

PARTE II. TEMAS ACTUALES DE SALUD PÚBLICA

La violencia de pareja y la salud de las mujeres

Pilar Blanco^a / Consuelo Ruiz-Jarabo^b / Leonor García de Vinuesa^c / Mar Martín-García^d

^aCentro de Salud, Instituto Madrileño de Salud (Insalud). El Escorial. Madrid. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid (ADSPM). España.

^bHospital Niño Jesús. Madrid. ADSPM. España.

^cCentro de Salud. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Córdoba. España.

^dSalud Laboral. ADSPG. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Correspondencia: Pilar Blanco. Residencia, 44. San Lorenzo del Escorial. 28200 Madrid. España.
Correo electrónico: mblancop@meditex.es

(Partner violence and women's health)

Resumen

La gran magnitud de la violencia contra las mujeres llevó a que la Organización Mundial de la Salud la declarara como un problema prioritario en salud pública. Según los datos de la macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer en 1999, este problema está afectando en España a una de cada 7 mujeres y da lugar a más de medio centenar de muertes cada año.

Este trabajo tiene como objetivo hacer una revisión del origen de sus causas, las consecuencias en la salud de las mujeres y su impacto en los servicios sanitarios. Se analiza por qué las mujeres maltratadas, a pesar de su alta prevalencia, no son reconocidas habitualmente por los profesionales sanitarios, tanto en las consultas como en los servicios de urgencias. Se revisan las acciones que se han puesto en marcha en los últimos años en España desde la Administración sanitaria. Se proponen algunas recomendaciones respecto a las políticas sanitarias y sociales, el papel de los profesionales y la formación e investigación necesarias para avanzar en la erradicación de esta lacra social.

Palabras clave: Mujeres. Género. Violencia. Violencia de género. Violencia de pareja. Violencia doméstica. Violencia física. Violencia psicológica. Malos tratos a mujeres.

Abstract

The World Health Organization declared violence against women to be a Public Health priority due to its magnitude. This problem affects in Spain one out of seven women, as shown by the 1999 survey conducted by the Instituto de la Mujer, and causes more than fifty annual deaths.

The purpose of this essay is to review causes of violence against women and its consequences in health as well as the impact in medical services. The authors analyse the difficulties in systematic recognition of abused women and their neglect, despite the high prevalence, by health care professionals from open care and emergency services. In addition, measures undertaken by Health Authorities in recent years are reviewed. A set of recommendations aimed to eradicate violence against women is given, including those for social, health and research policies and health-professionals education and training.

Key words: Women. Gender. Violence. Gender-based violence. Partner violence. Domestic violence. Domestic abuse. Physical violence. Psychological violence. Battered women.

Introducción

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Incluye no sólo las agresiones físicas, sino también el maltrato psíquico y sexual. En este trabajo nos centraremos en la situación en España de la violencia ejercida por los hombres (maridos, parejas o ex parejas íntimas) contra las mujeres.

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres¹. En 1996, la OMS lo declaró prioridad en salud pública². En la actualidad, en nuestro país la violencia contra las mujeres sigue sien-

do todavía un fenómeno «normalizado», «invisibilizado» e inmerso en el ámbito privado en la mayoría de las situaciones.

Concepto y tipos de violencia

Habitualmente, cuando pensamos en la violencia contra las mujeres la limitamos a la violencia física grave (palizas, agresión con armas, muerte). Sin embargo, la violencia comprende también el maltrato psicológico, sexual, de aislamiento y control social, que suelen pasar mucho más desapercibidos. Según la definición de la ONU¹, la violencia de género* es «cualquier acto o in-

Blanco P, et al. La violencia de pareja y la salud de las mujeres

tención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres. Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada»³.

Estas conductas violentas incluyen 4 aspectos: *a*) el control de los movimientos de las mujeres o la restricción de su acceso a la información o la asistencia (impedirle estudiar o trabajar, control económico, etc.), así como el aislamiento de su familia o amigas/os y de otras relaciones sociales; *b*) las relaciones sexuales sin consentimiento o forzadas; *c*) el maltrato psicológico, que comprende la desvalorización, la intimidación, el desprecio y la humillación en público o privado, y *d*) los actos físicos de agresión (p. ej., empujones, pellizcos, bofetadas, golpes, patadas, palizas, etc.).

Habitualmente, coexisten diferentes tipos de violencia en una misma relación de pareja³. En muchas ocasiones, el maltrato comienza con conductas de control y desvalorización de la mujer. Más adelante, es frecuente el maltrato sexual y si no se logran los objetivos de obediencia y sumisión por parte de la mujer, suele pasarse al maltrato físico. Es decir, la violencia contra las mujeres no es un acto puntual, sino un proceso que se va instaurando y cronificando en el tiempo, por lo que es necesario detectarlo precozmente y prevenir su desarrollo, mantenimiento y secuelas.

Origen y factores de riesgo de la violencia de pareja

La violencia contra las mujeres tiene hondas raíces sociales y culturales y se basa en la creencia ancestral de que la mujer es propiedad del hombre, quien puede tratarla como juzgue adecuado³. Está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a los indudables avances en las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad de derechos.

Poco a poco, se va perfilando un marco «ecológico», que contempla diferentes factores de riesgo que dan lugar a la violencia contra las mujeres. Sobre la base de una organización social basada en la desigualdad

y el dominio de los hombres sobre las mujeres, que acepta la violencia como forma de resolver los conflictos, existiría una serie de factores que interactúan y que pueden favorecer la violencia o proteger frente a ella (fig. 1).

Epidemiología de la violencia de género

Prevalencia

En las 48 encuestas poblacionales realizadas en los últimos años, la prevalencia de mujeres sometidas a violencia física por sus parejas en algún momento de sus vidas es del 10 al 69% a nivel mundial y del 18 al 58% en países europeos³. Si se hace referencia a la violencia que ha tenido lugar en el año anterior, la prevalencia va del 3 al 52% en el mundo y del 7 al 12% en Europa³.

Los estudios indican que suelen coexistir la violencia física, la psíquica y la sexual, aunque apenas hay trabajos sobre estas dos últimas. Los estudios cuantitativos se han centrado sobre todo en la violencia física, que es más fácil de medir y conceptualizar. Sin embargo, los escasos estudios cualitativos realizados muestran que para muchas mujeres el maltrato psíquico y la degradación son tanto o más intolerables, y con consecuencias en la salud y el bienestar similares a las de la violencia física³.

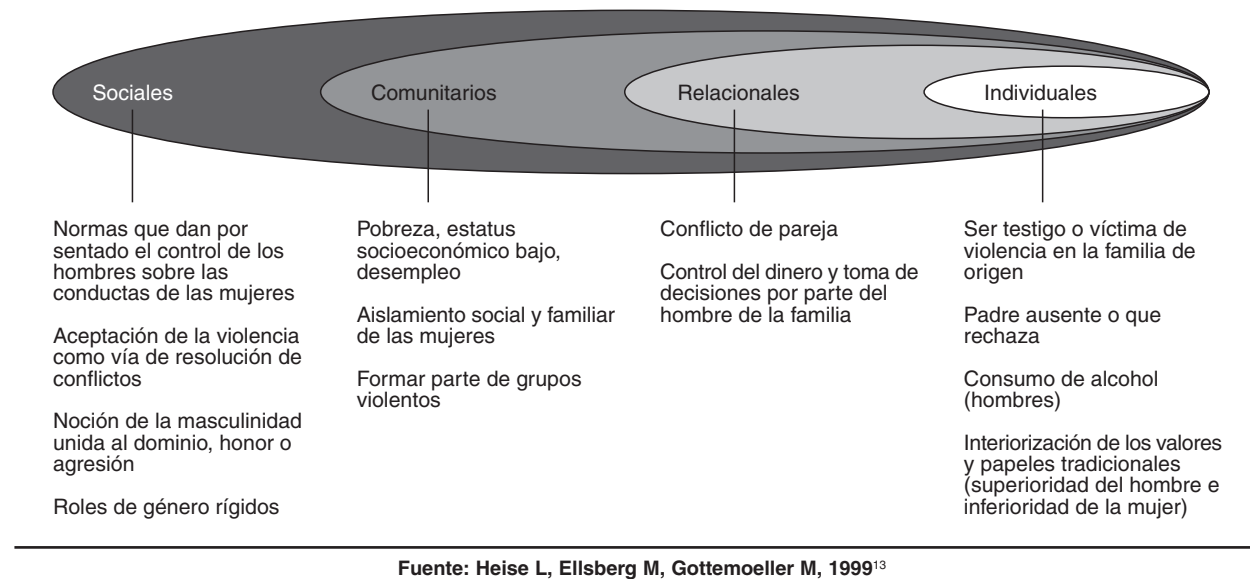
En España, los únicos datos de que disponemos son los aportados por la macroencuesta realizada telefónicamente a mujeres mayores de 18 años en el año 1999 por el Instituto de la Mujer⁴. En ella se detectó que 2.090.767 mujeres (14,2%) estaban afectadas en ese momento por malos tratos, aunque no se consideraban como mujeres maltratadas (lo que la encuesta define como «técnicamente» maltratadas). La percepción subjetiva de malos tratos por parte de las mujeres en el último año era de un 4,2%; estas mujeres presentaban una mayor gravedad en las formas de maltrato. La diferencia entre las mujeres objetivamente maltratadas y las que se consideraban a sí mismas maltratadas indica que para muchas mujeres el hecho de estar sometidas a humillación, desprecio, abuso sexual y control de sus vidas por parte de sus parejas forma parte de sus relaciones, sin tener conciencia de la dignidad y la igualdad a la que tienen derecho y sin evidenciar que están inmersas en relaciones destructivas⁵.

La macroencuesta muestra que la violencia se produce en todas las clases sociales, niveles económicos y educativos, y tanto en el ámbito rural como urbano. Afecta a mujeres de todas las edades; las cifras más elevadas se dan en mujeres de 44 a 64 años y se produce un aumento con la edad. Es más frecuente que las mujeres maltratadas tengan un menor nivel edu-

*La violencia contra las mujeres se denomina también violencia de género, porque es la que ejercen los hombres para asegurarse los privilegios que la cultura les ha otorgado y que el rol asignado a las mujeres les proporciona: ser atendidos y cuidados material y emocionalmente, tener una posición dominante en la sociedad y más poder y derecho. La violencia de pareja en el 98% de los casos la ejercen los hombres contra las mujeres. Por tanto, aunque habitualmente la violencia se considera un problema de mujeres, no es un problema «de» ellas sino «para» ellas; en realidad, y fundamentalmente, es un problema de la cultura masculina/patriarcal.

PARTE II. TEMAS ACTUALES DE SALUD PÚBLICA
 Capítulo 1. Visiones de la salud pública desde la perspectiva de género y clase social

Figura 1. Modelo ecológico de factores asociados con la violencia de pareja.



cativo. La encuesta señala que los malos tratos son conductas arraigadas y constituyen una forma de relación que persiste en el tiempo: 3 de 4 mujeres declaran que hace más de 5 años que sufren conductas violentas, y la media de número de años de convivencia es mayor de 20.

Los hombres que posiblemente ejercen violencia no presentan ninguna peculiaridad respecto a la edad, el nivel educativo o la situación laboral. No es mayor la incidencia de paro, ni hay diferencias en los ingresos económicos. Solamente se detecta un menor nivel educativo entre los hombres que maltratan, aunque la violencia se da en todos los niveles. Asimismo, se encuentra una cierta relación con el alcohol. Un 37% de las mujeres que declaran malos tratos manifiesta que su pareja bebe o bebía demasiado. La macroencuesta muestra que muy a menudo los procesos de ruptura originan más violencia. Un 26% de las mujeres que se separaron sufrieron amenazas y un 19% refiere que sufrió acoso.

En relación con los tipos de maltrato, un estudio realizado mediante encuesta en un centro de atención primaria de Granada, en el año 2002¹⁶, encontró que la forma más frecuente era el maltrato emocional (22,3%), seguido del físico (9,8%) y el sexual (5,1%), y que los diferentes tipos coexisten en una proporción elevada de mujeres. Estos datos son similares a los encontrados en otros estudios europeos.

Respecto a las denuncias por malos tratos, es muy habitual en nuestro país que cuando se dan cifras de mujeres maltratadas se refieran sólo a las que han presentado denuncias, a pesar de que el porcentaje de mu-

jerer maltratadas que denuncian es muy bajo (se calcula que lo hacen un 2-10%). Los datos disponibles procedentes del Ministerio del Interior (elaborados por el Instituto de la Mujer, el Centro Reina Sofía y Asociaciones de Mujeres Juristas, como Themis y la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas) dan una cifra creciente en los últimos años.

Según el Centro de Estudios Reina Sofía⁷, hubo 30.199 denuncias de mujeres por maltrato de su pareja en el año 2002, de las que fueron calificadas como delitos 7.295 y como faltas, 22.904*. Muchas mujeres no denuncian por miedo ante la falta de medidas de protección y porque muchos de los asesinatos se han cometido en mujeres que habían realizado varias denuncias.

La OMS y otros organismos de salud siguen insistiendo en los últimos años en la necesidad de que las investigaciones en relación con la violencia contra las mujeres sean comparables. Por este motivo, la OMS recomienda seguir unas estrategias metodológicas y ha elaborado unas guías que tienen presente las cuestiones éticas y de seguridad de las mujeres a quienes se estudia^{8,9}.

*Puesto que la mayoría de las relaciones de maltrato tienen una historia de años de duración y no son hechos puntuales, estas cifras indican las contradicciones de las instituciones judiciales en su conjunto, ya que la mayoría debería haber sido calificada como delitos, dada la frecuencia con que se producen, y no resuelta como simples faltas. En definitiva, el mundo de los operadores jurídicos no es ajeno al universo simbólico patriarcal que legitima o protege la violencia contra las mujeres (Asociación de Mujeres Juristas Themis).

Mortalidad

En España, en el año 2000 fueron asesinadas 64 mujeres por sus parejas (o ex parejas), 71 en 2001, 77 en 2002, y 69 hasta el 1 de septiembre de 2003, según la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas¹⁰. Las cifras que ofrece el Ministerio del Interior¹¹ son algo menores (43 mujeres asesinadas en 2003), pues sólo recogen los sucesos atendidos por la policía o guardia civil y no incluyen los datos de Cataluña y Euskadi. Según un reciente informe del Consejo General del Poder Judicial¹³, que analiza los fallecimientos ocurridos en los últimos 2 años, una de cada 4 mujeres asesinadas había presentado denuncia, sin que se hubieran puesto en marcha medidas de protección. Sería necesario investigar cuántos años llevaban estas mujeres sometidas a violencia, qué ayudas habían solicitado y cuál había sido la respuesta de sus familias y de los servicios sanitarios y/o sociales a los que previsiblemente habían acudido.

Consecuencias de los malos tratos en la salud de las mujeres

Durante los años ochenta y noventa se han llevado a cabo investigaciones que demuestran que el hecho de estar sometida a una relación de violencia tiene graves consecuencias en la salud de la mujer, a corto y a largo plazo. La mujer maltratada presenta numerosos síntomas físicos y psicosomáticos, síntomas de sufrimiento psíquico (disminución de su autoestima, ansiedad y depresión, fundamentalmente), además de las lesiones físicas. El estrés crónico que implica el maltrato favorece la aparición de diferentes enfermedades y empeora las existentes¹³. Es decir, los síntomas físicos, que muchas veces son crónicos e inespecíficos (cefaleas,

cansancio, dolores de espalda, etc.), aparecen entremezclados con los psíquicos. En la tabla 1 se muestran las consecuencias en la salud de las mujeres, recogidas en las diferentes investigaciones.

Impacto de la violencia en los servicios de salud

Las mujeres víctimas de violencia acuden más a los servicios sanitarios que las demás¹³⁻²⁰. Algunos estudios realizados en diferentes países muestran que un porcentaje importante de las mujeres que acuden a los servicios de atención primaria^{19,20}, salud mental^{21,22}, traumatología²³ y de urgencias²⁴⁻²⁶ están sometidas a violencia por su pareja.

En España, en un estudio reciente, realizado en un centro de salud de Granada, se indica que un 22,8% de las mujeres que habían acudido a consulta habían sufrido algún tipo de maltrato; de ellas, el 43,3% lo había sufrido durante más de 5 años⁶.

Diversas investigaciones también muestran que las mujeres sometidas a violencia no sólo acuden más a los servicios sanitarios, sino que se someten más a cirugía, prolongan más su estancia hospitalaria y consumen más fármacos, incluso tras efectuar un control de los posibles factores de confusión^{3,21-24}.

Falta de detección de la violencia en los servicios sanitarios

En la mayoría de las ocasiones, los profesionales de salud no detectan que el origen de los síntomas o signos reside en la situación de violencia a la que están sometidas las pacientes. Existen barreras psicológicas y culturales que dificultan que las mujeres hablen del

Tabla 1. Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres

Psicológicas y de conductas	Sexuales	Reproductivas y ginecológicas	Físicas	Lesiones físicas traumáticas
Depresión y ansiedad	Disminución de la libido	Embarazos no deseados	Dolores crónicos	Fracturas
Sentimientos de culpa y vergüenza	Anorgasmia	Embarazos de alto riesgo	Cansancio	Contusiones y hematomas
Baja autoestima	Falta de autonomía sexual	y complicaciones	Síndrome del colon irritable	Rotura de tímpano
Trastornos psicosomáticos		Enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH	Funcionamiento físico reducido	
Crisis de pánico y fobias		Abortos en condiciones inseguras	Fibromialgia	
Conductas sexuales inseguras (no protegidas)		Infecciones urinarias de repetición	Problemas gastrointestinales (dispepsias, etc.)	
Trastornos de alimentación (bulimia, anorexia)		Dolores pélvicos crónicos		
Trastorno de estrés postraumático				
Abuso de drogas, alcohol, tabaco				
Escaso cuidado personal				

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1999.

PARTE II. TEMAS ACTUALES DE SALUD PÚBLICA

Capítulo 1. Visiones de la salud pública desde la perspectiva de género y clase social

tema, y falta formación y tiempo en dichos profesionales^{19,20,27}.

En España, apenas disponemos de estudios sobre estas cuestiones. No obstante, destacamos un estudio cualitativo sobre las actitudes y conductas de la profesión médica en los centros de atención primaria y de urgencias, realizado en Córdoba²⁸. Algunas de sus conclusiones son: a) las mujeres médicas tienen una mayor sensibilización y actitud empática hacia la mujer maltratada; b) existen prejuicios en las/los profesionales de salud que limitan la capacidad de detección y abordaje de la mujer maltratada; c) hay una demanda importante de formación específica sobre el maltrato entre las/los profesionales de medicina.

Actuaciones desde los servicios sanitarios en España y en las comunidades autónomas*

En 1997, el Consejo de Ministros aprobó el III Plan de Igualdad de Oportunidades para las mujeres, del que emanó el I Plan de Acción contra la violencia doméstica, en 1998, que recogió varias áreas de actuación: sensibilización y prevención, educación, recursos sociales; sanidad, legislación y práctica jurídica.

Dentro de los servicios de salud, se previeron 4 medidas básicas:

1. La aprobación y la difusión de un protocolo sanitario, que fue elaborado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 1999²⁹. Si bien podemos considerar que fue un primer paso importante, tuvo grandes limitaciones, entre las que cabe destacar las siguientes: a) sólo participaron en su elaboración sociedades clínicas y no personas expertas en salud pública y epidemiología, por lo que la violencia quedó reducida a un problema individual, y no se planteó como un problema de salud pública; b) se contempló casi exclusivamente la violencia física con lesiones graves y como hecho puntual, no se tuvo presente que la violencia doméstica es un proceso y que habitualmente los síntomas de presentación no son las lesiones, y c)

*Las actuaciones en España se han iniciado una década después que en otros países. En Estados Unidos, en 1985, la Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations aprobó la adopción de normas para la identificación, la evaluación y la atención a las víctimas adultas de la violencia doméstica, que entraron en vigor en 1992. En ese mismo año, la American Medical Association publicó unas directrices diagnósticas y de tratamiento para la violencia doméstica. También en 1992 se fundó en Estados Unidos el Centro Nacional para la prevención y el control de lesiones en Atlanta, que tiene como punto importante de su agenda la prevención y la detección de la violencia contra las mujeres. A partir de la década de los noventa se va introduciendo poco a poco la violencia doméstica en los programas de estudios de las facultades de medicina y en los programas para residentes.

se planteó como principal actuación del profesional de salud la cumplimentación del parte de lesiones, sin tener presente el consentimiento de la mujer y otros aspectos de importancia central, como la protección y la seguridad de la mujer, la confidencialidad a la que nos debemos, el deterioro de la salud física y psíquica de la mujer, más allá de las lesiones visibles que presenta el día concreto de la agresión. El entorno sanitario debe ser un lugar donde la mujer sea escuchada y protegida emocionalmente. Las experiencias en otros países corroboran que es necesario comentar con la mujer las ventajas y los inconvenientes de las actuaciones a seguir, incluida la denuncia (no podemos olvidar que es frecuente el posible aumento de la violencia por parte de su pareja y la pérdida del control de la situación por parte de la mujer). Es la mujer quien debe tomar sus propias decisiones^{3,13}. Por otro lado, cabe mencionar que las diferentes comunidades autónomas (CCAA) han realizado o están llevando a cabo la elaboración de distintos protocolos.

2. La inclusión en la cartera de servicios de atención primaria de salud de actividades para la prevención de la violencia y promoción de la salud. Esta inclusión en la cartera de servicios —fundamental, ya que los centros de salud son la puerta de entrada al sistema sanitario y es donde acuden habitualmente las mujeres en situación de maltrato— está en proceso de redacción en la mayor parte de las CCAA. En nuestra opinión, la mayoría de ellos son eminentemente biologicistas y no contemplan los aspectos psicosociales de la mujer, ni los condicionantes de género que pesan sobre ella.

3. La puesta en marcha de cursos de formación y sensibilización a profesionales sanitarios. Desde 1999 se ha iniciado la formación relacionada con este problema. Las primeras iniciativas partieron del Instituto de la Mujer estatal y de las diferentes CCAA, mediante acuerdos con las Consejerías de Salud y Servicios Sociales, aunque por el momento ha llegado a menos de un 5% de los profesionales que ejercen en los servicios de atención primaria y urgencias. Aún no se ha previsto la formación de otros profesionales del sistema (obstetricia, ginecología, psiquiatría, reumatología, fisioterapia). Debe señalarse que en algunas CCAA, como Andalucía o Canarias, se han elaborado materiales de formación.

Hasta el momento, la formación sobre el problema de la violencia contra las mujeres se ha dirigido, sobre todo, a los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado (policía, servicios jurídicos) y a los servicios sociales (acorde con la necesidad de atender los casos más graves de violencia física). Sin embargo, apenas se han destinado recursos a la formación de profesionales de los servicios de salud y educativos, según la Memoria de la Comisión técnica Interautonómica e Interministerial³⁰.

4. Establecer la coordinación interinstitucional. Algunas CCAA han desarrollado procedimientos de coordinación y han creado comisiones de seguimiento a los diferentes niveles provincial, de distrito y local (Andalucía). En Asturias se está haciendo hincapié en el enfoque interinstitucional, multidisciplinario y coordinado de la formación, lo que favorece el contacto y el trabajo coordinado posterior.

Numerosos ayuntamientos y asociaciones de mujeres han puesto en marcha servicios de atención a mujeres maltratadas. En el año 2002, el problema comienza a estar presente en alguna revista y congreso científicos. La Red de Género y Salud y la Red de Médicas y Profesionales por la Salud de las Mujeres lo incluyen como tema prioritario en sus actividades y proyectos de investigación.

Todas estas acciones iniciadas para combatir la violencia contra las mujeres no resultan proporcionales a la magnitud del problema, ya que en su mayoría se dirigen a tratar a las mujeres con agresiones físicas graves, la parte más llamativa y visible del problema, que si bien son necesarias no son suficientes, pues sólo abarcan al 2% de las mujeres maltratadas.

El II Plan contra la Violencia doméstica fue aprobado en mayo de 2001 y tiene vigencia hasta 2004. Contempla la prevención, a través de la educación, el aumento en los recursos sociales, las mejoras en los servicios judiciales y la coordinación interinstitucional. No se plantean actuaciones desde el sector sanitario, que pueden ser importantes en la detección y el abordaje de la violencia y para poner a la mujer en contacto con otros recursos, como se ha demostrado en otros países.

Actualmente, la atención a la mujer maltratada no está aún prevista como actividad normalizada del sistema público de salud. Para ello es necesario, en primer lugar, la sensibilización y la responsabilización de la Administración sanitaria a sus diferentes niveles. La tarea fundamental del personal sanitario no es tanto dar consejo sino ofrecer escucha y apoyo a mujeres y derivar y coordinarse con otros servicios de atención a la mujer.

Conclusiones

– Problema de salud pública. La violencia contra las mujeres por sus parejas (o ex parejas) podría estar afectando al menos a una de cada 7 mujeres en España y da lugar anualmente a más de medio centenar de muertes.

– Múltiples facetas. La violencia incluye no sólo las agresiones físicas, sino también el maltrato psíquico y sexual, que habitualmente pasan desapercibidos en los servicios asistenciales.

– Invisibilidad. Los problemas de salud derivados de dicha violencia no son reconocidos habitualmente por las/los profesionales sanitarios. El abordaje emi-

nentemente biologicista de la atención médica, la falta de tiempo y de formación específica son obstáculos para su detección y abordaje adecuados. Las propias mujeres también presentan dificultades para relacionarlos y hablar de ello con las/los profesionales sanitarios.

– Servicios sanitarios clave. Los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser lugares privilegiados para la prevención, la detección precoz y la atención de la mujer maltratada.

Recomendaciones

Es necesario llevar a cabo un Programa de salud integral contra la violencia que sea multidisciplinario y que tenga prevista su evaluación. Para ello, es preciso asegurar el compromiso y el apoyo de los responsables de las políticas de salud, la designación de un responsable en las diferentes CCAA y la liberación de presupuesto para el mismo. Este Programa debe entenderse como respuesta a un problema prevalente de salud y debe ser incluido en los Planes de Salud, para fijar su estrategia de intervención y evaluación, a nivel estatal y de las CCAA. Debe contemplar la coordinación con los sectores educativos, los servicios sociales y los servicios jurídicos y policiales (la experiencia internacional demuestra que los programas que se realizan en un solo sector tienen resultados muy limitados), así como la participación de las asociaciones de mujeres^{3,13}.

Es preciso fomentar la investigación sobre la violencia de género, tanto la realización de estudios para avanzar en la comprensión de la violencia y su impacto en la vida, la salud y el bienestar de las mujeres, como estudios que evalúen las intervenciones realizadas (incluida la económica)^{3,31}.

Finalmente, debe incluirse la violencia de género en los programas de formación de los profesionales. No debe ser tanto una formación clínica sino vivencial, dirigida al análisis y la reflexión sobre las propias actitudes, las creencias y los prejuicios, que muchas veces permanecen ocultos. Es imprescindible el uso de la metodología grupal y participativa que incluya el aprendizaje de la entrevista psicosocial y, fundamentalmente, la adquisición de ciertas habilidades, como la acogida, la escucha y la contención. Además, debe tenerse en cuenta la perspectiva de género en la comprensión de la salud y la enfermedad³¹⁻³³.

Agradecimientos

A Alicia Llacer, Carme Borrell y Carmen Mosquera, por la lectura de estas líneas y sus valiosos comentarios y sugerencias.

PARTE II. TEMAS ACTUALES DE SALUD PÚBLICA

Capítulo 1. Visiones de la salud pública desde la perspectiva de género y clase social

Bibliografía

1. United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva, 20 de diciembre de 1993.
2. World Health Assembly (WHA). Prevention of violence: a public health priority (handbook of resolution). WHA, 25 de mayo de 1996 (Sixth plenary meeting, Committee B fourth report. 3rd ed).
3. Violence by intimate partners. En: World Report on violence and health. Geneva: WHO, 2002; p. 89-121.
4. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La violencia contra las mujeres. Resultados de la Macroencuesta. Madrid: Sigma Dos S.A., 2000.
5. Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación La Caixa 2002. Colección Estudios Sociales n.º 10. Disponible en: www.estudios.lacaixa.es
6. Mata N, Ruiz Pérez I. Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de atención primaria. Vol XVIII. Master de Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002.
7. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Estadísticas sobre violencia familiar [consultado 2/10/2003]. Disponible en: <http://www.gva.es/violencia>
8. Saltzman LE, Fauslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Intimate partner surveillance: uniform definitions and recommended data elements. National Center for Injury prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention, 1999.
9. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: WHO, 2001 (document WHO/FCH/GWH/01.01).
10. Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Documentos: Violencia contra las mujeres [consultado 2/10/2003]. Disponible en: www.separadasydivorciadas.org
11. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Mujeres: malos tratos por su cónyuge o análogo. Anuario Estadístico 2003 [consultado 3/10/2003].
12. Consejo General del Poder Judicial. Informe de fallecimientos por violencia doméstica en el primer trimestre de 2003. Disponible en: www.cgpj.es
13. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population reports, Series L, n.º 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information Program, 1999.
14. McCauley J, Kern DE, Kolodner SD, Dill L, Shroeder AF, Dechant HK, et al. The «battering syndrome»: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med* 1995;123(10):737-46.
15. Violence against women: a priority health issue. Geneva: WHO, 1997 (documento WHO/FRH/WHD/97.8).
16. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Fam Med* 1992;22244:283-7.
17. Bullock L, McFarlane J, Bateman LH, Miller V. The prevalence and characteristics of battered women in a primary care setting. *Nurse Pract* 1989;14:47-55.
18. Elliot BA, Johnson MM. Domestic violence in a primary care setting. *Arch Fam Med* 1995;4:113-9.
19. Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324:1-6.
20. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324:271-4.
21. Post RD, Willett AB, Francks RD, House RM, Back SM, Weissberg MP. A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1980;137:974-5.
22. Jacobson A, Richardson B. Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *Am J Psychiatry* 1987;144:908-12.
23. Thomas, Telmon, Alleery, Pauwels, Rougé. La violence conjugale dix ans après. *Le Concours Médical* 2000;122:2041-4.
24. Campbell JC. Child abuse and wife abuse: the connections. *Med Med J* 1994;43:349-50.
25. Hotch D, Grunfeld AF, Mackay K, Cowan L. An emergency department-based domestic violence intervention program: findings after one year. *J Emerg Med* 1996;14:111-7.
26. Abbott J, Johnson R, Koziol-Maclain J, Lowenstein SR. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 1995;273:1763-7.
27. Goldberg WG, Tomlanovich MC. Domestic violence victims in the emergency department: new findings. *JAMA* 1984;251:3259-64.
28. García de Vinuesa L. Las actitudes de las médicas y los médicos de atención primaria y urgencias frente a las mujeres maltratadas. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1998.
29. Plan de acción contra la violencia doméstica 1998-2000. 2.ª reimpr Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, 2000.
30. Comisión técnica interautonómica e interministerial. La violencia en el ámbito familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales, 2000.
31. García-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509-14.
32. Blanco P, Abril V. Abordaje de la violencia contra las mujeres desde los servicios sanitarios. En: Propuestas de las asociaciones de mujeres para un plan integral contra la violencia hacia la mujer en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo de la Mujer (CAM), 2001.
33. Nogueiras García B, Arechederra Ortiz A, Bonino Méndez L, López-Doriga Alonso B. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.