelantar el diagnóstico y realizar una intervención temprana y para detectar precozmente y mejorar la atención, preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta, tanto si es la primera visita (apertura de historia clínica) como si se trata de consulta habitual y no consta en la historia clínica que se le ha preguntado. Para ello se realizarán preguntas exploratorias de abordaje psicosocial, incluyendo la violencia de género. Asimismo, este protocolo plantea que el personal sanitario debe tener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha.

La detección en Atención Primaria requiere preguntar siempre que las condiciones de seguridad lo permitan y observando las normas que se aconsejan al respecto (no presencia de la pareja en la consulta, condiciones de confidencialidad). Pero no es fácil llevar esta tarea a término, existen múltiples dificultades para reconocer la violencia de género, tanto por las mujeres que la sufren, como por parte de profesionales del sistema sanitario. Tienen que ver

---

<sup>207</sup>España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

con factores sociales, como son los mitos y estereotipos creados por la cultura, con factores psicológicos como el temor a enfrentar los miedos y el dolor emocional y además, en profesionales, se puede sumar la falta de formación en esta materia. No hay que olvidar que estas dificultades se incrementan con mujeres con otros perfiles, como ya hemos visto.

Hablar de las consecuencias que tiene el género en la violencia de género hace que el personal sanitario desaprenda mitos basados en ideas erróneas, creando perfiles de mujeres maltratadas y hombres maltratadores alejados de la realidad como así ha dicho en numerosas ocasiones el Profesor Miguel Lorente Acosta<sup>208</sup>.

La mayoría de protocolos recogen una lista de los indicadores de varios tipos que dificultan acceder al ámbito de la mujer para confirmar una situación de maltrato.

Las dificultades para poder detectar este tipo de violencias son de varios tipos, la mayoría anclados en mitos y estereotipos que distorsionan esa realidad y en la mayoría de los casos la justifican. Podríamos identificar los siguientes:

Las dificultades son:

El miedo que rodea a la Violencia de género por parte de las mujeres:

Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos...).

- Baja autoestima, culpabilización.
- Estar viviendo una situación de especial.
- Ser dependiente económicamente. Estar fuera del mercado laboral.  
Sentimientos de vergüenza y humillación.
- Deseo de proteger a la pareja.
- Desconfianza en el sistema sanitario.
- Minimización de lo que le ocurre.

---

<sup>208</sup> LORENTE ACOSTA, Miguel; “El agresor en la Violencia de Género: consideraciones sobre su conducta y estrategias” [online]. [consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.elsindic.com/documentos/370\\_miguel%20lorente.ponencia.pdf](https://www.elsindic.com/documentos/370_miguel%20lorente.ponencia.pdf)

- Aislamiento y falta de apoyo familiar y social. Tener incorporados creencias y valores sexistas.
- Estar acostumbradas a ocultarlo.
- Percepción del maltrato como algo «normal» dentro de la relación.
- Bloqueo emocional por trauma físico y psíquico.

#### Por parte de los hijos o hijas

- Considerar la violencia como una forma de conducta normalizada.
- Negar la violencia como mecanismo de defensa.
- Miedo a ser castigados/as o sufrir daños si cuentan la situación.
- Tener sentimiento de responsabilidad y culpa.
- El niño o niña viven un conflicto de lealtades entre su madre y su padre.
- Dificultad para exteriorizar sentimientos al ver a la madre cargada de dolor y angustiada.

#### Por parte del personal sanitario

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
- Haber internalizado mitos y estereotipos sobre la violencia de género.
- No considerar la violencia como un problema de salud.
- Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia. Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- Intento de racionalización de la conducta del agresor.
- Miedo a ofender a la mujer, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad. Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).

- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.
- Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de violencia de género.
- Creer que la situación de maltrato, si no es directa, no está afectando a la salud de los menores.

#### En el contexto de la consulta

- Falta de privacidad e intimidad, interrupciones durante la consulta.
- Sobrecarga asistencial.
- Acceso de la mujer a la consulta acompañada de su pareja.

#### En el ámbito sanitario

- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos. Insuficiente trabajo interdisciplinar y de equipo.
- Insuficiente alcance de programas de formación en Violencia de Género, a la totalidad de profesionales de servicios sanitarios.
- Insuficiente desarrollo de mecanismos facilitadores del acceso a los cursos de formación sobre Violencia de Género al personal sanitario.
- Escasez de traductores/as y mediadores/as interculturales para facilitar la comunicación.

Es muy importante estar muy pendiente de todos indicadores que se recogen en los protocolos, que son los mismos en todos los textos de este tipo. El personal sanitario debe de sospechar cuando aparecen una serie de indicadores, ya que como sabemos, la mayoría de pacientes que sufre este tipo de maltrato, en raras ocasiones vienen abiertamente a contarnos el maltrato al que son sometidas.

A continuación expondremos los indicadores de sospecha relacionados con la violencia de género



## 5. INDICADORES

Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer Antecedentes de violencia.

- Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja.
- Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.

Antecedentes personales y de hábitos de vida.

- Lesiones frecuentes.
- Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación. Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.

Problemas gineco-obstétricos.

- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos. Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea. Historia de abortos repetidos.
- Hijos/as con bajo peso al nacer.
- Retraso en la solicitud de atención prenatal.
- Síntomas psicológicos Insomnio. Depresión. Ansiedad.
- Trastorno de estrés postraumático. Intentos de suicidio.
- Baja autoestima. Agotamiento psíquico.
- Irritabilidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Labilidad emocional.

Aspectos Sociales.

- Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.
- Síntomas físicos frecuentes
- Cefalea.
- Cervicalgia.
- Dolor crónico en general. Mareos.
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal).
- Molestias pélvicas.
- Dificultades respiratorias.
- Utilización de servicios sanitarios

Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).

- Incumplimiento de citas o tratamientos.
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias.
- Frecuentes hospitalizaciones.
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.

Situaciones de mayor vulnerabilidad.

Cambio vital:

- Embarazo y puerperio.
- Noviazgo.
- Separación.
- Jubilación propia o de la pareja.

Que aumentan la vulnerabilidad:

- Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo.
- Aislamiento tanto familiar como social.
- Migración, tanto interna o nacional como extranjera.
- Enfermedad discapacitante.

- Dependencia física o económica.
- Dificultades laborales y desempleo.
- Ausencia de habilidades sociales.

Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza)

Infección por el VIH. Información de que la mujer está siendo víctima de malos tratos a través de:

- Familiares.
- Amistades.
- Profesionales del sistema sanitario u otras instituciones.

Indicadores de sospecha durante la consulta

Características de las lesiones.

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas. Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos.
- Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal). Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
- Lesiones en genitales. Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
- Lesión típica: rotura de tímpano.

Actitud de la mujer.

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta.

- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza. Autoestima baja.
- Sentimientos de culpa. Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad. Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara. Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.
- Falta de cuidado personal.
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.

Si está presente su pareja:

- Temerosa en las respuestas.
- Busca constantemente su aprobación.
- Actitud de la pareja solicita estar presente en toda la visita.
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.
- Excesivamente preocupado o solícito con ella.
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.

Durante el embarazo.

- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé.
- Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Embarazo en la adolescencia.
- Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad.

Antecedentes:

- Abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.

- Durante el puerperio: Desgarros y dehiscencia de la episiotomía. Mala o lenta recuperación post parto.
- Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales.
- Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.
- Depresión post parto que no remite, con ansiedad en la relación madre – bebé. Retraso en la visita neonatal.

## 6. ENTREVISTA PARA LA DETECCIÓN.

Las preguntas de la entrevista son muy importantes ya que en este espacio es donde en algunas ocasiones es la primera vez que le vamos a poner diagnóstico al malestar que sufre la paciente, por lo tanto es importante que vayan cargadas de empatía, nunca de reproche y jamás de culpabilidad, es necesario una escucha activa, pero sin paternalismos. Estas preguntas por lo precisas y ajustadas a esta situación tan delicada se repiten en muchos protocolos, ejemplo de ellas son:

*“He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted”.*

*Veo que: (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?, La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿Cree que todo está relacionado?*

*“En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (Relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso?”*

En caso de sospecha por antecedentes

Como dispareunia, dolor pélvico..., preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.

En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta.

*Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo, ¿es eso lo que le ha ocurrido?*

*¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?*

*¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual).*

En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados.

*Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía.): ¿Desde cuándo se siente usted así? ¿A qué cree usted que se deben? ¿Los relaciona con algo?*

*¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja? ¿O con sus hijas o hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo?*

*Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?*

*¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?*

En el caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad:

*“Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas o conflictos de pareja ¿se encuentra usted en esta situación? ¿Cómo vive su pareja el embarazo? ¿Se siente apoyada por él?” Se ha visto que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja ¿cómo va su relación? ¿Se siente sola?” ✓ Se sabe que, en ocasiones cuando hay algún tipo de discapacidad se puede ver afectada la relación de pareja ¿cómo van las cosas en casa?*

Sin olvidar nunca que las mujeres con más discriminación, están expuestas a más riesgo como ya hemos visto-. Y después de la entrevista la valoración debe de ser integral, revisando todas las respuestas y junto con otros y otras profesionales de otras disciplinas.

Mención especial en este protocolo es la intervención en mujeres en situación de maltrato, aunque no todas las carteras de servicios de las distintas Comunidades Autónomas tienen recursos para estas actividades de la sanidad gratuita y universal.

En los casos de violencia de género las actuaciones más importantes que recogen todos los protocolos son las situaciones que se pueden dar una vez confirmada la situación de violencia de género en la paciente.

La confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer no pone fin a la actuación del personal sanitario, sino que a partir de ese momento se debe desarrollar una importante labor de información a la mujer, de atención y trabajo en la consulta así como derivación cuando las características del caso lo requieran. Sobre todo comienza un verdadero seguimiento en su estado de Salud, una comunicación más estrecha con otros Servicios sanitarios y una derivación segura y urgente con los recursos institucionales e especializados en protección y asesoramiento para ella y sus hijos e hijas en violencia de género.

La respuesta de las mujeres ante una situación de violencia de género está condicionada por el grado y las características de la violencia, por el daño producido y el impacto en su salud, por los recursos psicosociales de los que dispone y los apoyos que tiene a su alcance, así como si tiene hijas e hijos y otras personas a su cargo. Es más frecuente el intento de abandono de la situación si las mujeres tienen autonomía económica, apoyo familiar y social y relaciones más igualitarias fuera del ámbito doméstico. Las mujeres que continúan en una relación donde hay maltrato, no lo hacen porque consientan o quieran, sino por otros muchos motivos psicológicos, culturales, de apoyo social, económicos, que les dificultan la ruptura con esta relación<sup>209</sup>.

Destacamos las distintas situaciones que se pueden dar en la intervención con mujeres que puedan estar sufriendo maltrato

---

<sup>209</sup> MINISTERIO de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. [consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)

### 6.1 Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.

Esta situación se da en muchas ocasiones, en Atención Primaria y en ocasiones cuando sin factores aparentes y después de un CRIBADO sistemático el resultado es que la mujer está siendo sometida a maltrato, en ese momento incorporar esa situación tan dolorosa hace que cambie todos los esquemas en los que la mujer se encontraba en ese momento. El sentimiento de culpabilidad y de frustración, hace que en esos momentos la mujer niega la situación afirma el profesor Lorente Acosta<sup>210</sup>

Como veremos más adelante, en este protocolo se recoge la posibilidad de comunicar a la fiscalía la necesidad de investigar en qué situación se encuentra la paciente, antes de confirmar una situación de violencia de género, y se puede pedir en cualquier momento de este proceso, también desde los servicios de urgencias o desde otras especialidades:

El personal sanitario, en ocasiones, puede tener dudas sobre la veracidad del relato, temiendo poner en marcha el mecanismo judicial cuando sólo hay sospechas. En este caso pueden comunicarlo al Ministerio fiscal.

Es importante saber que el sistema judicial garantiza el no enjuiciamiento de las y los profesionales por emitir un parte de lesiones y pueden ser llamados a declarar únicamente en calidad de testigos o peritos. Algunos/as profesionales pueden tener temor a las represalias del supuesto agresor tanto por ser acusados/as de calumnias en vía judicial, como por la posibilidad de sufrir represalias físicas o de otro tipo (Ciberacoso, amenazas a través de medios electrónicos).

Esto se observa más en profesionales de atención primaria, ya que en muchos casos es el mismo profesional el que atiende a la mujer y al agresor, lo que posibilita su identificación. En caso necesario, existe la posibilidad de activar mecanismos de protección

---

<sup>210</sup> LORENTE ACOSTA, Miguel. Médico Forense. “que la víctima de Violencia de Género es la única víctima que siente vergüenza de serlo”. Lo más importante en esta situación es dejar constancia de esta situación y poder diseñar una estrategia basada en la confianza y en el trabajo multidisciplinar para in aceptando la situación y estudiar la forma segura de salir de ella.



de testigos, como por ejemplo prestar declaración detrás de un biombo sin ser visto por el presunto agresor (Ley Orgánica 19/1994 de Protección a Testigos y Peritos en causas criminales). Un posible documento de petición a la intervención de la fiscalía podría ser el siguiente este modelo de Comunicación a Fiscalía

ASUNTO: POSIBLE SUPUESTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO

Nombre:

Centro sanitario:

Número de colegiado/a:

DATOS PERSONALES DE LA MUJER

Nombre: Domicilio:

Teléfono de contacto:

RELACIÓN DE DATOS EN QUE SE FUNDA LA POSIBLE EXISTENCIA DE UN SUPUESTO CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

DOCUMENTACIÓN QUE SE REMITE:

Lo que pongo en su conocimiento al amparo de lo previsto en el artículo 773.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y por si considera oportuna la incoación de diligencias de comprobación.

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_\_

6.2 Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.

En esta situación, también se recoge en la historia clínica y se diseña una estrategia para minimizar el impacto en su salud, un seguimiento en la consulta y la derivación a los recursos específicos en violencia de género, igual que en la situación anterior si al valorar el riesgo faltan argumentos para comunicar al juzgado el informe médico de presunta violencia de género, se hará una petición a la fiscalía para que actúe en consecuencia.

### 6.3 Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

Aquí, además de recoger en la historia clínica de la paciente se pone en marcha todo un circuito, centrado en la seguridad de la paciente y en la atención a su salud. La atención a sus hijos e hijas o familiares del entorno se tiene que valorar con urgencia. La comunicación al juzgado es una obligación legal y ha de ser urgente como veremos más adelante y, la protección de la paciente avisando a los cuerpos de seguridad y a los recursos especializados en violencia de género. No olvidemos que la atención sanitaria empieza en este momento con un seguimiento estrecho sobre la paciente y su entorno, con visitas establecidas para la mejoría de su salud.

Para las tres situaciones anteriores, siempre habrá que respetar el tiempo necesario de la paciente, cada mujer tiene un ritmo para salir de esta situación, en ningún caso se recomendará terapia de grupo ni mediación (el artículo 44.5 de la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género prohíbe expresamente la mediación en los casos que son competencia de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer). Siempre hay que crear un entorno tan cálido y acogedor como sea posible, y utilizar un lenguaje y preguntas que sean apropiadas para su edad y etapa de desarrollo.

El protocolo que nos ocupa hace una diferenciación si la atención es en urgencias o en los equipos de Atención Primaria:

En los Servicios de urgencias, tanto en los hospitales como en los Equipos de Atención Primaria situación más habitual suele ser el maltrato físico, y en muchas menos ocasiones el sexual (que suele ser la más oculta, y que como veremos necesita un tratamiento especial), o el psicológico, tal difícil de detectar. En muchas ocasiones es en el último golpe cuando la mujer decide ir a urgencias, pero el maltrato ya hace tiempo que se está

produciendo, el maltrato físico no es un fruto de un arrebato, es la consecución de un tiempo de maltrato posiblemente psicológico, es la primera fase del círculo de la violencia que describe la investigadora estadounidense Leonore Walker, y que hemos visto en capítulos precedentes, el maltrato físico está ya dentro de la segunda fase del círculo de la violencia y que describe Walker como fase de tensión.

El reconocimiento de vivir una situación de maltrato no es unánime, como ya hemos visto las mujeres que sufren violencia de género no son homogéneas, cada paciente responde de una manera diferente, la literatura dice que las mujeres que sufren violencia de género cuando se deciden a reconocerlo y a contarlo.

Siempre hay que valorar el riesgo en el que se encuentran, leerles el informe médico que se enviará al juzgado, asegurarnos de que no está el maltratador con ella, y llamar a alguien de su entorno que ella quiera, y siempre, siempre valorar su seguridad.

Como más adelante veremos existe obligación legal de comunicar al juzgado con un informe médico de presunta violencia de género, -a veces en algún protocolo se le llama parte de lesiones lo que, como veremos, puede crear alguna confusión-, a la paciente se le dará una copia si no existe peligro con ello para la paciente, en la historia clínica se dejará una copia de este informe. Algo muy importante que hay que resalta es que con la atención en urgencias y la comunicación al juzgado no termina la actuación sanitaria, si bien intervienen los recursos especializados en violencia de género y en seguridad, desde urgencias se debe de establecer una relación con los y las profesionales de Atención primaria, con otras especialidades y con trabajo social.

Este protocolo del 2012<sup>211</sup> le dedica un espacio importante a las agresiones sexuales, ya lo hemos visto en páginas anteriores, solo resaltar que la custodia de las pruebas y la comunicación a la medicina forense es obligatoria en estos casos. La mayoría de estas situaciones son realizadas por hombres desconocidos, el Ministerio del Interior nos daba datos oficiales, recogidos por Europa Press indican que en 2009 se registraron 1.304

---

<sup>211</sup>MINISTERIO de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. [consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)

violaciones, en 2010 fueron 1.177 y en 2011 ascendieron a 1.513, la cifra más elevada de la serie estadística. Un año después se contaron 1.280 agresiones sexuales con penetración, que fueron 1.298 en 2013 y un total de 1.239 en el año 2014<sup>212</sup>.

Lo que sí que hay que hacer en los casos de violación es acompañar a la mujer en este trance, intentar que esté acompañada por profesionales, intentar recoger todas las pruebas en un solo acto y explicarle en todo momento lo que se le va a hacer.

Hay que resaltar que para proceder penalmente por los delitos de agresiones sexuales será precisa la denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal (cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal). Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que pueda incoar el oportuno procedimiento judicial en el que disponer de medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de los legitimados, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal.

La medicina forense tiene muy especificada su actuación, El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses y el Instituto de la Mujer, en colaboración con el Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia, han presentado en varias provincias y Comunidades Autónomas un «Kit» de recogida de muestras para casos de agresión sexual. Contiene todo el instrumental necesario para una correcta toma de muestras (hisopos, cortaúñas, peine, bolsas, etiquetas...). Además de este instrumental, contiene también una serie de elementos que contribuyen a mejorar el entorno en el que se ha de practicar el reconocimiento, dotándolo de una intimidad y dignidad que en estos casos es muy necesaria para tratar de reducir el riesgo de victimización secundaria. Se aconseja seguir la sistemática para la toma de muestras prevista en el orden jus/1291/2010, de 13 de mayo, en la que se aprobaron las normas para la preparación y remisión de muestras.

---

<sup>212</sup>AGENCIAS. “Una mujer es violada en España cada ocho horas, según Interior”. El Confidencial [en línea]. 11 julio 2016. [Consulta: marzo 2018]. Disponible en: [https://www.elconfidencial.com/espana/2016-07-11/numero-violaciones-espana\\_1231474/](https://www.elconfidencial.com/espana/2016-07-11/numero-violaciones-espana_1231474/)

## **CAPÍTULO SEXTO. LA NECESIDAD DEL CRIBADO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

### **I. INTRODUCCIÓN.**

Cada Comunidad Autónoma ha desarrollado su propio protocolo sanitario sobre violencia de género, derivando todos ellos de los Protocolos comunes del 2007 y del 2012, es el caso de la Comunidad Valencia, que además introduce en CRIBADO

A pesar de la frecuencia con que los profesionales de la salud “ven” casos de violencia familiar<sup>213</sup>, en algunas ocasiones ignoran o minimizan los abusos, no creen a la víctima o, simplemente, se inhiben. El personal médico, en numerosas ocasiones, tiende a centrarse únicamente en las lesiones o daños, ignorando el proceso y las circunstancias del incidente que las provoca. Pero además, aunque resulte evidente que el origen de las lesiones o daños sean debidos a los malos tratos, una gran mayoría de mujeres continúan sin ser identificadas como tales por los profesionales de la salud<sup>214</sup>.

Entre las razones por las que médicos/as y otros profesionales de la salud no preguntan con regularidad acerca de los malos tratos, se mencionan el encontrarse saturados o abrumados, el olvido, tener miedo de abrir la “caja de Pandora”, sentirse incómodos preguntando, o no saber qué hacer con la información que la mujer pueda revelar.

Son los Servicios de Urgencias, así como consultas y clínicas privadas, las que se encuentran entre los lugares más importantes y también menos reconocidos para iniciar una intervención. Mujeres que no buscarían ayuda en refugios o centros de acogida o que no llamarían a la policía, podrían acudir a su médico de cabecera, aunque fuera con una queja vaga. En este sentido, una mayor concienciación y formación de los/as profesionales de la salud, así como dominar las técnicas de entrevista y protocolos de identificación facilitaría el que médicos y otro personal sanitario pudiera prestar ayuda a la mujer maltratada.

---

<sup>213</sup> Muchas veces se utiliza Violencia familiar, cuando según la Ley integral 1/2004 es Violencia de Género. Ocurre en textos internacionales, y sobre todo de antes de la ley. Existe una controversia sobre la forma de nombrar este tipo de Violencia sobre la mujer.

<sup>214</sup> GRACIA, Enrique, LILA, Marisol, “Los profesionales de la salud y la prevención de la Violencia doméstica contra la mujer”. En: *Revista Médica de Chile* [en línea], vol. 136, 2008, pp. 394-499 [consulta: 14 agosto de 2018]. ISSN: 0034-9887. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000300017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300017)

## II. LA UTILIZACIÓN DEL CRIBADO (*SCREENING*)

El Cribado como método de detección de la violencia doméstica como mecanismo de detección de la violencia doméstica, genera una gran polémica, y no hay una opinión unánime al respecto. Ya en 1996, la Organización Mundial de la Salud insistía en la importancia de mejorar la respuesta del sector sanitario ante la violencia familiar mediante el uso del cribado universal para las mujeres y niñas (preguntar habitualmente a todas las clientes o pacientes si han sido objeto de maltrato sexual o físico), y la creación de protocolos de acción (planes escritos que definan, para un entorno específico, los procedimientos que deben seguirse para identificar y responder apropiadamente a las víctimas de maltrato).

Aunque aún existe cierta controversia en torno a la utilidad del cribado en relación con la violencia doméstica en medicina general y primeros cuidados, se está produciendo un incremento del reconocimiento de la importancia del cribado como un medio apropiado y efectivo de identificar y poder dar respuesta a los casos de violencia doméstica que se presenten en los servicios de urgencias. El hecho de que no exista suficiente evidencia para recomendar el cribado en el caso de la violencia doméstica, no quiere decir que exista suficiente evidencia para no recomendarlo.

La naturaleza oculta del problema de la violencia doméstica nos lleva a considerar el cribado como un método eficaz, ya que nos puede permitir descubrir casos ocultos de violencia doméstica. La importancia de preguntar acerca de la violencia doméstica para incrementar los índices de identificación, también es reconocida en una influyente revisión en la que se concluía que es insuficiente la evidencia para recomendar los programas de cribado.

Es cierto que la falta de evidencia en relación con la efectividad de un programa pueda desanimar a los servicios de salud a implementarlos, pero de nuevo, como argumenta Jewkes<sup>215</sup>, aunque aún no exista evidencia disponible que avale la efectividad de los

---

<sup>215</sup> JEWKES Rachel. "Preventing domestic violence: most women welcome inquiries, but doctors and nurses rarely ask about it". En: *BMJ* [en línea], 2002, vol. 324, pp. 253-4. [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122187/pdf/253.pdf>

programas de cribado, tampoco existe evidencia que avale que tales programas no son efectivos.

Las mujeres víctimas de la violencia de género tienen mayores posibilidades de ser usuarias a largo plazo de los servicios de salud. De hecho, por término medio, las víctimas de maltrato recurren más a los servicios sanitarios a lo largo de sus vidas que las no maltratadas<sup>216</sup> además experimentan una importante disminución del número de días de vida saludable.

Son varios los textos que en la actualidad aconsejan o recomiendan la necesidad de este cribado como detección de la violencia de género en el ámbito sanitario y así poder dar cumplimiento a esa prevención secundaria que evite futuros episodios, y consecuencias graves, que a veces pueden llegar hasta la muerte.

Ya hemos visto que la violencia contra la mujer en la pareja constituye un importante factor de riesgo para la salud, tanto física como mental<sup>217</sup>, por lo que muchas de las víctimas buscan asistencia sanitaria para los problemas derivados de la violencia que sufren. Además, considerando que prácticamente todas las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida, ya sea para una revisión, por motivos relacionados con la maternidad o para acompañar a algún familiar, el ámbito sanitario se convierte en un contexto privilegiado para identificar a las mujeres que sufren abusos por parte de sus parejas<sup>218</sup>. Hoy se considera una prioridad la detección precoz: adelantar el diagnóstico y la intervención temprana son quizás las claves del papel del personal sanitario<sup>219</sup>.

---

<sup>216</sup> ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. “Informe mundial sobre la Violencia y la salud: resumen” [en línea]. Washington: OMS, 2002. [consulta: 15 agosto de 2018]. ISBN 92 75 32422 0. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

<sup>217</sup> RUIZ-PÉREZ, Isabel, PLAZAOLA-CASTAÑO, Juncal. “Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain”. En: *Psychosom Med* [en línea], 2005, vol. 67, issue 5, pp. 791-7. [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300006)

<sup>218</sup> RUIZ-PÉREZ, Isabel, GRUPO DE ESTUDIO PARA LA VIOLENCIA DE GENERO, et al. “La Violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria”. En: *Gac Sanit* [en línea], 2006, vol.20, no. 3, pp. 202-208 [Consulta: 9 agosto de 2018]. ISBN: 0-912917-84-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v20n3/original6.pdf>

<sup>219</sup> FERNÁNDEZ ALONSO, M<sup>a</sup> Carmen, HERRERO VELÁZQUEZ, Sonia. “De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la Violencia doméstica”. En: *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* [en línea]. 2007, no. 12, pp. 1-6. ISSN 1887-4215 [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2007m3n12/rceap\\_a2007m3n12a2.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a2.pdf)

Esta detección precoz se puede realizar mediante el método de cribado o aplicación de una prueba estandarizada, o mediante un método de preguntas, que se considera más flexible pero que también tiene algunas objeciones. Uno de los inconvenientes es el posible riesgo para las mujeres al preguntarles directamente por los malos tratos, teniendo en cuenta que los estudios basados en entrevistas han demostrado que a las mujeres les preocupa el hecho de que pueda romperse el principio de confidencialidad<sup>220</sup>.

Además, la utilización de un método estandarizado también permite la comparabilidad de resultados en contextos diferentes. Existe una gran controversia acerca de la aplicación de la detección sistemática (cribado universal) de la violencia en el contexto sanitario, ya que no hay evidencia científica que la sustente<sup>221</sup>.

Así, aunque el problema de la violencia contra las mujeres en la pareja cumple con algunos de los requisitos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>222</sup> para recomendar un programa de cribado poblacional (problema de salud pública importante, altos índices de morbilidad, conocimiento de la historia natural del problema), los criterios para su diagnóstico no están aún bien establecidos, se desconoce el balance entre riesgo y beneficio de esta actuación y no hay evidencias de que el cribado disminuya la morbilidad por violencia, pues los recursos asistenciales y de tratamiento del problema son aún escasos en nuestro país. Sin embargo, hay acuerdo para recomendar al personal sanitario permanecer alerta y ser capaces de identificar los síntomas o las señales que puedan orientar hacia la existencia de maltrato.

En España, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, a través del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)<sup>223</sup> no recomienda

---

<sup>220</sup>Junta de Castilla y León. Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/Violencia-genero/documentos-m-s-organismos/protocolos-guias>

<sup>221</sup> US Preventive Services Task Force. "Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement". En: *Ann Fam Med* [en línea], 2004, vol. 2, no. 2, pp. 156-60. [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.annfammed.org/content/2/2/156.full.pdf+html>

<sup>222</sup> WILSON, James Maxwell Glover, JUNGNER, Gunnar. "Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades" [en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1969. Cuadernos de Salud Pública, 34 [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41505/WHO\\_PHP\\_34\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41505/WHO_PHP_34_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

<sup>223</sup> GOBIERNO de Aragón. Departamento de Salud y Consumo "Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de Violencia doméstica en el sistema de salud de Aragón" [en línea]. Jaquotot Saenz de Miera, Rosario (dir). [Zaragoza]: Dirección General de Planificación y Aseguramiento, 2005. [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en:



el cribado poblacional, pero sí una postura activa, y da pautas básicas de actuación. En cualquier caso, si se opta por el método de cribado, tanto si se realiza únicamente con fines asistenciales como con fines de investigación, se requieren instrumentos fiables y válidos, además de breves.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe “Violencia contra las mujeres”, destaca el importante papel del personal sanitario en la detección y prevención secundaria de la violencia de género. En este informe se indica al personal sanitario que: “No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa. En realidad, muchas mujeres están esperando, silenciosamente, que alguien les pregunte”.

La OMS y numerosas organizaciones sanitarias siguen alertando a la comunidad científica y a los profesionales sobre la infradetección de la violencia de género y de sus graves consecuencias<sup>224</sup>, reconociendo que este tipo de violencia es un factor de riesgo para el deterioro de la salud física y mental de las víctimas.

Cada vez conocemos mejor qué actuaciones ayudan a las mujeres a salir de la situación de violencia, a reconstruir su vida o a minimizar los riesgos y consecuencias. Conocemos elementos protectores; sabemos que el contar con apoyo, el sentirse escuchada, creída, reforzar sus capacidades, reconocer y potenciar sus recursos internos para salir adelante son factores que ayudan a la mujer. El apoyo psicológico, el apoyo laboral para recuperar su autonomía y la reconstrucción de sus redes sociales son elementos importantes para superar una situación de maltrato. Resultan particularmente perjudiciales la estigmatización, el aislamiento, la percepción de injusticia en el tratamiento del caso tras la denuncia, una larga historia de violencia, así como la dependencia económica y emocional.

---

[http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Guia\\_atencion\\_sanitaria\\_Aragon.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Guia_atencion_sanitaria_Aragon.pdf)

<sup>224</sup> FERNANDEZ ALONSO, M<sup>a</sup>. Del Carmen. Compromiso de la atención primaria ante la Violencia de Género. ¿Hemos superado el reto? Editorial semFYC. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-compromiso-atencion-primaria-ante-Violencia-S0212656715000311>

En cuanto a la necesidad del CRIBADO el informe de la Subcomisión de Estudio, de les Corts Valencianes, para la erradicación de las violencias de Género en la Comunitat Valenciana, realizó un estudio ante la necesidad de un pacto autonómico contra todas las violencias machistas y de género. En el punto 41 de dicho informe se recoge “Garantizar la realización del CRIBADO sobre violencia de género para las mujeres, asegurándolo para todo tipo de mujeres independientemente de grupo de edad, etnia y/ o nacionalidad a la que pertenezca o de su lugar de residencia.

También el Informe de la Subcomisión de la Comisión de Igualdad del Congreso para un Pacto de estado recoge la Comparecencia de D. Miguel Lorente Acosta, Sesión núm. 19: 26 de abril de 2017, que sirvió para su implantación.

Forman parte de las 26 medidas para el 2018, recogidas en el pacto después de todas las intervenciones de expertos e Instituciones que intervienen en el abordaje y la atención a mujeres que sufren violencia de género o y sus hijas e hijos:

- Utilizar las consultas médicas, centros sanitarios y farmacias como plataformas informativas sobre violencia de género.
- Mejorar la detección precoz de la violencia de género en los centros sanitarios.
- Mejorar la formación especializada de los profesionales sanitarios.

## **PARTE III: ANÁLISIS DE DATOS**

## **CAPÍTULO SÉPTIMO. PROTOCOLO SANITARIO DE VIOLENCIA DE GÉNERO ESPECÍFICO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.**

### **1. LA SITUACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

La violencia de género es un importante problema de salud pública, tanto por la magnitud de las lesiones producidas, como por sus consecuencias a corto y a largo plazo sobre su salud física y mental. Los profesionales sanitarios desempeñan un importante papel en la detección, tratamiento y orientación de este complejo problema, que requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinar por parte de la administración sanitaria, bienestar social, judicial, policial, educación, entre otros ámbitos.

En la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, en su artículo 15.1 se indica que, *“las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones por parte 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”*. En su artículo 32.3 se indica que, *“las Administraciones con competencias sanitarias promoverán la aplicación, la permanente actualización y la difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, del Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Tales protocolos impulsarán actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada a la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla”*.

## 2. PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (PDA)<sup>225</sup>

La violencia de género es un importante problema de salud pública, que requiere la actuación coordinada con otros organismos e instituciones implicadas en el tema. El sector sanitario puede colaborar en la prevención primaria de este problema, si bien su principal función aparece en la prevención secundaria y terciaria. La detección precoz de casos de violencia, puede reducir las consecuencias negativas en la salud de la mujer y prevenir la aparición de episodios de maltrato ulteriores. Debido a ello, en los últimos años, a nivel normativo, institucional, así como muchas asociaciones profesionales han elaborado protocolos clínicos, que sirven de guía a los/as profesionales sanitarios/as para identificar casos de violencia de género. La detección precoz, el diagnóstico y la atención de la violencia de género, se tiene que realizar tanto en la atención primaria como especializada. La cartera de servicios de la Direcció General de Salut Pública incluye actividades destinadas a la monitorización y prevención de la violencia de género.

Estas actividades se realizan de forma coordinada con la Agencia Valenciana de Salut. Por todo ello, se ha elaborado este protocolo para el abordaje de la violencia de género en el ámbito sanitario, que va a permitir guiar las actuaciones sanitarias en materia de violencia de género en la Comunitat Valenciana. El objetivo general de este protocolo es establecer unas pautas normalizadas que permitan guiar, tanto para la búsqueda activa o detección precoz de posibles casos de violencia de género, como la instauración de las medidas de intervención a seguir ante los casos identificados. Así mismo, se establecen estrategias de seguimiento en el ámbito de la atención primaria y especializada de la Comunitat Valenciana.

La Direcció General de Salut Pública ha elaborado este protocolo, que va a permitir guiar la búsqueda activa, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de los casos de violencia de género. Éste se va a aplicar tanto en el ámbito de la atención primaria como

---

<sup>225</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta. et al. “Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)” [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.mssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.mssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

especializada. Asimismo, se incluyen las estrategias que se tienen que hacer de forma coordinada con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos como consecuencia de la violencia de género.

El protocolo también incluye una guía de recursos disponibles en distintas administraciones públicas, que podrán ayudar al establecimiento de medidas de intervención adecuadas

### 2.1 Modelo ecológico de la Violencia de género<sup>226</sup>

El modelo más utilizado para el estudio sobre la violencia en el ámbito de la pareja es el ecológico, un modelo propuesto por Urie Bronfenbrenner<sup>227</sup>, para el estudio del desarrollo y cambio de conducta en el individuo, y que posteriormente se ha aplicado a la violencia familiar

El modelo ecológico de la violencia ha sido aplicado inicialmente al maltrato de menores, posteriormente a la violencia juvenil y recientemente a la violencia de pareja y al maltrato de las personas mayores. Este modelo permite una visión integral, considerando como influyen en el comportamiento del individuo, los factores del ambiente en el que se desarrolla, relacionando los factores individuales con los contextuales. El modelo ecológico, destaca las causas múltiples de la violencia y la interacción de los distintos factores de riesgo que se encuentran en los ámbitos en los que se desarrolla el individuo, pudiendo variar los factores que la causan, en cada una de las etapas de la vida del individuo<sup>228</sup>.

---

<sup>226</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. "Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.mssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.mssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf).

<sup>227</sup> KRUG, Etienne G., et al., "Informe mundial sobre la Violencia y la salud" [en línea]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003. Publicación Científica y Técnica, 588. [consulta: 15 agosto de 2018]. ISBN 92 4 154561 5. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884\\_spa.pdf;jsessionid=43B98A801FE1523C5FE284164B151506?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf;jsessionid=43B98A801FE1523C5FE284164B151506?sequence=1)

<sup>228</sup> DOMÍNGUEZ FUENTES, Juan Manuel, GARCÍA LEIVA, Patricia, CUBEROS CASADO, Inmaculada. "Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial". En: *An. Psicol.* [en línea], 2008; vol. 24, no. 1, pp. 115-20. [consulta: 15 agosto de 2018]. ISSN: 1695-2294. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v24/v24\\_1/14-24\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/14-24_1.pdf)

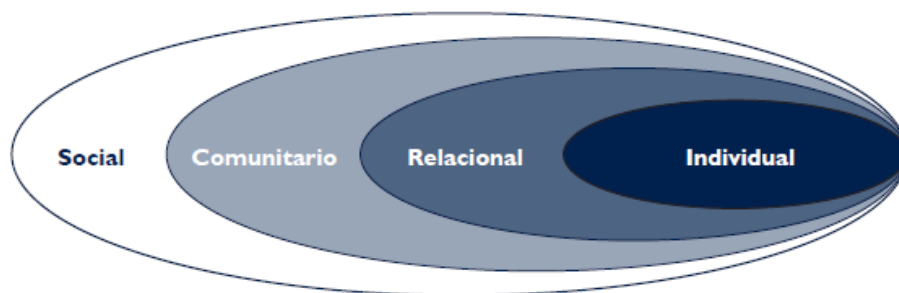


Figura. Modelo ecológico de la violencia

La OMS emplea esta adaptación del modelo ecológico para identificar las causas de la violencia. Por ello, teniendo en cuenta numerosos factores que influyen en la violencia (biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos), divide ésta en 4 niveles:

1. Nivel individual. Intenta reconocer las características del individuo que incrementan su probabilidad de convertirse en víctima o agresor. Presta especial atención a los factores biológicos y de la historia personal que pueden influir en su comportamiento, como pueden ser la impulsividad, la agresividad, el abuso de drogas, el haber sido víctima de maltrato, etc.

2. Nivel de las relaciones. Analiza la influencia de las relaciones sociales cercanas en el riesgo de convertirse en víctima o agresor. Las personas del entorno del individuo, pueden tener gran importancia en su comportamiento y en sus experiencias. El convivir con un maltratador o tener amigos/as que promueven y aceptan la violencia, pueden ser factores importantes en su aceptación y uso por parte del individuo.

3. Nivel de la comunidad. Indaga los contextos de la comunidad en los que se relaciona el individuo, como el centro educativo, el lugar de trabajo o el vecindario, para reconocer cuáles de sus características se asocian con ser víctimas o agresores. Las investigaciones sobre violencia, indican que ciertos entornos comunitarios favorecen la aparición y uso de la violencia. En las zonas de pobreza y deterioro físico, con poco apoyo institucional; en las zonas con frecuente movilidad de residencia, heterogeneidad de la población y una alta densidad de población; o en las comunidades afectadas por problemas

como el tráfico de drogas, el desempleo elevado o un extendido aislamiento social, son más frecuentes los actos violentos.

4. Nivel social. Observa los factores sociales que influyen en el aumento o reducción de violencia. Algunos factores pueden influir en crear un ambiente donde se acepte la violencia, reducir las inhibiciones contra ésta, crear intolerancia y tensión entre distintos segmentos de la sociedad, grupos o países. Entre estos factores sociales figuran:

- Normas culturales que respaldan la violencia como forma aceptable y efectiva de resolver conflictos.
- Actitudes que aceptan el suicidio como una opción personal, en lugar de considerarlo un acto de violencia evitable.
- Normas que priorizan la patria potestad al bienestar de los hijos.
- Normas que refuerzan el dominio masculino sobre las mujeres y los niños.
- Normas que apoyan el uso excesivo de la fuerza por parte de los cuerpos de seguridad contra los ciudadanos.
- Normas que respaldan los conflictos políticos.
- Las políticas sanitarias, educativas, económicas y sociales, que contribuyen en el mantenimiento de las altas desigualdades existentes entre distintos grupos sociales, etc.

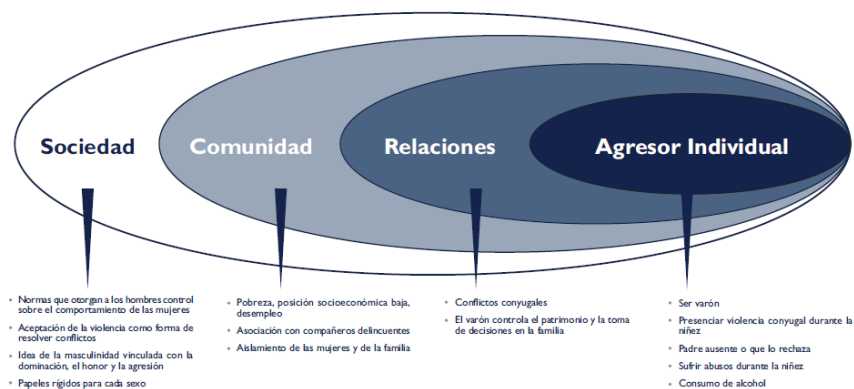


Figura. Modelo ecológico aplicado a la violencia de género<sup>229</sup>

<sup>229</sup> Modelo Ecológico de la Violencia de Género. <https://www.monografias.com/trabajos104/modelo-ecologico-Violencia/modelo-ecologico-Violencia.shtml>



## 2.2 La rueda del poder y control

La rueda del poder y control fue originalmente desarrollada en el marco del modelo Duluth, por Domestic Abuse Intervention Project. Para ello se recogió información mediante entrevistas a mujeres supervivientes de violencia doméstica que asistían a grupos de apoyo<sup>230</sup>. A partir estas entrevistas se crearon la “rueda del poder y control”, que describe de un modo visual y sencillo, la forma en la que los abusadores ejercen el poder y control sobre sus víctimas, en las relaciones de pareja violentas en las que existen y se mantienen los privilegios masculinos; y la “rueda de la igualdad” que describe el modo en el que se comportan los miembros de la pareja, en las relaciones igualitarias y no violentas.

Observando ambas ruedas se puede ver claramente las diferencias entre ambos tipos de relaciones:



Figura: “Rueda del poder y control”

<sup>230</sup> DOMESTIC Abuse Intervention Programs. “Wheels” En: *Domestic Abuse Intervention Programs* [en línea], 2017 [Consulta: 12 agosto de 2018]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/FPCC1/rueda-de-poder-y-control>



Figura: “Rueda de la igualdad”

### 2.3 La rueda de la igualdad

A partir de las experiencias de las víctimas, se pudo concluir que el comportamiento de los agresores tiene un propósito: ejercer el control sobre sus parejas, debido a la creencia de que tienen derecho a hacerlo. Así pues, la rueda del poder y control identifica el poder y el control como las metas de todas las tácticas de maltrato<sup>231</sup> Entre los usos que da el modelo Duluth a la rueda del poder y control, destaca su utilización en los programas de actuación con hombres maltratadores, en los que pretende reeducar a los hombres para evitar que utilicen el poder, los privilegios y derechos masculinos en sus relaciones con las mujeres, enseñándoles que tras sus actos de violencia siempre está su voluntad de dominar y controlar a sus parejas. En estos programas la rueda de la igualdad representa a lo que se desea y debe llegar.

<sup>231</sup> SER Filosofista. “Rueda de la Igualdad”. En: *Ser filosofista* [blog]. 30 mayo de 2013 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://serfilosofista.blogspot.com/2013/05/rueda-de-la-igualdad.html>

## **CAPÍTULO OCTAVO. LA PRÁCTICA SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. EL CASO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.**

Para poder hacer un análisis más exhaustivo y real de la actuación del personal sanitario ante la violencia de género, vamos a separar esta última parte en dos partes muy diferenciadas. En la primera, se va a hacer referencia a la Atención Primaria con el Cribado y el sistema de información de la violencia de género (SIVIO), desgranando la aplicación y describiendo la herramienta como aplicación informática que guía a los y las profesionales, tanto en la detección, como en el abordaje de la violencia de género. Y la segunda parte, mucho más detallada, donde analizaremos la información que nos transmiten las mujeres que utilizan estos Servicios de Urgencias y que suelen hacerlo con un episodio de violencia física, analizando tanto los informes de alta, como los informes de presunta violencia generados también en la aplicación SIVIO. El número total de mujeres con síntomas relacionados con la violencia de género que pasaron por el Servicio de urgencias del Hospital Universitario y Politécnico de La Fe, desde el 1 de octubre de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2017, fue de 177.

### **I. SISTEMA DE INFORMACIÓN VIOLENCIA DE GÉNERO SIVIO<sup>232</sup>**

La Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública dispone de un protocolo<sup>233</sup> de atención sobre las víctimas de violencia de género con tres objetivos: la atención específica a las mujeres que refieren maltrato, la búsqueda activa de diagnóstico entre las mujeres atendidas en el sistema sanitario con síntomas o lesiones sospechosas de violencia de género y la detección precoz de los casos de violencia en mujeres que acuden a consulta por otros motivos. En todos los casos, el personal sanitario que atiende a la mujer dispone de

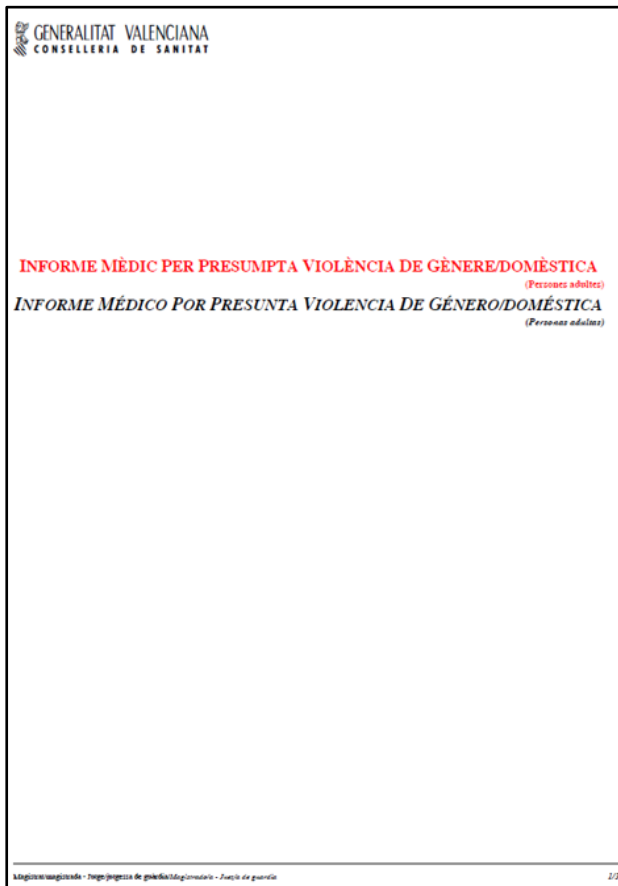
---

<sup>232</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO? [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

<sup>233</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. "Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

instrucciones y procedimientos estandarizados para registrar la información y para activar los mecanismos de asistencia y prevención necesarios

Es necesario resaltar antes del análisis de la aplicación, que en la actualidad (agosto 2018), este sistema no diferencia en la emisión de los partes, si es la presunta violencia es un caso de violencia de género o doméstica, porque en estos momentos los partes que se emiten al juzgado llevan una portada que recoge los dos tipos de violencia tanto la de género como la doméstica, y aunque sí que se establece que se trata de una violencia que se ejerce sobre la mujer, no diferencia quién es la persona que agrede. Por eso, cuando se extraen los indicadores no se diferencia quién es la persona agresora; solo llegamos a esa información si analizamos los informes médicos tal y como hemos hecho en el estudio de la tercera parte de esta tesis.



Este informe médico<sup>234</sup> de presunta violencia de género/doméstica genera dos copias, una se envía al juzgado de guardia más próximo, y otra copia se entrega a la persona atendida.

También cabe resaltar aquí que cuando haya una transposición textual del

---

<sup>234</sup> Portada del informe médico de presunta Violencia de Género/ doméstica que genera la aplicación SIVIO cuando se redacta y que luego se enviará al juzgado de guardia y a la paciente.

Convenio de Estambul<sup>235</sup> se recogerán más situaciones de violencia de género que las que se recogen en la actual ley de integral de medidas contra la violencia de género de 2004, ya que en el convenio se recogen todas estas situaciones de violencia de género y si no solo la de pareja hombre con relación análoga de afectividad.

#### Artículo 2 Ámbito de aplicación del Convenio

*“1. El presente Convenio se aplicará a todas las formas de violencia contra la mujer, incluida la violencia doméstica, que afecta a las mujeres de manera desproporcionada. 2. Se alienta a las Partes a aplicar el presente Convenio a todas las víctimas de violencia doméstica. Las Partes prestarán especial atención a las mujeres víctimas de violencia basada en el género en la aplicación del presente Convenio. 3. El presente Convenio se aplicará en tiempo de paz y en situación de conflicto armado”.*

#### Artículo 3 Definiciones a los efectos del presente Convenio:

*“a) Por «violencia contra la mujer» se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y se designarán todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada;*

*b) Por «violencia doméstica» se entenderán todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima;*

---

<sup>235</sup> Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la Violencia contra la mujer y la Violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.

*c) Por «género» se entenderán los papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente construidos que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres;*

*d) Por «violencia contra la mujer por razones de género» se entenderá toda violencia contra una mujer porque es una mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada;*

*e) Por «víctima» se entenderá toda persona física que esté sometida a los comportamientos especificados en los apartados a y b; f) El término «mujer» incluye a las niñas menores de 18 años”*

A continuación, pasamos al análisis de la aplicación informática SIVIO, herramienta que permite ver los indicadores relacionados con las pacientes atendidas en la Comunidad Valenciana con sospecha de episodios de presunta violencia de género o doméstica, que tiene una relación directa con el protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA), Pregunta, Detecta y Analiza todavía vigente en agosto de 2018

La Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública dispone de un protocolo de atención, sobre las víctimas de violencia de género, con tres objetivos:

1. La atención específica a las mujeres que refieren maltrato
2. La búsqueda activa de casos entre las mujeres atendidas en el sistema sanitario con síntomas o lesiones sospechosas de violencia de género
3. La detección precoz de los casos de violencia en mujeres que acuden a consulta por otros motivos.

En todos los casos, el personal sanitario que atiende a la mujer dispone de instrucciones y procedimientos estandarizados para registrar la información y para activar los mecanismos de asistencia y prevención necesarios.

La aplicación SIVIO<sup>236</sup>, Sistema de Información para la detección y actuación frente a la Violencia de género/doméstica en personas adultas, es una herramienta basada en el Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género, Pregunta, Detecta y Analiza, cuyas siglas son PDA<sup>237</sup>, que guía al personal sanitario en la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica. Para ello utiliza los cuestionarios y las ayudas contenidas en este protocolo, aplicando una lógica que facilita la toma de decisiones.

La aplicación permite detectar y actuar frente la violencia de género, así como, frente a cualquier otro tipo de violencia dentro del ámbito doméstico. El único requisito es que la persona atendida tenga 14 años o más, independientemente de su sexo. También detecta la violencia doméstica, por lo que a los hombres que pudieran sufrir violencia doméstica se les registra en esta aplicación, pero a ellos no se les hace el CRIBADO de forma sistemática, en estos casos solo sería para rellenar el informe médico/parte de lesiones, aunque como hemos señalado en el capítulo anterior también se podría. y si hay alguna necesidad de valorar si sufren violencia o no, ante una sospecha de maltrato o búsqueda activa del diagnóstico se hace también este cribado.

Para acceder a la aplicación SIVIO<sup>238</sup> han de ser categorías sanitarias que trabajan en la sanidad pública, o en los servicios concertados de la Conselleria de Sanidad<sup>239</sup>, estas categorías son:

- Personal facultativo en todas sus especialidades (solo este personal puede hacer informes médicos)
- Enfermas y enfermeros
- Matronas y matronas

---

<sup>236</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO? [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

<sup>237</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. "Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

<sup>238</sup> CRIBADO premiado en 2015 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como buenas prácticas en 2015. [https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP\\_2015/Actuaciones\\_Sanitarias\\_VG/BBPP\\_VG\\_C.Valenciana.pdf](https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Actuaciones_Sanitarias_VG/BBPP_VG_C.Valenciana.pdf)

<sup>239</sup> AVS, es como se llamaba hace unos años, Agencia Valenciana de Salud, hoy a desaparecido del organigrama de la Conselleria

- Trabajo Social
- Psicología Clínica
- Sexólogas y sexólogos

Podrán en un futuro utilizar la aplicación personas externas habilitadas para tal fin, como podrían ser profesionales de la sanidad privada y las mutuas de accidentes de trabajo, pero hoy por hoy no está previsto, hora bien, la cumplimentación del parte específico de lesiones por violencia de género/doméstica (Informe médico por presunta violencia de género/doméstica (personas adultas)) queda limitada al personal facultativo. Es necesario aclarar que no siempre que hay un caso de presunta violencia se comunica al juzgado con el informe médico de presunta violencia que genera la aplicación SIVIO<sup>240</sup>, y que en algunas ocasiones hay profesionales que siguen utilizando el parte de lesiones tradicional, ya obsoleto, el mismo que se utiliza para un accidente de tráfico o de otra intervención judicial o policial, dificultando así el seguimiento que se podría hacer de las pacientes que sufren violencia de género en esta Comunidad por no estar registrado en la aplicación SIVIO.

El Sistema de Información para la detección y valoración de casos de violencia de género/doméstica (SIVIO) tiene como objetivo facilitar la gestión de los posibles casos de violencia de género o doméstica en el sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana: desde la declaración de los mismos, hasta la integración con el resto de sistemas de información de ámbito sanitario. El único requisito es que la persona atendida tenga 14 años o más, independientemente de su sexo. Realmente la intención es que sea un asistente que guíe a los y las profesionales y facilite la toma de decisiones, apoyadas en los resultados emitidos por las herramientas que proporciona el protocolo. El algoritmo que se sigue para la detección de la violencia de género, es muy parecido a los que se incorporan en otros

---

<sup>240</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO? [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

<sup>248</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. “Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)” [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.mssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.mssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)



protocolos, así se facilita de una forma gráfica la intervención desde el ámbito sanitario según las posibles respuestas que puede arrojar el CRIBADO.

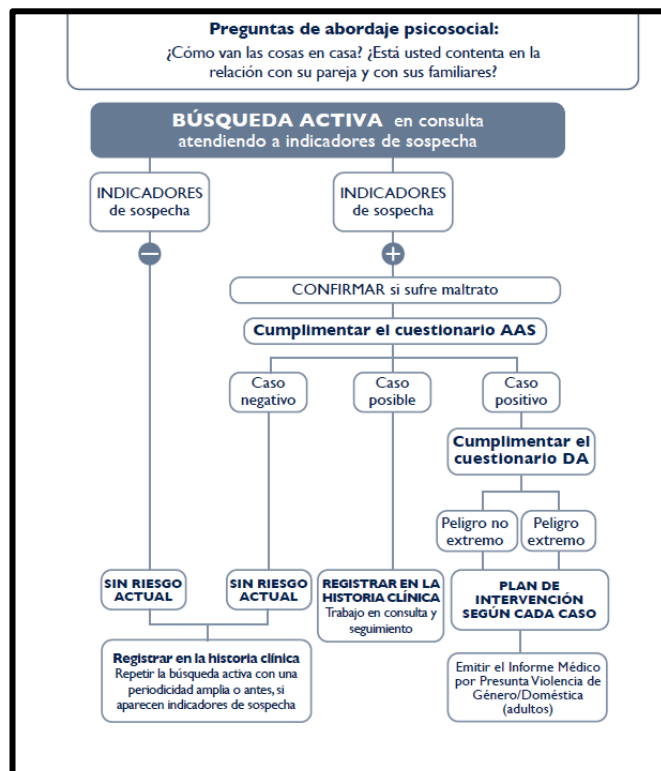


Figura. Algoritmo de actuación para la búsqueda activa y detección de casos de maltrato<sup>241</sup>

La función de SIVIO permite aplicar el protocolo que se ha indicado anteriormente (Protocolo PDA) que se compone de los siguientes pasos:

- ✓ Confirmación de un presunto caso de violencia de género o doméstica AAS<sup>242</sup>
- ✓ Valoración del riesgo DA
- ✓ Plan de intervención
- ✓ Parte de lesiones

<sup>241</sup>ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. "Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

<sup>242</sup> Para la confirmación de un posible caso de maltrato se utilizará el instrumento de cribado AAS (cuestionario AAS), conocido en inglés como "Abuse Assessment Screen" y que ha sido adaptado en nuestro contexto cultural por Escribà-Agüir y col

Una vez detectado un caso positivo de violencia de género es necesario establecer medidas preventivas de intervención a nivel secundario o terciario. Entre las medidas disponibles, se puede diferenciar entre las intervenciones dirigidas directamente a las mujeres (como la provisión de apoyo o terapia) y las destinadas a mejorar la respuesta de los profesionales con quienes la víctima entra en contacto (sensibilización y formación para el abordaje del problema).<sup>243</sup>

La intervención continuada desde los centros de acogida para mujeres víctimas de Violencia de Género ha mostrado ser efectiva para reducir la prevalencia de maltrato de tipo físico durante el periodo de uno a dos años tras la intervención. No está claro que esta medida sea efectiva para reducir la violencia sexual o abuso emocional, tampoco que beneficie la salud mental de las mujeres. Sin embargo, se sabe que la ayuda, el consejo, el acompañamiento y el seguimiento de las mujeres víctimas de VG desde el sistema sanitario beneficia la salud mental de las mujeres, y reduce también la aparición de episodios de maltrato posteriores<sup>17</sup>.

La puesta en marcha del programa de cribado, desde noviembre de 2015 en todos los centros sanitarios son «espacios seguros y libres de violencia de género», con el objetivo de «transmitir a las mujeres un mensaje claro de confianza en el sistema sanitario y sus profesionales», abundaron fuentes de la Conselleria.

El objetivo del cribado es la detección precoz de la violencia de género en todos los ámbitos sanitarios. Por ello, se ha extendido a través del programa "Espai segur i lliure de violència de gènere", desarrollado por la Conselleria en centros de Atención Primaria, servicios de urgencia, unidades de conductas adictivas hasta unidades de salud mental.

La formación y sensibilización del personal sanitario es una de las prioridades en la lucha contra la violencia de género para manejar el Sistema de Información contra la Violencia (SIVIO). En estas sesiones han sido formados alrededor de 4.000 profesionales sanitarios, tanto del ámbito de la Atención Primaria, como de Especializada, sobre todo

---

<sup>243</sup> Asociación Internacional de Juristas INTER IURIS. Manuales para el Abordaje Profesional Integral de la Violencia contra las Mujeres. (Consultado 8 septiembre 2018) Disponible en: [https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/upsc/voluntariado/oficina-voluntariado/documentos/MANUAL\\_PARA\\_EL\\_ABORDAJE\\_INTEGRAL\\_VDG.pdf](https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/upsc/voluntariado/oficina-voluntariado/documentos/MANUAL_PARA_EL_ABORDAJE_INTEGRAL_VDG.pdf)

desde los Servicios de Urgencias. Los profesionales formados son de todas las categorías, aunque la mayor incidencia es el personal sanitario, facultativo y enfermería, aunque trabajo social tiene un protagonismo muy importante en la orientación y abordaje de la Violencia de Género.

## II. LA RESPUESTA SANITARIA EN URGENCIAS

Una vez analizadas las consecuencias que tiene el preguntar en las consultas de primaria y la detección que se produce en esta primera fase, la fase de CRIBADO, vamos a centrarnos en los resultados cuando ya hay un diagnóstico confirmado, por ello entramos con el estudio de la segunda parte de este último capítulo con el estudio de los informes de las mujeres que se acercan al Servicios de Urgencias de un hospital en concreto, el Hospital Universitario y Politécnico de La Fe de Valencia, el más grande la comunidad Valenciana.

Al Servicio de Urgencias de los hospitales y de este también las mujeres acuden porque se ha producido el maltrato físico, aquí ya se ha llegado tarde a la prevención secundaria, la agresión ya se ha producido y estamos en la segunda fase del círculo de la violencia, la parte de explosión, donde la detección es mucho más evidente, ya que presentan lesiones. En ocasiones vienen) a veces acompañadas por los cuerpos de seguridad, y donde ellas manifiestan desde el primer momento que se ha producido el maltrato por parte de su pareja.

No es la intención de este análisis culpabilizar o señalar al personal sanitario si en algunas situaciones no se ha actuado como recogen los protocolos, pero sí es necesario hacer un análisis de una manera minuciosa con la finalidad de mejorar desde el sistema sanitario, y concretamente desde los Servicios de Urgencias la atención y derivación de las pacientes que acuden con estas necesidades de atención sanitaria.

Una vez enmarcada la violencia de género dentro de la normativa internacional, la nacional y la autonómica, nos queda analizar cómo esta normativa se incorpora a la vida de las ciudadanas. Comprobar sobre casos reales de qué manera este marco teórico tiene su proyección en la dura realidad de mujeres que sufren violencia de género. Para ello hemos revisado los informes médicos y partes de lesiones elaborados por el personal facultativo, del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia que asiste a mujeres que pudieron estar sufriendo una situación de violencia de género.

La lucha contra la violencia de género debe ser abordada de forma integral y global pues son muchos los colectivos que se encuentran implicados y deben colaborar para

erradicar esta lacra<sup>244</sup>. Entre otros, juristas, educadores, trabajo social, medios de comunicación, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado y profesionales de la salud que asisten a la víctima en alguna etapa de su vida, en concreto, al personal sanitario<sup>245</sup>.

La violencia de género repercute seriamente en la salud de las víctimas, por lo que es elevada la probabilidad de que las mujeres víctimas de dicho maltrato acudan a los centros sanitarios, ya sea a los servicios de atención primaria o a los servicios de urgencia<sup>246</sup>. Como ya hemos visto en la Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer de 2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el 45% de las mujeres que han sufrido violencia física y/o sexual, o miedo, han recurrido a un servicio médico, legal o social para pedir ayuda. De éstos, el 29,2% ha acudido a su psicólogo y el 22,3% a un centro médico. En total, el 37,2% de las mujeres que han sufrido violencia física, y/o violencia sexual y/o miedo de su pareja o expareja han acudido a algún servicio médico o psicológico.

El personal sanitario ostenta así un papel crucial en la detección de este tipo de violencia. En muchas ocasiones son los primeros en examinar a una mujer que ha sido víctima de un maltrato, llegando incluso a convertirse en su única fuente de ayuda externa. La detección de la situación de violencia de género por parte del personal sanitario predispone la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la visualización del problema.

---

<sup>244</sup> CARRIZO GONZÁLEZ- CASTELL, Adán. “El protocolo común de asistencia sanitaria frente a la Violencia de Género y la necesaria formación en materia jurídica de los profesionales de la salud”. En: *Actualidad del Derecho sanitario*, 2009, no. 162, p. 501.

<sup>245</sup> La actuación sanitaria en la Violencia de Género implica a todo el personal sanitario, es decir, facultativas/os, profesionales de la medicina, personal de enfermería, matronas/os, etc., tanto de los servicios de Atención Primaria y Especializada, como de los servicios de Urgencias y los de Salud mental.

<http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>.

<sup>246</sup> ESCRIBANO MARTÍNEZ, Ángela., “De qué hablamos cuando hablamos de Violencia sobre las mujeres”. *Tribuna feminista* [en línea]. 21 abril 2016. Disponible en: <http://tribunafeminista.org/2016/04/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-Violencia-sobre-las-mujeres/> [consulta: 13 agosto de 2018]

### III. RESULTADO Y ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SANITARIA

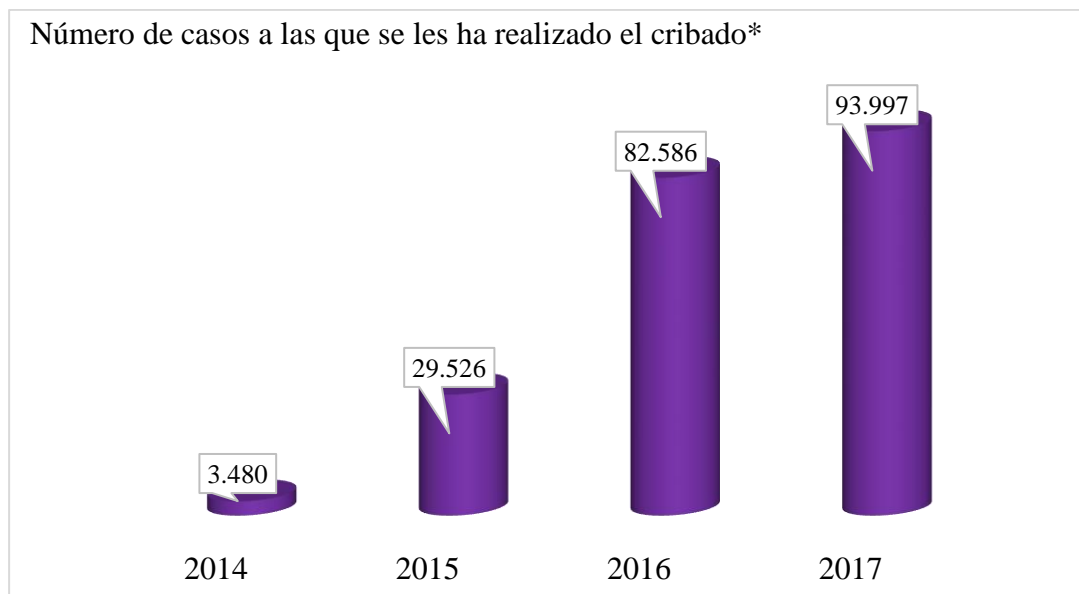
Hemos planteado el estudio analizando dos fuentes y tipos de datos diferentes. La primera cuando es una intervención desde la Atención Primaria a todas las mujeres mayores de 14 años aleatoriamente CRIBADO, o cuando ya hay unos indicadores de sospecha; y la segunda, es la actuación que se realiza en los Servicios de Urgencias cuando la agresión ya se ha producido. Pasamos a valorarlo a continuación.

#### 1. DATOS DEL CRIBADO REALIZADO DESDE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Es importante analizar los datos cuando se les pregunta a las mujeres que acuden a la consulta por problemas de salud, por cualquier problema de salud. Son datos que arroja el CRIBADO en violencia de género, mujeres que asisten a su Centro de Salud y que antes de empezar con sus síntomas de salud, se les pregunta si se les puede hacer una pregunta sobre la situación en su casa, en su hogar, en su entorno.

Hay profesionales que no se sienten con seguridad para hacer estas preguntas, porque aún hay esta impresión de inmiscuirse en la intimidad del hogar, cuando además, en muchas ocasiones nada más entrar en la consulta lo primero que se preguntan es “toma drogas”? ¿”Fuma”?, pero preguntar por el maltrato, es una cuestión que todavía cuesta, por eso es tan importante la formación y la sensibilización.

El cribado se realiza sobre mujeres diferentes, sólo se vuelve a repetir el cribado por segunda vez cuando han transcurrido 3 o más años de la primera con resultado negativo, o dos si el resultado del primer cribado fue positivo.



\*Hablamos de casos, algunas mujeres pueden tener más de un caso, o, puede ser que pudiera ser una situación negativa que con el tiempo da un caso positivo.

Con el cambio político en la Conselleria de 2015, comienza una fuerte apuesta por detectar en los centros sanitarios casos de presunta violencia de género, el CRIBADO que se realiza desde los centros de Atención Primaria. Preguntar para detectar, pero lo más importante no es preguntar mucho, sino detectar y diseñar una atención multidisciplinar dentro y fuera de la sanidad para que esa mujer y su entorno salgan cuanto antes de esta situación.

Para la confirmación de un posible caso de maltrato se utilizará el instrumento de cribado AAS (cuestionario AAS), conocido en inglés como “Abuse Assessment Screen” y que ha sido adaptado en nuestro contexto cultural por Escribá-Agüir y col. Éste está integrado por una serie de preguntas sencillas y directas, que pueden facilitar la exteriorización e identificación del problema. Ante la pregunta *“La violencia contra las mujeres es un problema más frecuente de lo que se cree y que puede tener consecuencias*

*muy graves. Por ello, ahora el personal sanitario pregunta de forma rutinaria a todas las mujeres sobre este tema ¿alguna vez ha sufrido algún tipo de maltrato? ”<sup>247</sup> .*

Comprobamos con este instrumento que la mayoría de mujeres preguntadas en el contexto de la medicina de familia en los Centros de Atención Primaria son negativos, contestan que no sufren violencia de género ni doméstica.

En 2014 un 75,55% fueron casos negativos, en 2015 un 86,34%, en 2016 un 89,81% y en 2017 un 91,52%. El porcentaje aumento en la medida que también aumentan las mujeres preguntadas.

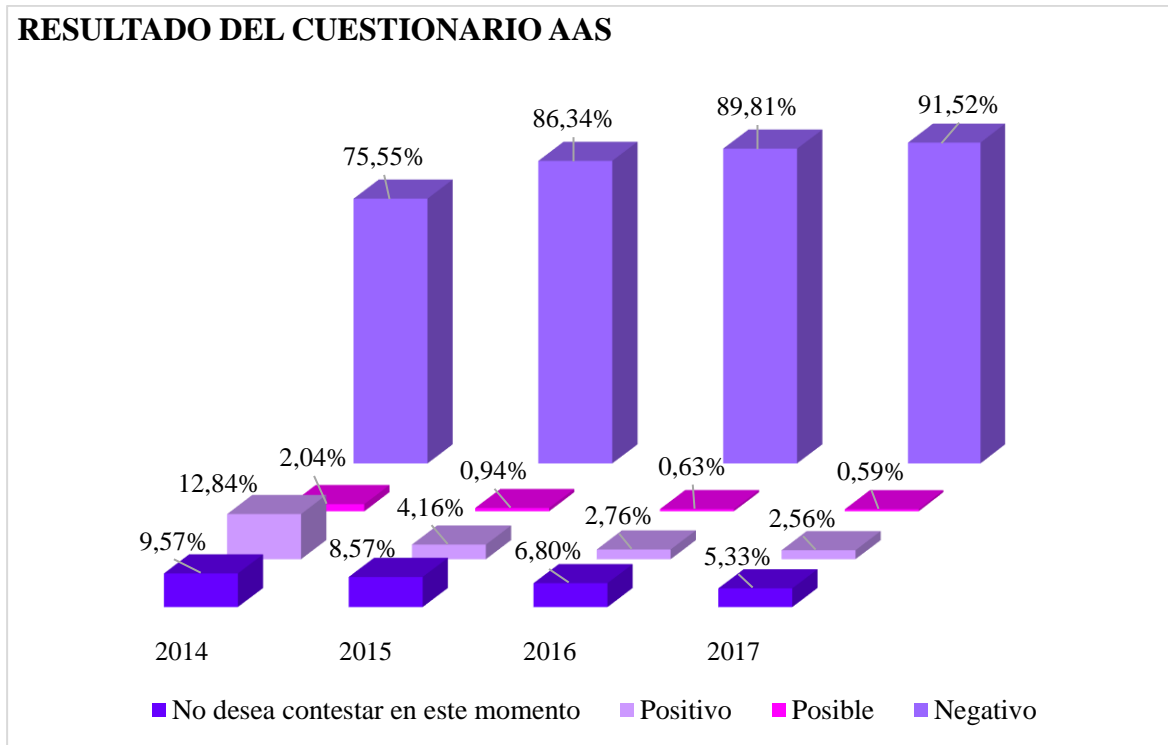
Si analizamos los datos vemos que a la pregunta de si quiere contestar sobre cómo van las cosas en casa hay un 9, 57% en 2014, un 8,57% en 2015, un 6, 80% en 2016 y un 5,33% en 2017 de mujeres que no desean contestar en ese momento, quizá la falta de tiempo, de intimidad y, la sorpresa de preguntar sobre un tema que hasta ahora no se había producido hace que muchas de ellas, en ese momento no estén preparadas para contarlo, pero hay algunas de estas mujeres que en alguna ocasión un tiempo después han manifestado el deseo de contestar a esa pregunta en ese momento, no contestar no quiere decir que sea un caso negativo, que como vemos es la mayoría de las respuestas que tenemos.

---

<sup>247</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. “Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)” [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)



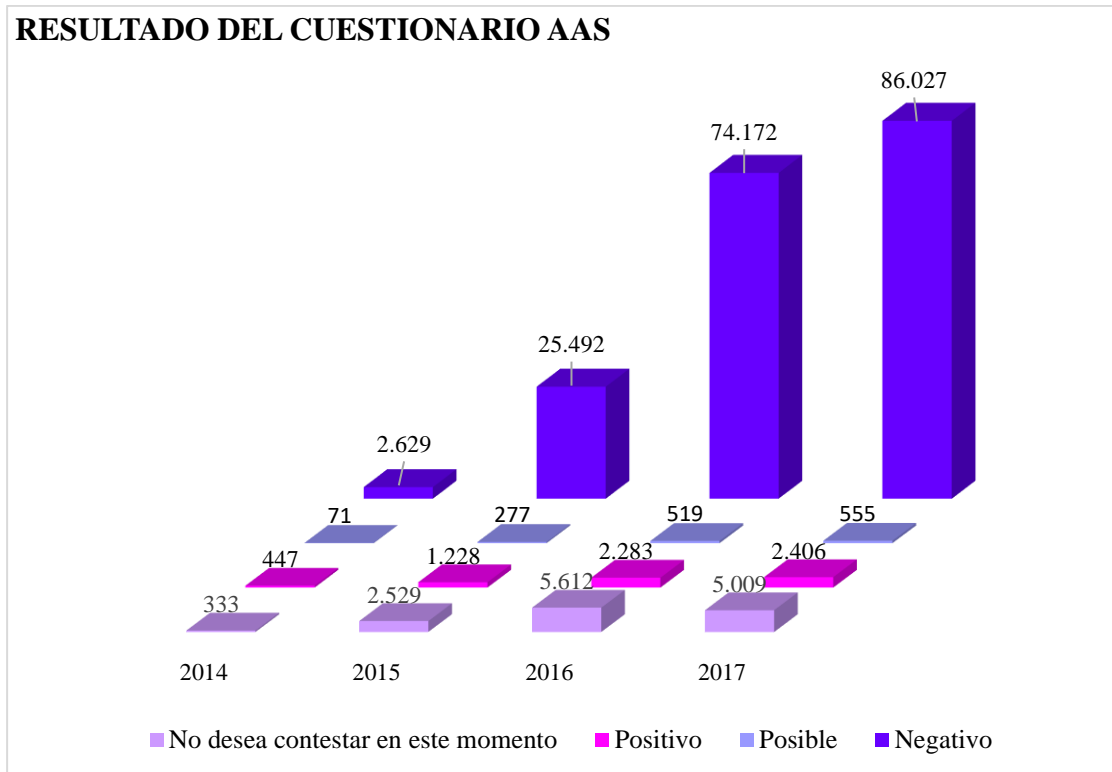
## RESULTADO DEL CUESTIONARIO AAS



En cuanto a los casos posibles son aquellos que negando la posibilidad de maltrato, hay evidencias, ya bien por su historial clínico, por los indicadores o por conocer la situación que están contestado no sufrir violencia de género, pero hay sospechas de que sí pueda estar sufriendo maltrato.

Esta gráfica es la misma que la anterior pero con porcentajes, se ve que la mayoría de contestaciones son negativas, en 2017 un 91,52 (de 93.997 hubieron 86.027 que contestaron no sufrir violencia de género cuando fueron preguntadas en el CRIBADO en centros de Atención Primaria).

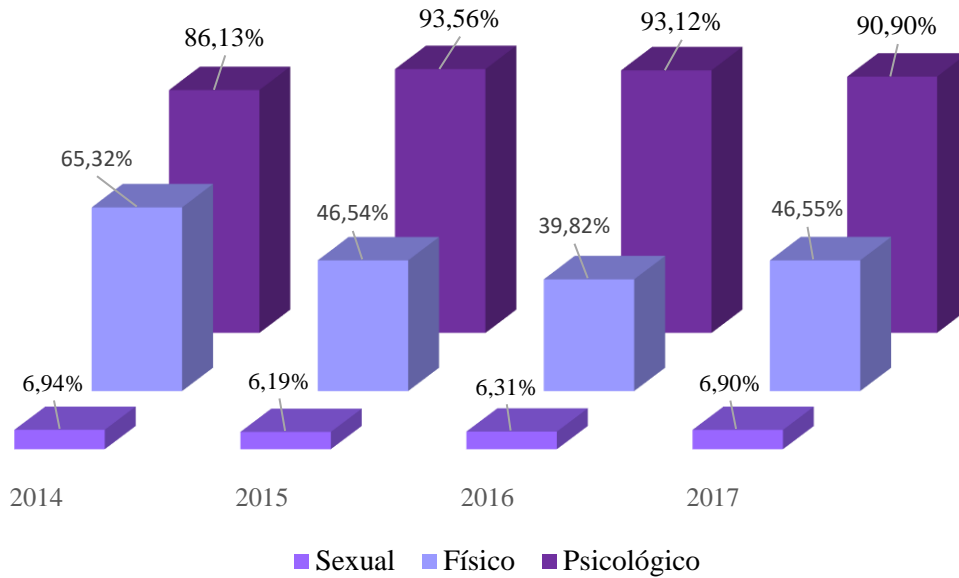
## RESULTADO DEL CUESTIONARIO AAS



De los casos positivos detectados en los centros de Atención Primaria, se pregunta por el tipo de maltrato sufren. Llama la atención y alerta que sea el maltrato psicológico el más habitual, este maltrato tan silencioso y destructivo, y que necesita para su atención una coordinación y un acompañamiento muy concreto, no siempre la derivación a salud mental es la solución.

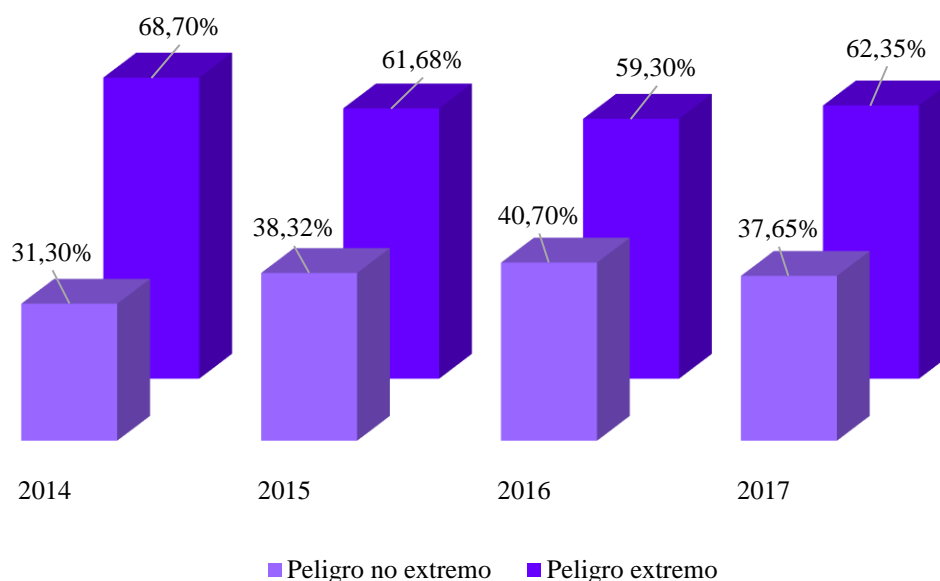
Se aprecia en el gráfico que la suma de los porcentajes es mayor a 100, dado que en muchas mujeres se suma más de un tipo de maltrato. Desde luego cuando una mujer sufre un maltrato sexual, también lo es físico y psicológico, y si el maltrato es físico también lo es psicológico

## TIPO DE MALTRATO



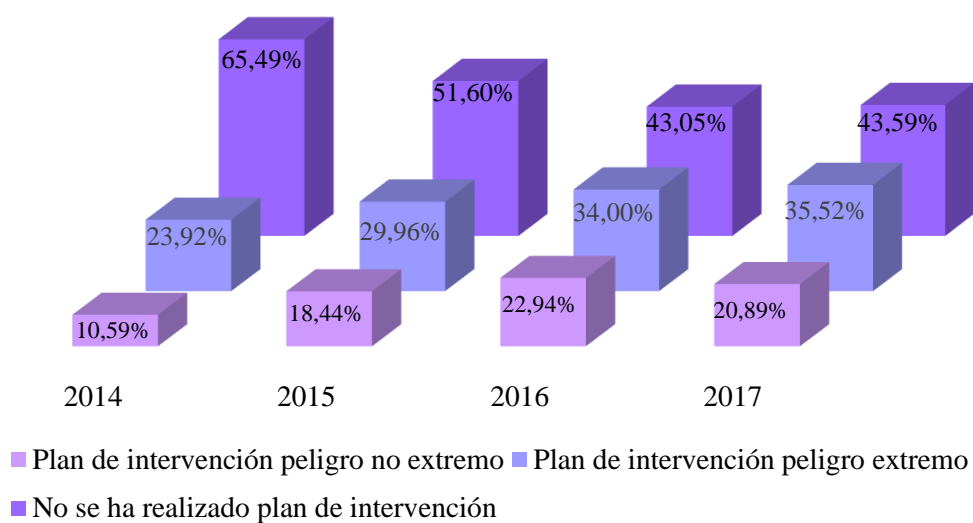
La confirmación y valoración de un caso positivo de malos tratos, no pone fin a la actuación del personal sanitario sino que, en ese momento queda aún por realizar una tarea importante de información, escucha, atención a la mujer y trabajo en la consulta. Además, si el caso lo requiere, se realizará una derivación a otros recursos sociosanitarios. La actuación del personal sanitario será distinta según la situación de peligro en la que se encuentre la mujer. La valoración de este riesgo de peligro se hace con respecto al nivel de riesgo de homicidio o suicidio. Para ello, puede resultar una herramienta de utilidad el cuestionario DA, que en inglés se conoce como “Danger Assessment”. Este cuestionario ha sido adaptado en este CRIBADO por Escribá-Agüir y Col

## RESULTADO DE LA VALORACIÓN DE RIESGO



Como se ha indicado anteriormente, el plan de intervención se realizará en función del nivel de peligro. En este sentido, se distinguen dos planes de actuación: a) plan de intervención cuando la mujer NO se encuentra en situación de peligro extremo, Y plan de intervención cuando la mujer se encuentra en peligro extremo.

## Plan de intervención realizado



Como ya hemos visto en los artículos 262 y 544 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, dispone la obligatoriedad de que las entidades u organismos asistenciales públicos o privados, pongan en conocimiento de las autoridades judiciales cualquier indicio fundado de la comisión de un delito o falta contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad del cónyuge o persona ligada a ella por análoga relación de afectividad.

El informe médico debe ser cumplimentado por el personal facultativo responsable de la asistencia, siguiendo las instrucciones que se señalan en el mismo. Ahora bien, es necesario informar a la mujer de su remisión a la autoridad judicial. La copia que se debe entregar a la mujer se hará siempre que no se comprometa su seguridad, dado que puede venir acompañada del presunto agresor o que al llegar a casa el agresor descubra la copia del informe médico. En este caso puede indicarse, que ésta puede entregarse a algún familiar o persona de su confianza.

En este periodo de cuatro años se comprueba el aumento progresivo en cuanto a la comunicación al juzgado de los informes médicos/partes de lesiones de presunta violencia de género/doméstica.

En 2014 el total de informes médicos/partes de lesiones por presunta violencia de género/doméstica fueron 2.758, de los que 308 fueron del resultado positivo de los CRIBADOS desde los Equipos de Atención Primaria y 2.450 desde los Servicios de Urgencias, bien desde los Centros de Salud en horario de Urgencias, o bien desde los Servicios de Urgencias de los hospitales.

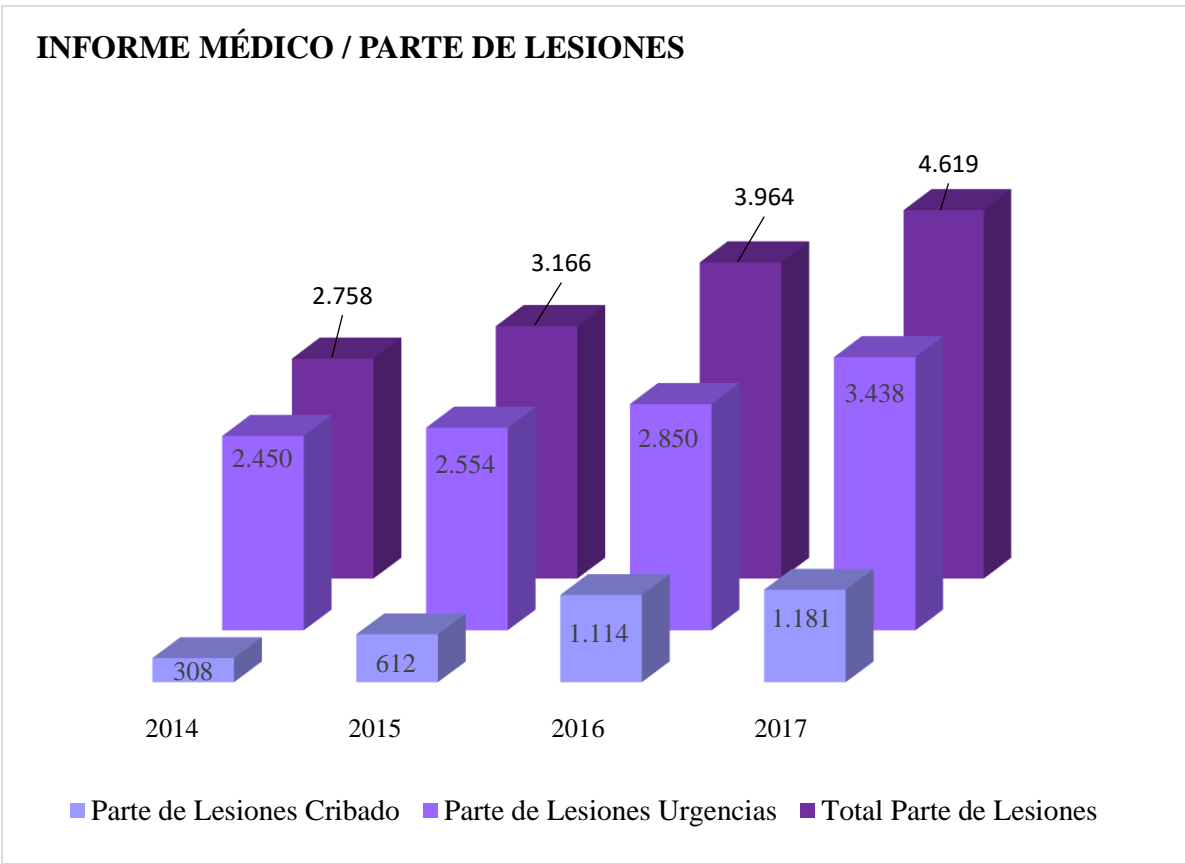
En 2015 el total de informes médicos/partes de lesiones por presunta violencia de género/doméstica fueron 3.166, de los que 612 fueron del resultado positivo de los CRIBADOS desde los Equipos de Atención Primaria y 2.554 desde los Servicios de Urgencias, bien desde los Centros de Salud en horario de Urgencias, o bien desde los Servicios de Urgencias de los hospitales.

En 2016 el total de informes médicos/partes de lesiones por presunta violencia de género/doméstica fueron 3.964, de los que 1.114 fueron del resultado positivo de los CRIBADOS desde los Equipos de Atención Primaria y 2.850 desde los Servicios de

Urgencias, bien desde los Centros de Salud en horario de Urgencias, o bien desde los Servicios de Urgencias de los hospitales.

En 2017 el total de informes médicos/partes de lesiones por presunta violencia fueron 4.619, de los que 1.181 fueron del resultado positivo de los CRIBADOS desde los Equipos de Atención Primaria y 3.438 desde los Servicios de Urgencias, bien desde los Centros de Salud en horario de Urgencias, o bien desde los Servicios de Urgencias de los hospitales.

Como se podrá apreciar más adelante algunas mujeres tienen más de un parte de Informe médico/parte de lesiones en este periodo de 4 años.



Vemos como aumenta la emisión de partes de Informes médicos/partes de lesiones, tanto los detectados desde el CRIBADO, como los que se emiten desde los Servicios de Urgencias, donde como veremos a continuación, las mujeres acuden ante un episodio de maltrato físico.

## 2. RESULTADO Y ANÁLISIS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL LA FE DE VALENCIA

La información que puede proporcionar este personal puede convertirse en una fuente muy valiosa en un proceso judicial por violencia de género<sup>248</sup>. De ahí que la remisión al Juzgado de un parte de lesiones por parte del personal facultativo médico, pueda llegar a ser extremadamente importante no sólo para poner en marcha la maquinaria de la Justicia y, fundamentalmente para activar las medidas de protección oportunas, sino también para avalar o corroborar la declaración de la mujer ante el juez o incluso como parte del acervo probatorio; siendo en ocasiones la única prueba existente ante el silencio que impera en un gran número de ocasiones en este tipo de procesos, como ya hemos visto en el capítulo que aborda el tema de la obligación legal de la comunicación al juzgado ante una sospecha de violencia de género..

Repetimos aquí de lo que establece el artículo 1.1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, “... *la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.*”.

Material y método del trabajo de campo.

Para el desarrollo de la investigación, se estableció el siguiente periodo temporal: desde el 1 de octubre de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2017.

---

<sup>248</sup> ANDRÉS DOMINGO, Paloma, et al. “La Violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública: Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas” [en línea]. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2003. [Consulta: 03-08-2018]. ISBN: 84-451-2527-3. Disponible en:  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086\\_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true)

A continuación, se detallan y analizan los resultados que arroja el estudio de las 177 mujeres estudiadas que requirieron la intervención desde el Servicio de Urgencias del Hospital la Fe de Valencia, todas ellas víctimas de una situación de Violencia de género.

El acceso a las historias clínicas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario y Politécnico de la Fe lo hicimos a través de la aplicación informática MIZAR-ORION CLINIC<sup>249</sup>, aunque solo pudimos acceder a los datos de aquellos informes que estuvieran incorporados al sistema informático de la Consellería de Sanidad.

Desde los informes de alta extraeremos los datos relacionados con:

- El Servicio de atención
- Edad
- Diagnóstico
- Adicciones
- Intentos de suicidio

En segundo lugar, aquí con la aplicación SIVIO<sup>250</sup>, pasa al revés, a esta aplicación se puede acceder desde cualquier establecimiento sanitario público, o privado de gestión pública de toda la Comunidad Valenciana, de manera que cuando una paciente tiene una informe de presunta violencia de género o se le ha realizado el CRIBADO desde Atención Primaria se podrá consultar desde cualquier centro sanitario de la Comunidad, a pesar de ello, como veremos más adelante mujeres que entraron con sospecha de violencia de género o agresión por su pareja no tienen realizado el informe de presunta violencia desde SIVIO<sup>251</sup>, esto pasa en 51 casos, aquí no hablamos de pacientes, porque como veremos algunas de ellas

---

<sup>249</sup>Software propiedad de la Consellería de Sanidad para gestionar digitalmente la información clínica de los pacientes. Nota aclaratoria

<sup>250</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO? [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

<sup>257</sup>ESCRIBÀ AGÛIR, Vicenta et al. “Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)” [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

<sup>251</sup> SIVIO, Sistema de Información para la detección y actuación frente a la Violencia de Género/doméstica en personas adultas, es una herramienta basada en el Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA), que guía al personal sanitario en la detección y actuación frente a la Violencia de Género/doméstica. Para ello utiliza los cuestionarios y las ayudas contenidas en este protocolo, aplicando una lógica que facilita la toma de decisiones.



tienen más de un episodio. Del informe SIVIO, hemos extraído los siguientes datos, no siempre están todos, porque muchas de las preguntas no son obligatorias

- Nacionalidad
- Embarazo
- Estado civil
- Si viene acompañada
- Trabajo remunerado
- Agresor
- Hechos causados por
- Lugar de los hechos
- Embarazo
- Menores a cargo
- Convive con la pareja
- Tipo de maltrato
- Antecedentes
- Plan de intervención
- Percepción del riesgo
- Tratamiento
- Intención de suicidio
- Adicciones
- Sexo de la o el profesional que la atiende
- Episodios de maltrato
- Si tiene SIVIO o no

A pesar de la cantidad de datos extraídos tanto del informe de alta (Mizar) como del informe de presunta violencia (SIVIO) no todos los datos de las pacientes se pueden consultar, pero lo que sí hemos podido consultar son todos los informes médicos de presunta violencia realizados a través de la aplicación SIVIO, por eso hemos podido ver que hay pacientes con dos y tres episodios, que varias tienen más de uno, como el caso de una paciente que tiene hasta 6 informes, repito datos a través de la aplicación SIVIO, pero no

hemos podido acceder a los informes judiciales, que se siguen haciendo desde algunos centros y que no están informatizados.

Con ello cabe destacar que han sido consultados para la extracción de datos cerca de 400 documentos, y que a pesar de ello, los datos son temporales y hay que tratarlos con las precauciones necesarias con las que tienen que ser tratados estos documentos de salud, en un periodo temporal y en un momento crítico. Aunque lo veremos de una manera pormenorizada en las conclusiones, hasta que no se han volcado los datos, no hemos sido conscientes de la gravedad de algunas situaciones y de lo doloroso de algunos de los relatos que contienen las historias clínicas que hemos desgranado y analizado.

Antes de analizar los datos representados en las gráficas que nos arrojan los documentos facultativos consultados, me gustaría destacar que no todos los datos son de obligatoria cumplimentación, por lo tanto, el campo “No consta” en algunas de las gráficas es muy llamativo. Por ello, cabe hacer referencia, que estos informes son cumplimentados en las consultas del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia, el más grande de la Comunidad Valenciana, donde se realizan consultas con una gran presión asistencial, que, en muchas ocasiones, son el motivo de algunas de las situaciones de las que vamos a analizar.

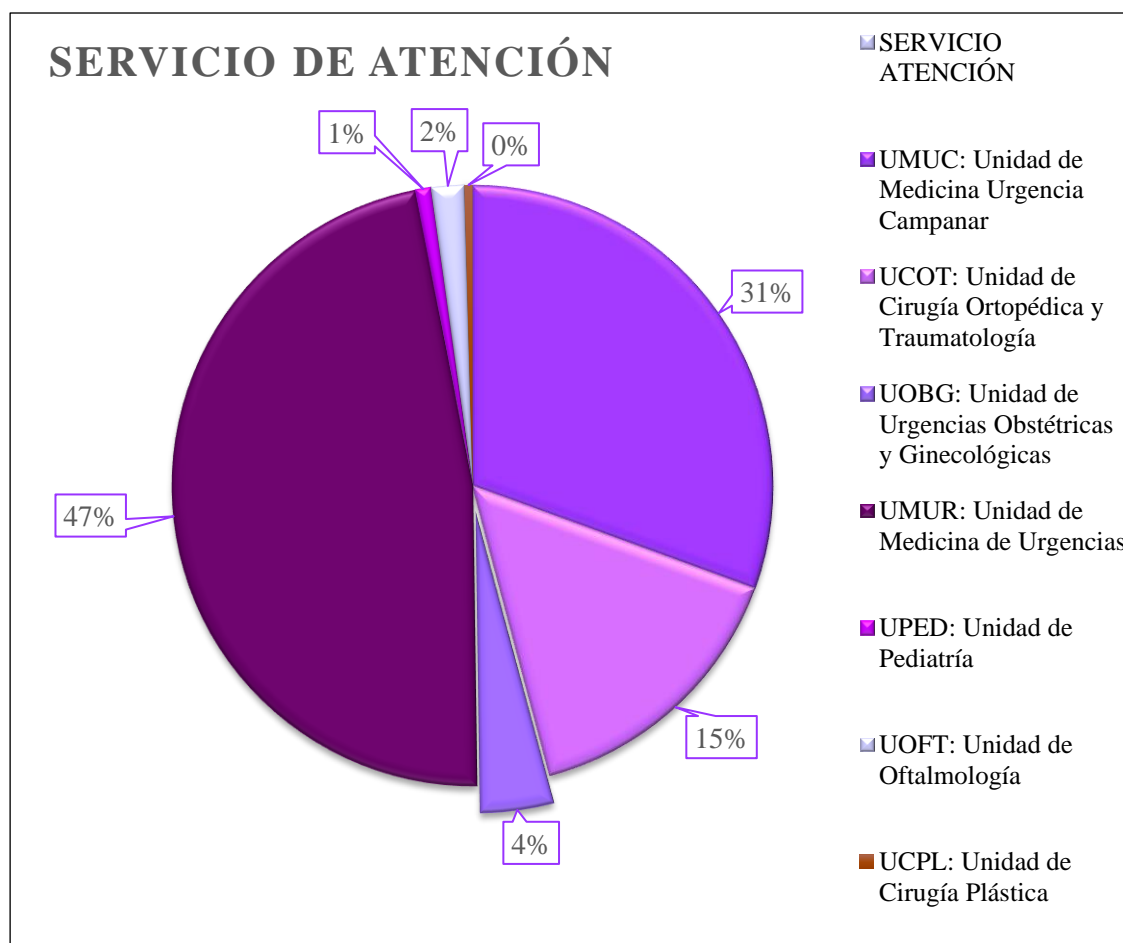
De las situaciones estudiadas de las 177 pacientes quedan fuera del análisis las siguientes situaciones, por centrarnos más en las de violencia de género.

Violencia Doméstica. Son hombres los agredidos (Violencia doméstica)	7 casos
Violencia en el entorno familiar (Violencia doméstica)	2 casos
Robo con violencia	1 caso
Violencia en el entorno de una pelea en un sitio público	1 casos

## POR SERVICIO DE ATENCIÓN

Cuando una persona con necesidades debido a su estado de salud, acude a un centro sanitario, en el Servicio de Urgencias se le deriva a la especialidad que ha dado como resultado en el TRIAGE, primer filtro para la derivación de pacientes. Las siglas corresponden a los diferentes Servicios:

UMUC: Unidad de Medicina Urgencia Campanar	70
UCOT: Unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología	35
UOBG: Unidad de Urgencias Obstétricas y Ginecológicas	9
UMUR: Unidad de Medicina de Urgencias	108
UPED: Unidad de Pediatría	2
UOFT: Unidad de Oftalmología	4
UCPL: Unidad de Cirugía Plástica	1



Sin duda el papel más específico como profesionales de la salud, está en la detección; el lugar que ocupan en el sistema sanitario los y las profesionales de Atención Primaria, permite la accesibilidad y la continuidad en la atención, necesarias para una detección precoz. A otros dispositivos sanitarios llegará la mujer que sufre violencia más tardíamente, cuando las consecuencias ya han hecho su aparición o cuando la gravedad de las lesiones exige la atención en un servicio de urgencias. Se han esgrimido distintos argumentos para justificar la infradetección en los servicios de salud: la sobrecarga asistencial, la falta de formación de los sanitarios en este campo, que genera inseguridad en el manejo del problema, la dificultad para dar una respuesta eficaz ante la carencia de recursos o el desconocimiento de los mismos, son circunstancias que podrían explicar en alguna medida.

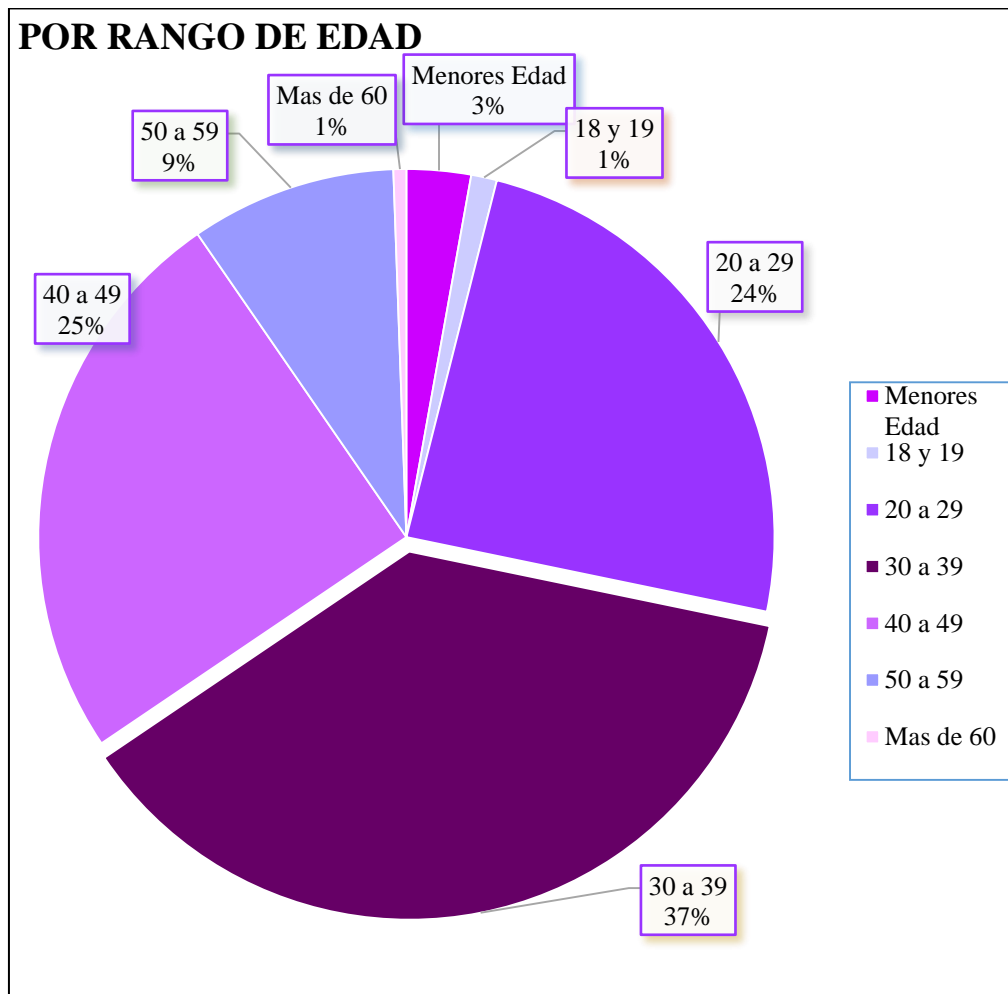
También se debería medir la disminución de las patologías físicas y mentales secundarias al maltrato, y esto es algo más complejo, y no solo de la víctima sino, de esas otras víctimas “colaterales”: los hijos/as, valorar los cambios en su calidad de vida de esas familias, valorar los costes de la prevención en relación a los costes del tratamiento, de los años de vida perdidos, de las secuelas, del absentismo laboral, de la utilización de los servicios sanitarios, sociales, jurídicos, penales, del fracaso escolar en los niños y niñas, las de estimar el valor del sufrimiento, del dolor, de la vergüenza, de la humillación, del miedo..., consecuencias estas, mucho más difíciles de cuantificar. Causa preocupación que tal vez tengamos que esperar demasiado para tener evidencias sólidas. No hay dudas de que esto es necesario, pero tal vez tardemos en tener resultados concluyentes, y preocupa que sea una buena justificación para no tomar medidas, para no tomar una postura activa.<sup>252</sup>

---

<sup>252</sup>FERNÁNDEZ ALONSO, M<sup>a</sup> Carmen, HERRERO VELÁZQUEZ, Sonia. “De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la Violencia doméstica”. En: *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* [en línea]. 2007, no. 12, pp. 1-6. ISSN 1887-4215 [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2007m3n12/rceap\\_a2007m3n12a2.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a2.pdf)

## POR RANGO DE EDAD

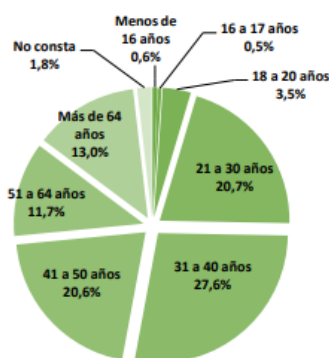
Como se observa en la siguiente gráfica, las mujeres que sufren violencia de género no están entre una horquilla de edad establecido, aunque sí se muestra que se concentran de 30 a 40 años. En nuestro estudio llama la atención tres pacientes con tan solo 14 años, una con 16 y tres con 17. Violencia, que observando sus antecedentes ya había llegado a sus vidas en edad muy temprana.



Según el IX informe del Observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer 2015<sup>253</sup> la edad de las víctimas mortales y de los agresores desde el 1 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2015 demuestra que el 27,6% de las víctimas tenía entre 31 y 40 años. Las víctimas menores de 21 años suponen un 4,6%. Asimismo, el grupo de edad que presenta un mayor número de agresores es el de 31 a 40 años (25,7%), mientras que sólo el 1,4% tenía menos de 21 años.

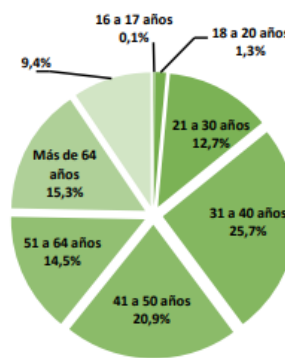
**Gráfico 1. 10: Distribución porcentual según grupo de edad de las víctimas mortales por violencia de género.**

De 1 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2015.



**Gráfico 1. 11: Distribución porcentual según grupo de edad de los agresores por violencia de género.**

De 1 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2015.



Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Según un informe del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>254</sup>, se constata el incremento de víctimas que están bajo protección por violencia machista antes de llegar a la mayoría de edad. Son casi un 15% más (de 569 a 653 jóvenes), la cifra más alta recogida, al menos, desde 2013. En esa franja de menores de 18 años también crece más que en otras edades el número de denunciados por violencia de género. Este grupo sube de 107 a 127, un incremento del 18,7%, según la Estadística de Violencia Doméstica y de Género 2017 que ha publicado este lunes el INE.

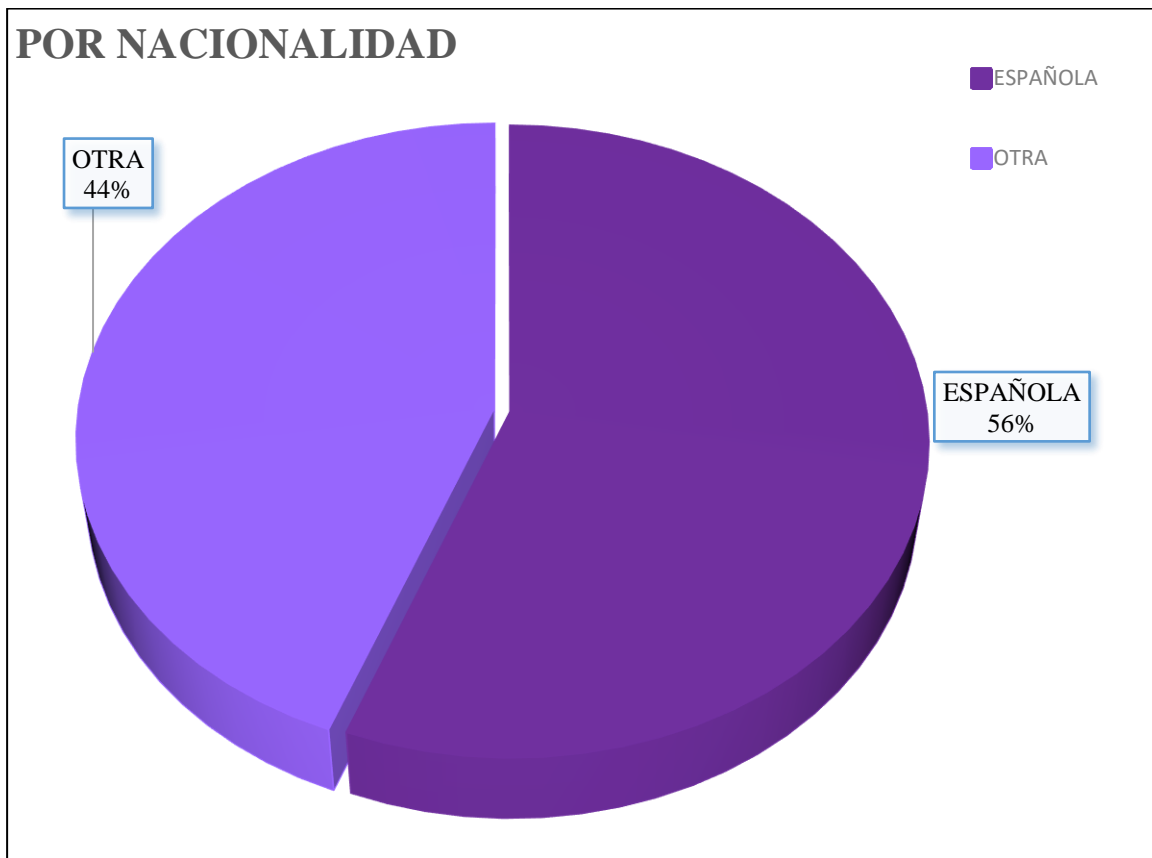
<sup>253</sup> MINISTERIO de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. "IX informe del observatorio estatal de Violencia sobre la mujer 2015" [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2017. Contra la Violencia de Género. Documentos, 24. [consulta: 21 agosto de 2018]. ISBN:978-84-7670-734-0. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro\\_24\\_IX\\_Informe.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_24_IX_Informe.pdf)

<sup>254</sup> Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género Año 2017 [http://www.ine.es/prensa/evdvg\\_2017.pdf](http://www.ine.es/prensa/evdvg_2017.pdf)

## POR NACIONALIDAD

La nacionalidad podría ser un factor importante de estudio cuando se recurre a tradiciones o a electos culturales que reproducen roles más machistas, o incluso, que justifican un grado de agresividad importante. De este estudio llama la atención la cantidad de mujeres europeas en estas circunstancias, incluidas las mujeres con nacionalidad Rumana (19) que son las más numerosas seguidas de aquellas mujeres de nacionalidad Española (106). Aunque sí que hay que resaltar que ser mujer inmigrante es un factor de vulnerabilidad añadido.

Europa	(129) distribución Países: España-Rumanía- Alemania- Francia-Polonia-Reino Unido, Ucrania
Latinoamérica	(40) distribución Países: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras, Paraguay, Venezuela
África	(9) distribución Países: Mali, Argelia, Marruecos, Guinea Ecuatorial, Nigeria
Asia	(6) distribución Países: Armenia, Iraq, Ucrania, Pakistán, Siria



Es cierto que ser una mujer extranjera es un factor de vulnerabilidad añadida a las mujeres que sufren violencia de género, como lo son también vivir en zonas rurales, con alguna diversidad, con diagnóstico de VIH, con algún tipo de diversidad, en situación de prostitución o con diagnóstico de salud mental o adicciones.

En definitiva, aunque se busca responsabilizar a los extranjeros de la Violencia de género, para afirmar que es un mito desde el punto de vista de los datos hay que hacer referencia al conjunto de elementos que influyen, de lo contrario es una cuestión de carácter social, pero no un resultado del estudio de que la violencia tiene una relación directa con las mujeres migrantes, sus culturas y sus religiones no es del todo cierto.

Para hacer este análisis más real sobre esta cuestión se tendría que valorar también otros factores como es el número de habitantes extranjeros y por nacionalidad respecto al número de homicidas, al comparar las tasas hay una sobre-representación de agresores extranjeros, pero eso se debe a que también están sobre-representados en las edades más violentas y a otros factores relacionales.

		2018	2017	2016	2015	2014	2013
		7-ago.					
VÍCTIMA	TOTAL	24	49	44	60	55	54
	España	16	32	25	38	37	38
	Otros países	8	17	19	22	18	16
	% España	66,7	65,3	56,8	63,3	67,3	70,4
	% Otros países	33,3	34,7	43,2	36,7	32,7	29,6
		7-ago.					
AGRESOR	TOTAL	24	49	44	60	55	54
	España	15	33	29	44	37	37
	Otros países	9	16	15	16	18	17
	% España	62,5	67,3	65,9	73,3	67,3	68,5
	% Otros países	37,5	32,7	34,1	26,7	32,7	31,5

Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En definitiva, aunque se busca responsabilizar a los extranjeros de la violencia de género, para afirmar que es un mito desde el punto de vista de los datos hay que hacer referencia al conjunto de elementos que influyen, de lo contrario es una cuestión de carácter social, pero no un resultado del estudio. Aquí vemos como hay un 37,5% de españoles que



asesinaron a un 33,3% de mujeres, no son por tanto las mujeres extranjeras asesinadas, todas por hombre extranjeros.

Si consultamos los datos provisionales del año 2017<sup>255</sup> de víctimas mortales por violencia de género vemos que el porcentaje de mujeres extranjeras son el 35,3%, y el de las españolas el 64,7%.

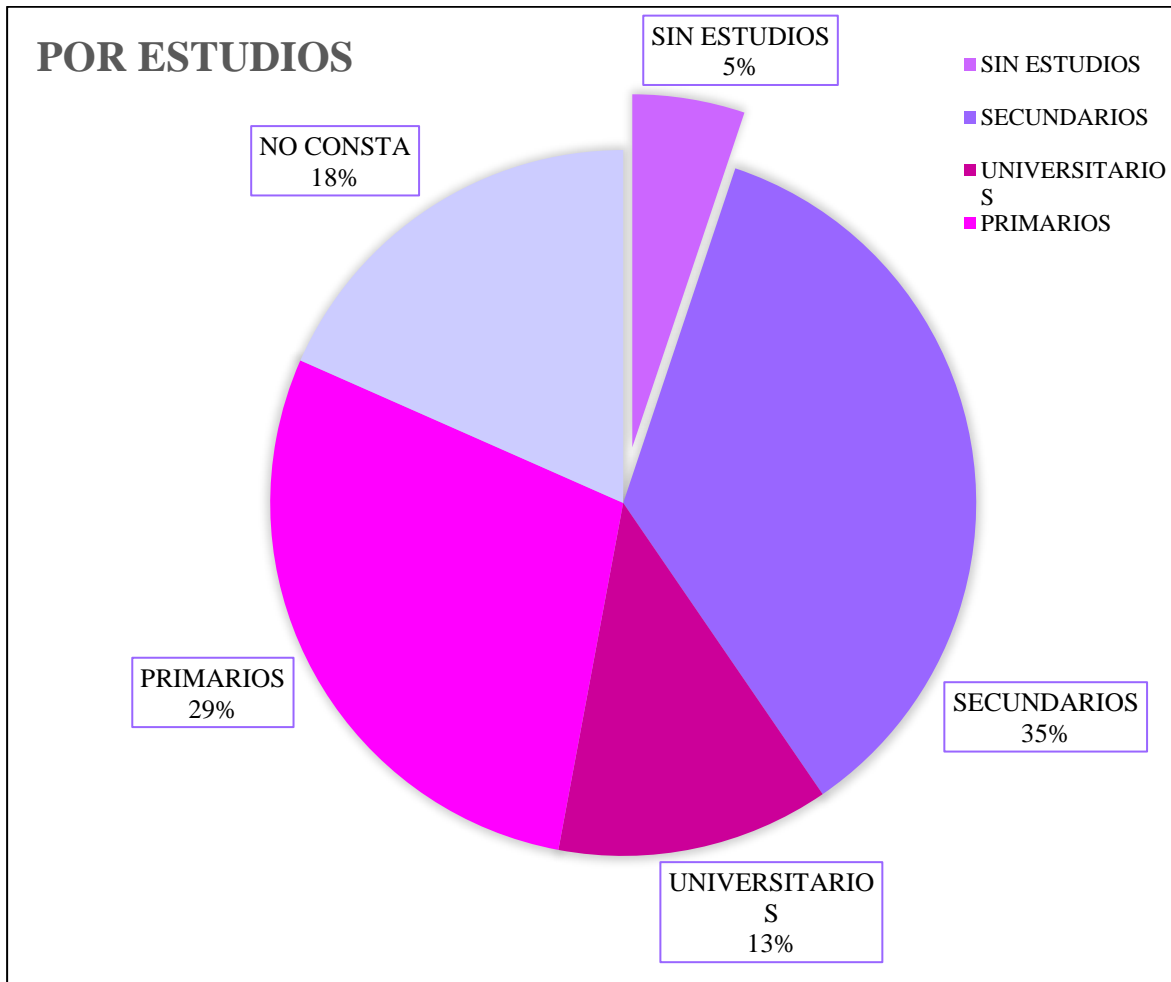
<b>Características de las víctimas</b>		<b>Nº de casos</b>	<b>% del total</b>
	<b>Total VÍCTIMAS</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>
<b>PAIS NACIMIENTO VÍCTIMA</b>	España	33	64,7%
	Otros países	18	35,3%
	No consta	0	0,0%
<b>EDAD DE LA VÍCTIMA</b>	<16 años	0	0,0%
	16-17 años	0	0,0%
	18-20 años	2	3,9%
	21-30 años	10	19,6%
	31-40 años	16	31,4%
	41-50 años	12	23,5%
	51-64 años	6	11,8%
	65-74 años	2	3,9%
	75-84 años	2	3,9%
	>85 años	1	2,0%
<b>CONVIVENCIA</b>	No consta	0	0,0%
	Si	31	60,8%
	No	19	37,3%
<b>RELACIÓN</b>	No consta	1	2,0%
	Exponeja o en fase de ruptura	20	39,2%
	Pareja	31	60,8%

Fuente: Instituto de la Mujer y para la igualdad de oportunidades.

<sup>255</sup> Fichas víctimas mortales. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes e igualdad.  
<http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>

## POR ESTUDIOS

Es difícil hacer un análisis por la falta de datos, pero podemos comprobar que tener o no formación, no tiene una relación directa con sufrir o no violencia de género, cuando tan solo un 5% no tienen estudios.



Aunque no hay una evidencia científica, ni estudios serios que puedan demostrar que las mujeres que sufren violencia tengan una relación directa con tener formación o no. Un informe sobre mujeres que ingresaron en el centro de media-larga estancia sobre los estudios, la mayoría tenían estudios primarios o secundarios, así un 56,6 y 51,8% respectivamente, seguido de módulos formativos profesionales, bachillerato/COU y, en

último lugar, estudios universitarios un 12,5% de las mujeres del centro de urgencia y un 10,8% de las del centro de media-larga estancia no tenían estudios<sup>256</sup>.

Según el estudio “La juventud universitaria ante la igualdad y la violencia de género<sup>257</sup>” realizado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género y 12 universidades españolas, destacó que el 9,4% de las universitarias de nuestro país cree que los hombres agresivos son más atractivos y el 4,3% de las consultadas dijo que su pareja le ha pegado. A su vez, el porcentaje de hombres que considera que cuanto más agresivo más atractivo es del 20%. Los resultados del informe publicado en el portal Eleconomista es también dejan entrever el sometimiento de los hombres que muchas veces ejercen sobre las mujeres dado que el 11,7% de las que dieron su opinión dijeron haber sido obligadas a tener conductas sexuales contra su voluntad.

Del informe se extrae el sometimiento de los hombres que muchas veces ejercen sobre las mujeres dado que el 11,7% de las que dieron su opinión dijeron haber sido obligadas a tener conductas sexuales contra su voluntad. Sumado a los estereotipos desigualitarios de género es de destacar el grado reinante de violencia entre los universitarios ya que el 4,3% de las mujeres confesó haber sido golpeada por su pareja, el 10% haber recibido insultos o mensajes y el 6,2% haberse sentido ridiculizada. La violencia ejercida por los hombres es asumida por ellos sin reparos. El 10,8% de los universitarios dijo haber protagonizado situaciones de maltrato, control abusivo, aislamiento y agresiones verbales.

Este informe confirma que tener o no estudios no es determinante para sufrir violencia de género.

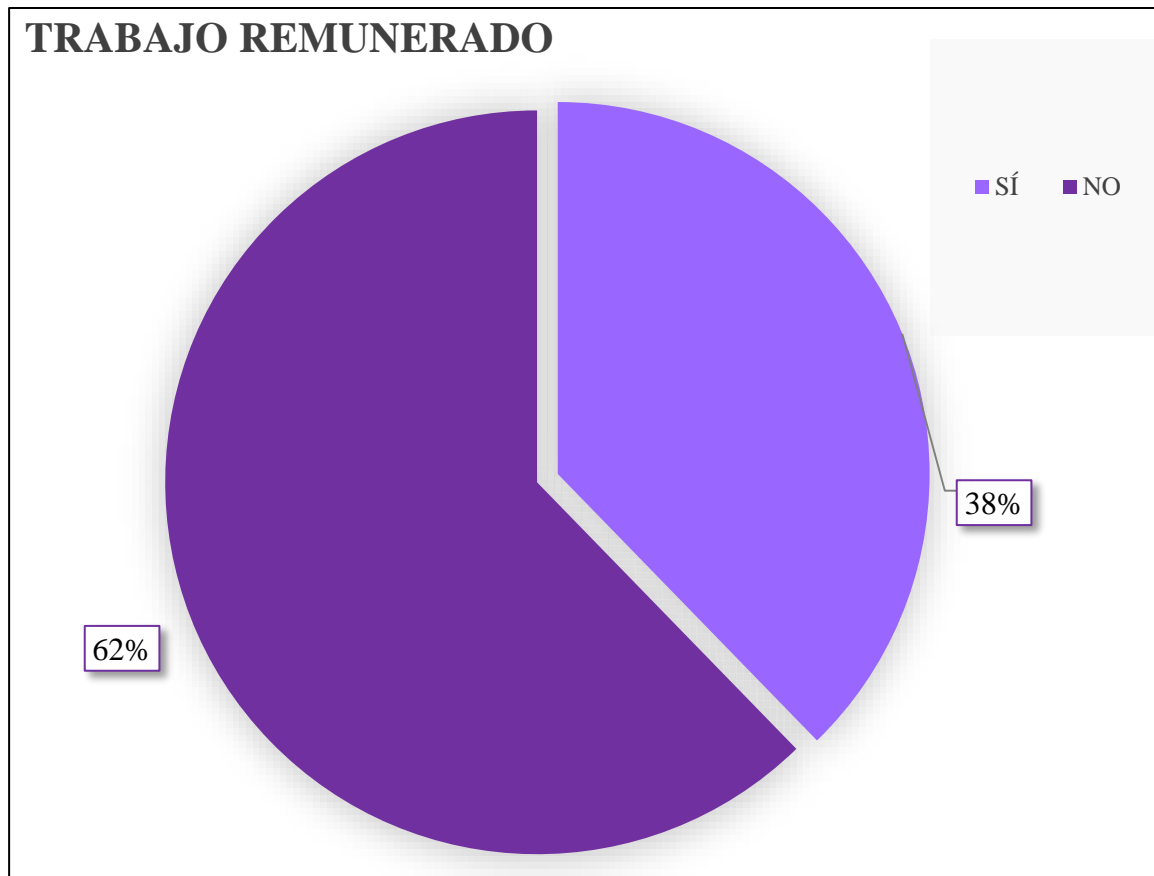
---

<sup>256</sup> Mujeres víctimas de Violencia de Género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato Liria Fernández-González, Esther Calvete e Izaskun Orue  
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/C724C17D65E036E1864E05417041F82A7A7363D7E2436358361A862E11FC0BFF13329E02533DA9686AE3B058D7B5E699>

<sup>257</sup> LA JUVENTUD UNIVERSITARIA ANTE LA IGUALDAD Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO Investigación realizada en colaboración entre la Unidad de Psicología Preventiva de la Universidad Complutense de Madrid y la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
[http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Documentos/Juventud\\_Universitaria\\_ante\\_igualdad\\_y\\_Violencia\\_de\\_genero\\_%202012.pdf](http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Documentos/Juventud_Universitaria_ante_igualdad_y_Violencia_de_genero_%202012.pdf)

## TRABAJO REMUNERADO

Tener o no trabajo retribuido, sí que tiene una relación directa con no estar más tiempo en esta situación. El tener una dependencia económica con el agresor sí que es un motivo que dificulta la salida de esta relación de maltrato, aunque comprobamos que la falta de datos, dificulta profundizar en el estudio.



Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015<sup>258</sup>, tras los episodios de violencia de las entrevistas a las mujeres víctimas de violencia de género y a los y las profesionales que trabajan con ellas, se desprenden una serie de motivos por los que estas mujeres no denuncian a su agresor y es no tener medios económicos para poder atender a

---

<sup>258</sup> MACROENCUESTA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER 2015.  
[http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/coleccion/es/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/coleccion/es/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

sus hijos e hijas. El 10,36% de las mujeres víctimas de violencia de género citan la carencia de recursos económicos como motivo para no denunciar al agresor.

Por eso el 45% de la muestra se ha acercado a los servicios sociales para solicitar ayudas por no tener recursos económicos. A partir de ahí son incorporadas a los programas de atención psicológica y social de víctimas de Violencia de Género. Lo mismo sucede con las mujeres que se acercan para solicitar cursos de formación para mejorar su empleabilidad, o para búsqueda de empleo. El otro 32,5% tiene una situación regular, y aunque las situaciones de maltrato se han dado en ambientes económicos favorables no podemos obviar que representan de esta muestra un 22,5%.

La violencia económica resulta difícil de identificar porque suele ser invisible, a menudo se presenta de manera sutil y encubierta. Cuando una mujer que está en esa dinámica encara una tarea laboral por fuera de la casa lo hace 'para ayudar' y está bien visto que así sea", explica Enrique Stola, médico psiquiatra feminista, a Entremujeres.

¿Por qué muchas mujeres no son titulares de sus propias tarjetas de crédito? ¿Por qué muchas no saben cuánto gana su marido, pero sí deben informarle de todos sus gastos? ¿Por qué si las mujeres son decisoras de compra en el hogar deben "pedirle permiso" a ellos para concretar una compra? ¿Por qué muchas dejan de ejercer su profesión cuando se casan, para ser mantenidas por el varón? La construcción de una pareja no implica dependencia de ningún tipo. Debe construirse como un espacio afectivo, solidario y corresponsable, donde la mujer pueda conservar sus espacios de trabajo y de independencia al igual que el hombre. El abuso patrimonial suele darse de manera gradual. Stola explica que "el dominador, que conoce el discurso políticamente correcto, se comportará adecuadamente hasta que sienta que su víctima está vulnerada y, a partir de allí, irá exigiendo que la mujer renuncie a relaciones, al ejercicio de la profesión y al trabajo fuera de la casa<sup>259</sup>".

---

<sup>259</sup> Violencia es más que pegar: cuando el abuso es económico. [https://www.clarin.com/genero/dinero-genero-trabajo-Violencia-Violencia\\_de\\_genero-economia-mujer\\_0\\_BJuPI5KP7g.html](https://www.clarin.com/genero/dinero-genero-trabajo-Violencia-Violencia_de_genero-economia-mujer_0_BJuPI5KP7g.html)

## CONVIVE CON LA PAREJA

Esta gráfica tiene una relación directa con los datos que arroja la gráfica anterior, y pese a que también existe un alto porcentaje sin datos, viven con su maltratador en un 70% es muy posible una convivencia relacionada con una dependencia económica.



Nadie puede olvidar el caso de la granadina Ana Orantes en 1997<sup>260</sup> porque semanas después de denunciar en Canal Sur TV cuarenta años de maltrato pareció suponer un punto

---

<sup>260</sup> Ana Orantes Ruiz (Granada, 6 de febrero de 1937<sup>1</sup> - Cúllar Vega, 17 de diciembre de 1997) fue una mujer española víctima de Violencia de Género, que expuso en una entrevista televisiva la Violencia a la que había sido sometida por parte de su exmarido. [https://es.wikipedia.org/wiki/Ana\\_Orantes](https://es.wikipedia.org/wiki/Ana_Orantes)

de inflexión en la conciencia social, mediática y política que cristalizó en 2004 en la *Ley Integral contra la Violencia de Género*. La sentencia de divorcio impuso que compartieran la misma casa. El asesino no solía estar en casa, ya que convivía con otra mujer, pero regresaba esporádicamente. Lo hizo después de ver el testimonio de la mujer en *Canal Sur*, donde contó la historia de 40 años de agresiones. Aunque los motivos por los que una mujer que sufre violencia de género son varios, he querido traer aquí, la resolución judicial por la que después de un divorcio y una situación de maltrato obliga a la mujer a convivir con su agresor.

Como podemos comprobar en la ficha de víctimas mortales de 2017<sup>261</sup> del Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes e igualdad, el 60,8% convivían con su maltratador, los motivos los hemos revisado en el análisis de estas gráficas, desde la dependencia económica y emocional, el miedo al maltratador, el qué dirán del entorno social, normalizar esta situación de violencia, la vergüenza, y la dispensa de no declarar<sup>262</sup>, que permite a la víctima no declarar contra su maltratar.

Características de las víctimas		Nº de casos	% del total
	<b>Total VÍCTIMAS</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>
PAIS	España	33	64,7%
	Otros países	18	35,3%
NACIMIENTO VÍCTIMA	No consta	0	0,0%
EDAD DE LA VÍCTIMA	<16 años	0	0,0%
	16-17 años	0	0,0%
	18-20 años	2	3,9%
	21-30 años	10	19,6%
	31-40 años	16	31,4%
	41-50 años	12	23,5%
	51-64 años	6	11,8%
	65-74 años	2	3,9%
	75-84 años	2	3,9%
	>85 años	1	2,0%
	No consta	0	0,0%
CONVIVENCIA	<b>Si</b>	<b>31</b>	<b>60,8%</b>
	No	19	37,3%
	No consta	1	2,0%
RELACIÓN	Expareja o en fase de ruptura	20	39,2%
	Pareja	31	60,8%

Fuente: Instituto de la Mujer y para la igualdad de oportunidades.

<sup>261</sup> Fichas víctimas mortales. Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes e igualdad.

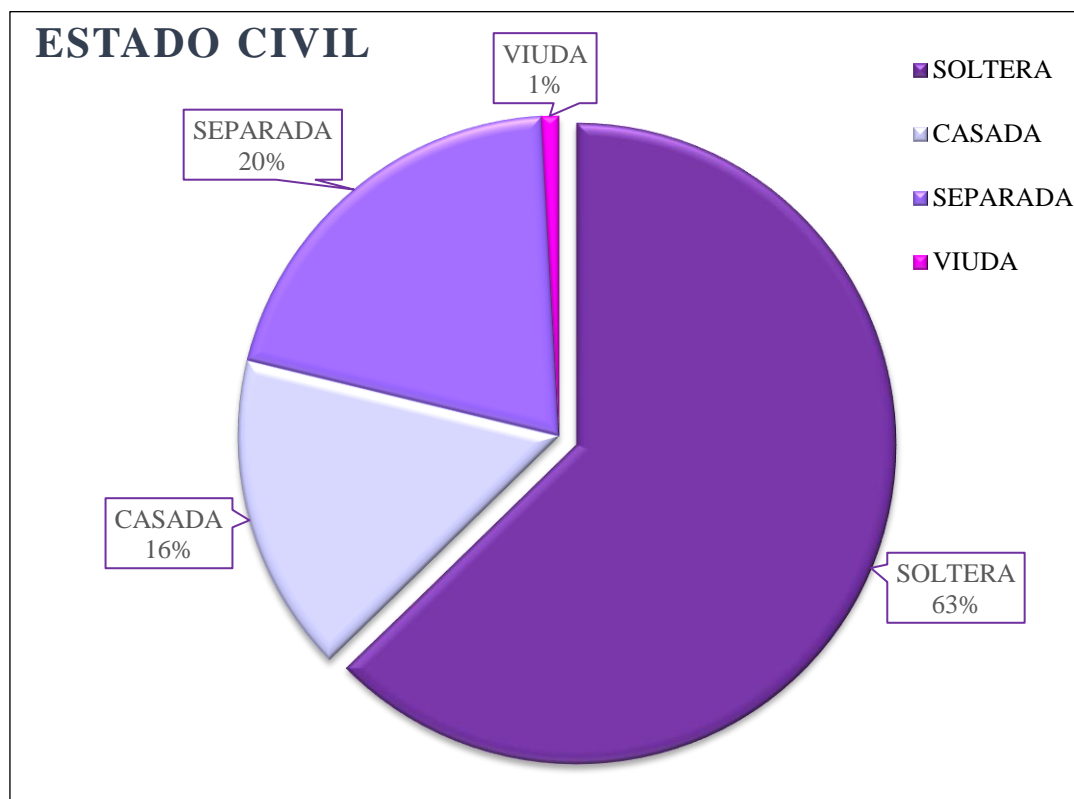
<http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>

<sup>262</sup> La dispensa a la obligación de declarar y la pérdida sobrevenida de la condición de acusación particular en el ámbito de la Violencia de Género

<https://www.abogacia.es/2018/05/11/la-dispensa-del-deber-de-declarar-en-procesos-por-Violencia-de-genero-acuerdo-del-ts-de-2312018/>

## ESTADO CIVIL

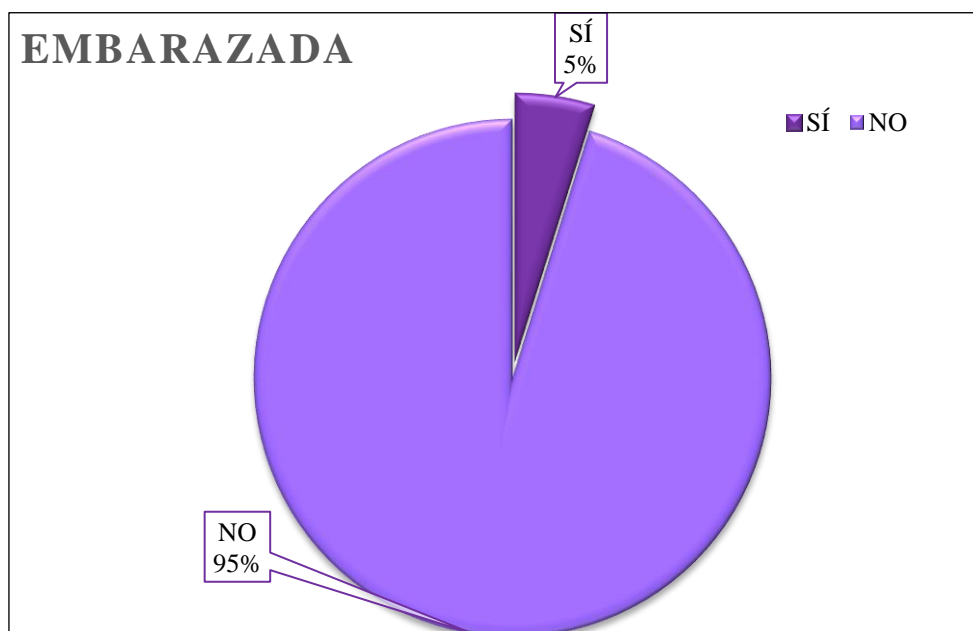
Quizá no sea un dato demasiado importante, pero relacionado con las dos gráficas anteriores, (trabajo remunerado y convivencia con el agresor), llama la atención la cantidad de mujeres que, preguntadas por el estado civil, nos dicen que están solteras. ¿Será la dependencia económica o la emocional?, esta es la actualidad en la que vivimos, donde las parejas conviven sin necesidad de establecer una relación jurídica. En esta gráfica se demuestra que el 63% de las mujeres están solteras.





## ¿ESTÁ EMBARAZADA?

Otro dato importante es la violencia de género en el embarazo, situación donde las mujeres se encuentran mucho más vulnerables debido a muchos factores, tanto emocionales como fisiológicos. Según un estudio, de los pocos de los que se dispone, realizado desde Andalucía<sup>263</sup> y que recoge las tesis doctoral María Casilda Velasco Juez describe que “la prevalencia encontrada de violencia de pareja contra las mujeres embarazadas que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía en una muestra representativa medida con el AAS es de 7.7%, la violencia emocional del 4.8%, violencia física del 1.7% y violencia sexual del 0.5%. Cuando utilizamos el ISA, encontramos una prevalencia periembarazo del 21.3%, una violencia emocional del 21.0% y física (incluida la sexual) de 3.6%---las mujeres que sufren violencia de género y se quedan embarazadas, corren en riesgo de seguir siéndolo, ya que es una situación de máxima vulnerabilidad”. Por eso es tan importante una atención especial de algunos indicadores de salud en mujeres embarazadas.



---

<sup>263</sup> JUEZ, María Casilda. “Violencia durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía” [en línea]. Director: Aurelia Martín Casares, Stella Martín de las Heras. Tesis doctoral. Universidad de Granada, Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física, 2015. [consulta: 13 agosto de 2018]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/40120>

Según la doctora María Casilda Velasco Juez “Las mujeres que ingresan en el hospital durante el embarazo tienen más probabilidad de sufrir violencia física durante el embarazo, además, las mujeres entre 20 y 24 años y con patologías son factores de riesgo”.

Todos los hallazgos precedentes nos llevan a hacer propuestas para introducir, en la práctica de los y las profesionales responsables del seguimiento del embarazo y el puerperio, los mecanismos para poder identificar si las mujeres sufren violencia o están en riesgo de sufrirla y poner en marcha mecanismos de prevención y atención, si fuera necesario, en todas las consultas de embarazo y puerperio, así como en el momento del parto.

Según un informe de la OMS sobre Violencia durante el embarazo<sup>264</sup> El porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. La cifra más baja se registró en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%). Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen (Figura 12). En todos los entornos estudiados, salvo en uno, entre el 11% y el 44% de las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia declaró haberlo sido durante el embarazo, con la excepción de Japón, donde la cifra se situó en el 8%. En todos los entornos, más del 90% de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación. En casi todos los casos, el padre biológico vivía con la mujer en el momento de la agresión.

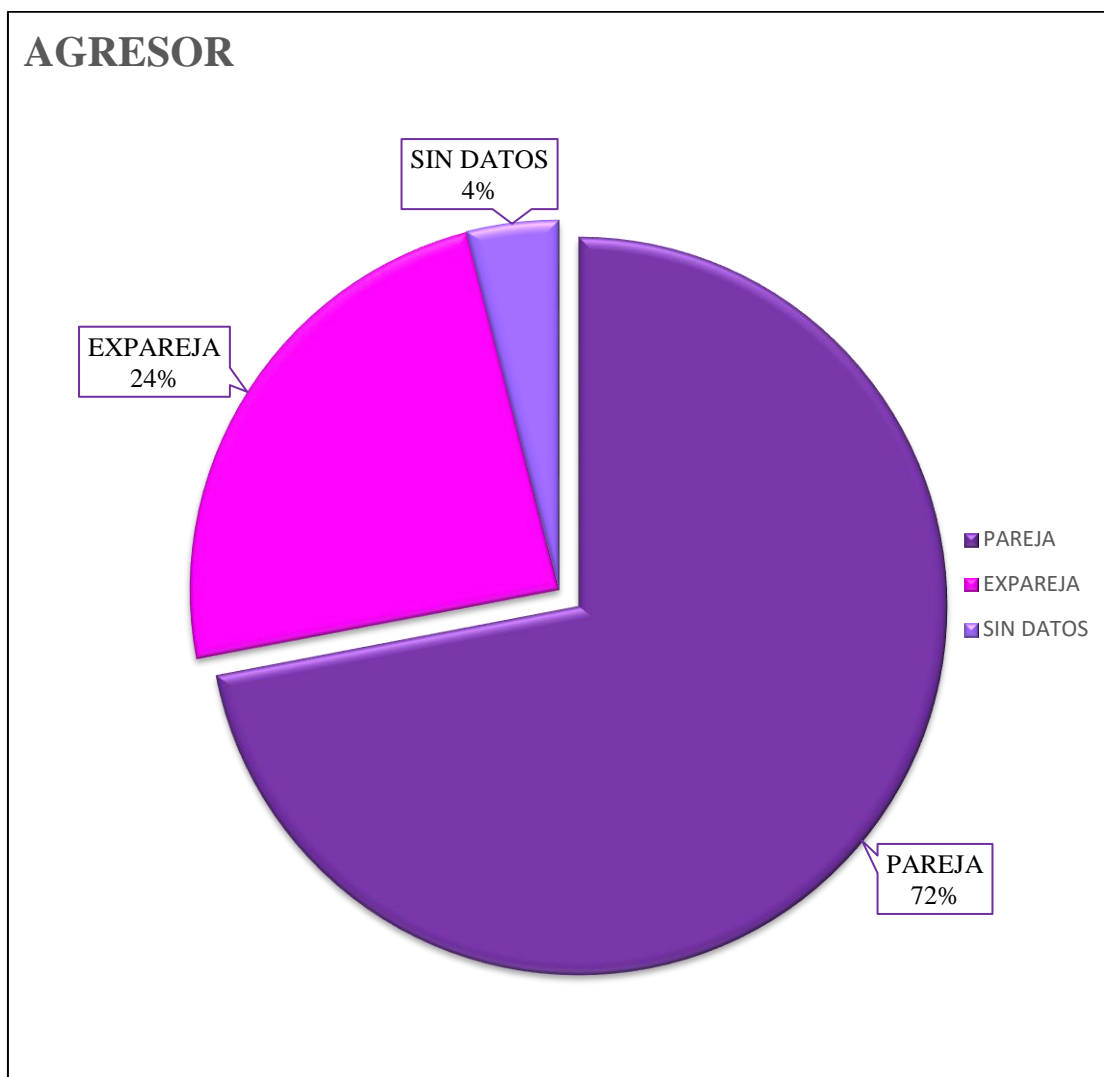
En la mayor parte de los entornos estudiados, las mujeres que habían estado alguna vez embarazadas y que habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja afirmaron haber tenido más abortos inducidos. También era más probable que las mujeres maltratadas hubieran tenido algún aborto espontáneo, en comparación con las mujeres que nunca habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja.

---

<sup>264</sup> La Violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer.  
[http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter4/es/index4.html](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter4/es/index4.html)

## ¿QUIÉN ES EL AGRESOR?

Estos datos podrían tener una relación directa con las gráficas anteriores, puesto que la mayoría de agresores conviven con las mujeres que sufren esta violencia. La explicación que hemos visto del ciclo de la violencia tendría mucho sentido es esta imagen.



Aunque como hemos visto el Convenio de Estambul<sup>265</sup> recoge que a los efectos del presente Convenio:

---

<sup>265</sup> Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la Violencia contra la mujer y la Violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.

a) Por «violencia contra la mujer» se deberá entender una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra las mujeres, y se designarán todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada;

b) Por «violencia doméstica» se entenderán todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima;

c) Por «género» se entenderán los papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente contruidos que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres;

d) Por «violencia contra la mujer por razones de género» se entenderá toda violencia contra una mujer porque es una mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada;

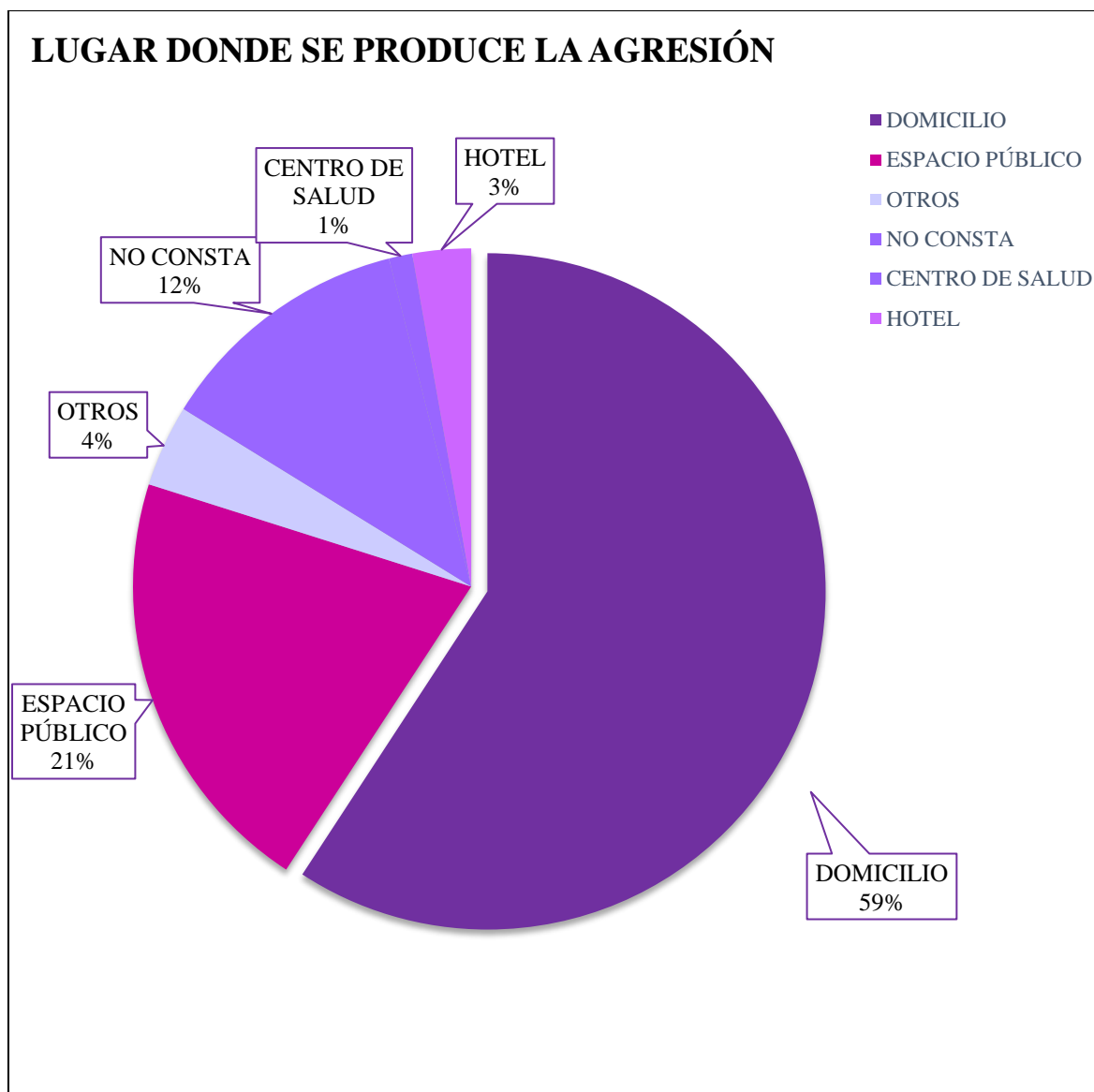
e) Por «víctima» se entenderá toda persona física que esté sometida a los comportamientos especificados en los apartados a y b; f) El término «mujer» incluye a las niñas menores de 18 años.

Nuestro estudio se limita a las pacientes que tienen una relación con pareja o expareja varón, según el art. 1 Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:

*“La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia*

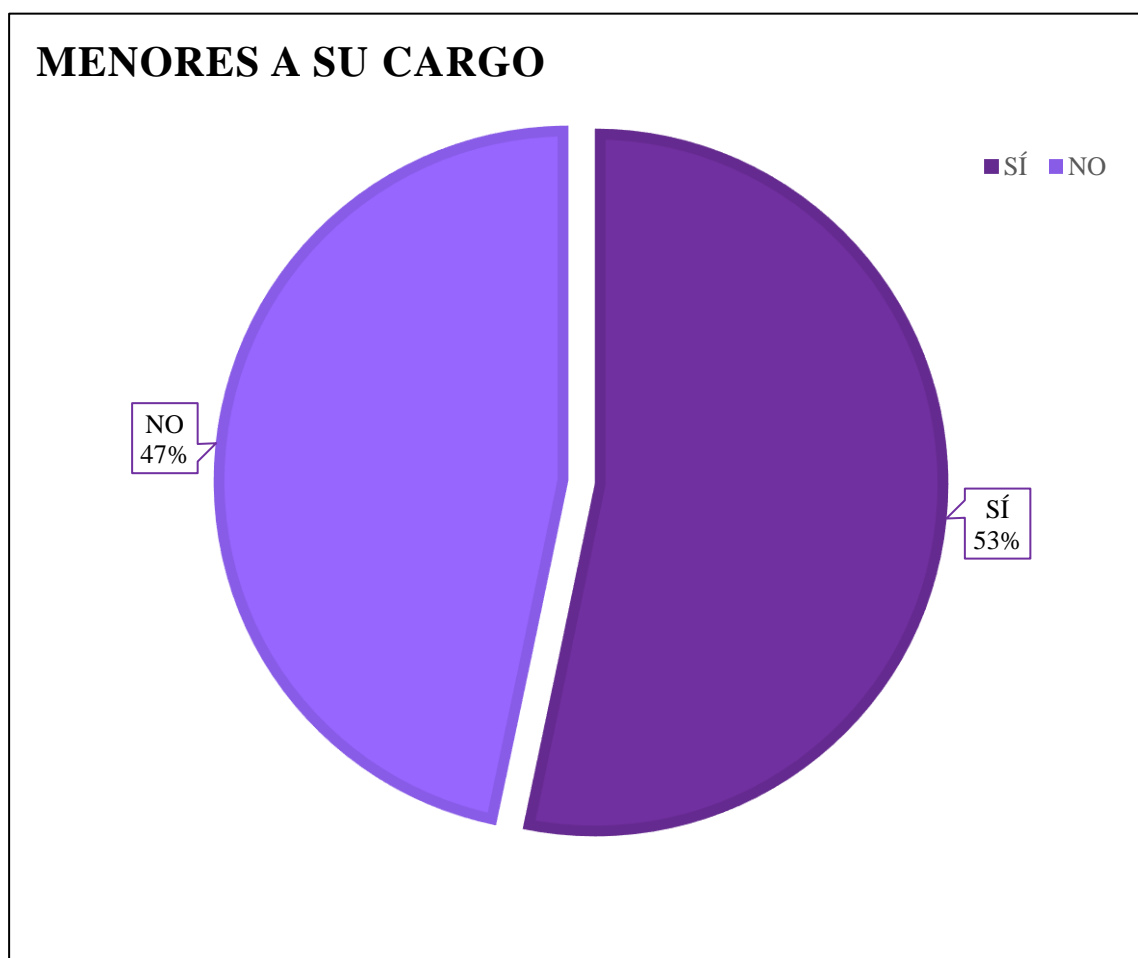
## ¿DÓNDE SE PRODUCE LA AGRESIÓN?

Como podemos observar en esta gráfica el “hogar compartido” sigue siendo donde más peligro existe de sufrir esta violencia. El agresor sigue ejerciendo la violencia en la intimidad, en el espacio que considera que es su propiedad, y considerándola, en la mayoría de las ocasiones, inferior a él.



## MENORES A SU CARGO

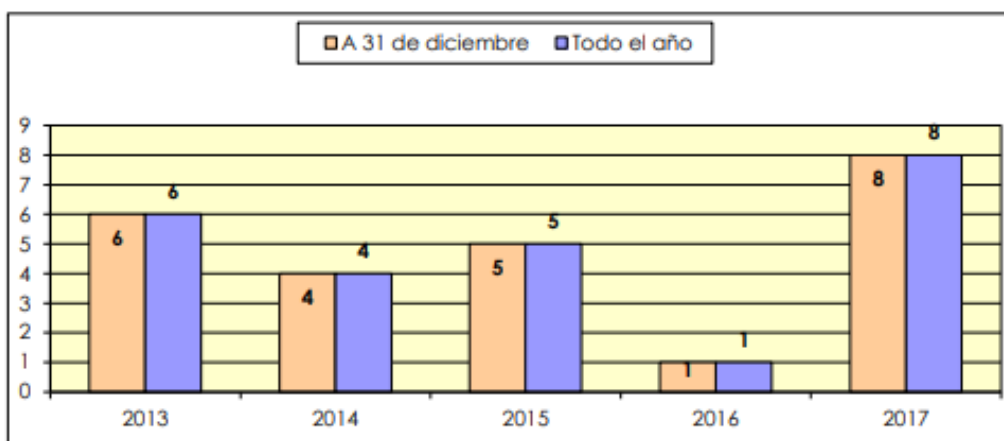
Aunque faltan datos, (ya que esta es otra de las preguntas que no es obligatoria hacer en el informe médico), este dato llama la atención y es una de las grandes preocupaciones que arrojan los datos estudiados. En la actualidad, los hijos e hijas de las mujeres que sufren violencia de género, también son víctimas directas tras la entrada en vigor de la modificación de la Ley Orgánica de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, y de la Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia<sup>266</sup>.



---

<sup>266</sup> España. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Si revisamos los datos oficiales de hijos e hijas asesinados durante el último año 2017 del Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes e igualdad<sup>267</sup> fueron 8 los niños/as que fueron asesinados por un padre maltratador.



Además vemos que en 6 ocasiones los y las menores y sus madres convivían con el padre maltratador. Por eso es tan importante y necesaria la derivación a pediatría de niños y niñas que conviven con una mujer que sufre violencia de género.

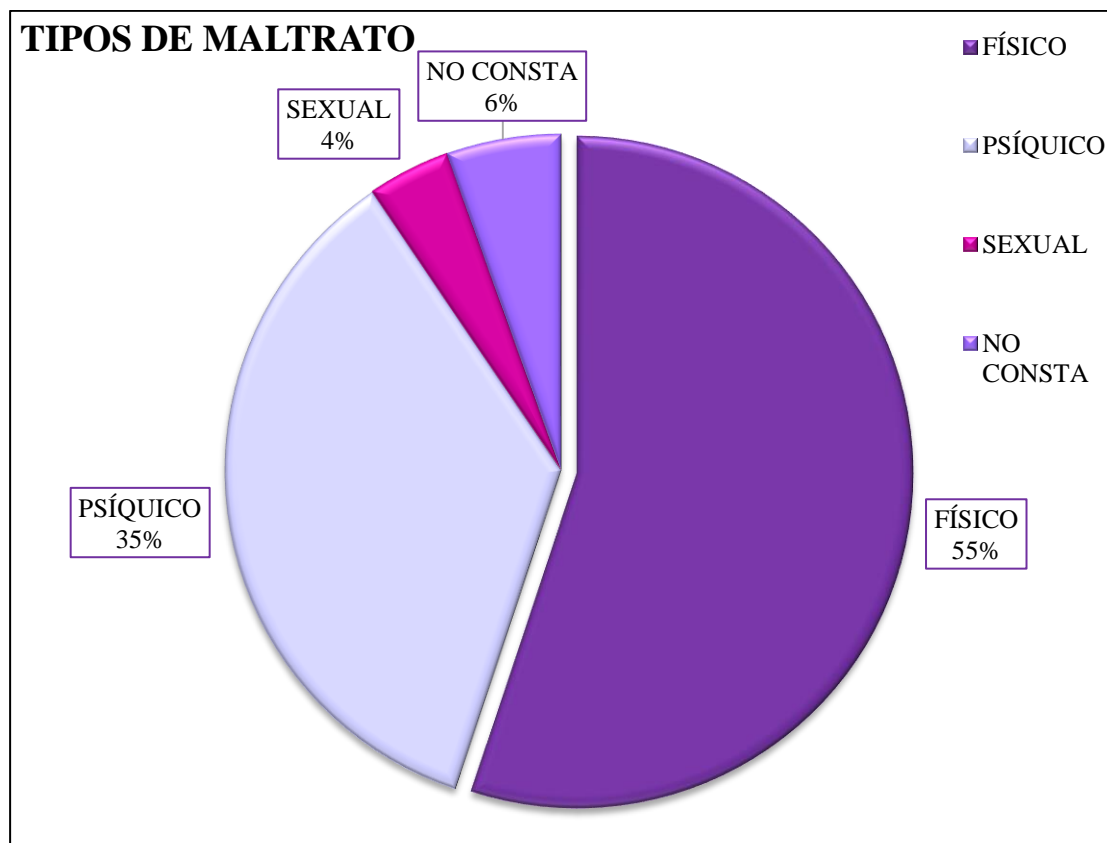
CARACTERÍSTICAS DE LOS MENORES		Nº de casos	% del total
	<b>Total Víctimas</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>
PAIS DE NACIMIENTO	España	7	87,5%
	Otros países	1	12,5%
EDAD DEL MENOR	<1 año	1	12,5%
	1-2 años	3	37,5%
	3-4 años	0	0,0%
	5-6 años	1	12,5%
	7-8 años	1	12,5%
	9-10 años	0	0,0%
	11-12 años	2	25,0%
	13-14 años	0	0,0%
CONVIVENCIA DE LA MADRE CON EL AGRESOR	Si	6	75,0%
	No	1	12,5%
PARENTESCO DEL MENOR CON EL AGRESOR	Hija/o	7	87,5%
	Otros	1	12,5%

Fuente: Instituto de la Mujer y para la igualdad de oportunidades.

<sup>267</sup> MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES E IGUALDAD. Datos estadísticos. Fichas de mujeres. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/docs/Vmenores\\_2017\\_31\\_12\\_2.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/docs/Vmenores_2017_31_12_2.pdf)

## TIPOS DE MALTRATO

Esta información puede no ser realista, con lo que nos dice la literatura o como hemos visto durante el estudio, con el tipo de violencia que mayoritariamente sufren las mujeres, puesto que el resultado del CRIBADO desde el ámbito sanitario en los Equipos de Atención Primaria durante 2017 el 90,8% ha sido considerado como maltrato psicológico. Por su parte, un 46,6% se ha valorado como maltrato físico y en el 7% de los casos positivos se ha considerado maltrato sexual<sup>268</sup>. Pero aquí estamos hablando de un Servicio de Urgencias, donde lo más evidente es el maltrato físico, y se investiga poco por los antecedentes del maltrato que pudieron dar pasado a este episodio de agresión física.



<sup>268</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. "Sanidad registra un aumento del 14% en el número de mujeres que participan en el cribado de Violencia de Género". Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública [en línea]. 22 enero 2018. [consulta: 13 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.san.gva.es/web/comunicacion/notas-de-prensa/-/journal\\_content/56/151322/7205401/292581](http://www.san.gva.es/web/comunicacion/notas-de-prensa/-/journal_content/56/151322/7205401/292581)



En el análisis de nuestro estudio, vemos que las mujeres acuden al Servicio de Urgencias con un maltrato físico, pero la evidencia científica nos confirma que el mayor tipo de maltrato es el psicológico, maltrato que en muchas ocasiones se ha normalizado como así lo recoge el informe sobre “la percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud<sup>269</sup>” de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género “Uno de cada tres jóvenes considera inevitable o aceptable en algunas circunstancias "controlar los horarios de la pareja", "impedir a la pareja que vea a su familia o amistades", "no permitir que el otro trabaje o estudie" o "decirle cosas que puede o no puede hacer”, el hecho de que la violencia de control está exageradamente presente en las mujeres de 16 a 19 años, pues según la Macroencuesta 2015<sup>270</sup> se da en un 21% de las relaciones a estas edades, mientras que en el resto de la población el porcentaje desciende al 9,6%.”. El estudio también resalta que más del 28% de las chicas han sufrido control abusivo a través del móvil y hasta el 5% han sido objeto de las llamadas "pruebas de amor" -como intercambiar fotos de carácter sexual.

Los daños que causa este tipo de violencia son tan o más dañinos que la violencia física. Al principio de la relación será más difícil de detectar porque serán pequeñas palabras o gestos pero a medida que avance la relación los daños serán mayores. En este tipo de violencia encontraríamos las amenazas, humillaciones, insultos, exigencia de obediencia, chantaje emocional entre otros.

Aunque el maltrato más oculto es el sexual<sup>271</sup>, la mujer es víctima en potencia de vivir violencia sexual, independientemente de su edad, nivel socioeconómico o estado civil la mujer es víctima en potencia de vivir violencia sexual, independientemente de su edad, nivel socioeconómico o estado civil.

---

<sup>269</sup> PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Libro20\\_Percepcion\\_Social\\_VG\\_.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Libro20_Percepcion_Social_VG_.pdf)

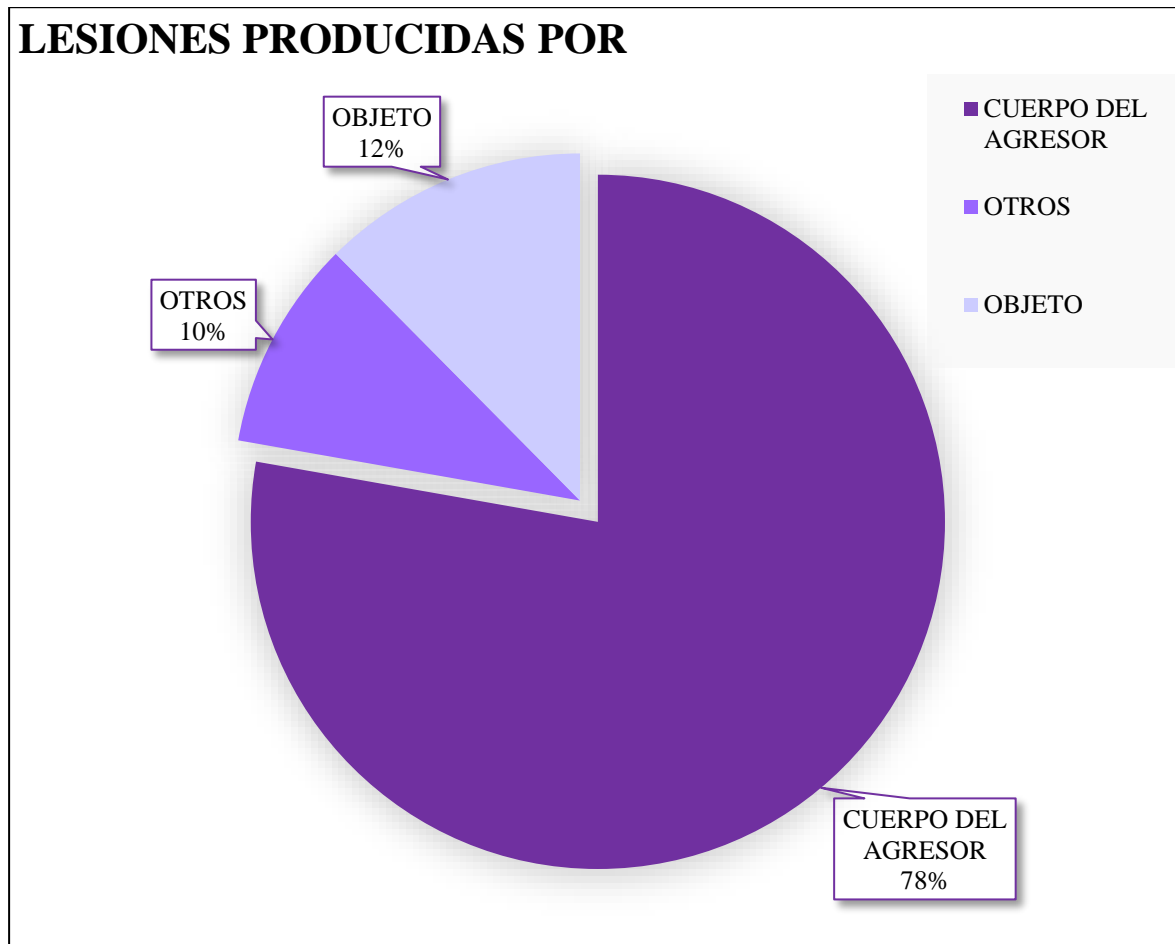
<sup>270</sup> MACROENCUESTA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER 2015.

[http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

<sup>271</sup> TARIFA Ariana y DOMIC Jorge. “Percepción social de las mujeres sobre la Violencia sexual dentro de la vida conyugal” Disponible en: . [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612008000200007](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612008000200007)

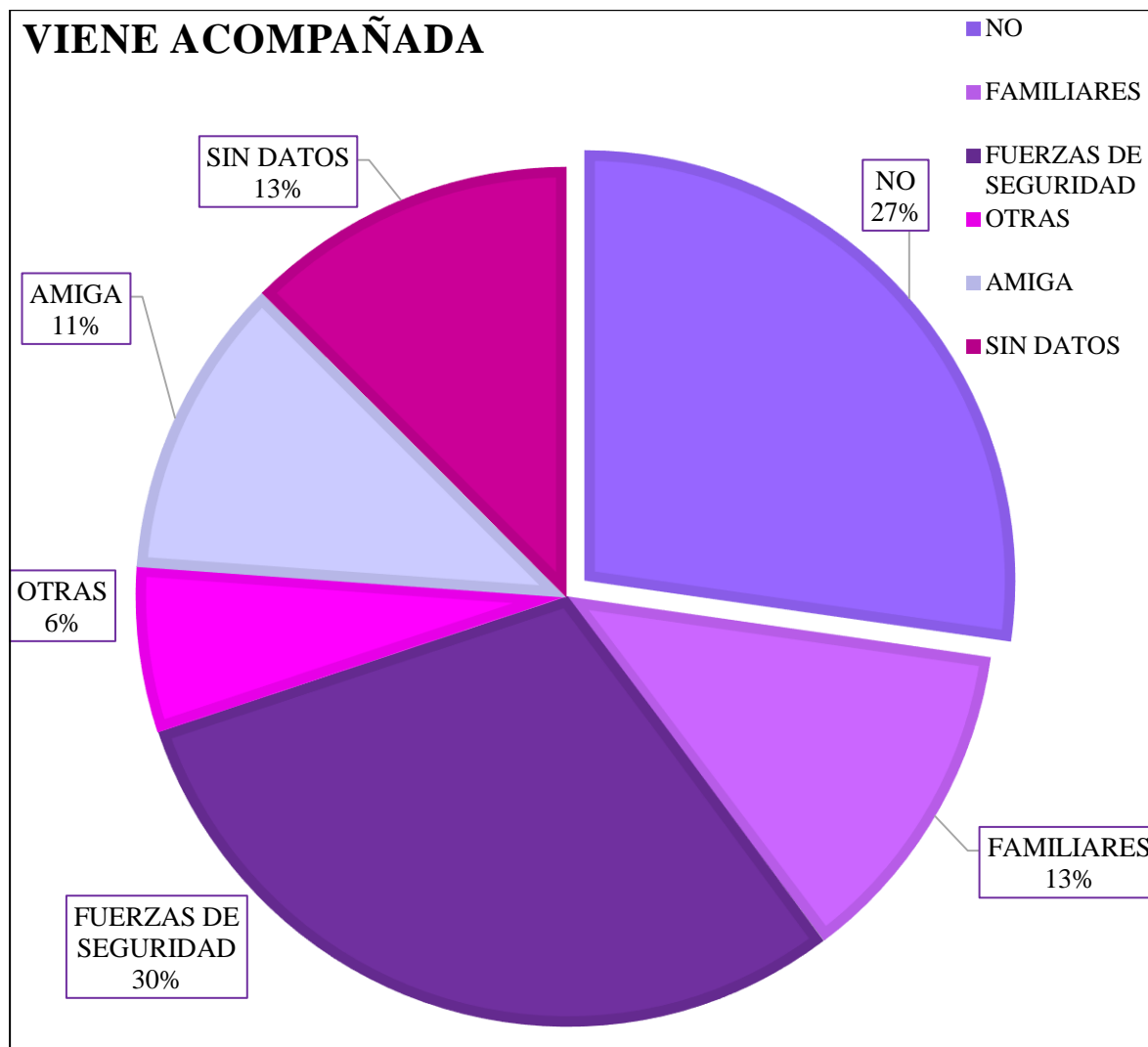
## LESIONES PRODUCIDAS POR

Esta gráfica es muy aclaratoria, puesto que como se puede observar en la mayoría de las agresiones, el maltratador utiliza su propio cuerpo, (patadas, puñetazos, empujones, etc...), relacionado con el tipo de lesiones que son atendidas mayoritariamente en el Servicio de Urgencias. Solo en una ocasión, el agresor, utilizó arma blanca, según los datos extraídos durante este periodo de tiempo y en este hospital.



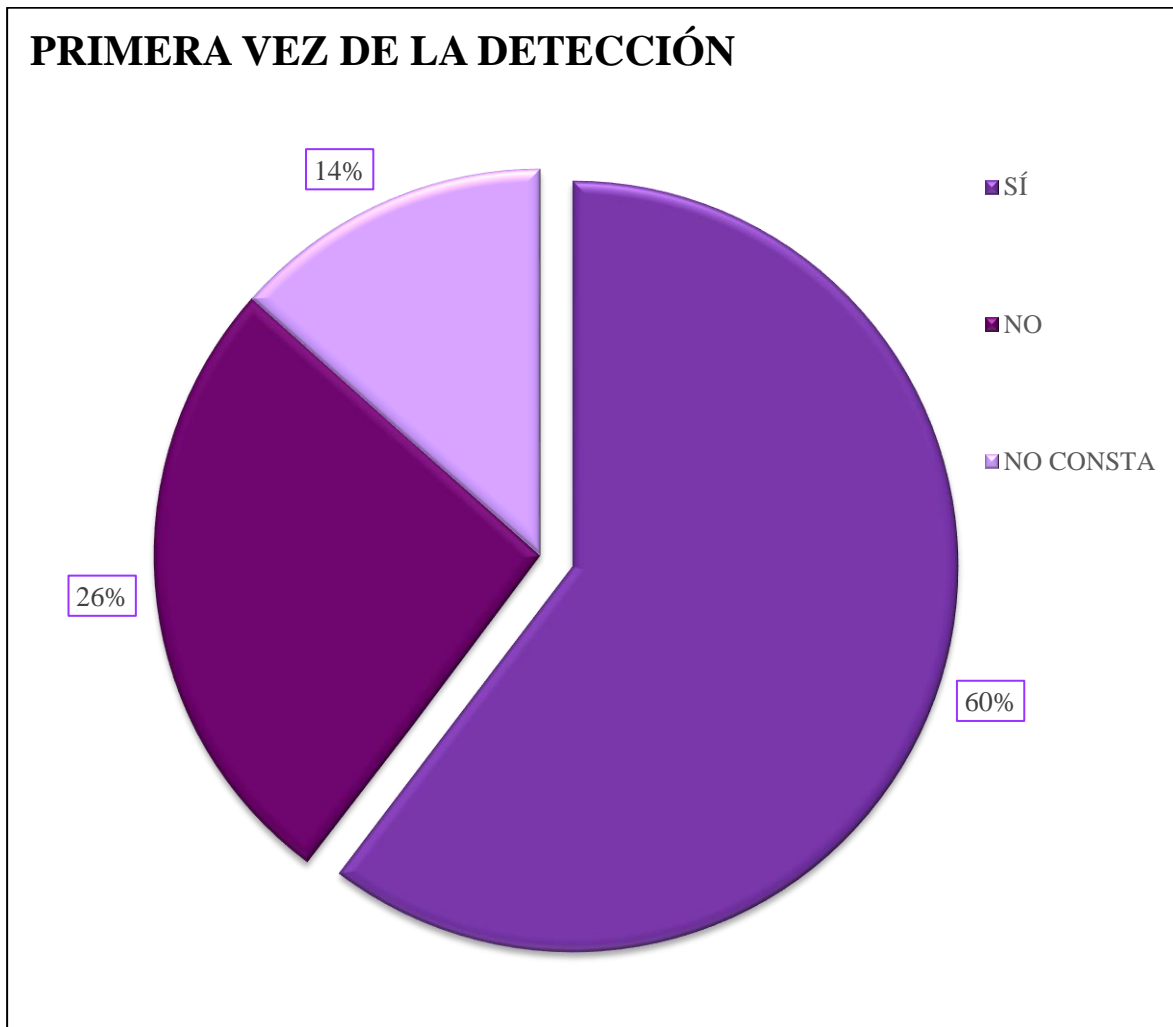
## ¿VIENE ACOMPAÑADA A URGENCIAS?

Cuando una mujer acude a un servicio sanitario a contar, a una persona desconocida, la situación personal por la que está pasando, es un acto de valentía y de necesidad. Aunque podemos observar, que, en la mayoría de los casos, no hay datos objetivos, o viene sola. Un dato a tener en cuenta, es el número de veces que vienen acompañadas de los cuerpos y fuerzas de seguridad.



## ¿PRIMERA VEZ QUE SE DETECTA?

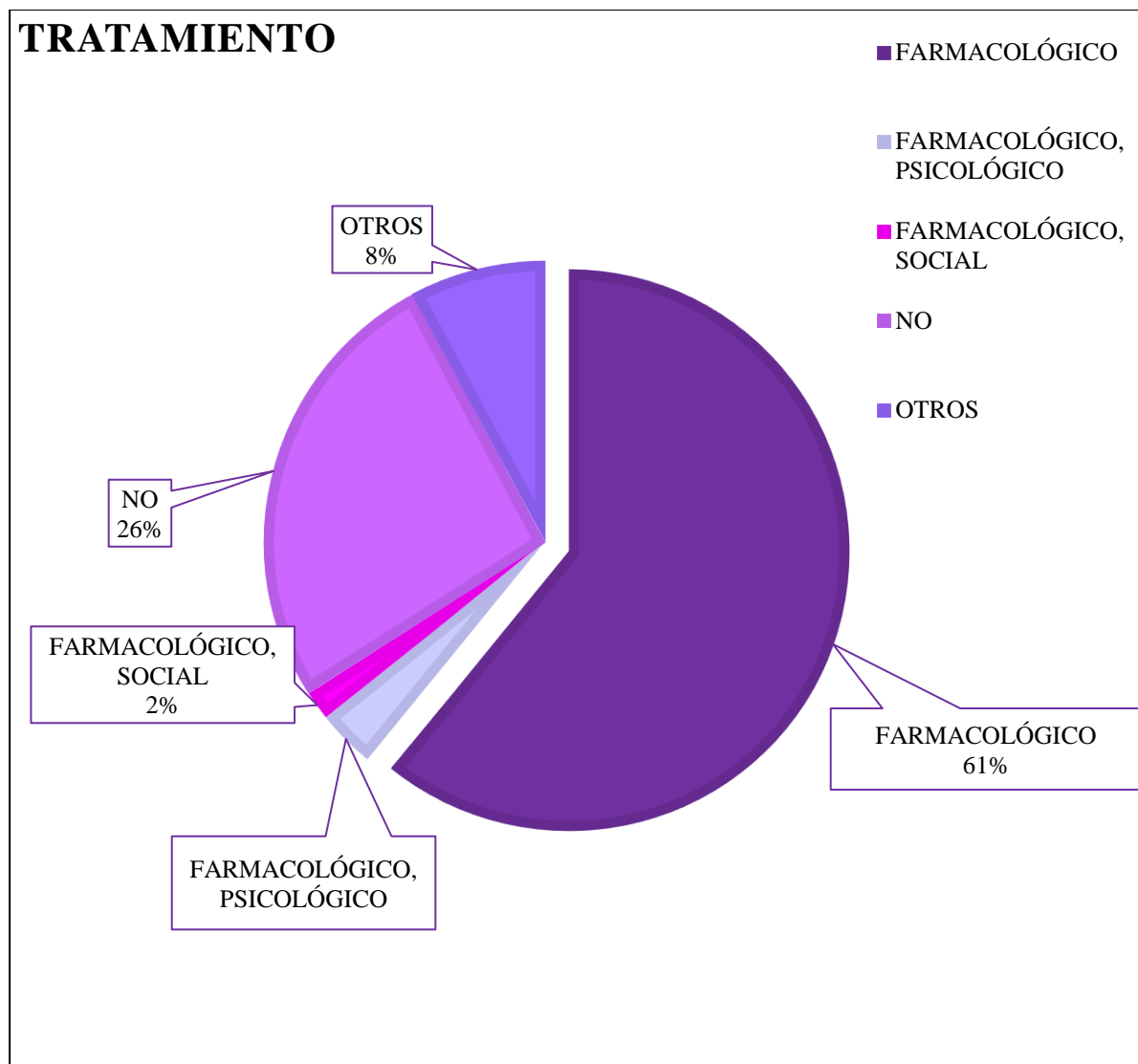
Aunque la mayoría de mujeres que han acudido al Servicio de Urgencias han relatado que era la primera vez que sufrían esta violencia 60%, son casi un 26% las que lo han relatado más de una vez, además de las mujeres no preguntadas, es posible que, en ese dato mudo, hubiera mujeres que repiten esta situación. Parte de este estudio se centra en que es el espacio sanitario un sitio donde las mujeres van a contar la situación de violencia en la que viven, en este momento, la acción preventiva llega tarde, pero sin duda, la detección temprana será necesaria para salir de esta vida de violencia.



## TRATAMIENTO

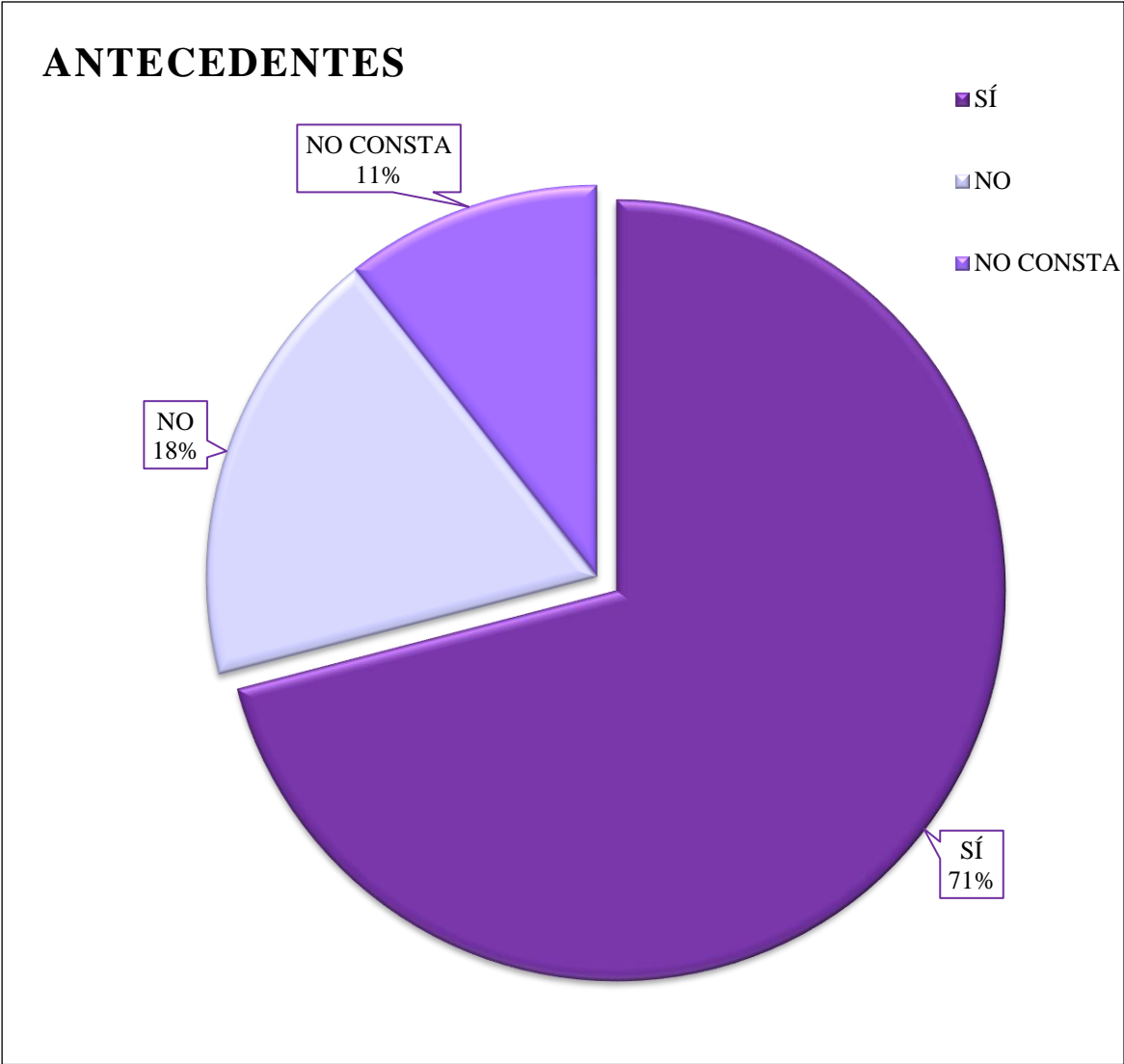
Aquí podemos apreciar, según los datos de los que disponemos, como, en la mayoría de las situaciones atendidas el tratamiento es farmacológico un 61%, al que le sigue un 26% que no consta, quizá porque se ha derivado directamente a su centro de Atención Primaria.

En la variable otros, he agrupado situaciones de suturas, posibles cirugías, inmovilizaciones, y como vemos, en algunas situaciones se combinan algunos de estos tratamientos. Para poder realizar un tratamiento más acertado a la situación de estas pacientes, hay que insistir en la necesidad de hacer un seguimiento activo y coordinado desde el ámbito sanitario de los casos de violencia de género y no esperar a que la mujer vuelva y demande nuevas actuaciones sanitarias.



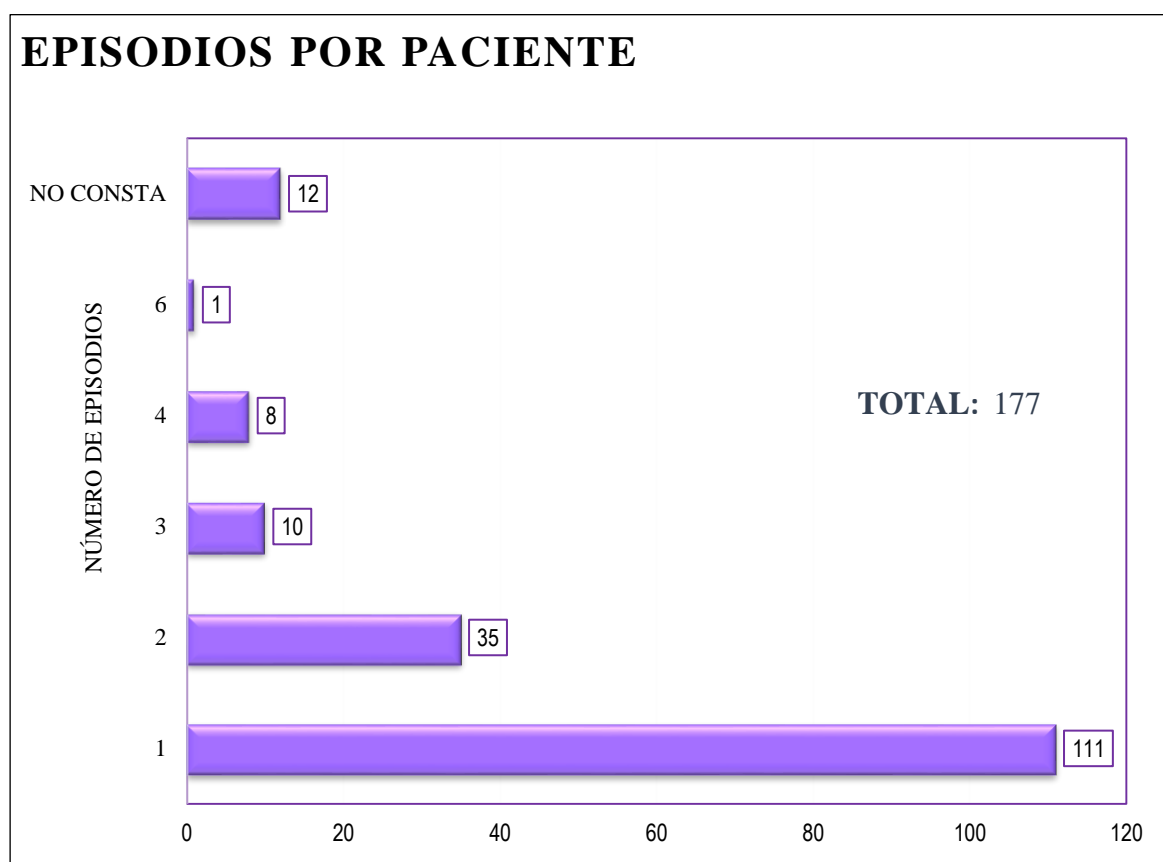
ANTECEDENTES

Muy relacionada con la gráfica anterior, y muy clarificante, es que la mayoría de las pacientes ha sufrido situaciones de violencia con anterioridad un 71%, aunque no lo hayan contado, mujeres que cuentan que no es un caso puntual, y que ya han padecido este tipo de maltrato.



## EPISODIOS POR PACIENTE

Según los datos que constan en la aplicación SIVIO<sup>272</sup>, estos son los episodios que se reflejan en situaciones con diagnósticos de violencia de género. Desconocemos si se puede haber realizado otro tipo de informe judicial. Hay que insistir en la obligación de realizar este parte en todos los casos de sospecha, el apartado de no consta arroja casi un 7% sin informe médico de presunta violencia. Quizá uno de los datos más llamativo de esta gráfica, es ver a una mujer con 6 informes de presunta violencia, a 10 mujeres con 3 informes a 35 con dos.

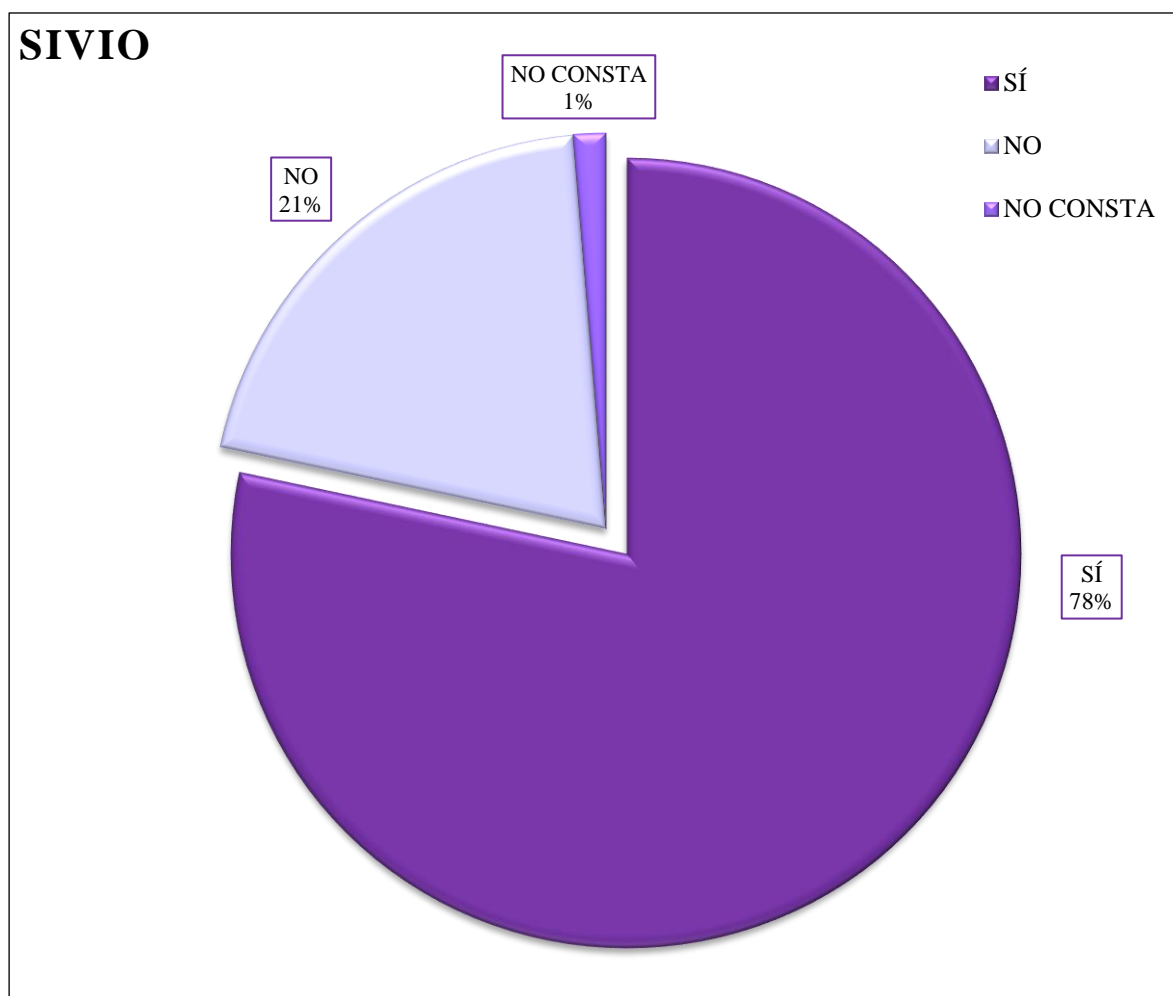


<sup>272</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO? [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

<sup>279</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. "Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

## SIVIO<sup>273</sup>

Relacionada con las gráficas anteriores, esta es la realidad de los casos de presunta violencia de género declarados y registrado a través de la aplicación preparada desde la Conselleria de Sanidad, aunque sabemos que algunos de lo que no tiene, lo tiene por el parte de lesiones que se utilizan para los casos judiciales.



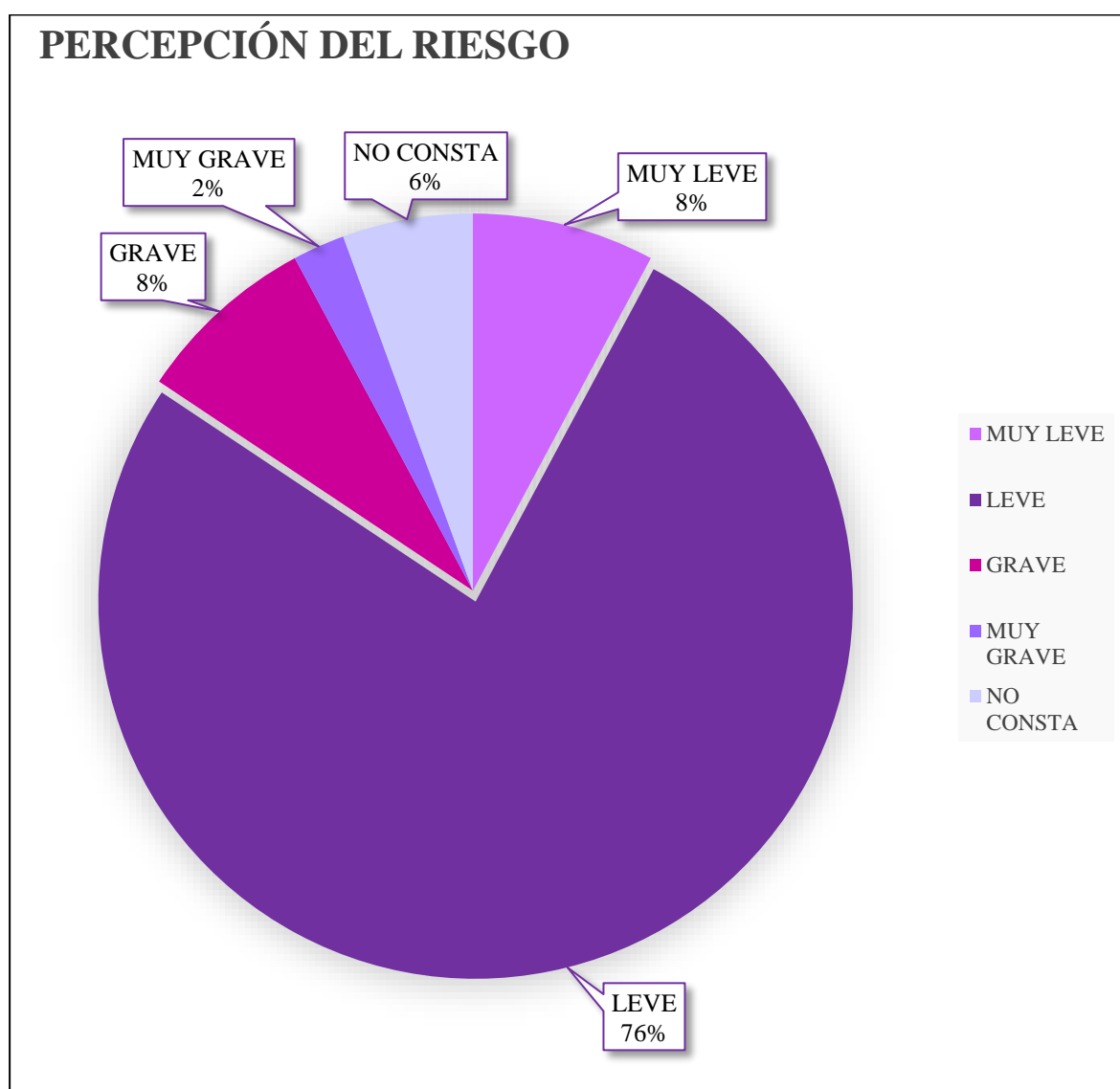
<sup>273</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO? [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

<sup>280</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. "Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionales/Investigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionales/Investigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)



## PERCEPCIÓN DE LA SITUACIÓN

Este dato también es muy significativo, a pesar de las situaciones descritas, (que se encuentran recogidas en el anexo), un 76% de las lesiones atendidas se consideran leves por el personal facultativo que ha atendido a las mujeres en estos episodios. En un episodio de violencia de género, hay que tener en cuenta más factores y no solo, el de la lesión física puntual.



## VALORACIÓN DEL RIESGO

En cuanto a la valoración del riesgo (DA) dentro del Protocolo para la atención sanitaria de violencia de género PDA<sup>274</sup> Pregunta, detecta y analiza existe la posibilidad de esta valoración, tanto desde el CRIBADO en Atención Primaria, como desde los Servicios de Urgencias. Hay que aclarar que en los Servicios de Urgencias la valoración se realiza de manera “voluntaria,” una vez finalizado el informe médico de presunta violencia.



La valoración del riesgo orienta a los y las profesionales cuando se confirma una situación de violencia de género desde un cribado y que se realiza en los Equipos de Atención Primaria, porque hay necesidad de saber en qué situación de riesgo vive esta paciente una

---

<sup>274</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. “Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)” [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

confirma su situación de maltrato<sup>275</sup>. Esta valoración es el resultado de unas preguntas realizadas a la paciente muy concreta y puntual, por ejemplo:

- En el último año, ¿ha aumentado la violencia emocional o física en severidad o frecuencia?
- ¿Tiene alguna arma de fuego?
- ¿Está en paro?
- ¿Ha amenazado con matarle?
- ¿Se ha librado de ser detenido por violencia doméstica?
- ¿La ha forzado a mantener relaciones sexuales?
- En alguna ocasión, ¿ha intentado estrangularla?
- ¿Consume drogas? (como por ejemplo, estimulantes o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, heroína, drogas de diseño o mezclas)
- ¿Tiene algún problema con el alcohol o es alcohólico?
- ¿Se pone celoso de forma violenta? (por ejemplo, dice “si yo no puedo tenerte, nadie te tendrá”)
- ¿Amenaza con hacer daño a sus hijos/as?
- ¿Cree que es capaz de matarla?
- ¿La persigue o la espía, le deja notas amenazantes o le deja mensajes, rompe sus cosas, o la llama cuando usted no quiere?
- En alguna ocasión, ¿ha amenazado o ha intentado suicidarse?
- ¿la ha golpeado cuando ha estado embarazada?
- En el último año, ¿ha dejado a su pareja o expareja, después de vivir juntos?
- ¿Controla la mayoría o todas sus actividades diarias? (como por ejemplo, le dice con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede gastar, o cuándo puede coger el coche, etc.)

---

<sup>275</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. valoración del riesgo (DA) dentro del Protocolo para la atención sanitaria de Violencia de Género PDA [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en:

[http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

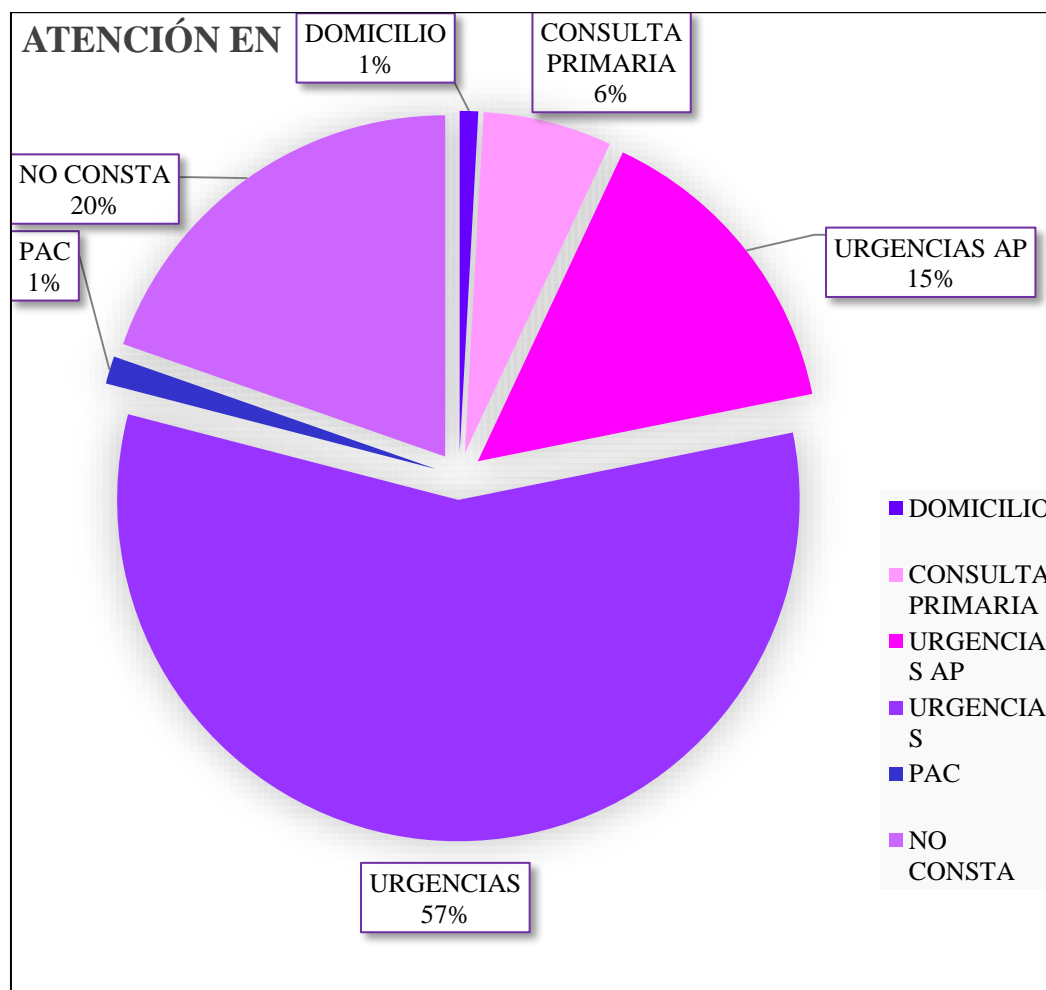
- ¿Tiene usted algún hijo/a que no sea de la persona que le está agrediendo?

La aplicación informática hace una valoración del riesgo en función de la contestación de la paciente, diseñando con ella una actuación en función de riesgo obtenido, que puede ser peligro extremo o no extremo. En función del resultado se diseña con la paciente un plan de intervención.

Si la paciente viene acompañada por los cuerpos de seguridad no se suele hacer la valoración del riesgo, porque se da por hecho que la policía ya ha evaluado el riesgo y para evitar una re victimización haciendo preguntas parecidas o algunas iguales.

## PRIMERA ATENCIÓN

Como sabemos los datos son consultados de los informes de alta y SIVIO<sup>276</sup> de las pacientes que tienen un diagnóstico de agresión desde el Servicio de Urgencias de este Hospital, la Fe de Valencia, si a estas mujeres se les hubiera hecho el CRIBADO en violencia de género desde Atención Primaria, quizá, se hubiese podido llegar a adoptar la prevención secundaria.

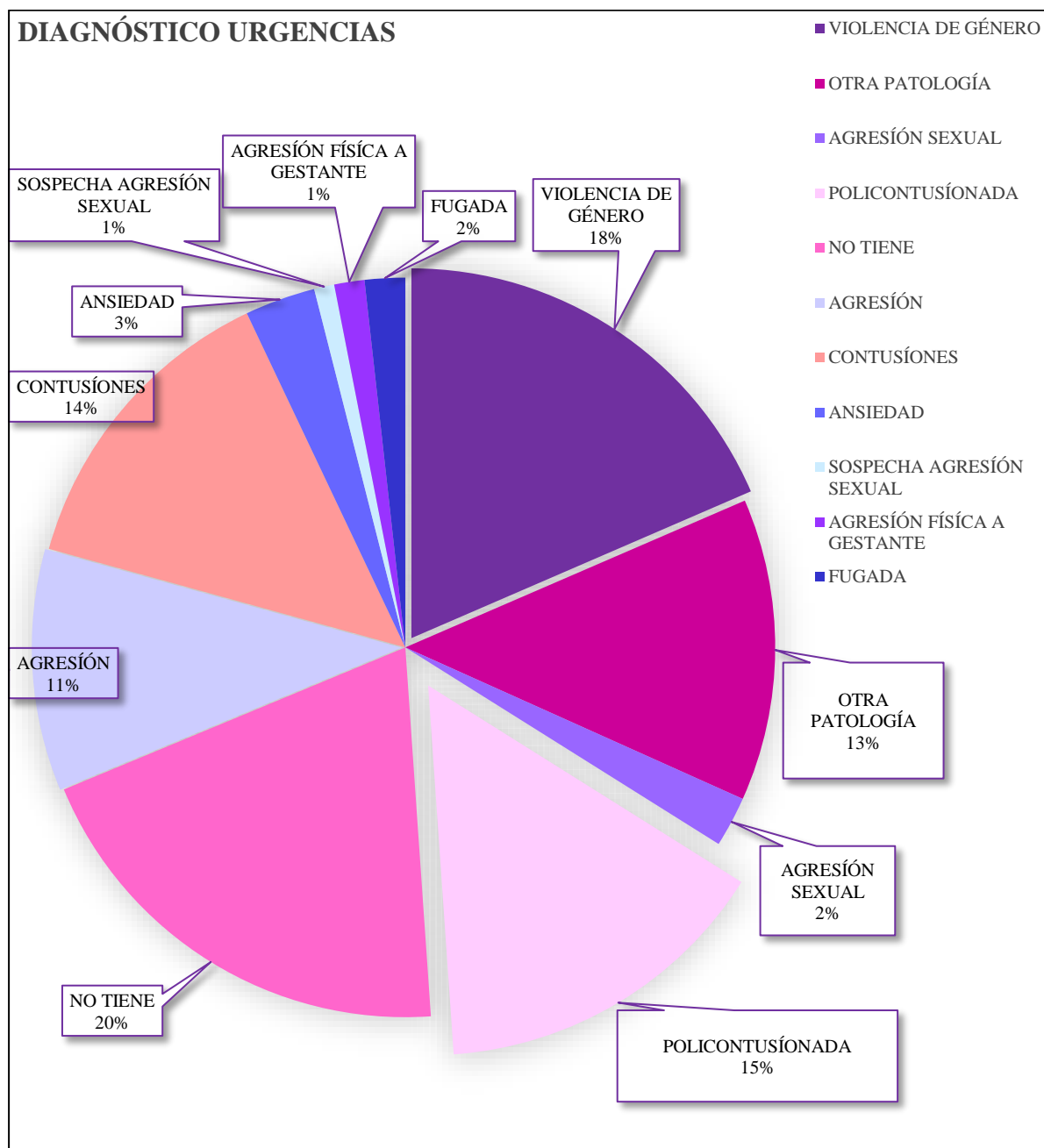


<sup>276</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO? [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

<sup>283</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. "Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

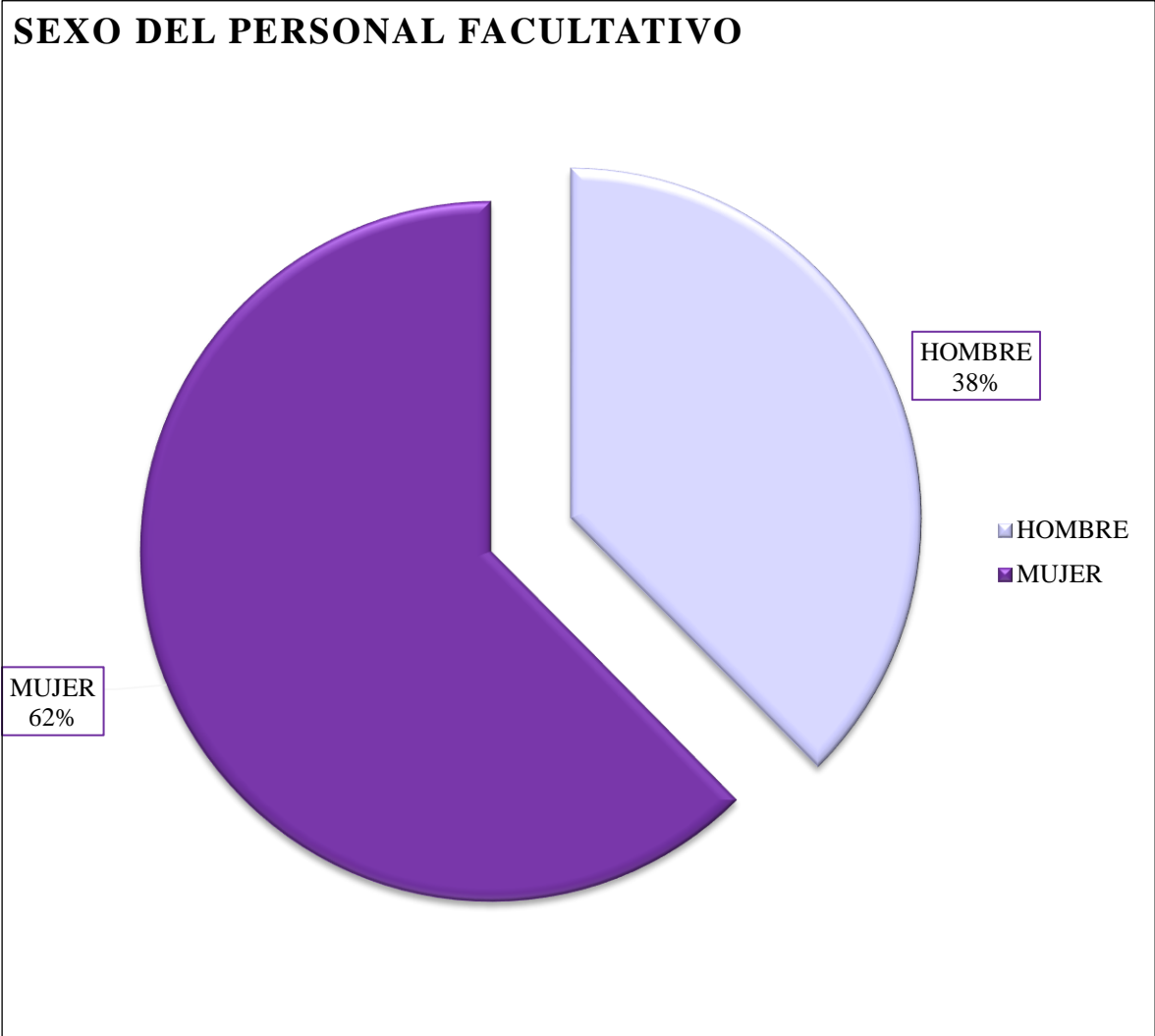
## PRIMER DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Considerando que es una de las gráficas más significativas del estudio de campo realizado, ya que siendo la Violencia de Género un diagnóstico que se debe utilizar en todas las intervenciones, solo como primer diagnóstico se registra en un 18% de los informes estudiados.



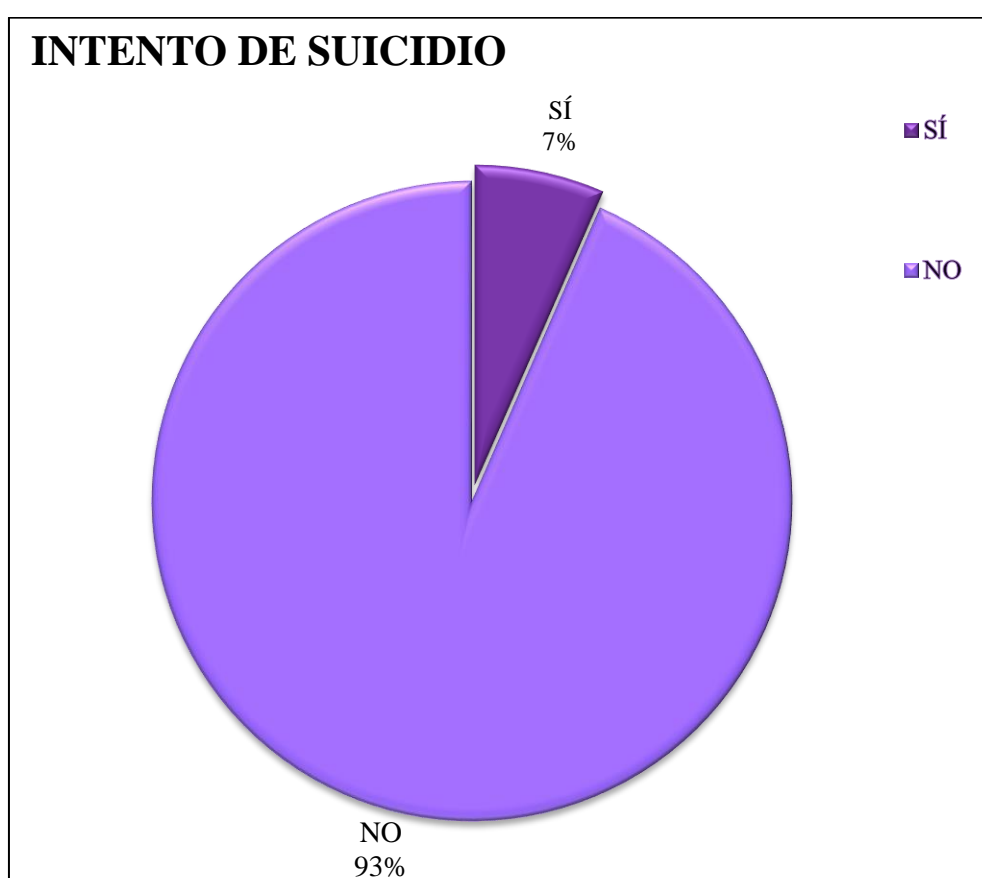
**SEXO DEL PERSONAL FACULTATIVO**

Quizá no tenemos suficientes datos para afirmar que son las mujeres las que más diagnostican y atienden a estas pacientes, cuando, además, es un sector altamente feminizado, pero la gráfica es muy significativa, hemos querido plasmar esta situación que tan solo nos deja con la duda, de... si son más mujeres o más hombres quienes intervienen de una manera más directa en casos de violencia, y nos emplazamos para hacer un proximo estudio con más seguridad, pero aquí no disponemos de datos para confirmar ninguna circunsntancia.



## INTENTO DE SUICIDIO

Aunque no vamos a profundizar en este estudio sobre esta realidad, sí que queremos destacar el llamativo porcentaje de mujeres que relatan de una manera explícita la intención de acabar con su vida. Según este artículo de Jéssica Fillol “Violencia de género y suicidios: las víctimas olvidadas”<sup>277</sup> “Las estadísticas oficiales y el conteo minucioso de organizaciones como *Femicidio.net* de las mujeres asesinadas por hombres con quienes mantenían o habían mantenido una relación afectiva arroja una cifra anual de entre 60 y 80 mujeres asesinadas de media. Sin embargo, esto no es más que la punta del iceberg”.



---

<sup>277</sup> FILLOL, Jéssica. “Violencia de Género y suicidios: las víctimas olvidadas”. En: Jéssica Fillol [blog]. 7 febrero 2018[consulta: 13 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.jessicafillol.es/2018/02/Violencia-de-genero-y-suicidios-las-victimas-olvidadas>



En la Comunidad Valenciana dentro del documento de valoración del riesgo (DA) recogido en el Protocolo para la atención sanitaria de violencia de género PDA<sup>278</sup> Preguntas, detecta y analiza existe la posibilidad de esta valoración, con preguntas relacionadas con el intento de suicidio tanto de la mujer que es atendida, como de las amenazas de suicidio por parte del agresor.

Además dentro la Consellería de Sanidad y dentro de la elaboración del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, se engloba en los objetivos de la Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020<sup>279</sup>, como una de las acciones prioritarias a llevar a cabo, donde se pretende mejorar la detección del riesgo de suicidio en las mujeres en situación de violencia de género. Para ello, se incorporará en el sistema Sivio (la aplicación informática Sistema de Información para la detección y actuación frente a la Violencia de género en personas adultas) preguntas relacionadas con el riesgo de suicidio para mujeres en situación de violencia de género. Además, se practicará un cribado de riesgo de suicidio a todas las mujeres que den positivo como víctimas de violencia de género en Sivio.

El comportamiento suicida puede asociarse a mujeres que están sufriendo la violencia de género, que no encuentran otra salida, sumidas en la desesperanza y en la angustia, y esto afecta también a sus hijos e hijas que sufren la exposición a la violencia de género. Esta exposición a la violencia en la infancia se asocia significativamente con problemas de salud mental en la vida adulta, por lo que es fundamental preguntar por sus hijos e hijas a todas las personas adultas que acuden a urgencias por violencia de género y/o intento de suicidio. En este sentido, es necesario incorporar, asociada a la violencia de género, la detección precoz para la prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida, focalizando en tres direcciones:

---

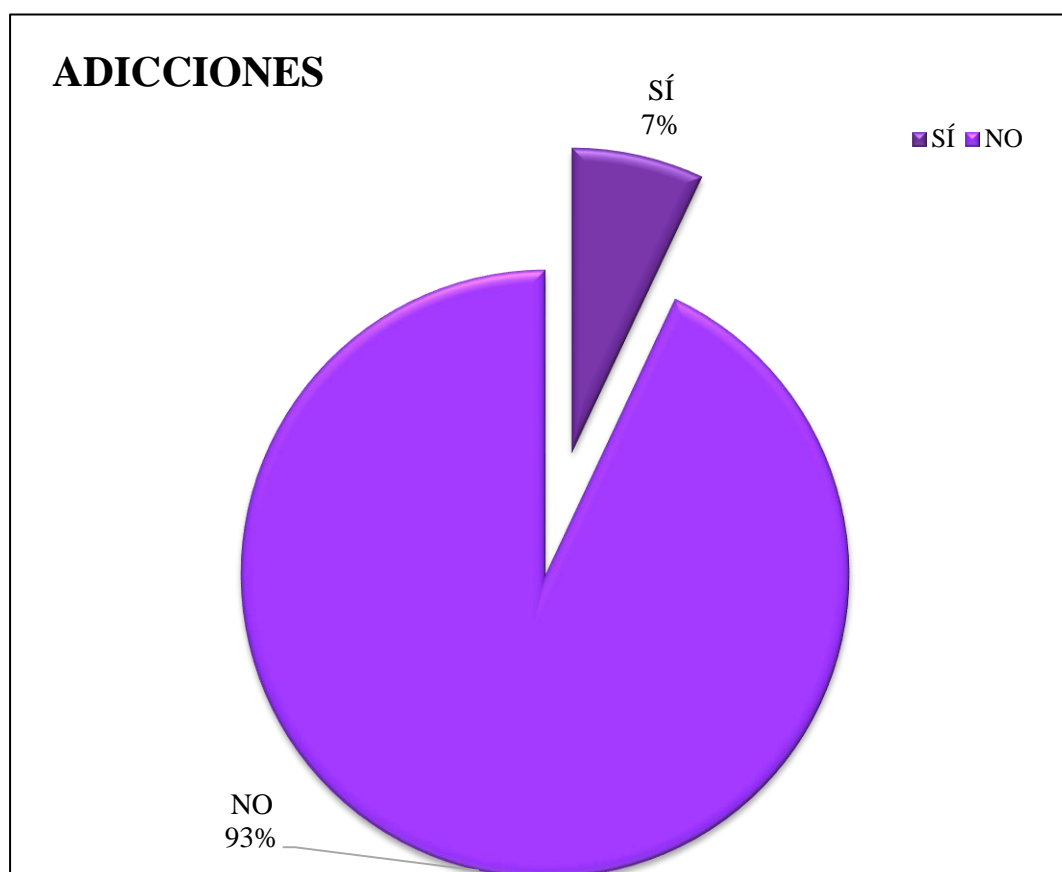
<sup>278</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. "Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)" [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

<sup>279</sup> VIVIR ES LA SALIDA "Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida" Disponible en [http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio\\_WEB\\_CAS.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf)

- *Mujeres en las que se detecte riesgo de suicidio, especialmente si tienen asociado el factor de riesgo de tener algún tipo de depresión (valorar la posibilidad de que puedan ser víctimas de violencia de género).*
- *Mujeres que han sido detectadas como víctimas de violencia de género (valorar la posibilidad de que tengan riesgo de suicidio y/o depresión).*
- *Hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género.*

## ADICCIONES

Según las Unidades de Conductas Adictivas y de Alcoholología (UCA/UA), de la Conselleria de Sanidad Pública y Salud Universal, se une la problemática de consumo de drogas y maltrato por sus parejas, cuyo porcentaje es muy elevado. Estas dos circunstancias están muy relacionadas, y son los aspectos más visibles y dramáticos de una realidad estructural muy profunda, centrada en la desigualdad por género. Una mujer con un consumo activo puede presentar un estado de desestructuración y desestabilización tal, que sea muy complejo intervenir sobre su situación de violencia, sobre todo, porque debido a los efectos de su consumo quizá no sea consciente de ésta<sup>280</sup>.



<sup>280</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. "Guía de intervención ante la Violencia de Género en mujeres con adicciones" [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016. [consulta: 18 agosto de 2018] Disponible en: [http://www.san.gva.es/documents/151311/7163660/171103+Guia\\_Mujeres\\_Adicciones\\_VG+-+Actualizada.pdf](http://www.san.gva.es/documents/151311/7163660/171103+Guia_Mujeres_Adicciones_VG+-+Actualizada.pdf)

De la Guía que acabamos de citar, hay que destacar en relación con este perfil de paciente que las características de las mujeres con trastorno por uso de sustancias que sufren violencia de género:

Es muy posible que la mujer tenga una dependencia a los psicofármacos, además de un consumo abusivo o dependencia a sustancias junto a una pérdida de recursos personales, familiares y sociales común a quienes consumen, soporta un diferente juicio social por la asignación del rol de género; de hecho, el uso de alcohol y otras sustancias es visto en la sociedad con mayor desviación en la mujer que en el varón.

Aunque los perfiles de la paciente consumidora han podido variar, en un alto porcentaje coincide una situación de maltrato o de abusos.

La mujer con trastorno por usos de sustancia, por su condición de mujer, afronta problemas como: la necesidad de ejercer la prostitución, ser víctimas de trata con fines de explotación sexual, de embarazos no deseados, de un mayor deterioro físico que los varones, etc.

La dependencia emocional, es determinante en el inicio del consumo, por su afán de “salvar” y/o “cuidar” su relación de pareja, cuando esta es consumidora.

Las mujeres víctimas de trata son empujadas al consumo por sus proxenetas y por quienes intermedian en este tráfico de mujeres para uso y abuso sexual, en algunas ocasiones para aumentar su rendimiento, otras para estar económicamente siempre en deuda para la compra de sustancias, además de generar en ellas una dependencia que les haga más difícil salir de la situación de trata.

La mujer con adicciones encuentra más dificultades a la hora de acceder a algún tipo de recurso especializado, tanto por el riesgo que supone la doble victimización como mujer y como adicta, como por la interpretación que hacen de ser merecedoras del maltrato.

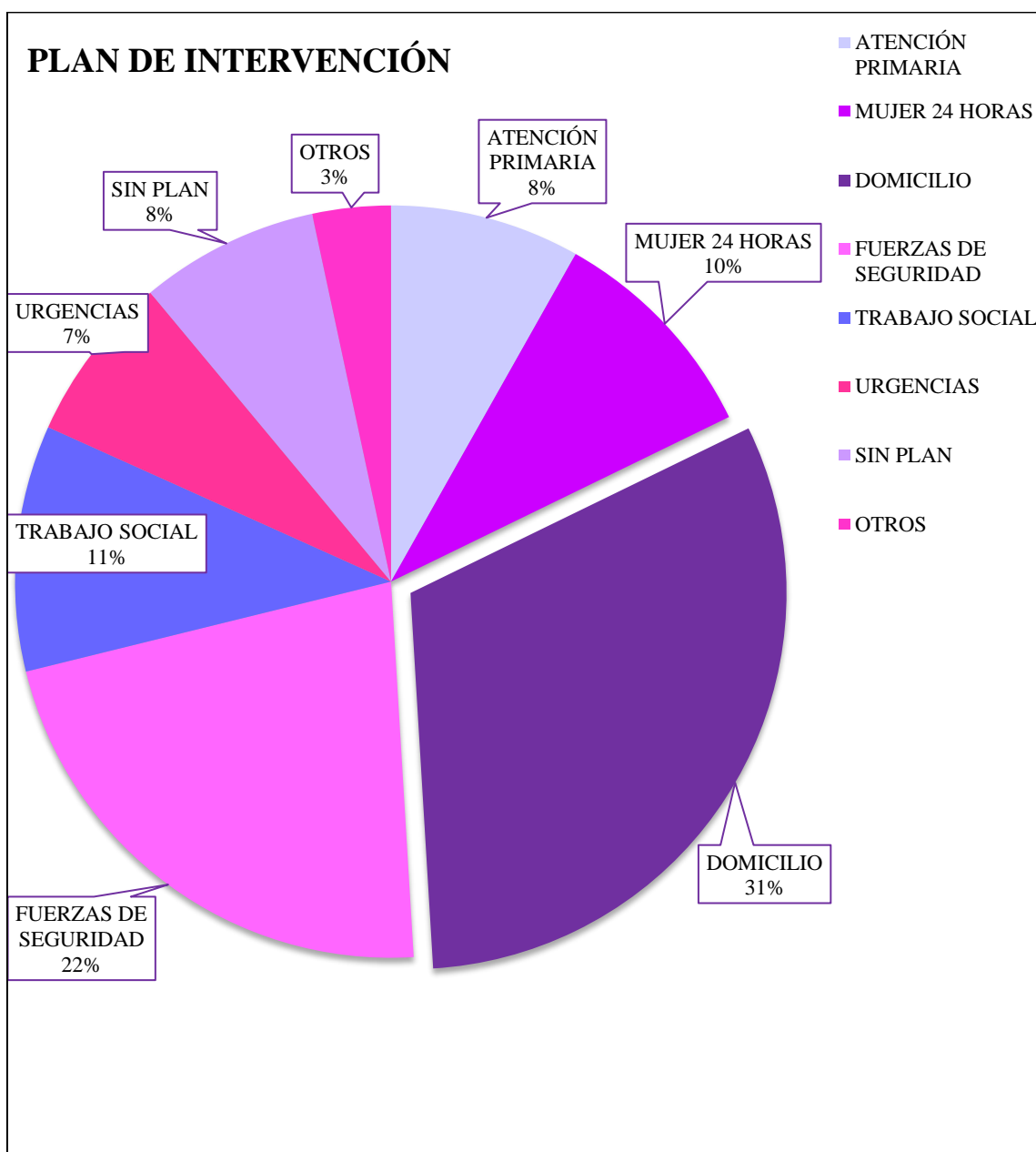
Las pacientes que además de consumir sustancias son víctimas de violencia de género que se encuentra en situación de gran vulnerabilidad, el ser mujer y consumidora de sustancias supone un multiplicador del riesgo de sufrir violencia de género. Las mujeres en tratamiento por Trastorno por Uso de Sustancias son víctimas de violencia ejercida por su

pareja con una incidencia tres veces superior a la de población general, y en las mujeres en tratamiento con metadona la incidencia de maltrato es más alarmante aún, llegando al 90%; además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia. Se viene analizando desde hace tiempo, la relación entre la violencia que sufre la mujer a lo largo de su vida y el desarrollo de diversas psicopatologías, entre ellas es alta la prevalencia de patología dual, en la que el desarrollo de un trastorno adictivo junto con un trastorno mental se convierte en un determinante de la intervención.

Estas mujeres necesitan un plan de intervención muy concreto dirigido a la situación en la que viven, y en la que había que afrontar, tanto la adicción, como el maltrato físico, psicológico y el sexual en mujeres traficadas para la trata.

## PLAN DE INTERVENCIÓN

La siguiente gráfica, nos muestra que el plan de intervención que se adopta en un 31% de los casos es derivar a las pacientes a su domicilio. Se trata de un porcentaje muy elevado, ya que como hemos visto en gráficas anteriores vuelven con su agresor, y en la mayoría de ocasiones al lugar donde se produjo la agresión. Solo tenemos 17 mujeres que además de derivarlas a su domicilio, también lo hicieron a trabajo social, y de éstas 2 acompañadas de las fuerzas de seguridad.



El plan<sup>281</sup> de intervención es tan importante como la propia atención sobre la salud de las mujeres según recoge la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016<sup>282</sup>, aprobada el 26 de julio de 2013 fijó como uno de los objetivos generales de dicha Estrategia la mejora de la respuesta institucional (Planes Personalizados para las víctimas y avance hacia la Ventanilla Única). La Conferencia Sectorial de Igualdad reunida el 17 de junio de 2013, aprobó la propuesta común para la mejora de la coordinación y la puesta en marcha del plan personalizado para las víctimas de violencia de género y los menores a su cargo, que pretende ser la hoja de ruta para la puesta en marcha de este objetivo.

- Garantizar a las mujeres mediante el efectivo trabajo en red que evite revictimizaciones secundarias, un espacio de seguridad y acompañamiento cualitativo, en su caso a través de la acogida residencial inmediata, dándoles la oportunidad de alejarse del foco de la violencia de género, con objeto de proteger su integridad física y psíquica y hacer efectivos los derechos que la ley les reconoce.
- Ofrecer, a través de la provisión de servicios multidisciplinares e interinstitucionales, un espacio y un tiempo propio para la reflexión, la toma de conciencia y la recuperación emocional de la violencia sufrida, para que puedan marcar una inflexión decisiva y permanente en el ciclo de la violencia, considerando específicamente a aquéllas que sin haber presentado denuncia, requieran una especial preparación para ello.
- Acompañar a las mujeres en el proceso de reparación de los diferentes aspectos personales y vivenciales que se han visto malogrados en relación de violencia vivida facilitando un entorno de confianza y participación efectiva.

---

<sup>281</sup> ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (2013 - 2016) (Consultado en línea, 8 septiembre 2018) Disponible en: <http://www.Violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/docs/EstrategiaNacionalCastellano.pdf>

<sup>282</sup> MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. “Propuesta de pautas para la intervención integral e individualizada con mujeres víctimas de Violencia de Género, sus hijos e hijas y otras personas a su cargo”. Disponible en: <http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/otrasMedidas/pdf/Punto5PropuestaPAI.pdf>

- Promover la autonomía, la independencia y la responsabilidad para que cada mujer sea la auténtica “agente del cambio”, incidiendo especialmente en la inserción y formación laboral así como la plena integración en la vida social, como medio adecuado para ello.

Apoyar a las mujeres en la resiliencia y en la recuperación de sus fortalezas y capacidades para que puedan abandonar su posición de víctimas. En relación a los y las menores y otras personas dependientes de la mujer:

- Garantizar a las hijas e hijos y personas dependientes de las mujer acogida mediante el efectivo trabajo en red que evite revictimizaciones secundarias, un espacio de seguridad y de acompañamiento cualitativo dándoles la oportunidad de alejarse del foco de la violencia, con objeto de proteger su integridad física y psíquica.
- Ofrecer modelos de relación interpersonal y convivencia en igualdad con perspectiva de género y no violentas que prevengan modelos de violencia en el futuro.
- Proporcionar a través de la atención y el abordaje integral de todas sus necesidades (psicológicas, sociales, educativas, jurídicas) un ámbito para crecer y desarrollarse, realizando a la vez las responsabilidades sociales que les corresponde según su edad.
- Garantizar un espacio sin violencia donde aquello que prevalece es el bienestar afectivo y el desarrollo de las potencialidades singulares de la o el menor.

No obstante de esta gráficas solo hemos extraído las medidas con una respuesta social, sin olvidar, como hemos visto, que la violencia de género tiene una repercusión sobre la salud de las mujeres, que no termina con la emisión de un parte de lesiones, si no, todo lo contrario, el seguimiento de una mujer don un diagnóstico de violencia de género tiene que ser puntual y coordinado por todo el sistema de salud. Es fundamental que a las pacientes don diagnóstico de violencia de género se les haga un seguimiento donde se establezca un



seguimiento para cada mujer y en función de su situación personal, si tiene hijos e hijas o personas a su cargo.

## CONCLUSIONES:

**PRIMERA.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha reiterado en muchas ocasiones que la violencia de género es un tema de Salud Pública. La violencia física o sexual afecta a más de un tercio de todas las mujeres a nivel mundial, según un nuevo informe publicado por la propia Organización en 2013. La OMS habla en el recién informe de un problema de salud mundial de proporciones epidémicas. Hemos visto a lo largo de todo el trabajo como los malos tratos tienen un efecto directo sobre la salud de las mujeres. Es por eso, que los centros sanitarios son un espacio privilegiado para la detección, el abordaje y la derivación de forma coordinada a otros recursos especializados, para la salida de esta situación en las mujeres que la están sufriendo, y que no debe dejarse en algo residual, ya que según esta Organización Mundial se estima que el 35 por ciento de las mujeres de todo el mundo han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su compañero sentimental o violencia sexual por parte de una persona distinta a su compañero sentimental en algún momento de su vida. Sin embargo, algunos estudios nacionales demuestran que hasta el 70 por ciento de las mujeres han experimentado violencia física y/o sexual por parte de un compañero sentimental durante su vida.

**SEGUNDA.** El personal sanitario es clave para la detección y el abordaje de la violencia de género. Por eso la formación es una prioridad para poder actuar con seguridad sobre estas las mujeres que están sufriendo episodios de violencia de género y de esta manera, firme y segura, diseñar junto a cada mujer una estrategia, tanto de salud, como social para poder salir de este maltrato. No puede haber una buena actuación sobre las mujeres que sufren violencia de género si no hay primero una buena formación, pero no por ser una violencia de género algo cruel y devastador, si no, porque el personal sanitario tiene formación específica sobre todas y cada una de las patologías que sufre la ciudadanía, y la violencia de género también es una patología devastadora y cruel. No todas las mujeres tienen las mismas necesidades y la viven de la misma manera, por eso es necesario conocer desde la propia experiencia de vida de cada mujer son las necesidades, para intervenir de la forma más segura y rápida sobre esta situación y salir lo más pronto de esta vida de maltrato. La violencia de género tiene muchas aristas, hay que actuar desde muchos escenarios y hacerlo conociendo a través de la formación, y de los protocolos específicos cual es el mejor recorrido, el más seguro y el más

eficaz. Solo a través de la formación tanto Universitaria, como para el desarrollo de la actividad asistencial se garantizará una atención adecuada sobre las mujeres que llevan mucho tiempo sufriendo esta terrible enfermedad social.

### **TERCERA.** Atención Integral.

Hay una falta de continuidad y de atención integral en la asistencia sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género. Como hemos visto, la intervención sanitaria a las pacientes víctimas de violencia de género no termina con la emisión de un informe médico de presunta violencia de género, al contrario, comienza con una actuación coordinada, un seguimiento más continuo. Como hemos visto solo el 18% de las mujeres atendidas tiene un diagnóstico de violencia de género, por ello, se deberían utilizar los diagnósticos que recoge la CIE<sup>283</sup> (clasificación internacional de enfermedades) sobre violencia de género, para poder hacer un seguimiento más puntual sobre estas pacientes.

Los Servicios de Urgencias son un espacio donde las mujeres que sufren violencia de género, sobre todo la física, acuden de manera habitual. Es en la especialidad de Medicina de Urgencias, por ser esta Unidad, donde se atiende la aparición fortuita, (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de la persona que la sufre o de su familia (OMS)<sup>284</sup>, por lo que deberían de ser espacios libres de violencia de género.

Llama la atención que solo se deriven a la Unidad de Obstétrica y Ginecología 9 casos, ninguno a la Unidad de Salud mental, ni tampoco a la Unidad de Trabajo Social, cuando la violencia de Género, (como se muestra en el estudio), tiene como antecedente, en la mayoría de casos, que se ejerce mediante la violencia psicológica. Requiere especial atención, el número de mujeres embarazadas, 9 en nuestro estudio, en los que habrá que seguir haciendo el seguimiento que hacen las matronas de CRIBADO en embarazadas, cada trimestre y nada más nacer la criatura, el embarazo es un tiempo de especial vulnerabilidad.

---

<sup>283</sup> España. Clasificación Internacional de Enfermedades. Disponible en: <http://www.cie9.com/cie9.pdf>

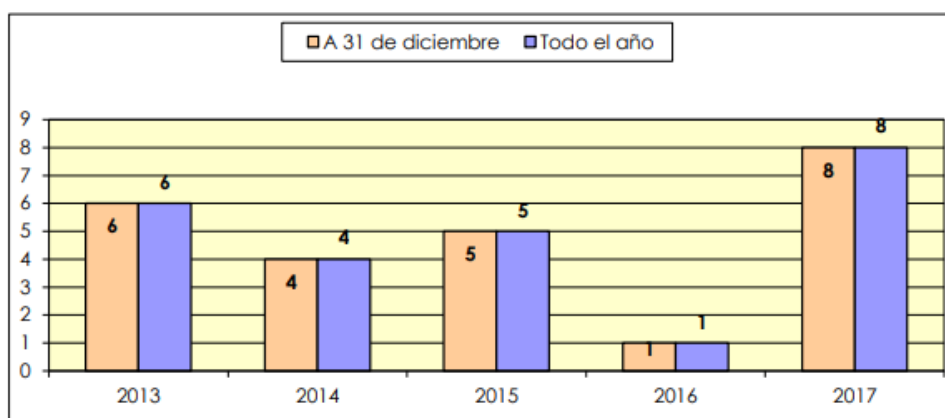
<sup>284</sup> ESPAÑA “Unidad de urgencias hospitalaria Estándares y recomendaciones” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones, 2011. [consulta 13 agosto de 2018] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>

En definitiva, la derivación debería ser a otras Unidades más especializadas, tanto con las agresiones sexuales y psicológicas, y no tratadas de manera uniforme.

#### **CUARTA.** Los hijos y las hijas de las mujeres víctimas de violencia de género

El estudio revela el déficit de respuesta al no incluir en el plan de intervención la derivación de los hijos e hijas de las mujeres que sufren este tipo de violencia al Servicio de Pediatría, cuando es sabido y reconocido, que sufren una violencia en silenciada al presenciar, ver y oír a sus madres maltratadas. Los hijos e hijas que han vivido de cerca esta violencia corren el riesgo de reproducirla en la edad adolescente y adulta.

Si analizamos los datos de las fichas Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad en las fichas de menores víctimas mortales<sup>285</sup>, vemos como las y los menores víctimas mortales por violencia de género han ido creciente, por lo tanto es urgente que se pregunte a las pacientes la existencias de menores y pode derivarlas tanto a los servicios de Pediatría como a Trabajo social, e incluso comunicar a la fiscalía de menores la existencia de menores en riesgo.



Fuente: fichas Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad en las fichas de menores víctimas mortales

---

<sup>285</sup> MINISTERIO DE PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES E IGUALDAD. fichas de menores víctimas mortales Disponible en:: [http://www.Violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/ViolenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/docs/Vmenores\\_2017\\_31\\_12\\_2.pdf](http://www.Violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/ViolenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/docs/Vmenores_2017_31_12_2.pdf)

## QUINTA. Atención psicosocial de las pacientes del estudio

Ya sabemos que la relación de las pacientes con sus maltratadores necesita un análisis profundo, basado en la evidencia científica y en la historia de vida de cada una de ellas. Analizando el entorno más cercano a las mujeres que se atienden en los Servicios de Urgencias vemos que la mayoría son solteras, tienen estudios, pero no tienen trabajo asalariado y viven con el agresor, o hay una dependencia o bien económica o bien emocional o ambas. Estas circunstancias sociales también tienen una repercusión sobre la salud de las mujeres atendidas, aquellas pacientes que sufren violencia psicológicas y que no sufren violencia física no suelen ser atendidas en estos Servicios de Urgencias, o si las asisten, como hemos visto, no se suele destacar que la paciente sufre una violencia sutil y emocional, durante mucho tiempo, limitándose a recoger en el diagnóstico “depresión o ansiedad” pasando a un tratamiento farmacológico basado, en la mayoría de ocasiones, en ansiolíticos que hacen que las pacientes estén más adormecidas y sean menos conscientes de su realidad, y por lo tanto no se enfrenten a ella de una manera segura y firme.

La conclusión a la que llegamos es que, las mujeres siguen viviendo con sus maltratadores tal como se confirma viendo los datos oficiales de las mujeres asesinadas durante el año 2017, en muchas ocasiones, por falta de apoyo social e institucional como ya se ha comentado anteriormente, es imprescindible disponer de recursos específicos para prevenir la violencia desde los ámbitos educativos e institucionales.

A este respecto tenemos que aportar la importante novedad que recoge el Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género que modifica Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección integral contra la Violencia de Género en cuanto a la acreditación de las situaciones de violencia de género y que tiene un gran impacto para la práctica de la medicina ya que recoge de esta manera este que:

Dos. Se modifica el artículo 23, que queda redactado como sigue:

*«Artículo 23. Acreditación de las situaciones de violencia de género.*

*Las situaciones de violencia de género que dan lugar al reconocimiento de los derechos regulados en este capítulo se acreditarán mediante una sentencia*

*condenatoria por un delito de violencia de género, una orden de protección o cualquier otra resolución judicial que acuerde una medida cautelar a favor de la víctima, o bien por el informe del Ministerio Fiscal que indique la existencia de indicios de que la demandante es víctima de violencia de género. También podrán acreditarse las situaciones de violencia de género mediante informe de los servicios sociales, de los servicios especializados, o de los servicios de acogida destinados a víctimas de violencia de género de la Administración Pública competente; o por cualquier otro título, siempre que ello esté previsto en las disposiciones normativas de carácter sectorial que regulen el acceso a cada uno de los derechos y recursos.*

*El Gobierno y las Comunidades Autónomas, en el marco de la Conferencia Sectorial de Igualdad, diseñaran, de común acuerdo, los procedimientos básicos que permitan poner en marcha los sistemas de acreditación de las situaciones de violencia de género.»*

Necesaria la reforma que se introduce en este Real Decreto de 3 de agosto, cuando podemos comprobar que las mujeres no recurren a la denuncia para alejarse de su agresor, por lo tanto la medida introducida, permitirá que sea el personal médico quien con su informe pueda confirmar que la mujer es víctima de violencia de género, sin necesidad de denunciar ni de tener una orden de alejamiento.

Como vemos a continuación de las 51 mujeres oficiales que murieron asesinadas en 2017<sup>286</sup> por sus parejas o exparejas hombres, 31 convivían con su agresor.

---

<sup>286</sup> MUJERES VÍCTIMAS MORTALES POR VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA a manos de sus parejas o exparejas. Año 2018. datos provisionales Datos de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. Consulta agosto 2018. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales\\_31\\_12\\_2017.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/ViolenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_31_12_2017.pdf)

Características de las víctimas		Nº de casos	% del total
	<b>Total VÍCTIMAS</b>	<b>51</b>	<b>100,0%</b>
PAÍS NACIMIENTO VÍCTIMA	España	33	64,7%
	Otros países	18	35,3%
	No consta	0	0,0%
EDAD DE LA VÍCTIMA	<16 años	0	0,0%
	16-17 años	0	0,0%
	18-20 años	2	3,9%
	21-30 años	10	19,6%
	31-40 años	16	31,4%
	41-50 años	12	23,5%
	51-64 años	6	11,8%
	65-74 años	2	3,9%
	75-84 años	2	3,9%
	>85 años	1	2,0%
	No consta	0	0,0%
CONVIVENCIA	Sí	31	60,8%
	No	19	37,3%
	No consta	1	2,0%
RELACIÓN	Expareja o en fase de ruptura	20	39,2%
	Pareja	31	60,8%

Fuente: Datos de la Delegación de Gobierno para la Violencia de género. Consulta agosto 2018

#### **SEXTA.** En cuanto al tipo de maltrato

El tipo de violencia que se atiende y se registra en los Servicios de Urgencia más habitual es el maltrato físico, las pacientes acuden en la última paliza, en el último golpe, se asustan, creen que serán más creíble visibilizar las lesiones en un Servicio médico y tienen miedo. Desde esta detección se tendría que hacer una derivación de cada mujer que acude a este servicio. Es necesario que una diagnosticada esta violencia se haga desde el ámbito sanitario una atención psicológica, ya confirmada esa situación tanto a la mujer maltratada como a su entorno para que desde el ámbito sanitario hubiera una atención psicológica, aunque en el Servicio de Urgencias la mayoría de las agresiones que se atienden son físicas, anteriormente a esta violencia hay un gran peso de violencia psicológica.

#### **SEPTIMA.** Intervención de los recursos especializados.

La derivación a los recursos especializados debe de ser obligatoria, para que las mujeres tomen decisiones sobre su situación, deben ir acompañadas en este camino para conocer sus derechos y las dificultades con las que se pueden encontrar. La utilización de los recursos deben de ser conocidos por todas y todos los profesionales, evitando Fundaciones y asociaciones que tengan un fin lucrativo y conocidos por toda la ciudadanía y sobre todo por el personal sanitario, que pueda pedir una intervención desde el primer momento que la mujer lo necesite.

#### **OCTAVA.** Mujeres más vulnerables.

En este estudio hemos visto como hay mujeres que han intentado suicidarse y así lo han verbalizado al equipo facultativo, en concreto un 7%. También un 7% son consumidoras activas de sustancias tóxicas. En ambos grupos, la violencia de género, el suicidio y las adicciones están cerrados en un mismo círculo, por tanto desde el ámbito sanitario, es necesario establecer un circuito que aborde una manera integral a este perfil de pacientes.

#### **NOVENA.** La utilización de SIVIO.

El informe médico de presunta violencia hay que hacerlo en “todos los casos” con pacientes que relatan episodios de violencia. Sorprende que en algunos informes de alta aparezca la expresión “refiere agresión” y no se haya cumplimentado el informe médico desde la aplicación SIVIO. Relacionado con este informe, habría que valorar la posibilidad de cumplimentar algunos datos, que a día de hoy, no son obligatorios pero que darían, tanto a otro personal facultativo como al juzgado información muy importante. La valoración del riesgo tampoco se ha realizado en muchos de los casos, cuando que en su relato había una agresión.

#### **DÉCIMO.** Hacer un seguimiento.

Es imprescindible hacer un seguimiento puntual de los casos de aquellas mujeres que están registrados en la aplicación SIVIO, para intentar averiguar qué ha pasado y si existe un seguimiento desde los servicios especializados tanto sanitarios como sociales.

#### **UNDÉCIMA.** La Formación imprescindible.

Vemos que el inflamamiento de los textos legales cuando se refieren, a eliminar la discriminación de género y conseguir la igualdad, es algo muy común. ¿Qué pasaría si se incumpliera la ley del tabaco, o las normas de tráfico? Sigue sin desarrollarse y sin aplicarse aquellos preceptos normativos que recogen la necesidad de formación en violencia de género tanto desde la educación primaria como desde el ámbito Universitario, y la realidad es que los y las profesionales que se encuentran con mujeres que están sufriendo esta enfermedad social, esta triste realidad, no saben cómo manejarla, no utilizan las mejores herramientas empáticas para su abordaje y, lo peor, no saben cuáles son las circunstancias por las que están pasando estas mujeres y la forma de abordar esta realidad y la mejor manera de



derivarlas. La formación y la información cuando ha fallado la prevención son imprescindibles.

**DUODÉCIMA.** Coordinación.

Es necesario diseñar un circuito por el cual el sistema sanitario tenga información puntual y actualizada de todos los episodios de salud de la paciente que sufre violencia de género para que se pueda consultar desde cualquier centro y en cualquier momento y además, es necesaria que esta información también sean consultada por los demás operadores que intervienen en cualquier proceso por violencia de género, tanto la policía, como la judicatura, como los recursos especializados e institucionales que asesoran y acompañan a la paciente en este proceso de maltrato. La administración tiene obligación de dar a la mujer una atención coordinada urgente y consensuada para que estas mujeres puedan salir cuanto antes de esa situación, y siempre teniendo en cuenta la necesidad de cada mujer y la seguridad de éstas.

## LIMITACIONES

Solamente comentaremos las que hemos encontrado desde el ámbito sanitario referentes al no poder hacer un análisis más profundo sobre los episodios de las pacientes que han sufrido violencia de género. A la falta de coordinación y protocolos específicos ya comentado en varias ocasiones se suma la mayor dificultad en cuanto a la obtención de datos de las pacientes. Si bien es cierto que la historia clínica única es algo que los y las profesionales sanitarias reclaman para poder mejorar la atención sanitaria dese cualquier centro sanitario la realidad es otra. No es posible acceder a los datos sanitarios realizados en distintos Servicios de Urgencias, por lo que una señora puede haber sido atendida hace una semana en un hospital por una agresión sexual, y al sí siguiente no poder acceder desde otro centro, ni a las pruebas médicas ni a los informes. Esta circunstancia es importante subsanarla para poner acceder de una manera puntual siempre que la paciente necesite una atención sanitaria, y diría más, quizá con la salvedad que merece la protección de datos que la fiscalía y la policía judicial, pudiera acceder a los informes de presunta violencia de la aplicación SIVIO<sup>287</sup>, cuando haya una confirmación de un caso de violencia de género.

Que la formación en violencia de género no sea obligatoria y solo voluntaria es también una gran limitación.

La presión asistencial es una de las limitaciones más grande con la que se encuentran diariamente los y las profesionales en los centros, y la falta de intimidad, de credibilidad cuando las pacientes cuentan episodios dolorosos de sus vidas y difíciles de demostrar en un servicio de urgencias. La falta de empatía en temas tan dolorosos y delicados no ayuda a las mujeres que se atreven y confían en el personal sanatorio.

---

<sup>287</sup> GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO? [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

<sup>294</sup> ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. “Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)” [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.Violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

La formación en su carácter voluntario es otra de las grandes limitaciones, no existe en estos momentos la posibilidad de formación “obligatoria”, por lo menos en los espacios donde mujeres con posibilidades de maltrato se acercan a contar sus síntomas de salud acusados por una vida de maltrato.

No existe una figura sanitaria que coordine tanto dentro del ámbito sanitario, como con los recursos especializados del exterior un seguimiento de cada paciente. No se sabe si denunció, si se derivó a otra especialidad, si empezó tratamiento psicológico o de otro tipo, si su salud se ha restablecido, si sus hijos e hijas están bien y salieron de este círculo de la violencia. El límite de compartir datos y coordinación de cada paciente, tanto dentro del sistema sanitario también es otra limitación.

## **PROPUESTAS DE FUTURO.**

Con este trabajo hemos podido comprobar que hay que seguir investigando y trabajando desde los centros sanitarios como se puede mejorar la atención a las pacientes y cuáles son los fallos que hoy el sistema tiene, a veces muy sutiles para que cuando una paciente sufre violencia de género sea atendida de una manera coordinada y rápida, sin dudas, dando una expuesta eficaz y eficiente, por esos seguiremos investigando sobre cuáles son los errores evitables y las mejoras necesarias para llegar cuanto antes a ellas, una vez se ha detectado este fracaso social, y puedan cuanto antes salir de esta situación de violencia que les afecta a su salud y al derecho a una vida sin maltrato.

Diseñar estrategias para que las mujeres que por su edad o su estado de salud no suelen ir a su Centro de Salud se acerquen para poder hacer el CRIBADO y, poder llegar antes a ellas y sus hijos e hijas en caso de detectar una situación de maltrato.

La formación en Violencia de Género, es decir, será obligatoria cuando se acceda a la plaza, temporal o fija en el acceso a la Sanidad pública en todas las categorías profesionales.

Establecer un calendario para implementar el protocolo sanitario y la detección de la Violencia de Género en la sanidad privada y en las mutuas de accidentes de trabajo.

Conseguir la historia clínica única e universal y que todos los datos sanitarios sean accesibles desde cualquier centro sanitario de la Sanidad Pública.

Establecer un circuito igual para todos los Servicios de Urgencias que estén directamente conectado con los cuerpos de Seguridad y los recursos especializados en Violencia de género.

## BIBLIOGRAFÍA

AGENCIA de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. “Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Resumen de las conclusiones” [en línea]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014. [Consulta: 4 agosto 2018]. ISBN 978-92-9239-380-9 doi:10.2811/608. Disponible en: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14\\_es.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf)

AGENCIAS. “[Una mujer es violada en España cada ocho horas, según Interior](#)”. *El Confidencial* [en línea]. 11 julio 2016. [Consulta: marzo 2018]. Disponible en: [https://www.elconfidencial.com/espana/2016-07-11/numero-violaciones-espana\\_1231474/](https://www.elconfidencial.com/espana/2016-07-11/numero-violaciones-espana_1231474/)

ALBERDI, Inés, MATAS, Natalia. “La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España” [en línea]. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002. Colección Estudios Sociales, 10. [Consulta: 5 de agosto de 2018]. Disponible en: [http://pmayobre.webs.uvigo.es/pdf/la\\_violencia\\_domestica\\_informe\\_malos\\_tratos\\_a\\_mujeres\\_en\\_espana.pdf](http://pmayobre.webs.uvigo.es/pdf/la_violencia_domestica_informe_malos_tratos_a_mujeres_en_espana.pdf)

ALONSO VAREA, José Manuel, CASTELLANOS DELGADO, José Luis. “Por un enfoque integral de la violencia familiar”. En: *Psychosocial Intervention* [en línea], 2006, vol. 15, no. 3. pp. 253-274 [consulta: 19 agosto de 2018]. ISSN 2173-4712. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592006000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300002)

ALVARADO RIGORES, Manuela, GUERRA, Neyra. “La violencia de Género un problema de Salud Pública”. En: *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social* [en línea], 2012, vol. 2, no. 2, pp. 117-130 [consulta 12 agosto de 2018]. ISSN: 2244-808X. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154889.pdf>

AMNISTÍA internacional. “Derechos de las mujeres y las niñas”. En: *Amnistía internacional* [en línea], [consulta: 11 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/mujeres/>

AMNISTÍA internacional. “Violencia de género en España”. En: *Amnistía internacional* [en línea], [consulta: 11 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/espana/violencia-contra-las-mujeres/>

ANDRÉS DOMINGO, Paloma, et al. “La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública: Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas” [en línea]. Madrid: Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2003. [Consulta: 03-08-2018]. ISBN: 84-451-2527-3. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086\\_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true)

AGUADO DELGADO, Violeta. ELDIARIO.ES.”La salud también es una cuestión de género” (Consultado 15 agosto 2018) Disponible en: <https://lab.eldiario.es/diadelamujer/salud/>

APARICIO GARCÍA, Marta Evelia. “¿Tiene influencia el género en la salud?”. *La Marea* [en línea]. 11 diciembre 2013. Disponible en: <https://www.lamarea.com/2013/12/11/tiene-influencia-el-genero-en-la-salud/> [consulta: 9 agosto de 2018]

ARTEIRO ROMERO, Antonia. “Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres”. En: *Gaceta Sanitaria* [en línea], 2007, vol. 21, no. 4, pp. 273-277. [consulta 12 agosto de 2018]. ISSN: 0213-9111. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v21n4/editoriales.pdf>

ASOCIACIÓN Española de Neuropsiquiatría. “Protocolo de detección y abordaje de la violencia doméstica para el sistema sanitario público de La Rioja” [en línea]. [consulta: 17 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.aen.es/docs/guias\\_vg/la\\_rioja.pdf](http://www.aen.es/docs/guias_vg/la_rioja.pdf)

BARBERO GUTIÉRREZ, Javier. “El maltrato de género en las relaciones de pareja: una mirada desde la bioética”. En: “La violencia contra las mujeres: prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas”. Madrid: Díaz de Santos; 2005. pp. 225-39.

BAREA PAYUETA, C. “El maltratador: ¿enfermo o delincuente?”. En: *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 2004, vol. 11, issue, 6, pp. 300-305. ISSN 1134-2072

BEAUVOIR, Simone de. “El segundo sexo”. Madrid: Cátedra, 2017. ISBN: 978-84-376-3736-5

BENTERRAK AYENZA, Fátima. “Los juicios rápidos violencia de género” [en línea] [consulta: 17 agosto de 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/24400006-Los-juicios-rapidos-violencia-de-genero-fatima-benterrak-ayenza-fiscal-de-la-fiscalia-provincial-de-madrid-seccion-violencia-de-genero.html>

BELANDO GARÍN, Beatriz. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL NUEVO ESTATUTO BÁSICO DEL EMPLEADO PÚBLICO (Consultado 8 septiembre 2018) Disponible en: [https://www.uv.es/genero/docs/public\\_jur/violencia\\_estatuto.pdf](https://www.uv.es/genero/docs/public_jur/violencia_estatuto.pdf)

BERGALLI, Roberto, BOLDELÓN, Encarna. “La cuestión de las mujeres y el derecho penal simbólico”. En: *Anuario de filosofía del derecho* [en línea], 1992, no. 9, pp. 43-74 [consulta: 16 agosto de 2018]. ISSN: 0518-0872. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/142233.pdf>

BERLINGUER, Giovanni. “Determinantes sociales de las enfermedades”. En: *Rev cub salud pública*. [en línea] 2007, vol. 33, no. 1. [Consulta 25 enero 2009] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100003)

BLANCO, Pilar, et al. “La violencia de pareja y la salud de las mujeres” En: *Gac Sanit* [online], 2004, vol.18, no. 4, pp. 182-188. [consulta 9 agosto de 2018]. ISSN 0213-9111. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso) .

BODELÓN, Encarna. “Violencia institucional y violencia de género”. En: *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* [en línea]. 2014, no.48. pp. 131-155 [Consulta 5 agosto de 2018].

eISSN: 2530-3716. Disponible en:

<http://revistaseug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/2783/2900>

BOMBINO COMPANIONI, Yenisei. “Estudios sobre sexualidad y género: su visualización en la revista *Sexología y Sociedad*”. En: *Revista de Sexología y Sociedad* [en línea], 2013, vol. 19, no. 1, pp. 31-43. [consulta: 19 agosto de 2018]. ISSN: 1682-0045. Disponible en:

<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/viewFile/8/11>

BORDIER, Pierre. “La dominación masculina”. Barcelona: Anagrama, 2000. ISBN: 9788433905895

CHAMBERLAIN BOLAÑOS, Cynthia. LA CONVENCIÓN CEDAW CONOCIENDO LOS DERECHOS DE LA MUJER, UN PRIMER PASO PARA SU DEFENSA. . [en línea].

[Consulta: 9 septiembre de 2018]. Disponible en:

<https://revistas.uam.es/revistajuridica/article/viewFile/6182/6637>

CARRIZO GONZÁLEZ- CASTELL, Adán. “El protocolo común de asistencia sanitaria frente a la violencia de género y la necesaria formación en materia jurídica de los profesionales de la salud”. En: *Actualidad del Derecho sanitario*, 2009, no. 162, p. 501.

CASTAÑEDA ABASCAL, Ileana Elena. “Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género”. En: *Rev Cubana Salud Pública* [en línea], 2007, vol. 33, no. 2

[consulta: 9 agosto de 2018]. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n2/spu11207.pdf>

CASTAÑEDA ABASCAL, Ileana, et al. “Algunas reflexiones sobre género”. En: *Rev Cubana Salud Pública* [en línea], 1999, vol. 25, no. 2, pp. 129-42. [consulta: 9 agosto 2018].

Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v25n2/spu04299.pdf>

CASTAÑO, Rosario, ARROYO, Celia. “La violencia de género en las relaciones sexuales”. En: *Centro Médico. Instituto Palacios, salud de las mujeres* [blog]. 25 de noviembre de 2016



[consulta: 03-08-2018]. Disponible en: <http://institutopalacios.com/la-violencia-genero-las-relaciones-sexuales/>

COLL-VINENT, Blanca, et al. “El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud”. En: *Gaceta sanitaria* [online], 2008, vol. 22, no. 1, pp. 7-10. [consulta: 9 agosto de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v22n1/original1.pdf>

COMUNIDAD de Madrid. “Violencia de pareja hacia las mujeres guía breve de actuación en los servicios de urgencias hospitalarios” [en línea]. Madrid: Consejería de Sanidad, D.G de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, 2013. [Consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017382.pdf>

COMUNIDADES Europeas. “Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados constitutivos de las comunidades europeas y determinados actos conexos” [en línea]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 1997. [Consulta: 5 agosto de 2018]. ISBN 92-828-1648-6. Disponible en: [www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf](http://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf)

CONSEJO de Europa. “El Consejo de Europa y la Violencia de Género. Documentos elaborados en el marco de la Campaña Paneuropea para combatir la violencia contras las mujeres (2006-2008)” [en línea]. Madrid: Ministerio de Igualdad, 2009. Contra la violencia de género. Documentos; 4. [Consulta: 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro\\_4\\_consejoeuropa.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro_4_consejoeuropa.pdf)

CONSEJO General de la Abogacía Española. “Observatorio de Violencia de género: aumentan un 2,3% las condenas a los maltratadores en el primer trimestre de 2018”. En: *Abogacía Española* [en línea]. [Consulta: 13 agosto de 2018] Disponible en: <https://www.abogacia.es/2018/06/15/observatorio-de-violencia-de-genero-aumentan-un-23-las-condenas-a-los-maltratadores-en-el-primer-trimestre-de-2018/>

CORCOY BISASOLO, Mirentxu. “Violencia en el ámbito familiar de los inmigrantes”. En: Libro Homenaje a Gonzalo Rodríguez Mourullo. Madrid: Cívitas, 2005, p. 1230. ISBN: 84-470-2338-9

CORRAL GARGALLO, Paz del. “Victimización primaria, secundaria y terciaria”. En: *Asistencia a las víctimas de experiencias traumáticas* [en línea]. Ursubil: Fundación ASMOZ. [consulta 14 agosto de 2018]. Disponible en: [https://docs.wixstatic.com/ugd/9e5874\\_21675cda2cc049b2a00e824a266d278.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/9e5874_21675cda2cc049b2a00e824a266d278.pdf)

COSCULLUELA MONTANER, Luís. “Manual de Derecho Administrativo. Tomo I. 14ª ed. Madrid: Civitas, p. 564.

DAVIS, Natalie Zemon. “Womens History in Transition: The European Case”. En: *Feminist Studies* [en línea], vol. 3, no. ¾ (Spring - Summer, 1976), p.90. [Consulta: 4 agosto 2018]. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3177729>

DELEGACIÓN de Gobierno para la Violencia de Género. “Violencia de género: Boletín estadístico mensual” [en línea] Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, junio 2018. [Consulta: 4 agosto 2018]. NIPO: 680-15-012-6. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2018/docs/BE\\_Junio2018\\_1.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2018/docs/BE_Junio2018_1.pdf)

DÍEZ CHAO, Consuelo. ONG FarmaMundi

DOMESTIC Abuse Intervention Programs. “Wheels” En: *Domestic Abuse Intervention Programs* [en línea], 2017 [Consulta: 12 agosto de 2018]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/FPCC1/rueda-de-poder-y-control>

DOMÍNGUEZ FUENTES, Juan Manuel, GARCÍA LEIVA, Patricia, CUBEROS CASADO, Inmaculada. “Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial”. En: *An. Psicol.* [en línea], 2008; vol. 24, no. 1, pp. 115-20. [consulta: 15 agosto de 2018]. ISSN: 1695-2294. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v24/v24\\_1/14-24\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/14-24_1.pdf)

DOMÍNGUEZ VELA, María. “Violencia de género y victimización secundaria”. En: *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* [en línea]. 2016, Volumen VI, no. 1, pp. 3-22. [consulta: 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/Violencia\\_de\\_geneo\\_y\\_victimizacion\\_secundaria.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Violencia_de_geneo_y_victimizacion_secundaria.pdf)

PERIODICO EL PAÍS: El Congreso aprueba por unanimidad la ley integral contra la violencia de género. [Consulta: 9 septiembre 2018]. Disponible en: [https://elpais.com/diario/2004/10/08/sociedad/1097186401\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2004/10/08/sociedad/1097186401_850215.html)

EQUIPO de trabajadores sociales atención primaria Valencia. “Intervención del trabajador social de atención primaria de salud con mujeres víctimas de violencia de género” [en línea]. [Valencia]: Agència Valencian de Salut, Conselleria de Sanidad, 2012. 41 p. [consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en:

[http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion\\_del\\_TSS\\_atencio\\_primaria\\_con\\_mujeres\\_vctimas\\_de\\_VIOLENCIA\\_DE\\_GENERO.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_atencio_primaria_con_mujeres_vctimas_de_VIOLENCIA_DE_GENERO.pdf)

ESCRIBÀ AGÜIR, Vicenta et al. “Protocolo para la atención sanitaria de la Violencia de Género (PDA)” [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat, 2009. [Consulta: 13 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-482-5376-9. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_atencion\\_sanitaria\\_Valencia.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf)

ESCRIBANO MARTÍNEZ, Ángela, “*Detección y abordaje de la violencia de género por el personal sanitario*”. Madrid: FYSA, 2012, pp. de 42 a 52

ESCRIBANO MARTÍNEZ, Ángela., “De qué hablamos cuando hablamos de violencia sobre las mujeres”. *Tribuna feminista* [en línea]. 21 abril 2016. Disponible en: <http://tribunafeminista.org/2016/04/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-violencia-sobre-las-mujeres/> [consulta: 13 agosto de 2018]

EUROPA Press. “El cribado de violencia de género de Sanidad detectó 2.423 casos positivos en 2017”. *Europa Press* [en línea]. 22 enero 2018. [Consulta 11 agosto de 2018]. Disponible

en: <http://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-cribado-violencia-genero-sanidad-detecto-2423-casos-positivos-2017-20180122123633.html>

EUROPA Press. “La Ley Integral contra la Violencia de Género, premiada por ONU Mujeres, World Future Council y Unión Interparlamentaria” En: *Europa Press* [en línea]. [consulta: 4 julio de 2017] Disponible en: <http://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-ley-integral-contra-violencia-genero-premiada-onu-mujeres-world-future-council-union-interpalamentaria-20141014190927.html>

FERNÁNDEZ ALONSO, M<sup>a</sup> Carmen, HERRERO VELÁZQUEZ, Sonia. “De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica”. En: *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* [en línea]. 2007, no. 12, pp. 1-6. ISSN 1887-4215 [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2007m3n12/rceap\\_a2007m3n12a2.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a2.pdf)

FERNÁNDEZ ALONSO, M<sup>a</sup> Carmen, HERRERO VELÁZQUEZ, Sonia. “De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica”. En: *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria* [en línea]. 2007, no. 12, pp. 1-6. ISSN 1887-4215 [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: [https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2007m3n12/rceap\\_a2007m3n12a2.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a2.pdf)

FERRER PÉREZ, Victoria A., BOSCH FIOL, Esperanza. “Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género”. En: *Anales de psicología* [en línea], 2005, vol. 21, nº 1 (junio), pp. 1-10 [Consulta: 4 agosto 2018]. Disponible en: [http://tiva.es/articulos/01-21\\_1.pdf](http://tiva.es/articulos/01-21_1.pdf)

FILLOL, Jéssica. “Violencia de género y suicidios: las víctimas olvidadas”. En: *Jéssica Fillol* [blog]. 7 febrero 2018 [consulta: 13 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.jessicafillol.es/2018/02/violencia-de-genero-y-suicidios-las-victimas-olvidadas/>

FREIXES SANJUÁN, Teresa. “Las normas de prevención de la violencia de género. Reflexiones en torno al marco internacional y europeo”. En: *Artículo 14, una perspectiva de género*: Boletín de información y análisis jurídico, 2001, no. 6, pp. 4-18.

FUNDACIÓN Casanova. “La atención primaria frente a la violencia de género: necesidades y propuestas” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. [Consulta 9 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion\\_Primary\\_VG.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primary_VG.pdf)

GALLEGO, Gemma. “El Convenio de Estambul. Su incidencia en el sistema español de lucha frente a la violencia contra la mujer”: *Elderecho.com* [en línea]. 19 octubre 2015. [consulta: 14 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Convenio-Estambul-incidencia-espanol-violencia\\_11\\_874180002.html](https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Convenio-Estambul-incidencia-espanol-violencia_11_874180002.html)

GALLEGO, Gemma. “Marco jurídico internacional de protección de la víctima de violencia.”. *Elderecho.com* [en línea]. 21 agosto 2017. [Consulta: 14 agosto 2018]- Disponible en: [https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Marco-juridico-internacional-proteccion-violencia-genero\\_11\\_1126180001.html](https://www.elderecho.com/tribuna/penal/Marco-juridico-internacional-proteccion-violencia-genero_11_1126180001.html)

GENERALITAT de Catalunya. Departament de Salut. “Protocol per a l’abordatge de la violencia masculista en l’àmbit de la salut a Catalunya: document marc: violencia en l’àmbit de la parella i familiar”. Barcelona: Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació, 2009. Planificació i Avaluació, 34. [Consulta 17 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-393-8319-2. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicas/linies\\_dactuacio/model\\_assistencial/ordenacio\\_cartera\\_i\\_serveis\\_sanitaris/abordatge\\_de\\_la\\_violencia\\_masculista/documents/arxius/abordatge.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_violencia_masculista/documents/arxius/abordatge.pdf)

GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. “Guía de intervención ante la violencia de género en mujeres con adicciones” [en línea]. [Valencia]: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016. [Consulta: 18 agosto de 2018]

Disponible

en:

[http://www.san.gva.es/documents/151311/7163660/171103+Guia\\_Mujeres\\_Adicciones\\_VG+-+Actualizada.pdf](http://www.san.gva.es/documents/151311/7163660/171103+Guia_Mujeres_Adicciones_VG+-+Actualizada.pdf)

GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. ¿Qué es SIVIO?” [en línea]. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: <http://sivio.san.gva.es/220>

GENERALITAT Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. “Sanidad registra un aumento del 14% en el número de mujeres que participan en el cribado de violencia de género”. *Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública* [en línea]. 22 enero 2018. [Consulta: 13 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.san.gva.es/web/comunicacion/notas-de-prensa/-/journal\\_content/56/151322/7205401/292581](http://www.san.gva.es/web/comunicacion/notas-de-prensa/-/journal_content/56/151322/7205401/292581)

GENERALITAT Valenciana. Vicepresidencia y Conselleria de igualdad y políticas inclusivas. “Pacte valencià contra la violencia de gènere i masclista” [consulta: 17 agosto 2018]. Disponible en: [https://www.sumatalpacte.com/wp-content/uploads/2017/09/Pacte-Valencia\\_cast-1.pdf](https://www.sumatalpacte.com/wp-content/uploads/2017/09/Pacte-Valencia_cast-1.pdf)

GÉNERO, SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.” El hostigamiento o acoso sexual”. Organización Internacional del Trabajo. . [en línea]. [Consulta: 9 septiembre de 2018] Disponible en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san\\_jose/documents/publication/wcms\\_227404.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_227404.pdf):

GIDDENS, Anthony. “Sociología” 3 ed. Rev. Madrid: Alianza Editorial, 2000. 406 p. [consulta: 16 agosto de 2018] ISBN. 84-206-8176-8. Disponible en: [http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/anthony\\_giddens\\_-\\_sociologia.pdf](http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/anthony_giddens_-_sociologia.pdf)

GOBIERNO de Aragón. Departamento de Salud y Consumo “Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica en el sistema de salud de Aragón” [en línea]. Jaquotot Saenz de Miera, Rosario (dir). [Zaragoza]: Dirección General de Planificación y Aseguramiento, 2005. [Consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en:

[http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Guia\\_atencion\\_sanitaria\\_Aragon.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Guia_atencion_sanitaria_Aragon.pdf)

GÓMEZ GÓMEZ, Elsa. “Género, Mujer y Salud en las Américas” [en línea]. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1993. Publicación Científica, 541. [Consulta 9 agosto de 2018]. ISBN 9275315418. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3312/Genero,%20mujer%20y%20salud%20en%20Las%20Am%20E9ricas.pdf?sequence=1>

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, Jorge, MARTÍNEZ JARRETA, M<sup>a</sup> Begoña, TENÍAS, BURILLO, José M<sup>a</sup>. “Buenas prácticas en la valoración pericial de personas que sobreviven a la violencia sexual”. En: *Ciencia Forense: Revista aragonesa de medicina legal* [en línea], 2016, no. 13 [consulta: 17 agosto de 2018]. ISSN: 1575-6793. Disponible en: [https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/35/80/\\_ebook.pdf](https://ifc.dpz.es/recursos/publicaciones/35/80/_ebook.pdf)

GONZÁLEZ SANJUÁN, M<sup>a</sup> Eugenia. “Género y desigualdades en salud” [en línea]. [Consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www2.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/avances\\_enfermeria/Genero%20y%20desigualdades%20en%20salud.pdf](http://www2.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/avances_enfermeria/Genero%20y%20desigualdades%20en%20salud.pdf)

GRACIA, Enrique, LILA, Marisol, “Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer”. En: *Revista Médica de Chile* [en línea], vol. 136, 2008, pp. 394-499 [consulta: 14 agosto de 2018]. ISSN: 0034-9887. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000300017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300017)

GRAN ÁLVAREZ, Miriam Alicia. “Interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad”. Director: Eduardo Zacca Peña. Tesis doctoral. Ministerio de Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública; 2004. [Consulta: Abr 2005]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revsalud/temas.php?idv=1148>

GUTIÉRREZ DE PIÑERES BOTERO, Carolina, CORONEL, Elisa, ANDRÉS PÉREZ, Carlos. “Revisión teórica del concepto de victimización secundaria”. En: *liber* [en línea],

2009, vol. 15, no. 1, pp. 49-58 [consulta: 19 agosto de 2018]. ISSN: 1729-4827. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n1/a06v15n1.pdf>

HAGEMANN-WHITE, Carol, KATENBRINK, Judith, RABE, Heike. “Combattre la violence à l'égard des femmes: Etude du bilan des mesures et actions prises dans les Etats membres du Conseil de l'Europe” [en línea]. Strasbourg: Direction générale de droits de l'homme, 2006. [Consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: <https://rm.coe.int/168059aa53>

HALE, Fiona, VÁZQUEZ, MariJo. “Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: Documento de antecedentes”. Washington: Development Connections, 2011. [Consulta: 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw-hiv\\_hale.pdf](http://www.endvawnow.org/uploads/browser/files/vaw-hiv_hale.pdf)

HARTIGAN, Pamela. “Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. Género, equidad y salud”. Washington: OPS/OMS, 2001. Publicación ocasional, 7. [Consulta 9 agosto de 2018]. ISBN: 92 75 32287 2. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/165824/9275322872.pdf?sequence=1>

HERNÁNDEZ, Manuel. VILCHES ABOGADOS.” *violencia de género y violencia doméstica: las diferencias*”.(Consultado el 9 septiembre 2018) Disponible en: <http://blog.hernandez-vilches.com/violencia-genero-violencia-domestica-las-diferencias/>

HERNÁNDEZ, María Jesús, et al. “Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja”. [València]: Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia, 2007. Documentos, 10. [Consulta: 17 agosto de 2018]. ISBN; 978-84-611-6259-8. Disponible en: [https://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/INFORME\\_COSTES\\_DE\\_LA\\_VIOLENCIA\\_DE\\_GENERO-VALENCIA%5B1%5D.pdf](https://igualdade.xunta.gal/sites/default/files/files/documentos/INFORME_COSTES_DE_LA_VIOLENCIA_DE_GENERO-VALENCIA%5B1%5D.pdf)

INE. “Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género, Año 2017” [en línea]. 28 mayo de 2018 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.ine.es/prensa/evdvg\\_2017.pdf](http://www.ine.es/prensa/evdvg_2017.pdf)



INFOCOP “Día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer – entrevista a María José Rodríguez de Armenta”. En: *Infocop online*,. 2008 [en línea]. 25 noviembre 2018. [Consulta 12 agosto de 2018.] Disponible en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=2132](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2132)

INSTITUTO de Investigación Sanitaria La Fe. “Una investigación de la Fe y la UV sitúa a la consulta médica como espacio de detección de violencia de género”. En: *Instituto de Investigación Sanitaria La Fe*. 10 abril 2018. [Consulta 9 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.iislafe.es/es/actualidad/noticias/2940/una-investigacion-de-la-fe-y-la-uv-situa-a-la-consulta-medica-como-espacio-de-deteccion-de-violencia-de-genero>

IRWIN, Alec, et al. “The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities”. En: *PloS Medicine* [en línea], 2006. June. Vol. 3; issue 6, pp. 0749-0751 [consulta: 7 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1459479/pdf/pmed.0030106.pdf>

JEWKES Rachel. “Preventing domestic violence: most women welcome inquiries, but doctors and nurses rarely ask about it”. En: *BMJ* [en línea], 2002, vol. 324, pp. 253-4. [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122187/pdf/253.pdf>

KRIEGER Nancy. “Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter?” En: *Int J Epidemiol*. [en línea] 2003, vol. 32, issue 4, pp. 652-7. [Consulta: 6 agosto de 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>

KRUG, Etienne G., et al., “Informe mundial sobre la violencia y la salud” [en línea]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003. Publicación Científica y Técnica, 588. [Consulta: 15 agosto de 2018]. ISBN 92 4 154561 5. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884\\_spa.pdf;jsessionid=43B98A801FE1523C5FE284164B151506?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf;jsessionid=43B98A801FE1523C5FE284164B151506?sequence=1)

LORENTE ACOSTA, Miguel. “Violencia y maltrato de género (i): aspectos generales desde la perspectiva sanitaria”. En: *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 2008, vol. 20, no. 3, pp. 191-197.

LORENTE ACOSTA, Miguel; “El agresor en la violencia de género: consideraciones sobre su conducta y estrategias” [online]. [Consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.elsindic.com/documentos/370\\_miguel%20lorente.ponencia.pdf](https://www.elsindic.com/documentos/370_miguel%20lorente.ponencia.pdf)

MATUD, M<sup>a</sup> Pilar, et al. “El personal sanitario ante la violencia de género”. En: *Clepsydra* [en línea], 2009, núm. 8, pp. 139-155. [Consulta: 6 agosto 2018]. Disponible: <http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20CLEPSYDRA/08-2009/09%20Matud%20y%20otras.pdf>

MCFARLANE, J, et al. “Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care”. En: *JAMA*, 1992;267(23):3176-3178.

MEDINA-MORA, María Elena, BERENZON, Shoshana, NATERA, Guillermina. “El papel del alcoholismo en las violencias”. En: *Gac Med Mex* [en línea], 1999, vol. 135, nº 3, pp. 282-287. [consulta: 3 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1999-135-3-282-287.pdf](https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-3-282-287.pdf)

MIGUEL LUKEN, Verónica de. “[Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015](#)”. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones, 2015. [Consulta: 03-08-2018]. ISBN: 978-84-7670-731-9. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

MINISTERIO de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “IX informe del observatorio estatal de violencia sobre la mujer 2015” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones, 2017. *Contra la violencia de Género. Documentos*, 24. [Consulta: 21 agosto de 2018]. ISBN:978-84-7670-734-0. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_24\\_IX\\_Informe.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_24_IX_Informe.pdf)

MINISTERIO de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. [Consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)

MONTALBÁN HUERTAS, Inmaculada. “Malos tratos, violencia doméstica y violencia de género desde el punto de vista jurídico”. En: *II Congreso sobre Violencia Doméstica y de Género: Granada, 23 y 24 de 2006* [en línea]. [Consulta 14 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.poderjudicial.es/stfls/PODERJUDICIAL/DOCTRINA/FICHERO/02.3ponencia\\_montalban\\_1.0.0.pdf](http://www.poderjudicial.es/stfls/PODERJUDICIAL/DOCTRINA/FICHERO/02.3ponencia_montalban_1.0.0.pdf)

MURUAGA LÓPEZ DE GUREÑU, Soledad. “La salud mental de las mujeres: La Psicoterapia de Equidad Feminista”. Madrid: AMS, 2013. 325 p. ISBN: 978-84-616-6942-4

NACIONES Unidas. “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” [en línea] [consulta 14 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

NACIONES Unidas. “Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995” [en línea]. Nueva York: Naciones Unidas, 1996. [Consulta: 5 agosto de 2018] ISSN 92-1-330155-3. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

OBSERVATORIO contra la violencia doméstica y de género. “Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o ex pareja en el año 2015” [en línea]. [Madrid]: Consejo General de Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la violencia doméstica y de género, 2015. [Consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/stfls/CGPJ/OBSERVATORIO%20DE%20VIOLENCIA%20DOM%20C3%89STICA/INFORMES/FICHERO/20171030%20Informe%20sobre%20v%20C3>

[%ADctimas%20mortales%20de%20la%20violencia%20de%20g%C3%A9nero%202015.pdf](#)

OFICINA Alto Comisionado para los Derechos Humanos. “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” [en línea]. En: Naciones Unidas, Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado, 1996-2018. [Consulta 11 agosto 2018]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>

PÉREZ, Gloria. LA LEY DE IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRES: UN PASO ADELANTE. [La ley de igualdad efectiva de mujeres y hombres](#): un paso adelante Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, ISSN 0213-9111, Vol. 21, N.º. 5, 2007, págs. 367-370. (Consulta en línea 9 de septiembre) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv21n5/editoriales.pdf>

OLCINA ALVARADO, Mariola. “Perspectiva de género, también en la salud”. [Pikara Magazine](#) [en línea]. 11 marzo de 2016. [Consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.pikaramagazine.com/2016/03/perspectiva-de-genero-tambien-en-la-salud/>

OMS. “Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer Organización Mundial de la Salud” [en línea]. OMS, 2018 [consulta 5 agosto de 2018] Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter1/es/](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/)

OMS. “Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”” [en línea]. OMS, 2018 [consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)

OMS. Mutilación genital femenina. [En línea]. [Consulta: 9 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>

ONU Mujeres. “Acerca de ONU Mujeres” [en línea]. [Consulta: 27 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/about-us/about-un-women>

ONU MUJERES: Definición de matrimonio forzado y de niños. [en línea]. [Consulta: 9 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/614-definicion-de-matrimonio-forzado-y-de-ninos.html>

ONU MUJERES. Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas. (Consultado en línea 4 septiembre 2018) Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

ONU. “OMS afirma que la violencia de género es un problema de salud pública”. ONU, 2013. [Consulta: 6 julio 2018]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2013/06/1275001>

ORGANIZACIÓN de los Estados Americanos. “Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)” [en línea]. [Consulta 14 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_B-32\\_Convencion\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf)

ORGANIZACIÓN de los Estados Americanos. “Convención Interamericana para prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará” [en línea]. [Consulta: 14 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Folleto-BelemdoPara-ES-WEB.pdf>

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. “Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen” [en línea]. Washington: OMS, 2002. [Consulta: 15 agosto de 2018]. ISBN 92 75 32422 0. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. “Taller sobre género, salud y desarrollo: guía para facilitadores” [en línea]. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1997. [Consulta: 16 agosto de 2018]. ISBN 9275122113. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/GDR-Genero-y-Desarrollo-Guia-Facilitadores.pdf>

ORTIZ HERAS, Manuel. “Mujer y dictadura franquista”. En: *Aposta: Revista de ciencias sociales* [en línea], 2006, no. 28 [consulta: 14 de agosto de 2018]. ISSN: 1696-7348. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/ortizheras.pdf>

PALOMO PINTO, Marisa. “Violencia contra la mujer: atención urgente. Ante el maltrato, ¿debe prevalecer la seguridad de la mujer o la legalidad vigente?” En: *Semergen* [en línea], 2004; vol. 30. No. 2, pp. 68-71. [Consulta: 12 agosto de 2018]. ISSN: 1138-3593. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S113835930474277X-S300>.

PERIODICO PÚBLICO. ALBIN, Danilo. “6-D: 39 años de una Constitución machista e incumplida”. BILBAO (Consultado 4 septiembre 2018. Artículo publicado en 05/12/2017). Disponible en: <https://www.publico.es/politica/dia-constitucion-6-d-39-anos-constitucion-machista-e-incumplida.html>

PI, Vanessa. “Las maltratadas silenciosas: un 13% de las muertas por violencia machista tienen más de 65 años”. *Eldiario.es* [en línea]. 24 noviembre 2014. Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/violencia-maltrato-sombra-mujeres-mayores\\_0\\_327917505.html](https://www.eldiario.es/sociedad/violencia-maltrato-sombra-mujeres-mayores_0_327917505.html) [consulta: 12 agosto de 2018]

PLAN International. “Violencia y discriminación”. En: *Plan International* [en línea], [consulta: 5 agosto de 2018]. Disponible en: <https://plan-international.es/por-ser-nina/campana/violencia-y-discriminacion-0>

PLAZAOLA-CASTAÑO; Juncal, RUÍZ-PÉREZ, Isabel, HERNÁNDEZ-TORRES, Elisa. “Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España”. En: *Gaceta sanitaria* [online], 2008, vol. 22, no. 5, pp. 415-420. [Consulta: 9 agosto de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v22n5/original4.pdf>

“La prevención y erradicación de la violencia de género. Un estudio multidisciplinar y forense”. Directora Elena MARTÍNEZ GARCÍA; coordinador Juan Carlos, VEGAS AGUILAR. Cizur Menor, Navarra: Aranzadi, 2012. ISBN: 978-84-901-4191-5

PRIETO SANCHO, Daniel, HERRANZ ANDÚJAR, Diego, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. “Envejecer sin ser mayor: nuevos roles en la participación social en la edad de la jubilación”. [en línea]. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal, 2015. Estudios de la Fundación, 2. [Consulta: 16 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-606-8682-8. Disponible en: [http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/envejecer\\_sin\\_ser\\_mayor/EnvejecerSinSerMayor\\_Web.pdf](http://www.fundacionpilares.org/docs/2015/envejecer_sin_ser_mayor/EnvejecerSinSerMayor_Web.pdf)

“Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. [Consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

PUPO AVILA, Noria Liset, SEGREDO PEREZ, Alina M. “Los contenidos en salud sexual y reproductiva en la formación de pregrado y posgrado del médico cubano” En: *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2013, vol.39, suppl.1, pp. 974-987. [consulta: 19 agosto de 2018]. ISSN 0864-3466. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000500015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500015)

RICO, Nieves. “Violencia de género: un problema de derechos humanos”. [s.l]: Naciones Unidas. CEPAL, 1996. *Mujer y desarrollo*, 16. [Consulta: 11 agosto de 2018]. ISSN: 1564-4170. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5855/1/S9600674_es.pdf)

RODRÍGUEZ-PINA, Gloria. “El Supremo dicta que el maltrato sin lesiones también implique alejamiento”. *El País* [en línea]. 10 agosto de 2018. [Consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en: [https://elpais.com/politica/2018/08/10/actualidad/1533901165\\_383511.html](https://elpais.com/politica/2018/08/10/actualidad/1533901165_383511.html)

RUBIO CASTRO, Ana. V/LEX. Información Jurídica Inteligente “Los efectos jurídicos del soft law en materia de igualdad efectiva. La experiencia española”. [Consulta: 9 de septiembre 2018]. Disponible en: <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/juradicos-efectiva-experiencia-espaa-ola-527322914>

RUIZ-PÉREZ, Isabel, BLANCO-PRIETO, Pilar, VIVES-CASES, Carmen. “Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias”. En. *Gac Sanit* [en

línea]. 2004, vol.18, no. 5, pp. 4-12 [consulta: 15 agosto de 2018]. ISSN 0213-9111. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003)

RUIZ-PÉREZ, Isabel, GRUPO DE ESTUDIO PARA LA VIOLENCIA DE GENERO, et al. “La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria”. En: *Gac Sanit* [en línea], 2006, vol.20, no. 3, pp. 202-208 [Consulta: 9 agosto de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n3/original6.pdf>

RUIZ-PÉREZ, Isabel, PLAZAOLA-CASTAÑO, Juncal. “Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain”. En: *Psychosom Med* [en línea], 2005, vol. 67, issue 5, pp. 791-7. [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300006)

SANS, Mireia, SELLARÉS, Jaume. “Detección de la violencia de género en atención primaria. Mireia”. En: *Revista Española Médico Legal* [en línea], 2010, vol. 36, no. 3, pp. 104-109 [consulta: 19 agosto de 2018]. eISSN: 0377-4731. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13189918&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=285&ty=4&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v36n03a13189918pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13189918&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=285&ty=4&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=285v36n03a13189918pdf001.pdf)

SEVILLA MERINO, Julia y CALVET PUIG, M. Dolors. “Reforma estatutaria y perspectiva de género”. En Dialnet (consultado en línea septiembre de 2018) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3084278>

SCOTT, Joan W. “El género: una categoría útil para el análisis histórico” [en línea]. [Consulta: 19 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos\\_economicos\\_sociales\\_culturales\\_genero/El%20Genero%20Una%20Categoria%20Util%20para%20el%20Analisis%20Historico.pdf](https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos_economicos_sociales_culturales_genero/El%20Genero%20Una%20Categoria%20Util%20para%20el%20Analisis%20Historico.pdf)

SECRETARIO General Naciones Unidas “Poner fin a la violencia contra la mujer: de las palabras los hechos” [en línea]. [s.l]: Naciones Unidas, 2004. [consulta: 11 agosto de 2018].



ISBN: 978-92-1-330196-8 Disponible en:  
[http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW\\_Study/VAW-Spanish.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf)

SER Filosofista. “Rueda de la Igualdad”. En: *Ser filosofista* [blog]. 30 mayo de 2013 [consulta: 21 agosto de 2018]. Disponible en:  
<http://serfilosofista.blogspot.com/2013/05/rueda-de-la-igualdad.html>

SERRA CRISTÓBAL, Rosario, LLORIA GARCÍA, Paz. *La trata sexual de mujeres*. Madrid: Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica, 2007. ISBN: 9788477870173

SOCIEDAD Española de Epidemiología. “5ª Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud”. Borrell, Carmen. Atrazcoz, Lucia (coords.). Cataluña: Ana M. García, 2007.

SUBIRASCH MARTÒRI, MARINA, con diferencia. *las mujeres frente al reto de la autonomía*. Editorial Icaria antrazyt. Primera edición. ABRIL 1998. PAÍS: ESPAÑA. ICARIA, 1998. ISBN 84-7426-353-0.

STARFIELD, Barbara. “Atenció primaria. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia”. Barcelona: Masson, 2001. 499 p. ISBN: 84-458-1059-6 .

TIBURCIO SAINZ, Marcela; NATERA REY, Guillermina y BERENZON GORN, Shoshana. “Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal”. En: *Salud Ment* [online]. 2010, vol.33, no.3 [consulta: 3 agosto de 2018], pp. 243-248. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000300005&lng=es&nrm=iso)

TOVAR, Javier. “Los médicos, contra la violencia de género”. EFE.SALUD (Consultado 5 julio 2018) Disponible en: <https://www.efesalud.com/los-medicos-contr-la-violencia-de-genero/>

TORRENTE RISUEÑO, Jesús. “Constitución Española y Violencia de género: una relación transversal” [en línea] [consulta: 14 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.icalba.com/files/miniwebs/menus/6/documentos/constitucionviolencia.pdf>

TORRES SAN MIGUEL, Laura, ANTÓN FERNÁNDEZ, Eva. “Lo que usted debe saber sobre violencia de género” [en línea]. León: Caja España, Obra Social, 2005. Cartilla de divulgación, 21. [Consulta: 4 agosto 2018]. ISBN: 84-95917-19-X. Disponible en: <http://www.saber.es/web/biblioteca/libros/violencia-de-genero/violencia-de-genero.pdf>

TRIANA CASADO, Idalia. “Enfoque de género, salud y oftalmología”. En: *MEDISAN* [online], 2013, vol. 17, no. 8, pp. 3093-4008 [consulta: 20 agosto de 2018]. ISSN: 1029-3019. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n8/san14178.pdf>

ULIAQUE MOLL, Julia “El ciclo de la violencia en las relaciones de pareja”. En: *Psicología y mente* [online]. [Consulta: 20 agosto de 2018]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/forense/ciclo-violencia-relaciones-pareja>

UNICEF. “La violencia contra los niños y niñas” [en línea]. [consulta: 14 agosto de 2018]. Disponible en: [https://www.unicef.org/spanish/protection/files/La\\_violencia\\_contra.pdf](https://www.unicef.org/spanish/protection/files/La_violencia_contra.pdf)

“Unidad de urgencias hospitalaria Estándares y recomendaciones” [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones, 2011. [Consulta 13 agosto de 2018] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>

UNIFEM “Not a minute more: ending violence against women” [en línea]. New York: United Nations Development Fund for Women. 2003. [Consulta: 9 agosto de 2018]. ISBN: 0-912917-84-9. Disponible en: [https://www.un.org/ruleoflaw/files/312\\_book\\_complete\\_eng.pdf](https://www.un.org/ruleoflaw/files/312_book_complete_eng.pdf)

UNIVERSITAT de València. “Programa de [Doctorado en Derechos Humanos, Democracia y Justicia Internacional](#)”. En: *Universitat de València*, 2018 [en línea], [consulta 12 agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.uv.es/uvweb/doctorado-derechos-humanos->

[democracia-justicia-internacional/es/programa-doctorado-derechos-humanos-democracia-justicia-internacional-1285904791235.html](http://democracia-justicia-internacional/es/programa-doctorado-derechos-humanos-democracia-justicia-internacional-1285904791235.html)

US Preventive Services Task Force. “Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement”. En: *Ann Fam Med* [en línea], 2004, vol. 2, no. 2, pp. 156-60. [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.annfammed.org/content/2/2/156.full.pdf+html>

VEGA HIDALGO, Maria C., et al., “La perspectiva de género: una visión integradora en la formación de la personalidad”. En: *Multimed* [en línea], 2013, vol. 17, no. 4, pp. 180-188. [consulta: 16 agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/339/483>

VELASCO ARIAS, Sara. “Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género en programas de salud” [en línea]. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, 2008. [Consulta 12 agosto de 2018]. ISBN: 978-84-691-4607-1. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>

VELASCO JUEZ, [María Casilda](#). “Violencia durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía” [en línea]. Director: Aurelia Martín Casares, Stella Martín de las Heras. Tesis doctoral. Universidad de Granada, Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física, 2015. [Consulta: 13 agosto de 2018]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/40120>

VENTURA FRANCH, Asunción. “El Convenio de Estambul y los sujetos de la violencia de género. El cuestionamiento de la violencia doméstica como categoría jurídica // The Istanbul Convention and the subjects of gender violence. The questioned legal category of domestic violence”. Departamento de derecho Constitucional. Facultad de derecho. UNED. [en línea]. [Consulta: 9 septiembre de 2018]. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/derechopolitico/article/view/17622>

WILSON, James Maxwell Glover, JUNGNER, Gunnar. “Principios y métodos del examen colectivo para identificar enfermedades” [en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la

Salud; 1969. Cuadernos de Salud Pública, 34 [consulta: 15 agosto de 2018]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41505/WHO\\_PHP\\_34\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41505/WHO_PHP_34_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

WOMEN'S Link Worldwide. "El Tribunal Supremo da la razón a Ángela González y condena al Estado español a indemnizarla por el asesinato de su hija" [en línea]. Women's Link Worldwide, 2018. [Consulta: 26 de julio de 2018]. Disponible: <https://www.womenslinkworldwide.org/informate/sala-de-prensa/el-tribunal-supremo-da-la-razon-a-angela-gonzalez-y-condena-al-estado-espanol-a-indemnizarla-por-el-asesinato-de-su-hija>

YUNI, José Alberto, URBANO, Claudio Ariel. "Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino". En: *Revista Argentina de Sociología* [en línea], 2008, vol. 6, no. 10, pp. 151-169 [consulta: 20 agosto de 2018]. ISSN: 1667-9261. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26961011>

ZURITA BAYONA, JORGE, LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. Gabinete de Coordinación y Estudios Secretaría de Estado de Seguridad.

## JURISPRUDENCIA CITADA

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL Sala Primera. Recurso de amparo número 643/1984. Sentencia número 142/1985, de 23 de octubre. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1985/11/26/pdfs/T00008-00011.pdf>

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL (Pleno). Cuestión de inconstitucionalidad núm. 5939 2005, planteada por el Juzgado de lo Penal núm. 4 de Murcia. SENTENCIA 59/2008, de 14 de mayo. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/06/04/pdfs/T00014-00035.pdf>

SENTENCIA DE 25 DE NOVIEMBRE de 2006. Serie C No. 160. Corte IDH. Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Disponible en: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_160\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_160_esp.pdf)

El Tribunal Supremo en su Sentencia 94/2010 de 15 de noviembre considera fundamento de la dispensa "el deber de solidaridad que existe entre los que integran un mismo círculo familiar, resolviendo el conflicto entre el deber de veracidad del testigo y el vínculo familiar y de solidaridad que le une al acusado".

COMUNICACIÓN núm. 47/2012 Dictamen adoptado por el Comité en su 58º período de sesiones (30 de junio a 18 de julio de 2014). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Disponible en: <http://web.icam.es/bucket/Dict%C3%A1men%20CEDAW%20%C3%81ngela%20Gonz%C3%A1lez%20Carre%20Blas.pdf>

TRIBUNAL SUPREMO Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección Cuarta Sentencia núm. Caso Ángela González 1263/2018. Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3045/sentencia-angela-tribunal-supremo.pdf>

TRIBUNAL SUPREMO, Sentencia Sala de lo Penal, Nº 342/2018, Sección 1, Rec 2704/2017 de 10 de Julio de 2018 Disponible en: <https://www.iberley.es/jurisprudencia/delito-maltrato-obra-causar-lesion-aparejada-obligatoriamente-orden-alejamiento-victima-fija-doctrina-sentencia-ts-sala-penal-n-342-2018-rec-2704-10-07-2018-47823096>

## **NORMATIVA CITADA**

DIRECTIVA 92/85/CEE, de 19 de octubre de 1992, para la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada. La Convención Americana sobre Derechos Humanos . Disponible en: <https://www.boe.es/doue/1992/348/L00001-00008.pdf>

LA DIRECTIVA 2011/99/UE sobre la orden europea de protección (OEP) instituye un mecanismo entre los Estados miembros que permite el reconocimiento de las órdenes de protección dictadas como medidas de Derecho penal. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2011/338/L00002-00018.pdf>

DIRECTIVA 2002/73/CE, de 23 de septiembre de 2002, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres, en cuanto al acceso al empleo, a la formación y a la promoción de profesionales, en condiciones de igualdad. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2002/269/L00015-00020.pdf>

DIRECTIVA 2006/54/CE, de 5 de julio de 2006, relativa a la aplicación del principio de igualdad de oportunidades e igualdad de trato entre hombres y mujeres en asuntos de empleo y ocupación. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2006/204/L00023-00036.pdf>

DIRECTIVA 2011/99/UE, de 13 de diciembre de, por la que se crea la orden europea de protección. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2011/338/L00002-00018.pdf>

DIRECTIVA 2010/41/UE, de 7 de julio de 2010, en la que se establecen objetivos para la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres que ejercen una actividad autónoma, incluidas las actividades agrícolas, así como sobre la protección de la maternidad. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2010/180/L00001-00006.pdf>

INSTRUMENTO DE RATIFICACIÓN DEL CONVENIO DEL CONSEJO DE EUROPA sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/06/06/pdfs/BOE-A-2014-5947.pdf>

DIRECTIVA 2011/36/UE, de 5 de abril, relativa a la prevención y lucha contra la trata de seres humanos y a la protección de las víctimas. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2011/101/L00001-00011.pdf>

COMUNICACIÓN núm. 47/2012 Dictamen adoptado por el Comité en su 58º período de sesiones (30 de junio a 18 de julio de 2014). Disponible en: [https://www.csjn.gov.ar/om/guia\\_ddmm/docs/cedaw47\\_2012.pdf](https://www.csjn.gov.ar/om/guia_ddmm/docs/cedaw47_2012.pdf)

DIRECTIVA 2012/29/UE, de 25 de octubre, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2012/315/L00057-00073.pdf>

EL REGLAMENTO (UE) Nº 606/2013 relativo al reconocimiento mutuo de medidas de protección en materia civil establece un mecanismo que permite el reconocimiento directo entre los Estados miembros de las órdenes de protección dictadas como medidas de Derecho civil. Disponible en: <http://www.boe.es/doue/2013/181/L00004-00012.pdf>

LA LEY 22 DE JULIO DE 1961 prohibió toda forma de discriminación laboral en función del sexo y expresamente la salarial. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1961/07/24/pdfs/A11004-11005.pdf>

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978 Ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre de 1978 Sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978. Disponible en: <https://www.boe.es/legislacion/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>

LEY GENERAL DE SANIDAD 25 de abril de 1986. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

LEY ORGÁNICA 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/05/01/pdfs/A16099-16102.pdf>

LEY ORGÁNICA 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/06/10/pdfs/A22251-22253.pdf>

LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD del Sistema de Salud 16/2003. Disponible en : <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

LEY 27/2003, de 31 de Julio, reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de la violencia doméstica. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/08/01/pdfs/A29881-29883.pdf>

LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>

REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>

LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>

LEY ORGÁNICA 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-544-consolidado.pdf>

INSTRUCCIÓN número 14/2005, sobre la actuación de dependencias policiales en relación con mujeres extranjeras víctimas de violencia doméstica. Disponible en: <http://www.famp.es/export/sites/famp/.galleries/documentos-ramlvcm/normativa/Estatad/DOC-26.pdf>

LEY ORGÁNICA 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, en 10 de julio de 1982 y la última modificación 17 de julio de 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1982/BOE-A-1982-17235-consolidado.pdf>

REAL DECRETO LEGISLATIVO 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. LEY 10/2010, de 9 de julio,



de ordenación y gestión de la Función Pública Valenciana. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-11719-consolidado.pdf>

REAL DECRETO-LEY 9/2018, DE 3 DE AGOSTO, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/08/04/pdfs/BOE-A-2018-11135.pdf>

LEY 10/2010, DE 9 DE JULIO, de la Generalitat, de ordenación y gestión de la función pública valenciana. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/08/06/pdfs/BOE-A-2010-12629.pdf>

LEY 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/05/08/pdfs/A17427-17433.pdf>

LEY ORGÁNICA 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2006/04/11/pdfs/A13934-13954.pdf>

LEY 7/2012, de 23 de noviembre, de la Generalitat, Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el Ámbito de la Comunitat Valenciana, Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/12/11/pdfs/BOE-A-2012-14978.pdf>

DECRETO 63/2014, de 25 de abril, del Consell, por el que se aprueba el reglamento para el reconocimiento de las indemnizaciones y las ayudas económicas a las víctimas de violencia sobre la mujer, previstas en la Ley 7/2012, de 23 de noviembre, de la Generalitat, Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el Ámbito de la Comunitat Valenciana. Disponible en: [http://www.dogv.gva.es/datos/2014/04/30/pdf/2014\\_3766.pdf](http://www.dogv.gva.es/datos/2014/04/30/pdf/2014_3766.pdf)

LEY ORGÁNICA 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/07/23/pdfs/BOE-A-2015-8222.pdf>

LEY 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>

LEY 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-10565-consolidado.pdf>

RESOLUCIÓN de 9 de junio de 2016, de la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública, por la que se ordena la publicación del I Plan de Igualdad de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Disponible en: [http://www.dogv.gva.es/datos/2016/06/16/pdf/2016\\_4515.pdf](http://www.dogv.gva.es/datos/2016/06/16/pdf/2016_4515.pdf)

RESOLUCIÓN de 8 de noviembre de 2017, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la se ordena la publicación del protocolo que regula en el ámbito sanitario la movilidad de las empleadas públicas en situación de violencia de género. Disponible en: [http://www.dogv.gva.es/datos/2017/11/22/pdf/2017\\_10561.pdf](http://www.dogv.gva.es/datos/2017/11/22/pdf/2017_10561.pdf)

## **ANEXO. RELATOS EN LAS CONSULTAS**

Algunos fragmentos de los relatos de algunas pacientes en los Servicios de Urgencias.

Paciente 42 años.

**16/03/2016**

### **ACUDE POR ANSIEDAD E IDEAS AUTOLITICAS**

Mujer de 40 años que acude a urgencias remitida por MAP (domicilio) por ansiedad e ideas autolíticas. Le han administrado 2 diazepam de 5mg sublingual. La ansiedad ha aparecido cuando su pareja ebria le ha insultado (miserable, mala persona...). También ha insultado a su hija. Desde entonces tiene ideas de suicidio mediante abuso de medicación.

Diagnostico principal: Ansiedad Diagnostico secundario: Ideas Autolíticas

**21/12/2017**

Paciente que el día de hoy fue agredido físicamente con un golpe en el pecho por su esposo y además agresión verbal. El esposo estaba bajo efectos del alcohol. ( es alcohólico). las otras agresiones previas fueron también bajo efecto del alcohol. Amenazo de muerte a su hijo

Diagnostico principal Violencia de Género

**24/12/2017**

Mujer de 42 años que acude a urgencias Campanar porque según refiere la paciente, sobre la 1 de la madrugada, su marido llegó ebrio a domicilio y le agredió con contusión en codo, en pierna derecha, la cogió del cuello y la tiró al suelo un par de veces, la paciente también refiere insultos y amenazas. Refiere que esto ha sucedido en numerosas ocasiones. Refiere también amenazas en entorno familiar.

Diagnostico principal Policontusionada. Diagnostico secundario VG Control MAP

Paciente 27 años

**24/12/2017**

Mujer de 27 años de origen iraquí acude acompañada por la Policía Nacional para valoración por episodio de violencia de género. La paciente está casada desde hace 1 año con un varón de nacionalidad española y origen iraquí. Viven juntos en España desde hace 1 mes. Durante este mes maltrato verbal e insultos. Hace 1 semana primer episodio de maltrato físico: le estiró de la cabellera. Otro día de la semana pasada violación vaginal. Ayer violación vaginal junto con violencia física (golpes por todo el cuerpo, le ató las muñecas con unas cinchas de plástico) y le encerró en una habitación. Después del episodio de hoy se ha escapado del domicilio y ha ido a una comisaría de policía a denunciar. Todo lo ocurrido ha sido en su domicilio habitual. El último episodio fue ayer a las 19.00h, secundario a una discusión por una tarjeta SIM. Estaban en el salón, le quito la ropa, la tiro al suelo.

La paciente no se ha duchado ni lavado ni se ha cambiado de ropa. Refiere lesiones en muñecas, espalda, piernas. No metorragia. Refiere que ha habido penetración, no sabe precisar si con eyaculación dentro de la vagina. No otro tipo de agresión.

Última RRSS consentida hace cinco meses, en Egipto, con su marido.

Diagnóstico Principal: agresión sexual.

Paciente 34 años

**20/09/2017**

Paciente que presenta el día de hoy discusión con su pareja, refiere agresión verbal y refiere que le sujeto la mano con fuerza y le empujo. La paciente está muy ansiosa y llorando.

Diagnóstico Principal: Violencia de Género

**19/11/2017**

Ansiedad crónica y depresión tratada con alprazolam, lorazepam y diazepam iniciándose en 2006.

Control por su MAP. Derivación a Salud mental de la zona para evaluar situación y ajuste de tratamiento. La paciente tiene la voluntad de ponerse en manos de profesionales.

Diagnostico Principal CUADRO ANSIOSO DEPRESIVO

Paciente de 34 años que acude por crisis de ansiedad generalizada con llanto fácil asociado a discusión con pareja, niega maltrato. Refiere estar cargada de trabajo y de cuidado de sus hijos juntos a crisis con su pareja emocional con la que vive. Refiere no tener el apoyo de su pareja, refiere que no comprende la enfermedad

Paciente 23 años

**05/08/2017**

Mujer de 23 años que acude al Servicio de Urgencias de Campanar porque refiere agresión física y psíquica por parte de su ex-pareja, esta mañana en el domicilio de su ex-pareja. Comenta que le agarró del pelo arrancándole mucho cabello. Comenta que le golpeó con la mano sobre el brazo izquierdo y el pecho. No otra clínica

Diagnostico Principal: Dolor osteomuscular

Paciente 33 años. 6 hijos/as

**15/01/2016**

1º Informe

Mujer de 33 años traída por las fuerzas de seguridad tras agresión por su marido. La paciente refiere que su marido ha tratado de estrangularla, le ha golpeado el ojo izquierdo y la nariz con puñetazos y le ha mordido cuello y tronco. También refiere golpes por el resto del cuerpo. Refiere que ha presentado epistaxis que ha cedido espontáneamente. También refiere que ha tratado de abusar sexualmente de ella. Refiere que en ocasiones anteriores también le ha golpeado y le ha generado lesiones con cuchillas, cigarrillos y le ha mordido. Dificultad para la anamnesis por la barrera idiomática

Diagnostico principal: Agresión

2ª informe:

Al parecer, según consta en el informe, relata ella, su marido y le ha golpeado en la cara y la ha intentado ahogar, por lo que ha sido atendida en Campanar. Al parecer, allí inicialmente ha referido intento de agresión sexual, pero posteriormente lo ha negado.

Por recomendación de la policía, se habla mediante el teléfono 016, que dispone de traducción de rumano (idioma de la paciente), y tras hablar con la paciente confirman que ella refiere agresión sexual y que quiere presentar denuncia tanto de la agresión física como de la agresión sexual, ya que ha presentado episodios como este en el pasado

**GINECOLOGÍA:**

Múltiples lesiones en tronco y extremidades superiores ya descritas por urgencias de Campanar

Diagnostico principal, agresión violencia doméstica

Diagnóstico Secundario Agresión sexual oral. Agresión física. Agresión mordedura humana.

Paciente 47 años

**21/07/2017**

Mujer de 47 años, acude acompañada de la policía tras referir agresión por su pareja sentimental (hombre) suceso ocurrido en la madrugada, refiere que le propinó una patada en la cabeza y en el abdomen, no ha perdido el conocimiento, tras ello ha presentado cefalea continua con persistencia hasta ahora. Refiere que le estiró el pelo y le propinó insultos. También le propinó un apretón en la mano derecha. Además refiere insultos y vejaciones. No es la primera vez que sucede, es la tercera vez (2º vez que denuncia).

Diagnóstico principal: Agresión Violencia Doméstica

27 años

**04/07/2017**

Refiere que esta tarde, en el contexto de una situación conflictiva con su marido, ha sufrido un forcejeo, y se ha caído casualmente por las escaleras del domicilio, según refiere. Insiste en que no se ha tratado de una agresión en el ámbito doméstico sino una discusión, sin agresión. Refiere dolor en tobillo derecho, codo izquierdo y parrilla costal izquierda.

Diagnóstico principal: Policontusionada

**06/07/2017**

Paciente mujer de 27 años acude a urgencias tras haber sido agredida por su ex pareja hace una hora. Refiere haber sufrido golpes en la cabeza abdomen espalda mana no pérdida de conciencia

Diagnóstico principal: Policontusiones

**31/07/2017**

Paciente mujer de 27 años que acude a Urgencias por ansiedad y haberle tirado la medicación su ex-cuñado. Sacada la medicación hace dos días. La paciente ha acudido en numerosas ocasiones por el mismo motivo. Refiere forcejeo ayer. Diagnóstico principal: ansiedad

Paciente 9- 31 años

**14/06/2017**

Mujer de 31 años que acude a urgencias porque su pareja le ha golpeado, refiere que empezaron a discutir, y él ha empezado a golpearle, le ha mordido, le ha tirado del pelo arrastrándole, la ha lanzado contra la cama, finalmente le ha tirado por las escaleras, refiere no es la primera vez que lo hace y nunca ha presentado denuncia, acude a la policía para denunciar y la ha referido para valoración. Labio superior edema y hematoma por mordedura antes descrita. Se observa en piel de espalda, codos, rodillas y tobillos múltiples escoriaciones, hematoma en cadera D

Diagnóstico principal: Violencia doméstica

Paciente 41 años

**26/04/2017**

Mujer de 41 años que acude tras agresión por su pareja, la paciente ha sido encontrada por personal del hospital en la calle, con labilidad emocional. Al parecer tras disputa en domicilio su pareja actual la ha arrojado al suelo en dos ocasiones sin permitirle salir de casa precedido de agresión verbal. Miedo por su vida.

Diagnóstico: Violencia de Género



Paciente 10- 21 años

**19/06/2017**

Valoro paciente de 21 años quien consulta para valoración tras agresión de su pareja hace 2 días. Refiere haber recibido un golpe contundente en oído izquierdo con posterior sensación de hipoacusia y acufenos

Acudió a Urgencias el pasado 26 de mayo por el mismo motivo. Desde entonces no ha vuelto a verlo hasta que el sábado 17 por la noche tras una conversación por móvil quedó con él y mantuvo una relación sexual consentida, según manifiesta. Tras ello él le coge el móvil y ve una foto comprometida de un amigo de ella. Tras pedirle ella el móvil, se enfada y lo coge a él de la camiseta, tras lo cual reacciona de forma violenta, agrediéndola. Recibió insultos verbales, la agarró del pelo haciendo que enfrentara su cara al suelo, recibió puñetazos en el cuello, el oído (con pitido e hipoacusia posterior), en ambos miembros superiores, en el costado y un pellizco en el pecho.

**24/06/2017**

Mujer de 21 años remitida desde Campanar para valoración tras haber sufrido según refiere la paciente agresión por parte de su pareja con la que no vive habitualmente, viene acompañad de las fuerzas de seguridad. La paciente refiere que tras haber mantenido una discusión telefónica con su pareja, ésta se ha presentado en vivienda y tras una nueva discusión con él refiere que le ha dado dos puñetazos en la cara, uno de los cuales refiere que es en ojo izquierdo y el otro en la zona de la mejilla izquierda y tras ello ha caído golpeándose en codo derecho y cortándose con un cristal derecho donde presenta una herida.. Actualmente refiere dolor mandibular con la apertura y dolor en parte posterior de muslo izquierdo

Se cumplimenta parte de violencia de género (SIVIO) - se comenta con las fuerzas armadas que acompañan a la paciente cuál es su destino y me indican que la paciente va ser llevada a comisaría para realizar los trámites oportunos.

Diagnostico Principal: Violencia de Género

Paciente 12- 28 años

**10/08/2008**

Paciente de 24 años de edad el día de hoy presenta crisis de ansiedad, falta de aire, mareos, tras una riña con la pareja. Cefalea occipital, con ligera fotofobia. Refiere que no puede dormir. Acompañándose de vomito

Diagnóstico: Crisis de ansiedad

**08/03/2013**

Paciente de 28 años acude por presentar dolor en cuello y parilla costal izquierda, brazo derecho tras agresión de su pareja según refiere

Diagnóstico: Policontusionada

Paciente 13- 23 años

**27/02/2017**

Paciente de 21 años que acude gestante de 30 semanas y 1 día por agresión por parte de su pareja. La paciente refiere que su pareja la ha cogido por el cuello levantándola y la ha empujado contra la cama. No refiere traumatismo directo sobre el abdomen. No refiere pérdida de conocimiento pero si mareo. Asimismo refiere que la ha cogido del cuello apretándola. Actualmente sin sangrado. Refiere prurito desde 2 semanas, presenta lesiones de rascado en abdomen.

Diagnóstico: Violencia de género en gestante

Paciente 19 años

**01/01/2017**

Informe - SVB: Intento de autolisis. Maltrato por la pareja según refiere

Mujer de 19 años que acude a urgencias por crisis de ansiedad tratada con diazepam 5mg en su centro de salud, donde realizó un gesto autolesivo tras una discusión con su marido, que la ha echado de casa hoy mismo. No ha habido violencia física, pero sí insultos contra su persona (le han dicho que únicamente sirve para estar en las rotondas, que si se le ocurre denunciarle acabará ella en la cárcel por mentir...). Tras esto ha subido a la azotea con la intención de precipitarse, acudiendo el SVB y transportándola al centro de salud de Silla, donde se le dio un diazepam y en un momento de despiste del personal, se realizó cortes superficiales en antebrazo izquierdo. A su llegada a nuestro hospital, claramente ansiosa, llorando y poco colaboradora. Tras calmarse, cuenta todo lo ocurrido y ella misma se arrepiente de lo ocurrido y está convencida de no volver a realizar el gesto autolesivo narrado arriba, así como tampoco de volver a vivir con su marido.

-Pareja de 42 años con relación disruptiva de larga evolución. Refiere la paciente que ha interpuesto varias denuncias por violencia de género que posteriormente retiro.

-Tiene dos hermanas menores de edad, que se encuentran en estos momentos en disposición de servicios sociales.

Hoy acude a Urgencias, traída por Policía, porque ante discusión sentimental con su pareja, éste ha decidido echarle del domicilio que comparten, por lo que acto seguido la paciente refiere marcada angustia psíquica ante desbordamiento emocional con acto impulsivo de precipitación, siendo atendida por la Policía (incapacidad para relatar porque se encontraba la policía en esos momentos allí). Posteriormente ha sido trasladada a centro de Salud donde ha realizado corte autolesivo ante presencia de personal sanitario, por lo que es derivada a nuestro hospital. En estos momentos, la paciente no dispone de apoyo socio-familiar alguno al no poder disponer de ninguna figura de apoyo tras la discusión sentimental actual. Nulo. No disponemos de ningún familiar, que ayude a contrarrestar la información aportada por la paciente.

Diagnóstico principal: Ansiedad

Paciente 38 años

**29/08/2009**

Paciente de 38 años de edad que acude por insomnio de 4 meses de duración a raíz de según refiere la paciente una violación por su ex-marido del que está pendiente de juicio. El tratamiento pautado no corrige el insomnio. El insomnio es intermitente, la paciente refiere que se duerme en episodios de 1 hora 2-3 veces por noche y se despierta bruscamente sobresaltada aunque no recuerda si ha soñado o no. La paciente refiere que apenas sale de casa por miedo.

Hoy ha tomado 4 comprimidos de Diazepam de 10mg, el último hacia las 16.30hs, sin experimentar mejoría de los síntomas. La paciente refiere que habitualmente toma más comprimidos de Diazepam que los pautados por presentar ansiedad.

**12/1/2017**

Diagnosticada de depresión y TOC. - Múltiples consultas en puertas de urgencia por gestos autolíticos, consistentes la mayoría de ellos en ingestas medicamentosas. - 5 ingresos en Unidad de Agudos de Psiquiatría en este hospital (en noviembre de 2012, agosto de 2013, agosto de 2014, mayo 2015, noviembre de 2015)

Hábitos tóxicos: consumo de cocaína desde hace un año y consumo de alcohol esporádico. Situación social: Actualmente vive habitación al día, pensionista por enfermedad mental, situación socio-familiar adversa.

Mujer de 47 años usuario habitual del servicio de urgencias con TOC y consumidora de tóxicos que presenta un problema social al no tener domicilio y no ser aceptada en diferentes recursos sociales (Casa de la caridad, etc.) por no atenerse a las normas de los centros donde reside. Tras acudir hoy mismo por agresión según refiere y ser dada de alta a las 18h40, ha vuelto a triarse con el fin de consultar de nuevo. En sala de espera se encuentra muy inquieta y alterada. Antes de ser dada de alta se ha contactado con SAUS que refieren que al tratarse de una paciente problemática se rechaza la asistencia al recurso. Refiere además que no hay recurso público ni privado en estos momentos que la pueda acoger.

Diagnóstico: Problema Social

Paciente 35 años

**29/06/2017**

Agresión por parte de su pareja (ha habido más agresiones y no ha denunciado) lleva marcas en cuello (la ha intentado ahogar) marcas en brazos, piernas...la paciente refiere que intento defenderse

Diagnóstico Principal: Agresión

Paciente 17- 26 años

**16/10/2017**

Mujer de 26 años que acude por agresión parte de su pareja. Refiere tras una discusión en la madrugada del sábado al domingo su novio la agredió, primero una bofetada al salir de la discoteca y luego durante varias horas en su domicilio, sin que ella pudiera pedir auxilio. Las agresiones fueron de tipo zarandeo, bofetadas en hemicara izquierda, golpes en la espalda, la agarró por el cuello y la intentó asfixiar, también le comprimió fuertemente el pecho, la empujó contra la pared y cayó al suelo. Refiere dolor en espalda, dolor torácico al inspirar profundamente, No poder dormir, y problemas de visión (refiere miodesopsias con la visión monocular del ojo derecho).

Refiere que en otras ocasiones había sido violento con ella pero en menor medida.

Diagnóstico: Víctima de violencia de género

Paciente 38 años

**14/10/2017**

Consulta por agresión por parte de la pareja. Refiere que la pareja intenta ahogarla. "haciéndole una llave" alrededor del cuello. Le da varios golpes. Refiere que el más fuerte y donde más tiene dolor fue a nivel de pared costal derecha. También recibió golpes en ambos antebrazos, en brazo izquierdo, en mano derecha y en espalda. No refiere trauma craneal. No ha tomado ningún medicamento.

Diagnóstico principal: Policontusionada

Paciente 36 años

**27/12/2016**

Paciente mujer de 36 años que acude a Urgencias acompañada por policía tras discusión y forcejeo con su marido (actualmente separada desde hace dos meses). La paciente refiere que su ex-pareja ha entrado en el domicilio (tiene aún las llaves) con el objetivo de conocer contraseña de seguridad del teléfono móvil, mientras la paciente se encontraba dormida. En ese momento le ha usurpado el móvil, ha sido cuando al escuchar una llamada se ha despertado y ha visto a su ex-pareja. Se ha iniciado ya entonces el forcejeo, siempre para obtener su pulgar y desbloquear el móvil (sólo se desbloquea con su huella digital). Su ex-pareja ha intentado inmovilizarla y tirándola contra el sofá, inmovilizándola dejando la mano derecha libre, posteriormente ha presentado otro episodio similar en cocina, siempre dejando la mano derecha y especialmente el pulgar, (siempre con el fin de desbloquear el móvil)

La esposa refiere que su ex-pareja (aún marido por negatividad de éste a firmar el divorcio), la ha amenazado en varias ocasiones con que ha contratado a alguien para seguirla, la acosa llamándola hasta 30 veces en 1h. La amenaza con que la matará si está con otra persona o que en caso de no volver con ella le hará daño. Refiere haber sido apuntada con un arma hace 4 días. Comenta que su marido trabaja y convive con múltiples personas de etnia gitana, preocupada por si fuese agredida por dicho grupo.

La paciente refiere no ser la primera vez que le quita el móvil. Niega haber sido violada pero si refiere haber sido besada a la fuerza o tocada.

La paciente refiere que como su ex-pareja tiene llaves entra y sale de la casa cuando quiere, le ha pedido las llaves en numerosas ocasiones pero éste se niega. Cuando discuten la deja encerrada en el domicilio. La paciente refiere no haber cambiado la cerradura porque su ex-pareja refiere que si no puede abrir con la llave tirará la puerta abajo.

Diagnóstico principal: Violencia de género

Paciente 36 años

**17/01/2017**

Hace tres años se encuentra muy nerviosa en relación aparente con problemas ambientales (económicos, de pareja y con su hijo adolescente) que le hacen continuamente plantearse quitarse la vida. Tiene antecedentes de haberlo intentado en 2005 tras discutir con su marido y en dos ocasiones más por motivos parecidos, siempre con psicofármacos. En 2005 la llevaron al Hospital para lavado gástrico y en las otras dos posteriores no hizo falta. Lo premeditaba y escribía cartas a sus hijos.

Paciente de 36 años de edad que acude por presentar ingesta medicamentosa de 10 comprimidos de diazepam, varios comprimidos de tryptizol y un comprimido de sertralina, con intención autolítica.

La paciente refiere que pensaba tirarse desde el tejado, tras enterarse que su hija de 4 años había estado en casa de su padre (con quien tiene orden de alejamiento desde hace unas semanas) con su actual pareja, una mujer que ella no conoce, según refiere. La paciente no hace crítica de lo ocurrido y refiere que la próxima vez se subirá al micalet, desde donde piensa lanzarse.

Sus hijos y trabaja en una empresa que por circunstancias económicas no tiene un rendimiento adecuado, de forma que es necesario que su familia de origen la ayude. La

relación con el exmarido es conflictiva, y tras el hecho de que sus hijos pasaran la noche con la actual pareja de él, según comenta la paciente, ha presentado una crisis de angustia con irritabilidad, rabia y desesperanza ante la situación actual; ya que se siente abandonada por parte de los apoyos legales. Ante esta situación de poca previsión de salida vital, el desbordamiento por la adaptación a su nueva vida, la impulsividad y difícil contención en esos momentos, la paciente realizó gesto autolítico como medio de salida a la situación actual. En estos momentos reconoce no ser una solución válida, piensa en soluciones más organizadas y ajustadas, y realiza planes de futuro a corto y medio plazo. A medio plazo, cerrar la empresa actual de limpieza y abrir un negocio de comida, de hecho hace unos días alquiló un local para ello. Además quiere dar un giro en su defensa legal y en la defensa para la tutela de sus hijos.

Mantenemos entrevista con su madre, quien se muestra favorable al apoyo de la paciente, de hecho se ocupará en unos días del cuidado de la misma. La paciente acepta acudir al CSM y ponerse en tratamiento psiquiátrico y psicológico si fuese necesario.

Diagnóstico Principal: Ideación autolítica

Paciente 30 años

**17/10/2017**

Mujer de 30 años que acude a urgencias por violencia de género. Durante la madrugada del día de hoy, la paciente refiere haber sido agredida física y psíquicamente por su pareja sentimental. La paciente refiere que su pareja le ha pegado y la ha intentado asfixiar mediante una camiseta. A consecuencia de la agresión, la paciente refiere dolor muscular generalizado, con equimosis en mano derecha y hematomas en glúteos y miembros inferiores.

Diagnostico Principal: Víctima de Violencia de género



Paciente 21 años

**04/09/2017**

Paciente femenina de 21 años que acude remitida por su MAP y acompañada por la PN por haber sufrido una agresión por parte de su expareja. Refiere puñetazo en pómulo derecho y ojo izquierdo, contusiones en cuello debidos a estrangulamiento, golpes en brazo y espalda. No ha perdido el conocimiento. Refiere en estos momentos dolor en mejilla izquierda, región mandibular derecha, espalda y cuello.

Diagnóstico Principal: Contusiones

Paciente 48 años

**12/03/2017**

Paciente mujer de 48 años que es traída por SVB a servicio de Urgencias por agresión de su ex-pareja. Refiere haber estado caminando por la calle cuando su expareja se ha aproximado hacia ella en coche. Éste ha agarrado a la paciente por un brazo y la ha introducido al interior del vehículo. Una vez dentro, la paciente ha intentado zafarse mientras su agresor propiciaba bofetadas y puñetazos contra diversas partes del cuerpo de la paciente (cabeza, brazos, espalda, piernas). Niega pérdida de conciencia. Más tarde, el agresor ha continuado conduciendo hasta que ha frenado y la paciente ha podido bajar del coche. Nada más salir del vehículo ha pedido ayuda a un bar cercano. Ha sido socorrida por los vecinos y han avisado a la Policía

Sospecha diagnóstica de la solicitud: fractura de huesos nasales. Información aportada en la solicitud: Paciente de 48 años con múltiples traumatismos faciales y corporales secundarios a agresión por parte de su ex-pareja, en la que se evidencia fractura de huesos nasales, así como múltiples hematomas en ambas fosas nasales, seno maxilar izquierdo, periorbitario bilateral, región frontal derecha y parieto-occipital izquierda.

Diagnóstico Principal: Violencia de Género

Paciente 27 años. Embarazada

**28/07/2017**

Mujer de 27 años que acude al servicio de urgencias por haber presentado un episodio de agresión física y verbal esta noche por parte de su pareja. La paciente comenta que estando en una cafetería su pareja se ha puesto celoso al aludir que ella estaba mirando a otros hombres del establecimiento. Acto seguido narra que han salido a la calle dónde él le ha amenazado con "rajarle la cara con un hierro", a lo que ella comenta que ha reaccionado tirándose al suelo y cubriéndose la cara. Posteriormente en la plaza del Ayuntamiento la paciente refiere que su pareja le ha agarrado del pelo sin ser arrastrada o precipitada contra el suelo porque, según cuenta, la plaza estaba llena de gente. En este momento la paciente ha sentido debilidad en miembros inferiores y narra que se ha desplomado al suelo, precipitándose de espaldas por no querer caer de frente para proteger su gestación actual de 14 días. La paciente comenta que se ha despertado en el suelo. Tras esa pérdida de conciencia la policía ya había acudido y habían arrestado a su pareja. Narra que unos ciudadanos presenciaron el evento y la paciente había convulsionado y sangrado por la boca. La paciente refiere que su pareja había hoy consumido alcohol y drogas. Comenta que su pareja ya es conocida por la policía por delitos previos tras los que había estado en comisaria.

Diagnóstico Principal: Agresión física a gestante

Paciente -28 años. Intento autolítico

**16/11/2017**

Mujer de 28 años que acude a urgencias traída por la policía por ideación autolítica. Refiere recibir amenazas por parte de su ex-pareja la cual salió de la cárcel hace un año y que, según la paciente, tiene una orden de alejamiento hasta 2026. La expareja (desde que salió de la cárcel hasta hace 5 días estaba en Vigo) desde hace 5 días está en Valencia.

Relata amenazas físicas. Ayer por la mañana su expareja acudió al bar en el que trabaja y le amenazó y le agarró del brazo izquierdo, a las 15 horas lo denunció a la policía, tras esto la paciente relata que fue a la casa de la mujer maltratada. Tomó tres cubatas, después mientras paseaba por el puente de las Torres Serrano con su compañero de piso decide tirarse por el puente, su compañero de piso se lo impide y la policía la trae a urgencias. A urgencias acude sola, la paciente cuenta que su compañero de piso se ha ido a casa. Refiere que se arrepiente de lo que ha hecho y que no lo volvería a hacer por su familia.

Diagnóstico Principal: Ansiedad reactiva

Paciente 29 años. Varios episodios relacionados intoxicación etílica.

**21/01/2017**

Paciente de 29 años que es traída a urgencias por la Policía alegando violencia de género. Paciente con mal estado general, disnea intensa, se encuentra bajo los efectos del alcohol. Refiere abstinencia alcohólica. Refiere que su marido supuestamente la ha agredido y golpeado en la cabeza esta noche, además refiere que supuestamente le ha obligado a mantener relaciones sexuales con él, sin su consentimiento. Refiere que su marido tiene 8 denuncias por violencia de género. Refiere dolor a nivel cervical que refiere secundario a la presunta agresión física por su pareja, además de presentar fuertes temblores que atribuye a

la no administración de su medicación habitual. Refiere haber ingerido durante el día de hoy 2 botellas de vino + 6 chupitos de vodka. Niega ingesta otras drogas.

Paciente muy poco colaborativa, por efecto enólico, no puede mantenerse de pie con la imposibilidad de realizar anamnesis.

Diagnóstico Principal: Traumatismo craneal

Paciente 14 años

**01/10/2017**

Niña de 14 años que acude a urgencias de pediatría remitida por médico de atención continuada para valoración tras sospecha de malos tratos. Acude acompañada de educadora social, la niña vive en un centro de acogida. Refiere que esta mañana a las 12:00 cuando estaba en el instituto ha sido golpeada en región malar derecha por su expareja que hoy ha cumplido 18 años. No caída al suelo. No ha recibido golpes en otras regiones. Refiere visión borrosa intermitente.

La paciente indica que esto ha ocurrido en más ocasiones

Diagnóstico Principal: Violencia de género

Paciente 21 años

**05/12/2017**

Mujer de 21 años que acude custodiada por la Policía Nacional tras agresión física estando en el trabajo por parte de su exnovio después de romper la relación sentimental. Le ha pegado una bofetada en mejilla izquierda y un puñetazo en parrilla costal izquierda, No dolor facial, persiste dolor en zona de parrilla costal donde se ha producido el traumatismo

Diagnóstico Principal: Violencia de género

Paciente 34 años

**11/09/2017**

Paciente agredida por su ex pareja con golpes en cabeza seguido de atropello con vehículo. la paciente refiere mucho dolor en zona lumbosacra . No refiere pérdida de conciencia, refiere dolor cervical y dorsal.

Entrevista en área de observación con la paciente y con su madre (individual y con ambas). Paciente de 34 años, tiene una hija de 14 años y un niño de 9 años. Convive en vivienda familiar con su hermana, su hermano y la pareja de este, más sus hijos. Su madre vive en la casa contigua en la misma finca. Antecedentes personales Refiere relaciones de pareja anteriores con episodios de maltrato reiterados, con denuncias y orden de alejamiento. Según refiere terminó la relación a 1º de verano sin conflicto, pero ayer quedaron porque él la quería ver, para retomar la relación, ante la negativa la golpeo en la cara con un bote de cerveza, agredió también a su hermano y acto seguido cuando se marchaban la atropello con su coche, dándose a la fuga. Durante el ingreso está acompañada por su madre que corrobora los hechos. Se realizara apoyo psicosocial, informando a la paciente de la importancia de la denuncia y de los recursos de apoyo a las mujeres víctimas de violencia. Conoce los recursos y el Centro mujer 24 horas, pero a priori rechaza el apoyo, no obstante le indico que contactaré con el recurso. Al alta se marchará a su casa con su familia, lo que corrobora su madre. Los menores están con sus hermanos en el domicilio familiar. Contacto con C. Mujer 24 horas, tienen expediente de la paciente y está tarde se desplazará una Psicóloga (Chelo) para entrevista con la paciente.

Diagnóstico Principal: Policontusionada

Paciente 27 años

**28/07/2017**

Mujer de 27 años que acude al servicio de urgencias por haber presentado un episodio de agresión física y verbal esta noche por parte de su pareja. La paciente comenta que estando en una cafetería su pareja se ha puesto celoso al aludir que ella estaba mirando a otros hombres del establecimiento. Acto seguido narra que han salido a la calle dónde él le ha amenazado con "rajarle la cara con un hierro", a lo que ella comenta que ha reaccionado tirándose al suelo y cubriéndose la cara. Posteriormente en la plaza del Ayuntamiento la paciente refiere que su pareja le ha agarrado del pelo sin ser arrastrada o precipitada contra el suelo porque, según cuenta, la plaza estaba llena de gente. En este momento la paciente ha sentido debilidad en miembros inferiores y narra que se ha desplomado al suelo, precipitándose de espaldas por no querer caer de frente para proteger su gestación actual de 14 días. La paciente comenta que se ha despertado en el suelo. Tras esa pérdida de conciencia la policía ya había acudido y habían arrestado a su pareja. Narra que unos ciudadanos presenciaron el evento y la paciente había convulsionado y sangrado por la boca. La paciente refiere que su pareja había hoy consumido alcohol y drogas. Comenta que su pareja ya es conocida por la policía por delitos previos tras los que había estado en comisaria.

Diagnóstico Principal: Agresión Física en gestante

**16/11/2017**

Intento autolítica, ha intentado tirarse por un puente. Con ideas de suicidio por malos tratos por parte de su pareja. VIENE SOLA.

Mujer de 28 años que acude a urgencias traída por la policía por ideación autolítica. Refiere recibir amenazas por parte de su ex-pareja la cual salió de la cárcel hace un año y que, según la paciente, tiene una orden de alejamiento hasta 2026. La expareja (desde que salió de la cárcel hasta hace 5 días estaba en Vigo) desde hace 5 días está en Valencia. Relata amenazas físicas. Ayer por la mañana su expareja acudió al bar en el que trabaja y le amenazó y le agarró del brazo izquierdo, a las 15 horas lo denunció a la policía, tras esto la paciente relata que fue a la casa de la mujer maltratada. Tomó tres cubatas, después mientras paseaba por el puente de las Torres Serrano con su compañero de piso decide tirarse por el

puente, su compañero de piso se lo impide y la policía la trae a urgencias. A urgencias acude sola, la paciente cuenta que su compañero de piso se ha ido a casa. Refiere que se arrepiente de lo que ha hecho y que no lo volvería a hacer por su familia.

Diagnóstico Principal: Ansiedad reactiva

Paciente 38 años

**12/11/2017**

Paciente de 38 años que acude a Urgencias Hospital de Campanar acompañada por la Policía Local de Valencia refiriendo haber sido agredida por su pareja en el domicilio. Refiere que tras la discusión, el supuesto agresor ha golpeado la cabeza con sus manos contra la pared del baño golpeando parietal derecho y maxilar derecho. No pérdida de conciencia

Diagnóstico principal: Contusión craneal

Paciente 34 años

**28/10/2017**

Mujer de 34 años que acude al Servicio de Urgencias de La Fe acompañada por la Policía Nacional, por agresión en la vía pública esta madrugada por su pareja actual. La paciente refiere que su pareja la insultó verbalmente y la golpeó , refiere no recordar exactamente el mecanismo del golpe, pero cree que ha sido una patada del agresor, que le golpeó en la cabeza en región frontal y en el 5º dedo de la mano derecha. Refiere no recordar con lucidez todo lo ocurrido tras el golpe de la cabeza, pérdida de conocimiento de unos minutos de duración.

Desde entonces la paciente presenta dolor de cabeza, de tipo opresivo en región frontal. No nauseas ni vómitos, no fotopsias ni disminución de la agudeza visual.

Diagnóstico Principal: Violencia de género

Paciente 27 años

**23/10/2017**

Paciente de 27 años traída por SAMU por sospecha de agresión por violencia de género con múltiples contusiones, craneal y torácico, encontrada en domicilio. Viene acompañada de CNP. Según SAMU es encontrada en su domicilio con múltiples lesiones en cráneo, cara y cuello, a la llegada de SAMU intranquilidad, con restos de sangrado sin origen claro. Mal estado general, Trauma facial craneal con herida inciso contusa supraciliar izqda...

Diagnóstico principal: TCE Facial Severo

Paciente 19 años

**01/01/2017**

Mujer de 19 años que acude a urgencias por crisis de ansiedad tratada con diazepam 5mg en su centro de salud, donde realizó un gesto autolesivo tras una discusión con su marido, que la ha echado de casa hoy mismo. No ha habido violencia física, pero sí insultos contra su persona (le han dicho que únicamente sirve para estar en las rotondas, que si se le ocurre denunciarle acabará ella en la cárcel por mentir...). Tras esto ha subido a la azotea con la intención de precipitarse, acudiendo el SVB y transportándola al centro de salud de Silla, donde se le dio un diazepam y en un momento de despiste del personal, se realizó cortes superficiales en antebrazo izquierdo. A su llegada a nuestro hospital, claramente ansiosa, llorando y poco colaboradora. Tras calmarse, cuenta todo lo ocurrido y ella misma se arrepiente de lo ocurrido y está convencida de no volver a realizar el gesto autolesivo narrado arriba, así como tampoco de volver a vivir con su marido. En seguimiento en CSMT por problemas de ánimo y socio-familiares (hermana menor pendiente de ser adoptada, negativa total a vivir con su madre, problemas con su actual pareja ya conocidos).

Diagnóstico Principal: Ansiedad



Paciente 33 años

**01/01/2015**

Mujer de 33 años que acude a urgencias según refiere tras agresión por parte de de su pareja. TCE sin pérdida de conocimiento aunque se ha encontrado algo obnubilada. Refiere cefalea holocraneal opresiva, ha recibido varios golpes y tirones de pelo. Importante dolor facial tras un puñetazo. Dolor cervical Otaglia izquierda Dolor mandibular izquierdo Dolor abdominal hipogastrico por contusiones varias

Diagnóstico Principal: Violencia de Género.

**11/01/2015**

Mujer de 33 años derivada del servicio de urgencias Traumatología para valoración de TCE tras ser agredida por su pareja sentimental durante la noche de ayer (sobre las 3-4 de la madrugada). Según refiere la paciente, su pareja tiene problemas con el alcohol (bebe diariamente una botella de whisky). Anoche, acudió ebrio a casa, la cogió por el cuello, la tiró en la cama y le propinó puñetazos en columna lumbar y en la cabeza. La paciente no recuerda si tuvo pérdida de consciencia posterior. Después de la agresión, la paciente presenta dolor cervical, dolor lumbar, cefalea frontoparietal, dolor en MSD. No otaglia, no dolor mandibular. No alteración del hábito deposicional. No alteración en la micción. Ha sido valorada por Traumatología que descarta lesiones en MSD y en columna vertebral.

Diagnóstico Principal: Policontusiones

**04/11/2016**

Paciente de 35 años que acude porque ha sido agredida por su pareja (refiere varios episodios de agresiones). Refiere que su pareja le ha golpeado contra una ventana. Previamente refiere que le ha dado dos tirones en el pelo, por lo que refiere cervicalgia. Refiere dolor en cabeza, 3er dedo de mano derecha y codo derecho. No refiere haber recibido golpes en tórax ni abdomen. No refiere haber recibido golpes en MMII. Refiere además haber recibido insultos y amenazas. Refiere posibilidad de embarazo.

Diagnóstico Principal: contusión craneal

Paciente 38 años

**10/05/2009**

Paciente de 38 años que acude porque refiere que el día 28/4/2009 su ex-marido la forzó a mantener relaciones sexuales y luego la amenazó para que no lo contara. Acude hoy porque no puede aguantar más. Ha tenido la regla según le tocaba y no presenta molestias actualmente.

Nos ponemos en contacto con el forense, el cual al explicarle el caso, refiere que no procede acudir a recoger muestras puesto que han pasado muchos días

Diagnóstico Principal: Posible agresión sexual

**24/05/2009**

Paciente de 38 años de edad que acude a puertas de urgencias por Ansiedad. La paciente refiere sensación de ahogo, de malestar, desorientación marcada y llanto desde hace aprox. 3 semanas, como consecuencia de una agresión sexual

Diagnóstico Principal: Ansiedad

**17/09/2017**

PACIENTE DE PSIQUIATRIA, MUY NERVIOSA, ANSIOSA, REFIERE QUE QUIERE MORIRSE. VIENE SOLA

Diagnosticada de depresión y TOC. En seguimiento en CSM Trinitat (Dra. Císcar). Última visita en marzo - Seguimiento por UHD (Dr. Plumed) en 2012 y 2013. - Múltiples consultas en puertas de urgencia por gestos autolíticos, consistentes la mayoría de ellos en ingestas medicamentosas.

- 5 ingresos en Unidad de Agudos de Psiquiatría en este hospital (en noviembre de 2012, agosto de 2013, agosto de 2014, mayo 2015, noviembre de 2015)

- Estuvo en seguimiento en Hospital de Día Miguel Servet hasta septiembre de 2015, siendo dada de alta por mejoría clínica, falta de adhesión al recurso y seguimiento irregular.

- Atendida el pasado 15/05/2017, descartando descompensación TOC/afectiva. Se procedió a derivación a UCA de referencia, TS y visita con psiquiatra habitual. Ha solicitado ya las citas correspondientes. Nuevas valoraciones el 21 y el 30 de mayo (el 30 de mayo 3 valoraciones en

urgencias)

Hábitos tóxicos: consumo de cocaína desde hace un año y consumo de alcohol esporádico.

Situación social: Actualmente vive habitación al día, pensionista por enfermedad mental, situación socio-familiar adversa.

- Ingresos en sala de agudos de H. La FE:

Ingreso 24-10-2012: Ingesta medicamentosa

Ingreso el 5-8-2013: Ingesta medicamentosa

Ingreso 15-7-2014: Depresión

Ingreso 4-2-2015: Ingesta medicamentosa

Ingreso 13-5-2015: Ingesta medicamentosa

Ingreso 27-11-2015: Ingesta medicamentosa

- Vive sola. Desde hace 3 días se encuentra en la calle.

- Apoyo socio-familiar escaso y disfuncional.

1.- En estos momentos, y, tal y como valoraron mis compañeros esta mañana, la paciente presenta un PROBLEMA SOCIAL. Como tal, su solución corresponde a servicios sociales de urgencias.

2.- Facilitar el tratamiento psicofarmacológico correspondiente. No requiere ajustes adicionales ni ingreso en Psiquiatría.

La paciente ha sido dada de alta esta madrugada por problema social ante la imposibilidad de contactar con servicios sociales de urgencia. Se trata de una paciente con problema social importante sin domicilio propio ni familia que quiera acogerla. Tras comentar el caso con psiquiatría y tratar de contactar son servicios sociales de urgencias, ante la imposibilidad de poder dar el alta a un centro

de acogida o similar, decidimos mantener a la paciente en observación en el área de camas hasta mañana lunes cuando los servicios de acogida puedan solucionar el problema social.

Recibo pase y asumo a la paciente. Se contacta con el SAIP para proceder a avisar a Urgencias sociales o bien a Asistente social con el fin de valorar y ofrecer una solución a la paciente. En estos momentos, estable, sin ningún tipo de clínica más allá del problema social pendiente de este contacto por parte del SAIP

Diagnóstico Principal: problema social

**12/10/2017**

VALORADA POR AGRESIÓN ESTA MADRUGADA. PROBLEMA SOCIAL. REFIERE QUE NO TIENE DONDE IR

Mujer de 47 años que acude porque refiere que hace 2 días cuando acudió a recoger a su hija al domicilio sufrió agresión por parte de 20-30 individuos de etnia gitana conocidos por ella (uno de ellos es el novio de su hija).

Diagnosticada de depresión y TOC. En seguimiento en CSM Trinitat (Dra. Císcar). Última visita el 19/9

- Múltiples consultas en puertas de urgencia por gestos autolíticos, consistentes la mayoría de ellos en ingestas medicamentosas.
- 5 ingresos en Unidad de Agudos de Psiquiatría en este hospital (en noviembre de 2012, agosto de 2013, agosto de 2014, mayo 2015, noviembre de 2015)
- Estuvo en seguimiento en Hospital de Día Miguel Servet hasta septiembre de 2015, siendo dada de alta por mejoría clínica, falta de adhesión al recurso y seguimiento irregular.

Atendida el pasado 15/05/2017, descartando descompensación TOC/afectiva. Se procedió a derivación a UCA de referencia, TS y visita con psiquiatra habitual. Ha solicitado ya las citas correspondientes. Nuevas valoraciones el 21 y el 30 de mayo (el 30 de mayo 3 valoraciones en urgencias)

Hábitos tóxicos: consumo de cocaína desde hace un año y consumo de alcohol esporádico.

Situación social: Actualmente vive habitación al día, pensionista por enfermedad mental, situación socio-familiar adversa. Ámbito personal complicado, refiere que la han tirado de la casa donde vivía y lleva 3 días durmiendo en la calle. Habitualmente vive sola, tiene hijos pero no mantienen relación. Actualmente no tiene pareja. Ha estado durmiendo en el terreno de su ex - marido.

Mujer de 47 años, con trastorno psiquiátrico ( TOC), consumidora e tóxicos y problema social, que fue atendida hace unas horas por agresión, según refiere la paciente, y dada de alta a las 5,00h. La paciente sufrió agresión hace 2 días, no anoche. Acude de nuevo a urgencias refiriendo no tener sitio para quedarse. La paciente presenta buen estado general, no tiene dolor concreto en ningún sitio (presenta hematoma palpebral y hematomas en rodilla y antebrazo izdo., todos ellos en evolución) y podría ser dada de alta. Sin embargo, dedo que no tiene domicilio, me preocupa la posible exposición a sus agresores, por esto contacto con SAUS. Estos me refieren conocer a la paciente, que en otras ocasiones ha sido atendida por ellos. Resulta ser una paciente problemática, que utiliza de forma inadecuada los recursos sociales.

Tras ser valorada por SAUS se rechaza la asistencia al recurso. Refieren que no hay en este momento recuro público ni privado que la pueda acoger. Se remite de forma preferente a sus servicios sociales habituales, en Salvador Allende, donde la paciente acudirá mañana.

Le explico a la paciente que le doy el alta hospitalaria, me refiere que se va a quedar " por aquí" Recomendando acudir mañana a sus Servicios Sociales habituales.

Diagnóstico Principal: Problema social

Paciente 38 años

**30/09/2017**

Paciente refiere agresión física y psicológica por parte de su marido tras haber discutido esta noche. Refieren haber estado bebiendo alcohol con unos amigos y que al volver a casa ha empezado a insultarla y luego la ha empujado y ella ha caído contra el suelo y se ha golpeado la cabeza contra el marco de la puerta y la pierna contra el borde del suelo. Posteriormente ha llamado a la ambulancia quien la ha traído al hospital y su pareja ha sido detenida.

Diagnóstico Principal: Contusión Craneal

Paciente 25 años

**15/07/2010**

Paciente de 25 años de edad que acude por agresión anoche sobre las 11 de la noche por su pareja sentimental, refiere contusiones (patadas y puñetazos) en abdomen y en miembros, además de estrangulamiento, no refiere TCE en ningún momento, ni pérdida de conciencia. Refiere esta mañana haber tenido un episodio de vómito con hebras de sangre, además refiere también hebras y coágulos sanguinolentos con la orina, en la primera orina de la mañana y posteriormente hebras sanguinolentas, aunque en la última orina no evidencio sangrado. Ahora refiere dolor abdominal generalizado, en parrilla costal (últimas costillas derechas), además de dolor en zona lumbar.

Diagnóstico Principal: Policontusión

**28/09/2017**

Paciente de 32 años que acude a PU por agresión sexual y física por expareja. Acude forense de guardia y se realiza todo el interrogatorio y la exploración conjuntamente. El domingo día 24/09/2017 fue golpeada por su expareja en el cuello, piernas y costillas derechas. A la llegada de los niños a casa paró. Esa misma noche, refiere que la insultó y la agredió sexualmente: le quitó la ropa a la fuerza y hubo penetración vaginal sin preservativo. Al día siguiente tomó la píldora postcoital. Ayer acudió a Centro de Salud Juan XXIII para

ser valorada por violencia de género, ya realizaron informe sivio. Ahora presenta molestias vaginales y dolor en hipogastrio

Diagnóstico Principal: Sospecha de agresión Sexual

Paciente 42 años

**25/09/2017**

Paciente de 42 años que acude mediante SVB, refiere que una vecina ha avisado a la Guardia Civil y esta al SVB que remite a nuestro hospital, refiriendo agresión por su pareja, novio, en el ascensor de su vivienda sin discusión previa. Ha sido agredida mediante puñetazos, patadas en la tripa y tras estirón de pelo ha presentado TCE contra la pared del ascensor. La paciente comenta que tras los diversos puñetazos y patadas se ha tirado al suelo para proteger su cabeza, mientras el agresor, refiere, que seguía dando patadas; y cuando el ascensor se ha abierto, ha quedado tendida en el suelo, una vecina ha salido y refiere que es quien ha avisado a la Guardia Civil. Relata consumo de alcohol esta tarde, se encontraba de comida, un chupito de peche y una copa de gin-tonic. Manifiesta dolor de cabeza, pómulo izquierdo, mandíbula y maxilar izquierdo, brazo izquierdo y dolor abdominal. No pérdida de conciencia Refiere que no ha habido insultos antes de la agresión en el día de hoy, pero refiere que en otras ocasiones ha habido insultos y malos tratos de carácter psicológico y físico.

Diagnóstico Principal: Policontusionada

Paciente 48 años

**08/10/2016**

Paciente de 48 años que acude por AGRESION esta mañana. Ha sido atendida en el CAP de Catarroja donde le han administrado 10 mg de diazepam im por el gran estado de ansiedad que presentaba. Posteriormente han acudido al cuartel de la guardia civil donde han formalizado la denuncia. Acude a este centro, acompañada por su hermana tras denunciar la agresión, al presentar cefalea temporofrontal intensa y dolor en región submentoniana izquierda. Refiere que a las 14:00 ha llegado a casa del trabajo y le ha hecho un comentario a su marido sobre la comida que estaba cocinando, su marido se ha enfadado y le ha propinado una paliza. La ha lanzado contra la pared, le ha pegado puñetazos en la cara y la cabeza y le ha mordido el labio. Manifiesta haber presentado maltrato verbal, psíquico y alguna bofetada en otras ocasiones. Es la primera vez que recibe una paliza de este calibre, motivo por el cual ha denunciado. Tienen previsto solicitar orden de alejamiento y no volver a casa.

Diagnóstico Principal: Agresión violencia doméstica

Paciente 19 años

**02/01/2017**

Paciente femenina de 19 años quien ingresa por agresión por parte de su ex pareja que ocurre hacia las 15:30, consistente en trauma contundente en cráneo en región frontal sin pérdida de la conciencia, asociado durante agresión presenta trauma en rodillas bilateral, motivo por el cual consulta. Actualmente refiere dolor en región cervical, cefalea, náuseas y MSI.

Diagnóstico Principal: Violencia Doméstica



Paciente 46 años

**11/01/2017**

Paciente de 46 años, mujer que acude acompañada de la policía por haber sufrido agresión por violencia de género. Según refiere la paciente esta madrugada sobre las 3,00h han llamado al timbre y se ha presentado su ex-pareja forcejeando la puerta y pudiendo acceder a la vivienda sujetándola de ambas muñecas con hiperextensión de dedos de mano dcha. y después caída al suelo de la paciente sin pérdida de conciencia pero con dolor cervical y dolor torácico ya que el agresor estaba presionando el tórax de la víctima con su MI.

La víctima refiere dolor a nivel torácico esternal con la respiración profunda y con la palpación pero sin disnea. Dolor a nivel de 4 dedo de mano dcha. y mano izda. y dolor cervical

Diagnóstico Principal: Contusión esternal

Paciente 30 años

**13/01/2017**

Remitida para valoración de evolución de la gestación en paciente que refiere ha recibido una paliza por su pareja. Refiere dolor punzante en hipogastrio de carácter discontinuo desde que ha sufrido "la paliza". Refiere golpes en espalda, no en abdomen.

Espalda aspecto normal, no hematomas

Se aprecian lesiones escoriaciones en nariz, pómulo izquierdo y sien izquierda. Refiere la paciente compatible con arañazos de su agresor

No refiere alteraciones visuales

Diagnóstico Principal: Gestación 5 semanas

Paciente 29 años

**21/01/2017**

Paciente de 29 años que es traída a urgencias por la Policía alegando violencia de género. Paciente con mal estado general, disnea intensa, se encuentra bajo los efectos del alcohol. Refiere abstinencia alcohólica. Refiere que su marido supuestamente la ha agredido y golpeado en la cabeza esta noche, además refiere que supuestamente le ha obligado a mantener relaciones sexuales con él, sin su consentimiento. Refiere que su marido tiene 8 denuncias por violencia de género. Refiere dolor a nivel cervical que refiere secundario a la presunta agresión física por su pareja, además de presentar fuertes temblores que atribuye a la no administración de su medicación habitual. Refiere haber ingerido durante el día de hoy 2 botellas de vino + 6 chupitos de vodka. Niega ingesta otras drogas. Paciente muy poco colaborativa, por efecto eólico, no puede mantenerse de pie con la imposibilidad de realizar anamnesis. No dolor abdominal. No náuseas ni vómitos.

Refiere posibilidad de estar embarazada

Diagnóstico Principal: Traumatismo craneal

Paciente 16 años

**23/02/2017**

Mujer de 16 años de edad que acude a urgencias, por voluntad propia y acompañada de su madre de acogida (que así se define la persona que acompaña a la paciente) por presentar aumento de partes blandas y hematomas en reg. periocular bilateral, tras haber sido golpeada en la cabeza por su novio, con la mano, en repetidas ocasiones en el día de ayer, según refiere.

Así mismo comenta que la agresión ha tenido lugar por manifestar su voluntad de asistir al instituto en el día de hoy, actitud con la que, según refiere, su novio no estaba de acuerdo. Ha presentado cefalea holocraneal en algún momento sin náuseas ni vómitos ni alteración del nivel de conciencia ni otros síntomas o signos acompañantes. En el momento de la valoración, se encuentra asintomática respecto a la cefalea, sin otros síntomas asociados.

Ambas, la paciente y su madre de acogida, manifiestan su voluntad de acudir a Comisaria a presentar la correspondiente denuncia tras ser valorada en este Servicio de Urgencias.

Diagnóstico Principal: contusiones y hematomas faciales

Paciente 43 años

**28/02/2017**

Paciente que acude a PU por sospecha de agresión sexual. Anamnesis realizada con familiar porque la paciente no habla. Sólo escribe. La familiar refiere que un vecino ha ido a su casa a avisar de que la paciente ha sido vista junto con la persona de la que tiene orden de alejamiento por abuso sexual. Esta persona estuvo encarcelada por este motivo. No saben si realmente ha ocurrido la agresión sexual porque la paciente no habla. Han denunciado los hechos a la policía judicial de Lliria

Diagnóstico Principal: Sospecha de agresión sexual

Paciente 32 años

**02/03/2017**

Paciente mujer de 32 años que acude por agresión por parte de su ex-pareja. Viene acompañado de su hijo de 2 años y su perro que está en la calle. Informo a la paciente de la necesidad de realizar pruebas complementarias (Rx huesos propios) y completar formulario SIVIO. La paciente me informa que no dispone de tiempo para realizar el informe ni la Rx de huesos propios. Informo y recomiendo a la paciente que vuelva a Urgencias cuando deje a su hijo en casa para completar protocolo. Procedo a alta voluntaria por decisión de la paciente.

Diagnóstico Principal: Violencia de género

Paciente 25 años

**13/04/2017**

Mujer de 25 años que acude acompañada por la policía refiriendo haber sufrido agresión física y psíquica por su ex-pareja. Refiere que tras haber roto con él hace unos días, y tomado la decisión de mudarse a Barcelona, acude al domicilio que compartían (pensando que él no se encontraría) a recoger unas cosas, en la noche de ayer sobre las 21 horas, encontrando que él estaba en casa. Su ex-pareja se muestra entonces violento, y en contra de su voluntad la retiene en una habitación de la casa, donde ha permanecido encerrada hasta esta tarde sobre las 17 horas, que logra por un despiste de él escapar, y salir corriendo por las escaleras, pidiendo auxilio, él la vuelve a retener, y la lleva nuevamente en contra de su voluntad al domicilio, pero al ser escuchada por unos vecinos, estos dan voz de alarma a la policía, que refiere acuden a domicilio, poniendo fin a su reclusión y agresión.

Refiere que durante el tiempo que permanece retenida en contra de su voluntad él la agrede reiteradas veces con golpes propiciados por sus puños (lleva una pulsera de metal, con la que indirectamente refiere haber recibido también golpes) en cabeza, cara y cuello, donde presenta varias contusiones. Refiere agresión verbal y psíquica continua durante el tiempo que permanece retenida, con insultos, amenazas, reclamos y chantaje emocional para que vuelvan juntos, retirada de teléfono y cartera con su documentación y dinero (70 euros), le rompe varios enseres de la casa y muebles, etc. Niega otras agresiones físicas, tampoco agresión sexual. Se encuentra actualmente en estado de shock, muy nerviosa y ansiosa, refiriendo cefalea continua intensa, sobre todo a nivel temporal y parietal izquierdos, en zona nasal, y arco mandibular izquierdo. Cervicalgia, no irradiada. Ha presentado epistaxis, que ya ha cedido. No otorragia. Niega pérdida de fuerza o sensibilidad en extremidades, no alteraciones visuales ni déficits auditivos. Refiere antecedente de absceso en mandibular izquierdo, controlado por Maxilo-facial, tras las contusiones mucho dolor en dicha zona también.

Refiere que llevada con esta persona unos 8 meses, y no es la primera vez que sufría maltrato físico y psíquico, con una periodicidad de una vez al mes solía darle alguna patada, empujarla, etc, así como insultarla, gritarle, amenazarle, con más frecuencias (3-4 veces por mes), siendo perdonado según refiere siempre por parte de ella, sin haberle denunciado hasta

los hechos de hoy, tampoco nunca había consultado a un médico ni solicitado ayuda de otro tipo por esta situación.

Diagnóstico Principal: Traumatismo craneoencefálico por agresión

Paciente 30 años

**16/03/2017**

Paciente mujer de 30 años de edad que acude urgencias por haber sufrido traumatismos en el contexto de una agresión realizada por su marido, hace unas horas, según refiere. Acude acompañada de un amigo y afirma que lo hace con intención de interponer la correspondiente denuncia en la comisaria tras ser valorada. Le ha golpeado con el puño en la cabeza, le ha dado patadas en el cuerpo y, le ha golpeado la cabeza (mientras la sujetaba del pelo) contra un armario, según comenta. Refiere no haber perdido la conciencia en momento alguno.

Tampoco refiere otros síntomas o signos acompañantes

Diagnóstico Principal: Policontusionada

Paciente 45 años

**28/05/2017**

Paciente de 45 años traída por SAMU. Según refiere el facultativo del SAMU la paciente ha sufrido varias puñaladas (cuchillo) en tronco. Una en región infraclavicular izquierda y 2 en región dorsal. Y una herida en la cara. La han encontrado consciente en el suelo y con respiración espontánea. Le han realizado taponamiento compresivo de las heridas-

Diagnóstico Principal: Herida de arma blanca en tórax

Paciente 21 años

**26/06/2017**

Paciente mujer de 21 años que acude a Urgencias de este Hospital refiriendo que ha sido agredida física y verbalmente por su expareja. La paciente refiere que no se han utilizado armas ni objetos de ningún tipo, tan solo patadas y puñetazos. La agresión fue en torno a las 22:00 de la noche en el rellano de entrada a la vivienda de la paciente. La paciente refiere que estaban de testigos su vecino de enfrente y su compañero de piso. La paciente se queja sobre todo de dolor a nivel de la nariz, cadera izquierda y mano derecha

Diagnóstico Principal: fractura nasal

Paciente 23 años

**28/06/2017**

Paciente mujer de 23 años gestante de unas 18 semanas, que acude tras sufrir agresión violencia de género por su pareja desencadenado por no querer (su pareja) este futuro hijo. Ha comenzado a agredirla verbalmente y físicamente con contusiones en ambos brazos, piernas y abdomen.

Contacto con centro mujer, y no tienen datos de la paciente, no ha contactado por el momento con ellas. Contacto con la T. Social de CAP de Fuente de San Luis (Beatriz), ya que observo que se ha derivado a la paciente a trabajador social en la acreditación del SIP.

Contacto con la paciente confirma que está embarazada de 18 semanas, que tiene un bebe de 1 año y 7 meses de su actual pareja, con la que convivía, que sufrió ayer agresión física ("intento estrangularme"), cuando supo que estaba embarazada. Abandonó el domicilio y se ha trasladado a casa de su madre (dirección de SIA), y hoy tiene el juicio, esta tarde, refiere que va a denunciar en espera de Orden de Alejamiento de ella y del hijo menor. Confirma que no ha llamado a Centro Mujer, a lo que le indico que debe hacerlo, para ayuda psicológica e información de ayudas por violencia de género que pueda acceder. Contacto

con Centro mujer y facilito contacto de paciente para intervención ya que hoy mismo tiene el juicio.

Todas las derivaciones se han realizado con la aceptación de la paciente.

Diagnóstico Principal: Policontusiones por violencia de género

Paciente 48 años

**03/07/2018**

Mujer de 48 años que acude refiriendo que su marido le ha dado un golpe en la cara. A su llegada no presenta lesiones residuales faciales. En la hoja de remisión del SVB consta que la paciente ha presentado recientemente varios episodios de intento de autolisis, durante el episodio de esta noche se describe agitación con agresividad. La paciente refiere que presenta una depresión de larga evolución y no niega que alguna vez haya intentado lesionarse. Sigue controles por su MAP, con buen cumplimiento.

Diagnóstico Principal: Agresión

Paciente 21 años

**04/07/2017**

Mujer de 21 años que acude a Urgencias traída SAMU en el contexto de crisis de ansiedad, acompañada de dudosa crisis convulsiva. En el informe del SAMU se refiere: Disputa familiar con posible agresión por parte de su pareja. El SAMU administra dos unidades de Diazepam 5mg, por lo que encontramos a la paciente sedada al momento de la exploración y anamnesis. La paciente refiere ingesta alcohólica la noche anterior. Al despertar, la paciente se muestra irritable y desorientada. Refiere ingesta alcohólica y una agresión la noche anterior por parte de su pareja actual.

Diagnóstico Principal: Crisis de Ansiedad

Paciente 34 años

**31/08/2017**

Paciente femenina de 34 años quien ingresa por cuadro clínico consistente en violencia de género (ex marido) que inicia sobre las 18 horas consistente en trauma contundente en abdomen, tórax anterior y posterior a ello estrangulación en región cervical. Niega otros sitios de traumatismo. Actualmente refiere dolor a nivel de abdomen. Niega hematuria, sangrado vaginal u otra sintomatología. Niega medicación

Se recibe resultado de pruebas complementarias dentro de límites normales, que descartan lesión de órganos y lesiones óseas. Paciente hemodinamicamente estable, no signos de dificultad respiratoria, no signos de respuesta inflamatoria sistémica, no signos de irritación peritoneal. Se procede a realizar informe de SIVIO.

Diagnostico Principal: Violencia doméstica

Paciente 45 años

**02/09/2017**

Dice que su pareja es muy celosa y desde hace mucho tiempo la agrede verbalmente, insultándola desde hace un poca más de un año.

Hoy viene voluntariamente para ser evaluada por un médico. El día jueves 31/08/2017 (hace 2 días) a las 02:00, su pareja la agrede físicamente: dice que la agarra y la tira de un lado a otro, le rompe las bragas a la vez que la insulta, luego le da puñetazos en la espalda, cabeza, nariz, tórax y miembros superiores. Refiere que nunca antes la había agredido físicamente. Dice que su pareja es muy celosa y desde hace mucho tiempo la agrede verbalmente, insultándola desde hace un poca más de un año. Hoy viene voluntariamente para ser evaluada por un médico. El día jueves 31/08/2017 (hace 2 días) a las 02:00, su pareja la agrede físicamente: dice que la agarra y la tira de un lado a otro, le rompe las bragas a la vez que la insulta, luego le da puñetazos en la espalda, cabeza, nariz, tórax y miembros superiores. Refiere que nunca antes la había agredido físicamente. Diagnóstico Principal: Agresión



Paciente 14 años

**19/09/2017**

Paciente de 14 años que acude acompañada de su educadora social (Vanesa Ortuño Moreno) de su centro de acogida de menores (lleva desde junio 2017). Previamente con acogimiento por abuela materna. Hoy acude a UPED remitida por Pediatra de CS tras agresión por su pareja (no conocida por educadoras sociales) para valoración por dificultad de apertura mandibular y otalgia izquierda. La paciente refiere que "su novio" (desde hace 2 semanas) de 17 años (no vive en el centro de acogida) le ha agredido físicamente en dos ocasiones:

- El 10 septiembre le realizó una mordedura en mandíbula izquierda con posterior puñetazo en la misma hemicara. No otros traumatismos por zonas.

- Ayer 18 septiembre la paciente refiere que también le mordió y golpeó sobre hemicara izquierda con sangrado dental, hematoma por succión en región latero-cervical izquierda. Además refiere agarre de brazo derecho y empujón contra la pared. Ahora mismo dolor a la palpación brazo y mandíbula izquierda. No otros traumatismos por zonas.

En ninguno de los dos eventos: no pérdida de conciencia. Cefalea ocasional. No refiere visión borrosa ni diplopía. No refiere náuseas ni vómitos. No dolor abdominal. No cambios en hábito intestinal ni miccional. No fiebre. No otra clínica por aparatos.

Además refiere agresividad verbal hacia ella desde el pasado 10 septiembre 2017.

La paciente refiere que durante los 3 meses previos de relación el agresor no había tenido este tipo de comportamiento.

Ninguna de las agresiones físicas fue presenciada por terceros. La paciente refiere que no quiere denunciar.

Acudió a Planificación familiar para control de conductas sexuales de riesgo y toma de anticonceptivos.

Diagnóstico Principal: Contusión mandibular

*“La paciente de 29 años y de origen iraquí cuyo relato compartíamos en la primera hoja de esta tesis está separada acude a su centro de Salud a referir que hace tres años gracias a un informe médico de presunta violencia de género realizado desde un Servicio de Urgencias se inició un proceso de divorcio y de protección a través de una orden de alejamiento. La paciente tuvo un seguimiento sanitario y un acompañamiento que hizo que se recuperara, accediera a un trabajo y tuviera las herramientas necesarias para salir de esa situación de maltrato.*

*Acudió agradecida por qué gracias al análisis de la atención sanitaria prestada a mujeres que sufren Violencia de Género, ella pudo comenzar una nueva vida libre de maltrato”.*

**Terminamos este estudio como empezamos, solo una gran diferencia el relato que inicia este trabajo es una realidad y, este último es un gran deseo.**

**Agosto de 2018**

