

# Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública

(Taking action against domestic violence. A challenge for public health)

**V**iolencia doméstica, violencia de género, violencia contra las mujeres. Tres sintagmas utilizados para denominar un grave problema. El primero, aunque sigue siendo el más utilizado lo parcializa, ya que la violencia por el compañero íntimo va más allá de las paredes del hogar. El segundo, más amplio y cargado de contenido ideológico, puede minimizar la gravedad del problema detrás de un término que aún no está claro para muchas personas. Por eso, cabe seguir haciendo pedagogía y clarificando lo que significa el género: «Género es un concepto sociocultural ligado a las costumbres y al significado que se da a las atribuciones femeninas y masculinas, que pueden diferir entre sociedades y en el tiempo; no es una variable ni sinónimo de mujer ni tampoco debe utilizarse de manera intercambiable con la palabra sexo. El sexo, en cambio es una categoría biológica que, en principio, es inmutable y ahistórica»<sup>1</sup>.

Aunque la violencia es un problema generalizado y adopta muchas formas, puede presentarse en todos los ambientes de la vida de las personas desde la calle, el trabajo y principalmente en sus hogares. La ejercen y la sufren tanto mujeres como varones, aunque la mayoría de la violencia, independientemente de su forma, naturaleza o consecuencias, es perpetrada por los varones. Especialmente en el caso de la violencia de género, los agresores son personas cercanas a las agredidas y se produce dentro del ámbito doméstico o bien cuando la víctima y el agresor ya no conviven, en espacios privados o públicos, no siendo raros los casos en que la agresión se da en la calle o en las proximidades de la vivienda.

Las definiciones de violencia que aparecen en los dos artículos de este número de *GACETA SANITARIA*<sup>2,3</sup> también sirven para fundamentar la afirmación de que la violencia contra las mujeres actúa como mantenedora y al mismo tiempo se nutre de las relaciones estructurales de desigualdad de género: «es una forma de poder masculino para mantener su dominio y subordinación de las mujeres».

Sólo con conocer parcialmente la magnitud del problema, ya que la información disponible está dispersa y la violencia es infradiagnosticada, infradeclarada e infradocumentada, se puede afirmar que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública. Uno

de los principales argumentos para considerarla así es el impacto negativo que tiene en la salud física y mental de las mujeres, siendo en algunas regiones del mundo y algunos grupos de edad una de las principales causas de morbimortalidad<sup>4</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la prevención de la violencia es una prioridad que exige un conocimiento exhaustivo de su magnitud<sup>5</sup>. Así, la disponibilidad de datos fiables sobre la violencia es necesaria para fundamentar las políticas sanitarias en este sentido. Estos datos deberán servir para planificar y vigilar pero también para sensibilizar a la población.

Lo que sale a la luz es, con más frecuencia, lo más visible: la violencia física que deja su rastro en lesiones que van de las excoriaciones y contusiones hasta la muerte. Las agresiones y humillaciones sexuales (relaciones sexuales forzadas u otras formas de coacción sexual) también forman parte del ciclo y manifestaciones de la violencia contra las mujeres. Lo que pocas veces se detecta y se denuncia, a no ser que se haga una búsqueda activa, es la violencia psicológica, que lleva a problemas de salud que van desde la depresión hasta las autolesiones o el suicidio, pasando por la exacerbación de síntomas físicos y psicosomáticos<sup>6</sup>.

La modificación del código penal español permitió la denuncia de amenazas y agresiones psicológicas, aunque no existan agresiones físicas. Esto multiplicó exponencialmente las denuncias por malos tratos, que en 2002 fueron 35.000. El estudio presentado por Vives C et al<sup>2</sup> en este número de *GACETA SANITARIA* hace un análisis innovador en nuestro medio. Utilizando como fuentes de información la base de datos de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas (1998-2001) y las denuncias por violencia por el compañero íntimo, del Ministerio del Interior (1997-2000), teniendo en cuenta las diferencias demográficas existentes, calcula la incidencia y la mortalidad por grupos de edad y provincias y encuentra que existe una evolución creciente de los asesinatos y denuncias por violencia en España. Este estudio es un ejemplo de que a falta de datos epidemiológicos sistematizados se pueden analizar descriptivamente datos secundarios.

En la carta al director firmada por Arrufat et al se cita un estudio realizado en Castellón, que encontró una incidencia anual de 3,9 agresiones por 1.000 mujeres,

con una tasa de mortalidad de 3,14 defunciones por 100.000 mujeres. Así, sus autoras y autor afirman que la violencia de género presenta una incidencia más elevada que el cáncer de cérvix o de mama en las mujeres españolas<sup>7</sup>.

Actualmente, la mayoría de los datos internacionales de prevalencia de violencia de género provienen de estudios transversales: encuestas poblacionales o encuestas en ámbitos sanitarios, el estudio de Tuesca Molina R, Borda Pérez M et al realizado en Colombia es un ejemplo de esta metodología<sup>3</sup>. Los resultados de estudios realizados en diferentes países y poblaciones presentan una gran variabilidad. En un estudio de revisión citado por Watts y Zimmerman<sup>8</sup>, los porcentajes de mujeres que declaraban haber padecido violencia física en el año previo a las encuestas analizadas oscilaban entre un 3 y un 52%. Estos resultados, además de expresar la variabilidad geográfica y cultural de la prevalencia de la violencia contra las mujeres, indican que pueden haber limitaciones metodológicas en el diseño de diversas investigaciones. No obstante, estas limitaciones no invalidan la evidencia de la gravedad del problema. Vives C et al señalan la necesidad de desarrollar los métodos e instrumentos para la obtención de datos, ya que apenas hay estudios en este sentido en España<sup>2</sup>. Asimismo, habría que disponer de datos provenientes de estudios analíticos controlados y de cohorte.

Hay evidencias de que las mujeres maltratadas hacen un uso más intensivo de los servicios sanitarios, incluyendo las consultas de atención primaria y los servicios de urgencias, frecuentemente con quejas que enmascaran el problema de fondo<sup>6,9</sup>. Las acciones violentas no suelen ser aisladas o esporádicas, sino continuadas en el tiempo y frecuentemente los maltratos físicos también se acompañan de agresiones psicológicas y sexuales.

Algunos estudios indican que sólo el hecho de preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a la asistencia sanitaria si han padecido o padecen situaciones de violencia de género aumenta el diagnóstico y provisión de servicios sanitarios e información a estas mujeres<sup>10</sup>. La identificación temprana de la violencia puede reducir sus consecuencias y disminuir los padecimientos de quienes la sufren. No obstante, ¿por qué el personal sanitario encuentra tan difícil reconocer y lidiar con la violencia contra las mujeres? Las justificaciones más frecuentes son la falta de tiempo, la falta de un circuito y coordinación ciudadana que garantice la protección de las víctimas y la falta de habilidad y formación para afrontar el problema.

Aunque la detección sea el primer paso, y de evidente necesidad, desvelar la situación de violencia no es suficiente. La detección de la violencia contra las mujeres a través del sistema sanitario o de otras formas

de búsqueda activa de datos no debe servir apenas como un ejercicio empírico para el conocimiento de la magnitud real del problema. Concomitantemente deben venir pautas de actuación coordinadas con otros estamentos (los circuitos jurídicos, sociales y policiales), que sirvan para dar alternativas y soluciones y que no pasen por victimizar y aumentar el ciclo de sufrimiento y los riesgos de la mujer maltratada.

La justa alarma social causada por la publicación repetida de noticias relacionadas con el asesinato de mujeres a manos de sus parejas viene también acompañada por la percepción por parte de los y las profesionales sanitarios/as de la necesidad de formación específica y protocolos de actuación. Sin duda alguna, la formación tanto en el pregrado como en el posgrado, la residencia médica o la formación continuada es una necesidad desatendida en la mayoría de los actuales currículos del personal sanitario<sup>10</sup>. La formación no debería restringirse o centrarse exclusivamente en la violencia contra las mujeres, más bien debería ponerse en el contexto más amplio del estudio de las desigualdades en salud según género y de los sesgos derivados de la falta de esta perspectiva tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica<sup>1,11</sup>.

Entre las muchas recomendaciones de la OMS en su informe sobre la violencia<sup>5</sup>, la primera es la de crear, aplicar y supervisar un plan de acción nacional para prevenir la violencia con presupuestos para todos los niveles de atención, tanto en los momentos de urgencia como en el seguimiento y rehabilitación total de las víctimas. En nuestro país, varias asociaciones de mujeres, grupos de personas expertas y políticas/os solicitan desde hace años una ley integral que afronte el problema de la violencia y combata, desde un abordaje amplio, sus causas y consecuencias. También hace falta un plan integrador que coordine a los diversos estamentos públicos implicados como justicia, servicios sociales, sanidad y policía. Las políticas públicas para la atención de la víctima, rehabilitación y reinserción social son también muy importantes y están mucho más desarrolladas en los países del norte de Europa que en España. En su informe de 2002, Amnistía Internacional ha puesto de manifiesto que hay una carencia de servicios de acogida y reinserción de mujeres maltratadas.

En nuestra opinión, hacen falta más recursos e interdisciplinariedad para afrontar los desafíos de investigar un tema tan complejo. Los sistemas de información sanitaria, la vigilancia epidemiológica y los datos de estudios específicos tendrían que estar conectados con otras posibles fuentes de datos, por ejemplo los de servicios sociales y policiales o de la fiscalía, y ser complementados con estudios cualitativos y de investigación participativa, donde las propias mujeres puedan expresar la percepción de sus necesidades y priorida-

des. En la investigación sobre la violencia contra las mujeres es de especial relevancia ética y humanitaria el cuidado con la confidencialidad de los datos y la privacidad de la entrevista y/o consulta médica. Otro punto sensible es la garantía de que el desvelamiento de la situación de violencia no aumente los riesgos para la mujer y que pueda revertir en su beneficio o para la comunidad<sup>12</sup>.

A principios de junio de 2003 ya llevábamos en España más de 40 muertes de mujeres asesinadas por su pareja o ex pareja sentimental: muchas de ellas, habiéndolo denunciado reiteradamente. Con rabia, pero no pasividad, vemos que esta cifra aumenta semanalmente. Desde nuestro espectro de acción, la sanidad, podemos hacer más que denunciar la violencia contra las mujeres. Podemos participar activamente en la construcción de la evidencia científica y en la elaboración de acciones que sirvan para disminuir o eliminar el sufrimiento de muchas mujeres.

**Izabella Rohlf<sup>a</sup> y Carme Valls-Llobet<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>*Servicio de Cardiología-REGICOR. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta. Grupo de Investigación en Género y Salud de la Universidad de Girona. Girona. España.*

<sup>b</sup>*Programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del Centro de Análisis y Programas Sanitarios de Barcelona.*

**Bibliografía**

1. Rohlf I, Borrell C, Fonseca MC. Género desigualdades y salud pública. Conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000;14(Supl 3):60-71.
2. Vives C, Álvarez C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit* 2003;17:269-75.
3. Tuesca Molina R, Borda Pérez M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Gac Sanit* 2003;17:304-9.
4. OMS. WHO multi-country study on women's health and domestic violence progress report. Ginebra: WHO/WHD, 2001.
5. OMS. World report on violence and health. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2002.
6. Blanco-Prieto P, Ruiz-Jarabo C. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid: Ed. Asociación para la defensa de la sanidad pública de Madrid, 2002.
7. Arrufat A, Criado J, Colomer C, Albert S, Sánchez R. Denuncias por agresión a mujeres en la Plana Baixa (Castellón). *Gac Sanit* 2003;17:343.
8. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet* 2002;359:1232-7.
9. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
10. García Moreno C. Dilemas and opportunities for an appropriate health service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509-14.
11. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:106-9.
12. OMS. Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against