



**NO** más **violencia** contra las mujeres

**¡Hay que actuar a tiempo!**

**Detección de la violencia de género y atención  
a las víctimas en el ámbito sanitario español**

24 de noviembre de 2006

**PÚBLICO**

# Índice

---

<b>1. Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Compromisos derivados de la <i>Ley Integral</i> y avances impulsados por el Gobierno español .....</b>	<b>5</b>
2.1 La Comisión contra la violencia de género.....	5
2.2 Un avance significativo: La atención a la violencia de género como prestación obligatoria del Sistema Nacional de Salud .....	6
<b>3. Motivos preocupación .....</b>	<b>6</b>
3.1 Falta de equidad territorial.....	7
<i>Compromisos políticos y legislativos .....</i>	<i>7</i>
<i>Protocolos de actuación de ámbito autonómico.....</i>	<i>8</i>
<i>Planes para la formación del conjunto de profesionales .....</i>	<i>8</i>
3.2 Déficits en la formación al conjunto de profesionales.....	9
<i>La violencia de género, ausente de la formación universitaria .....</i>	<i>12</i>
<i>La importancia de evaluar la formación .....</i>	<i>12</i>
3.3 Ausencia de mecanismos de coordinación profesional.....	13
3.4 Carencias en servicios sanitarios clave para la detección de la violencia de género y la atención a las víctimas .....	14
<i>Deficiencias en los Equipos de Atención primaria.....</i>	<i>14</i>
<i>Limitaciones en la atención en los Servicios de Urgencias .....</i>	<i>15</i>
<i>Carencias en los Servicios de Salud mental .....</i>	<i>15</i>
<b>4. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>18</b>
<b>Anexo I. Compromisos políticos contra la violencia de género adquiridos por las Comunidades Autónomas .....</b>	<b>21</b>
<b>Anexo II. Actuaciones sanitarias contra la violencia de género en el ámbito autonómico .....</b>	<b>22</b>

# ¡Hay que actuar a tiempo!

## Detección de la violencia de género y atención a las víctimas en el ámbito sanitario español

*“No todas las víctimas de esta violencia denuncian su caso y se abre una investigación judicial, pero todas ellas ven mermada su salud y en consecuencia todas acuden por un motivo más o menos directo en demanda de asistencia médica”<sup>1</sup>*

### 1. Introducción

La violencia contra las mujeres en el ámbito familiar es probablemente el abuso de los derechos humanos más habitual y soterrado de cuantos se producen en nuestra sociedad, además de un grave problema de salud pública que afecta potencialmente a la mitad de la población. Conforme al derecho internacional, el Estado español tiene el deber de “actuar con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y, conforme a la legislación nacional, castigar todo acto de violencia contra la mujer”<sup>2</sup>.

Prevenir la violencia de género implica, entre otras acciones, identificar a las posibles víctimas y garantizarles la asistencia y protección adecuadas para evitar la repetición de los abusos y hacer efectivo su derecho a una vida libre de violencia.

El Comité que vigila la Convención para a Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres de Naciones Unidas (CEDAW, por sus siglas en inglés) abordó la obligación del Estado de intervenir desde el ámbito sanitario y afirmó que “puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar la promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas y la prestación de los servicios sanitarios apropiados”<sup>3</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud, “la mayoría de las mujeres entra en contacto con el sistema de salud en algún momento de su vida. Esto convierte a los centros de salud en un lugar importante donde es posible identificar a las mujeres víctimas de maltrato, proporcionarles ayuda y derivarlas, si es preciso, a servicios especializados. Lamentablemente, los estudios muestran que, en la mayor parte de los países, el personal sanitario rara vez les pregunta si están siendo maltratadas o busca indicios claros de violencia”<sup>4</sup>.

El sector sanitario es con toda probabilidad el ámbito de las instituciones del Estado al que acuden un mayor número de víctimas de violencia de género. En el caso de las mujeres asesinadas en España por su pareja o expareja, sólo una minoría había denunciado a su agresor: de las mujeres asesinadas de enero a julio de 2006<sup>5</sup>, lo había hecho una de cada cuatro<sup>6</sup>. Si hablamos del total de mujeres víctimas de

---

<sup>1</sup> Organización Médica Colegial de España: *Guía de Buena práctica clínica para el abordaje de situaciones de violencia de género*, Ministerio de sanidad, Madrid, pp.14-15

<sup>2</sup> *Declaración para Eliminación de todas las Formas de violencia contra las Mujeres*. Asamblea General de Naciones Unidas, Resolución 48/104 de 20 de diciembre de 1993.

<sup>3</sup> Comité de la CEDAW, Recomendación general 24; 20º periodo de sesiones, 1999, parr.15 a y b

<sup>4</sup> Informe mundial sobre violencia y salud, Organización Mundial de la Salud, Washington, DC, 2002, p.106.

<sup>5</sup> De enero a julio de 2006, según el Instituto de la Mujer, 42 mujeres fueron asesinadas a manos de su pareja o expareja

<sup>6</sup> Información aportada por Vicente Magro, miembro del Observatorio de Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial recogida por la Agencia EFE el 18 de julio 2006.

violencia de género, se estima que sólo alrededor de un 5% denuncia estos abusos ante la policía o el juzgado. Sin embargo, la práctica totalidad de las víctimas acude a su centro de salud en el año posterior a las agresiones<sup>7</sup>. Así, el ámbito sanitario se revela esencial para la detección temprana y la identificación de las víctimas.

La detección de las agresiones y la atención a las víctimas en el ámbito sanitario cobra también importancia en un contexto en el que se ha estimado que las mujeres tardan una media de siete años y medio en romper la relación con su agresor<sup>8</sup>, y en el que la puerta de salida de la violencia sigue sin ser la denuncia. Por tanto, la responsabilidad del Estado de proteger de manera efectiva los derechos humanos de las mujeres frente a la violencia de género debe involucrar especialmente al ámbito sanitario, ya que a él acuden la gran mayoría de las víctimas, y generalmente en las fases más tempranas de la violencia.

El 28 de junio de 2006, con motivo de la plena entrada en vigor de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (en adelante *Ley Integral*), Amnistía Internacional hacía público el informe *Más derechos, los mismos obstáculos*, en el que se analizaba la protección efectiva de las mujeres en España frente a la violencia de género en el ámbito sanitario, el asistencial, el policial y el de la obtención de justicia, concluyendo que esa protección efectiva está aún lejos de ser una realidad.

Cuando restan dos meses para que se cumpla el segundo aniversario de la entrada en vigor de la Ley Integral<sup>9</sup> y cuando el número de mujeres asesinadas víctimas de violencia de género en España en lo que va de año ha igualado ya la cifra del año anterior<sup>10</sup>, Amnistía Internacional quiere con este nuevo informe insistir en los importantes compromisos adquiridos por el Estado tras la aprobación de esta norma respecto a la detección de la violencia de género y atención a las víctimas en el ámbito sanitario y responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Ha situado el Gobierno español a la violencia de género entre las principales prioridades del Ministerio de Sanidad, considerándola uno de los principales problemas de salud pública y derechos humanos a los que se enfrenta el sistema sanitario?
- ¿Se han puesto las bases para lograr la preparación adecuada del conjunto de profesionales de la salud, especialmente en lo que respecta a los sectores clave, como la atención primaria, los servicios de urgencia o los servicios de salud mental?
- ¿Se han nivelado las asimetrías existentes entre las diferentes Comunidades Autónomas en el abordaje de la violencia de género anteriores a la entrada en vigor de la Ley Integral?

Así, en este informe Amnistía Internacional trata de responder a las cuestiones planteadas, actualizando y complementando lo expuesto en el informe *Más derechos, los mismos obstáculos* respecto a las principales medidas puestas en marcha por el Estado y las Comunidades Autónomas desde la entrada en vigor de la *Ley Integral* y plantea sus principales motivos de preocupación al respecto, así como las recomendaciones a las diferentes administraciones implicadas.

---

<sup>7</sup> *Violencia Doméstica*, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2003, p.29.

<sup>8</sup> La violencia doméstica contra las mujeres. Recomendaciones relativas a aspectos sociales y asistenciales, Defensor del Pueblo, Madrid, 1998, p.140.

<sup>9</sup> La *Ley Integral* entró en vigor el 29 de enero de 2005, salvo los títulos relativos a la Tutela penal y judicial, cuya entrada en vigor tuvo lugar el 29 de junio de 2005.

<sup>10</sup> A 10 de noviembre de 2006 eran 60 las mujeres asesinadas, igualando a las 60 de todo el año 2005, según datos del Instituto de la Mujer.

## 2. Compromisos derivados de la *Ley Integral* y avances impulsados por el Gobierno español

La aprobación de la *Ley Integral*, que entró en vigor el 29 de enero de 2005, supuso un paso más en el compromiso del sector sanitario español con la atención de las mujeres víctimas de violencia de género, desde la consideración de este tipo de abusos como un grave problema de salud. La *Ley Integral* estableció como obligaciones del Estado relacionadas con el tratamiento de la violencia de género en el ámbito de la salud, las siguientes<sup>11</sup>:

- *Promover e impulsar actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género.*
- *Desarrollar 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 los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.*

Además, la *Ley Integral* dispuso la creación de la Comisión contra la Violencia de Género en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con la participación de todas las Comunidades Autónomas. Su objetivo fue el apoyo y orientación de la “*planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo*” así como que “*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*”<sup>12</sup>.

El 25 de noviembre de 2005 el Gobierno español informó que para dar cumplimiento a la *Ley Integral* se había creado “*la Comisión contra la Violencia de Género en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se ha elaborado y difundido una guía de buenas prácticas clínicas de abordaje de situaciones de violencia de género*”<sup>13</sup>.

### 2.1 La Comisión contra la violencia de género

La Directora del Observatorio Salud y Mujer del Ministerio de Sanidad, que actúa como Secretaria en la citada Comisión, comunicó a Amnistía Internacional<sup>14</sup> que está previsto que esta Comisión se reúna dos veces al año (normalmente junio y noviembre) y que para la realización de las tareas concretas se estructura en cuatro grupos de trabajo. En sus dos primeras sesiones, las de 2005, se centró en el diseño de las características que debe tener el Informe Anual que se compromete a elaborar. Este informe, cuyo guión vendría marcado por los mandatos de la *Ley Integral* en el ámbito sanitario, pretendería reunir toda la información enviada por las Comunidades Autónomas a modo de diagnóstico. Además, según la información recibida por Amnistía Internacional, la citada Comisión prevé encargar investigaciones específicas sobre aquellos temas de los que se considere que se cuenta con información

<sup>11</sup> Art. 15 de la LO 1/2004 de 28 de diciembre (BOE nº 113, de 29 de diciembre)

<sup>12</sup> Art. 16 de la LO 1/2004 de 28 de diciembre (BOE nº 113, de 29 de diciembre)

<sup>13</sup> [http://www.la-moncloa.es/ConsejodeMinistros/Referencias/\\_2005/Referencia+Consejo+251105.htm#ViolenciaGénero](http://www.la-moncloa.es/ConsejodeMinistros/Referencias/_2005/Referencia+Consejo+251105.htm#ViolenciaGénero)

<sup>14</sup> Entrevista de Amnistía internacional con Concepción Colomer, Directora del Observatorio Mujer y Salud del Ministerio de Sanidad, en Madrid 14 de febrero de 2006.

insuficiente, para lo cual se han puesto en marcha convenios de colaboración con diferentes centros de investigación.

Según ha podido saber Amnistía Internacional<sup>15</sup>, uno de los resultados de la citada Comisión a medio plazo es la elaboración de una Guía o Protocolo, que a partir de los ya elaborados en el conjunto del Estado proporcione pautas para la actividad del personal sanitario ante la violencia de género. Se trataría, por tanto, de una herramienta más completa y que previsiblemente aglutinará las buenas prácticas ya existentes a disposición del personal sanitario.

Para la elaboración de este informe la organización ha tratado de entrevistarse de nuevo con la Directora del Observatorio Mujer y Salud del Ministerio de Sanidad, con objeto de conocer los avances que se hayan podido producir en los últimos meses, sin conseguirlo.

Amnistía Internacional muestra preocupación por el hecho de que el Ministerio de Sanidad no proporcione de forma pública información sobre el calendario, los objetivos a medio y largo plazo y el resultado final de los trabajos de la Comisión.

## 2.2 Un avance significativo: La atención a la violencia de género como prestación obligatoria del Sistema Nacional de Salud

Un avance significativo, que Amnistía Internacional valora muy positivamente, es la reciente inclusión de la respuesta ante la violencia de género en la cartera de servicios de Atención Primaria y Urgencias del Sistema Nacional de Salud<sup>16</sup>. Ello implica considerar a partir de esta fecha la detección y atención sanitaria ante la violencia de género como una de las prestaciones obligatorias del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud en dos ámbitos clave, como son los centros de atención primaria y los servicios de urgencias.

Sin embargo, la organización lamenta que esta inclusión de la atención de la violencia de género en la cartera de servicios no haya alcanzado a los servicios de Salud Mental, un ámbito sanitario clave para la detección de la violencia y el apoyo a las mujeres víctimas.

A pesar de los avances, Amnistía Internacional considera que las medidas puestas en marcha hasta ahora no son suficientes ni adecuadas para paliar las importantes deficiencias y complejidades de partida que presenta el sistema sanitario español para hacer frente a la adecuada atención de las víctimas de violencia de género.

Por ello, Amnistía Internacional quiere expresar los motivos de preocupación que se exponen a continuación.

## 3. Motivos preocupación

A pesar de la envergadura del problema, del alcance de la responsabilidad del Estado en este ámbito y de los importantes compromisos que el Estado español adquirió tras la entrada en vigor de la *Ley Integral*, el Gobierno español continúa sin tratar la respuesta sanitaria a la violencia contra las mujeres con la prioridad que merece. Esta falta de prioridad se desprende de la escasez de medidas urgentes, capaces de producir un efecto transformador del sector sanitario ante un problema de salud pública y derechos humanos de primer orden.

---

<sup>15</sup> Entrevistas en octubre y noviembre de 2006 a diferentes responsables autonómicas que participan en la Comisión

<sup>16</sup> REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 222, de 16 de septiembre de 2006.

Otros factores ilustran también esta falta de prioridad. Amnistía Internacional señalaba ya el pasado mes de junio su preocupación por el hecho de que, tras un año y medio de Ley Integral, el Ministerio de Sanidad continuara elaborando y publicando estudios sobre salud pública que no incorporan indicadores relativos a la violencia contra las mujeres. Así ocurre con el documento presentado el 18 de abril de 2006 por el Ministerio de Sanidad bajo el título “*La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud*” (336 páginas y más de 400 tablas), que no realiza mención alguna a la violencia de género y sus repercusiones sobre la salud física y psíquica de las mujeres en España.

Respecto a las medidas concretas puestas en marcha por el Ministerio de Sanidad para abordar la violencia de género, Amnistía Internacional mantiene su preocupación por que éstas no estén orientadas a superar los principales problemas previos a la entrada en vigor de la Ley Integral, como la desigualdad territorial en la respuesta a la violencia de género en el ámbito sanitario y la falta de formación y sensibilización del conjunto del personal sanitario.

### 3.1 Falta de equidad territorial

Amnistía Internacional considera que un enfoque de derechos humanos para afrontar la violencia de género es incompatible con la desigualdad territorial en la protección efectiva frente a ella. La organización muestra preocupación porque el desarrollo de la *Ley Integral* no ha paliado la desigualdad de la respuesta sanitaria entre las diferentes Comunidades Autónomas, ni ha sentado las bases para ello. En palabras de una profesional con experiencia en este ámbito: “*La mayor profundidad en el abordaje del tema depende de la sensibilidad que tenga la persona responsable de sanidad de la Comunidad Autónoma (...) no existen actuaciones tendentes a garantizar unos mínimos en las Comunidades Autónomas*”<sup>17</sup>.

A partir de un análisis de las principales medidas contra la violencia de género arbitradas en el ámbito sanitario autonómico, la organización constata el escaso impacto de la *Ley Integral* en la efectiva preparación del sector sanitario en el conjunto del Estado y en el establecimiento de mínimos estándares adecuados. Amnistía Internacional ha podido comprobar que si bien la mayoría de las Comunidades Autónomas ha adoptado compromisos al respecto, sólo una parte los están llevando a la práctica.

### Compromisos políticos y legislativos

En la mayor parte de las Comunidades Autónomas, como se puede apreciar en el Anexo I de este informe, existe un compromiso político (Plan de Acción contra la violencia de género) o legislativo (Ley contra la violencia de género<sup>18</sup>) que abarca de forma específica la actuación del ámbito sanitario ante la violencia<sup>19</sup>. Sin embargo, ese compromiso político generalizado ya no lo es tanto cuando se analiza la puesta en práctica del mismo, es decir, los Planes de Salud. Varias Comunidades Autónomas no mencionan la violencia de género como problema de salud pública en sus planes de salud, a pesar de haberlos elaborado tras la entrada en vigor de la Ley Integral. Este es el caso de Navarra, que no realiza ninguna mención a la violencia de género en el Plan de Salud 2006-2012, presentado por el gobierno de Navarra el pasado 23 de octubre y pendiente de aprobación por el parlamento de esta Comunidad

---

<sup>17</sup> Pilar Babi, médica de atención primaria experta en violencia de género, entrevistada por Amnistía Internacional en abril de 2006.

<sup>18</sup> Las comunidades autónomas que cuentan con leyes contra la violencia de género son Baleares, Castilla La Mancha, Canarias, Cantabria, Madrid, País Vasco y Navarra.

<sup>19</sup> Únicamente no hace mención a los compromisos sanitarios en el *Plan Regional contra la Violencia hacia la Mujer en Castilla y León. Decreto 29/2002, de 21 de febrero (BOCL, nº 42; de 28 de febrero de 2002)*

Autónoma. A Amnistía Internacional le preocupa que el Ministerio de Sanidad no esté impulsando la inclusión de unos contenidos mínimos sobre violencia de género en los Planes de Salud autonómicos.

Amnistía Internacional acoge con satisfacción que la mayoría de las Comunidades Autónomas hayan adquirido compromisos políticos para abordar la violencia de género en el ámbito sanitario. Sin embargo, en el terreno de las actuaciones concretas para llevar los compromisos políticos a la realidad, como se verá en los siguientes apartados, Amnistía Internacional observa con preocupación graves carencias y una desigual situación según las distintas Comunidades Autónomas.

## Protocolos de actuación de ámbito autonómico

La mayoría de Comunidades Autónomas cuentan con algún tipo de “protocolo” o “guía de actuación profesional” de ámbito autonómico, destinado a dotar a las y los profesionales de una herramienta uniforme para el abordaje de la violencia de género. La excepción son Cataluña y Andalucía, que aún no cuentan con un instrumento de este tipo.

Sin embargo, como han constatado algunas responsables de los planes formación de las Comunidades que han asumido la preparación del conjunto de profesionales, la existencia del protocolo no garantiza por sí misma la preparación del personal si antes no se le ha sensibilizado sobre la importancia de su labor y la obligación de actuar ante la violencia de género<sup>20</sup>.

Por otra parte, Amnistía Internacional ha encontrado amplias diferencias entre la calidad de los protocolos autonómicos actualmente disponibles. Mientras que destacan los de Canarias y Cantabria o el caso de Murcia, con un Protocolo específico para mujeres víctimas mayores de 65 años –un colectivo especialmente vulnerable y a menudo olvidado–, el protocolo que se utiliza en Galicia<sup>21</sup>, por ejemplo, presenta un modelo de parte de lesiones idéntico al utilizado para cualquier otro tipo de agresión física, lo que no propicia que los profesionales aborden de forma específica las consecuencias físicas o psíquicas concretas que pueden ser consecuencia de la violencia de género. Amnistía Internacional espera que, como parece que está previsto, uno de los resultados del trabajo de la Comisión del Consejo Interterritorial sea el establecer un protocolo o instrumento de calidad y uniforme para uso de las diferentes Comunidades Autónomas.

Más allá de los protocolos de actuación, a Amnistía Internacional le preocupa que las diferencias entre territorios se acentúan en función de los medios que unas y otras Comunidades Autónomas están desplegando para cumplir los compromisos políticos adquiridos. Hasta tanto el Gobierno central no prevea un mecanismo nivelador de estas diferencias sustanciales, este problema no será solucionado.

## Planes para la formación del conjunto de profesionales

Uno de los aspectos en los que resulta más evidente la desigualdad territorial es de la formación que se proporciona al personal profesional del ámbito sanitario. Actualmente, sólo un tercio de las Comunidades Autónomas están desarrollando Planes de formación con el objetivo y los medios al alcance para llegar al conjunto del personal sanitario. Este objetivo, que debería estar poniéndose en práctica en el conjunto del Estado desde la aprobación de la *Ley Integral*, únicamente lo están desarrollando Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, La Rioja y Navarra.

En la mayoría de las Comunidades Autónomas las acciones de formación son voluntarias y se reducen a la inclusión de cursos cortos sobre detección de la violencia de género y atención a las

---

<sup>20</sup> Entrevista de Amnistía Internacional a responsables del desarrollo del plan de formación de Canarias y Cantabria, en octubre de 2006.

<sup>21</sup> Vigente desde el año 2000

víctimas de violencia de género en el catálogo anual de las escuelas sanitarias autonómicas. Esta medida, con ser positiva, no está orientada a garantizar la formación del conjunto del personal sanitario.

Hay también alguna Comunidad Autónoma que ni siquiera ha dado este primer paso. En Galicia, el programa de la escuela sanitaria (FESGA<sup>22</sup>) para el año 2006 no incluye ninguna acción formativa relacionada con la violencia de género. En Andalucía, de los tres cursos cortos incluidos en el catálogo de 2006 de la Escuela Andaluza de Salud<sup>23</sup>, sólo uno se celebró en esa región; los otros dos cursos anunciados se impartieron en Tenerife y Badajoz.

Amnistía Internacional ha podido saber que mientras algunas comunidades autónomas, como Aragón o Cantabria, ofrecen formación a las y los Médicos/as Internos Residentes, en la mayoría de los territorios no existen planes de formación para este importante sector del personal sanitario.

En lo relativo a la preparación de los Equipos de salud mental existen también grandes diferencias y una mayor deficiencia, puesto que la regla general en la mayoría de las Comunidades Autónomas es la falta de formación específica para estos Equipos.

Las desigualdades territoriales reseñadas se explican por la desigual dedicación de personal y medios a este objetivo en unas y en otras Comunidades. Mientras que en las que desarrollan planes de formación destinados a formar al conjunto de profesionales existen personas contratadas en exclusiva para llevar adelante estos procesos, en otras no existe personal dedicado en exclusiva a esta tarea.

Amnistía Internacional quiere insistir en que el abordaje de la violencia de género, como abuso de los derechos humanos, no puede admitir que la protección efectiva de los derechos de las mujeres sea diferente en función del lugar de residencia.

### 3.2 Déficits en la formación al conjunto de profesionales

El Comité de Naciones Unidas que vigila el cumplimiento de la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW, según sus siglas en inglés), en su recomendación específica sobre las mujeres y la salud, insta a los Estados a: *“Velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género”*.<sup>24</sup> Amnistía Internacional muestra preocupación porque el Gobierno español no esté actuando para lograr la formación del conjunto del personal sanitario, y no se esté garantizando así que la actuación del personal tenga en cuenta las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género.

La formación en violencia de género en 2004, año de aprobación de la Ley Integral, alcanzaba a un escaso porcentaje de profesionales: *“a menos de un 5% de los profesionales que ejercen en los servicios de atención primaria y urgencias y aún no se (había) previsto la formación de otros profesionales del sistema (obstetricia, ginecología, psiquiatría, reumatología, fisioterapia)”*.<sup>25</sup> Además, la falta de implicación de este sector profesional planteaba un reto aún mayor a quienes debían actuar para hacer realidad los compromisos establecidos en la Ley Integral. Como ejemplo, la Comisión sobre

---

<sup>22</sup> Ver Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria en [www.fegas.sergas.es](http://www.fegas.sergas.es)

<sup>23</sup> Ver Escuela Andaluza de Salud Pública, en [www.easp.es](http://www.easp.es)

<sup>24</sup> Recomendación General 24 del Comité de la CEDAW. *La mujer y la salud: 02/02/99*.

<sup>25</sup> Blanco P, et al. *La violencia de pareja y la salud de las mujeres*, en *Gaceta Sanitaria* 2004;18 (Supl 1):182-8, pág 186.

violencia intrafamiliar y de género del Hospital Clínico de Barcelona<sup>26</sup> realizó una encuesta entre el personal para conocer la percepción de los y las profesionales sobre la violencia de género. La mayoría de quienes respondieron el cuestionario consideraban la violencia contra las mujeres un tema más social que sanitario, lo cual explica que muchos profesionales de la salud no consideren necesario obtener formación sobre violencia de género.

Amnistía Internacional considera que esta dificultad de partida debería ser motivo de refuerzo e intensificación de las acciones formativas en este ámbito y de una actuación más proactiva desde las administraciones implicadas para lograr la formación del conjunto de profesionales. El desarrollo de la *Ley Integral* no ha puesto en marcha ninguna medida de carácter estatal destinada a afrontar la formación, con cursos obligatorios, del conjunto del personal sanitario. Como ejemplo, Amnistía Internacional citaba en su informe de junio de 2006 las palabras de una trabajadora social del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, que se quejaba así de la falta de formación recibida y de la escasa incidencia del desarrollo de la *Ley Integral* en este ámbito: *“Formación, cero, porque yo llevo en el Hospital desde 2001 y en todos estos años me han dado como formación una charla de una mañana sobre el tema (...) Lo poquito que hemos aprendido ha sido de forma autodidacta cada una de nosotras. Yo, por ejemplo, ahora estoy haciendo un curso sobre violencia intrafamiliar, que lo hago yo en mi casa, lo hago por Internet, y la verdad es que empleo muchos fines de semana, porque es un temario muy denso...pero lo hago porque me interesa este tema (...) Voluntad la gente, tenemos voluntad, lo que no tenemos son medios, ni tiempo, ni formación proporcionada por el mismo organismo para el que trabajamos. La formación la buscamos nosotras fuera...”*<sup>27</sup>.

El Ministerio de Sanidad, a través de la Escuela Nacional de Salud, imparte cada año cursos de formación sobre violencia de género, tres cursos para 25 personas cada uno en 2006, los mismos que está previsto que se impartan en 2007<sup>28</sup>. Hay que señalar que esta formación ya se venía desarrollando con anterioridad a la entrada en vigor de la *Ley Integral*.

Amnistía Internacional valora estas iniciativas formativas positivamente, pues en ellas se dan cita representantes de las diferentes Comunidades Autónomas y sirven como canal de conocimiento y trasvase de buenas prácticas. Sin embargo, estas acciones formativas de ningún modo pueden considerarse suficientes ni adecuadas para lograr el objetivo de lograr la formación del conjunto de profesionales y nivelar las asimetrías territoriales existentes. Para lograrlo, el Ministerio de Sanidad debería habilitar un presupuesto dirigido expresamente a la formación en violencia de género del conjunto de profesionales a las Comunidades Autónomas –por ejemplo a través de un fondo de compensación, con estándares mínimos para su utilización y un sistema de rendición de cuentas–.

En cuanto a las Comunidades Autónomas, como se anticipaba en el apartado 3.1, la desigualdad territorial respecto a la formación al conjunto de profesionales del ámbito sanitario es clara. Así, en lo que se refiere a la formación de profesionales de sectores sanitarios clave para la detección de la violencia de género y la atención a las víctimas, menos de la tercera parte de las Comunidades Autónomas cuentan con planes de formación obligatorios que alcancen al conjunto del personal sanitario de Atención Primaria. En una situación similar se encuentra la formación específica para los profesionales de los servicios de Urgencias, que en la gran mayoría de las Comunidades Autónomas se realiza de forma puntual o es inexistente. En cuanto al conjunto de profesionales de Salud Mental, la situación es aún peor: la gran mayoría de las Comunidades no cuentan con iniciativa alguna específica

---

<sup>26</sup> Entrevista de Amnistía Internacional con una enfermera integrante de la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género del Hospital Clínico de Barcelona el 26 de abril de 2006.

<sup>27</sup> Entrevista de Amnistía internacional a una trabajadora social de la Unidad de Trabajo Social del Hospital General Juan Ramón Jiménez, el 19 de abril de 2006 en el informe de Amnistía Internacional “Más derechos, los mismos obstáculos”, 28 de junio de 2006.

<sup>28</sup> Ver catálogo del año en curso y catálogo del próximo año en [www.isciii.es](http://www.isciii.es)

para este sector. A continuación se destacan las buenas prácticas en el ámbito de la atención primaria de dos Comunidades Autónomas con grandes diferencias de territorio y población, que han desarrollado planes de formación del conjunto de los Equipos de Atención Primaria de sus territorios.

### **Buenas prácticas en la formación al conjunto de profesionales de Atención Primaria**

#### **Canarias**

Enero de 2004 el Servicio Canario de la Salud comenzó a desarrollar un Plan de formación para todo su personal de Atención Primaria, destinado a aumentar la sensibilidad y grado de conocimiento del fenómeno, mejorando con ello las capacidades diagnósticas, así como a desarrollar habilidades de escucha, comunicación y apoyo a las mujeres. Con la finalidad de conseguir que la formación de todo el personal se realizara en el menor tiempo posible, con un coste asumible y que fuera compatible con las agendas de trabajo del personal de los centros de salud, se empleó la técnica de formación de formadoras y formadores. Consistió en capacitar a un grupo de profesionales (grupo inicial o promotor) que posteriormente se encargan de la formación de otros. Así, se seleccionó en cada isla un grupo de entre 5 a 10 profesionales siguiendo criterios de habilidades y experiencia docente, sensibilidad, carisma, con representación de la medicina, enfermería, matronería y trabajo social de la Atención Primaria.

A partir de un material diseñado al efecto, este grupo recibió una formación exhaustiva durante tres semanas impartida por las y los profesionales que elaboraron el "*Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico*" de Canarias, con los siguientes objetivos generales: a) Acercar al fenómeno de la violencia y las repercusiones en la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos, así como proporcionar conocimientos y desarrollar habilidades que faciliten la detección precoz y el abordaje integral de este fenómeno y b) Desarrollar habilidades e instrumentos que posibiliten la formación y el adiestramiento de otras y otros profesionales (para lo que se elaboró un material específico en forma de taller teórico-práctico).

El grupo inicial impartió Talleres de formación en cada isla, con una duración de dos mañanas, a grupos de entre 30 y 35 profesionales de Equipos de Atención Primaria, con los objetivos de acercar al fenómeno de la violencia de género, sus repercusiones en la salud y el importante papel del personal sanitario en este ámbito, y adiestrar al personal en el manejo del Protocolo de actuación. Actualmente, se han formado a través de esta técnica, unos 3.000 profesionales de todas las islas y se ha implantado el "*Protocolo de actuación ante la Violencia de género en el ámbito doméstico*" en toda la red de Atención Primaria de Salud. Tras esta formación inicial a todos los equipos de Atención primaria de la Comunidad Autónoma, se siguen realizando acciones formativas "de recuerdo" o dirigidas a nuevas incorporaciones, gracias a la creación de una sólida red de formadoras/es y a la existencia de personal con dedicación exclusiva.

#### **Cantabria**

Tras la aprobación en abril de 2004 de la "*Ley Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas*" de Cantabria, en esta Comunidad Autónoma comenzó a desarrollarse el compromiso legal de atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia (artículo 20 de la Ley), a través de las siguientes medidas:

*1º Elaboración de un Plan de actuación "Salud para las Mujeres"*, aprobado en Consejo de Gobierno del 22 de Diciembre de 2004, en el cual se hace una evaluación del estado de salud de las mujeres de la Comunidad Autónoma y se plantean unas líneas prioritarias de trabajo. Una de estas líneas prioritarias consiste en disminuir los riesgos que para las mujeres suponen las situaciones de violencia de Género.

*2º Elaboración del protocolo autonómico de actuación, y proyecto piloto en tres equipos de Atención primaria.* Una vez finalizada la elaboración del mismo, este se ha probado en 4 Equipos de Atención Primaria, para analizar su desarrollo (detección de deficiencias, necesidades, dificultades, etc.) antes de su implantación en el resto de los Centros. La población femenina atendida durante este proyecto piloto fue de 31.915 mujeres mayores de 13 años. También se ha creado un sistema informático para el registro de casos, que ha sido probado también en este proyecto.

*3º Elaboración y difusión del protocolo definitivo y sesiones de formación al conjunto de los y las profesionales de Atención primaria.* Una vez extraídas las conclusiones de la evaluación de la prueba piloto y elaborada la versión definitiva del protocolo de actuación profesional ante la violencia de género, se abordó el objetivo de formar al conjunto de profesionales de los Equipos de Atención primaria. Se estableció un calendario (de mayo de 2005 a mayo de 2007), que prevé terminar la formación básica en violencia de género en mayo de 2007. Todos/as los/as profesionales del Equipo de Atención Primaria, incluidos los servicios de urgencias, participan en los cursos de tres días de duración, para lo que son sustituidos en su actividad laboral. Los Equipos de Atención Primaria que reciben la formación comienzan a desarrollar el "*Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos*" y a utilizar el programa informático diseñado al efecto para la recogida de la información. Meses antes de terminar el ciclo de formación básica de todos los Equipos de Atención primaria, ya se está proyectando la preparación de los Equipos de Salud Mental.

*4º Incremento de recursos humanos para el abordaje de la violencia contra las mujeres en los servicios sanitarios.* Uno de los objetivos alcanzados ha sido que el número de tarjetas sanitarias no exceda de 1.500 por médico/a; incrementar el número de psicólogas/os de los Servicios de Salud Mental y las plazas de trabajadores/as sociales de los Equipos de Atención primaria.

*5º Elaboración de carteles y folletos informativos sobre la violencia contra las mujeres como problema de salud.* A medida que los centros han adquirido la formación se han distribuido carteles y folletos informativos que indican que en ese centro se brinda apoyo en casos de violencia de género.

## La violencia de género, ausente de la formación universitaria

Respecto al compromiso de la *Ley Integral* relativo a la introducción de la respuesta sanitaria ante violencia de género dentro de los currículos formativos de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, Amnistía Internacional muestra preocupación por la falta de implantación de estos contenidos, como asignatura, en las diferentes universidades del Estado.

La inclusión de la atención de la violencia de género como asignatura en los currículos universitarios depende de la Comisión de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, que debe informar, con carácter preceptivo, los proyectos de reales decretos que establezcan los títulos oficiales y las directrices generales de sus correspondientes planes de estudio referentes a profesiones sanitarias<sup>29</sup>. Así, el Ministerio de Sanidad, previo acuerdo de dicha Comisión, puede instar al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte a la revisión e incorporación de nuevas áreas de conocimiento en las directrices generales de los planes de estudio que correspondan. A Amnistía Internacional no le consta que la Comisión de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad haya impulsado la revisión de los planes de estudio de profesiones sanitarias para la inclusión de la violencia de género.

En la actualidad, Amnistía Internacional ha podido comprobar que las fichas técnicas<sup>30</sup> que – presentadas en febrero de 2006 por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes– que recogen las propuestas de directrices de las titulaciones de grado no recogen mención alguna a la violencia de género ni en la descripción de competencias y destrezas ni en los contenidos formativos comunes de títulos relativos a profesiones sanitarias.

## La importancia de evaluar la formación

El Comité que vigila el cumplimiento de la CEDAW en su último informe sobre España instó al Estado a “*vigilar la eficacia de las políticas*” contra la violencia de género. Ello significa, entre otros aspectos, evaluar la formación que se está proporcionando a los profesionales involucrados.

Amnistía Internacional ha podido conocer la puesta en marcha de un proyecto “*Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica*”. Se trata de un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Sanidad, cuyo fin es elaborar una herramienta metodológica para evaluar la efectividad de una intervención dirigida a personal de la medicina y de la enfermería de atención primaria, orientada a mejorar la detección de la violencia de género.

Actualmente, lo habitual es que las acciones de formación del personal sanitario se estén llevando a cabo en las Comunidades Autónomas que han desarrollado acciones de sensibilización y adiestramiento en el uso del protocolo sanitario, a través de encuestas al propio personal formado. Sin embargo, Amnistía Internacional muestra preocupación porque la evaluación en aquellos ámbitos en los que se lleva a cabo se centra en conocer el número de casos detectados, pero no en profundizar para conocer si la formación del personal sanitario y las herramientas creadas para su uso resulta adecuada a las necesidades de atención de las mujeres víctimas de violencia de género.

---

<sup>29</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

<sup>30</sup> <http://www.mec.es/educa/jsp/plantilla.jsp?area=ccuniv&id=841>

### 3.3 Ausencia de mecanismos de coordinación profesional

La coordinación entre profesionales sanitarios y otras instancias clave en el itinerario de la mujer víctima de violencia de género debería ser una prioridad para la Administración sanitaria. Por ejemplo, la coordinación entre los servicios sanitarios y los juzgados resulta esencial. Amnistía Internacional ha recogido quejas de profesionales de atención primaria sobre la falta de devolución de la información de los juzgados a los centros de salud sobre casos de pacientes que han sido denunciados con el correspondiente parte de lesiones.

Sin embargo, la importante tarea de facilitar la coordinación recae a menudo en profesionales (en muchos casos mujeres) con especial sensibilización y que, con poco o nulo apoyo institucional, hacen de “motor” para la elaboración de protocolos o mecanismos de coordinación. Profesionales entrevistadas por Amnistía Internacional mostraron su preocupación por lo invisible de este trabajo esencial, que ni se reconoce ni se remunera. Una médica de atención primaria relataba: *“El trabajo en red es imprescindible y actualmente no se le da valor; las personas responsables de hacer este trabajo deberían ser respaldadas, reconocidas y pagadas. No se puede pensar que se va a poner en marcha un procedimiento de coordinación entre profesionales sacando un ratito de la jornada laboral.”*<sup>31</sup>

Desde la óptica de las y los profesionales del ámbito judicial se echa en falta, a su vez, una mayor implicación del personal sanitario en la prueba de los casos de maltrato habitual. Resulta esencial que cuando una mujer víctima de violencia de género presenta una denuncia, además del parte de lesiones concreto, pueda facilitar el historial médico existente que sea determinante de las lesiones anteriores. Una abogada especializada en violencia de género se lamentó de la escasa colaboración del personal médico a la hora de facilitar documentos sanitarios que constituyen pruebas sólidas en cualquier proceso judicial por agresiones de género: *“Si hubiese una colaboración médica correcta... Porque no es solamente el parte de lesiones, es el historial médico, los médicos de cabecera... Es que a esas mujeres probablemente las están viendo desde hace tres años en la unidad de salud mental, a lo mejor el ginecólogo le encontró una lesión... Hay un montón de pruebas que no son volcadas hacia la administración de justicia.”*<sup>32</sup>

Amnistía Internacional considera imprescindible que se reconozca la importancia del trabajo de coordinación entre profesionales, tanto en el propio ámbito sanitario, como entre ésta y otras instancias implicadas en la atención a mujeres que sufren violencia de género, y se habiliten los medios humanos y financieros necesarios para que este trabajo se desarrolle en condiciones adecuadas.

La organización no tiene constancia de que desde el Ministerio de Sanidad se haya impulsado la puesta en práctica de mecanismos de coordinación entre distintas instancias profesionales a modo de estándares mínimos para todas las Comunidades Autónomas. Algunas de éstas, no obstante, han tomado algunas medidas para ello, como se muestra a continuación.

#### **Buenas prácticas para facilitar la coordinación profesional**

Algunas Comunidades Autónomas han tomado la iniciativa de formar a personal de los centros de atención primaria y de los servicios de urgencias y crear una red de responsables de atención a la violencia de género en centros sanitarios que actúen como puntos de referencia de estos centros para la coordinación con profesionales de estos ámbitos. Ejemplos de estas iniciativas son la red creada en los Equipos de Atención Primaria en Canarias o Navarra. La Región de Murcia ha puesto en marcha un proyecto piloto para crear una red de responsables de impulsar el protocolo para la detección y atención en casos de violencia de género en todos los servicios de Urgencias de los hospitales.

<sup>31</sup> Entrevista de Amnistía Internacional a Pilar Babi, médica de Atención Primaria especialista en violencia de género, Barcelona, 26 de abril de 2006.

<sup>32</sup> Entrevista de Amnistía Internacional con Amparo Díaz, Coordinadora del Turno de oficio del Colegio de Abogados de Sevilla, especializado en violencia de género, 18 de abril de 2006.

### 3.4 Carencias en servicios sanitarios clave para la detección de la violencia de género y la atención a las víctimas

#### *Deficiencias en los Equipos de Atención primaria*

Los Centros de Atención Primaria son lugares privilegiados para la detección precoz de la violencia de género y para la atención y derivación de las mujeres que la sufren. Por esta razón la mayor parte de actuaciones de formación y preparación desarrolladas en el ámbito sanitario por las Comunidades Autónomas se dirigen al personal de los Equipos de Atención Primaria.

Sin embargo, la falta de estándares mínimos aplicables en el conjunto del Estado y la escasez de medios destinados al efecto en la gran mayoría de las Comunidades Autónomas provoca que la mayor parte de los equipos de Atención Primaria continúen sin la formación ni los medios humanos y materiales necesarios para desarrollar una labor adecuada ante la violencia de género.

Amnistía Internacional quiere destacar la importancia de que la formación llegue por igual a todo el Equipo de Atención Primaria (medicina, enfermería, trabajo social y matronería), algo que se está logrando en muy pocas Comunidades Autónomas. Una formación que se limite a incluir la formación en violencia de género en los cursos de formación continua, de carácter voluntario, no garantiza la formación del equipo completo. Sólo cuando se ponen en práctica acciones especialmente dirigidas a lograr la preparación de todos los y las profesionales puede lograrse este importante objetivo.

Respecto a la relación del personal sanitario de cabecera con la administración de justicia, las profesionales expertas en la atención a mujeres maltratadas recomiendan *“registrar en la historia clínica los diferentes tipos de maltrato y sus circunstancias; también desde cuándo y cómo comenzó la situación, por si en algún momento la mujer decide iniciar acciones judiciales”*<sup>33</sup>.

Amnistía Internacional considera preocupante que la formación y las herramientas destinadas a lograr un registro completo de los casos de violencia de género en las historias clínicas no se está garantizando en todos los centros de salud del Estado. Sólo en algunas Comunidades Autónomas, como es el caso de Asturias, se ha puesto en marcha un registro informático de la violencia de género en las historias clínicas que pretende facilitar esta labor y estandarizar los datos recogidos.

Además, a Amnistía Internacional le preocupa que en algunos casos se pueda estar obstaculizando el acceso de las víctimas a su historia clínica, cuando la solicitan como prueba para apoyar una denuncia sobre violencia de género habitual. Una abogada especializada en la defensa de mujeres víctimas de violencia de género alertaba a la organización sobre esta práctica y sobre sus negativas consecuencias para la defensa de los derechos de las mujeres: *“Muchos médicos se niegan a darle a la mujer fotocopia de su historia, les dicen que lo hagan a través del juzgado, pero los jueces luego no ofician, no paran un juicio rápido para eso...con lo cual las mujeres van con el parte de lesiones puntual, a pesar de que la ley de derechos del paciente obliga al médico a facilitarle copia de toda su historia clínica si lo pide”*<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Isabel Ruiz-Pérez, Pilar Blanco-Prieto, Carmen Vives-Cases: *Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias*, en Gaceta Sanitaria, 2004. Volumen 18 - Supl.2, pág. 10.

<sup>34</sup> Entrevista de Amnistía Internacional con Amparo Díaz, Coordinadora del Turno de oficio especializado en violencia de género del Colegio de Abogados de Sevilla, en Sevilla, 19 de abril 2006.

## Limitaciones en la atención en los Servicios de Urgencias

*En Sort (Lleida), el 2 de febrero de 2006 Dominga F.G., de 51 años, murió como consecuencia de la paliza que le propinó dos semanas antes su compañero. La mujer sufrió una hemorragia digestiva, traumatismo torácico y diversas fracturas en las costillas y las piernas provocado por el salvaje apaleamiento. La mujer no había presentado denuncia alguna por malos tratos contra su agresor. Sin embargo, apenas un mes antes había sido víctima de otra agresión física y fue ingresada en el hospital de Tremp con dos costillas rotas<sup>35</sup>.*

Los Servicios de Urgencias son los centros sanitarios que toman contacto con mujeres víctimas de agresiones físicas y sexuales que por su gravedad precisan de una atención inmediata. Son, por tanto, los puntos de llegada de víctimas de violencia de género en situación de riesgo, y la respuesta que se les proporcione va a resultar especialmente importante para la prevención de ulteriores episodios de violencia.

Las trabajadoras y trabajadores sociales de estos servicios son quienes se encargan de tomar contacto con las víctimas para informarles y derivarles a otros recursos. Esta importante tarea contrasta con la escasez de personal y la sobrecarga con la cual deben realizarla estos/as profesionales, tal como ha podido conocer Amnistía Internacional en algunas Comunidades Autónomas. Así, una trabajadora social de este tipo de servicio relataba: “Hazte cargo de que entre mi compañera y yo atendemos a urgencias, 500 camas de hospitalización y una vez por semana tenemos que acudir a otro Hospital”<sup>36</sup>. Una trabajadora social del Hospital Clínico de Barcelona se expresó en el mismo sentido.

Por otra parte, el horario de las trabajadoras sociales es de 8 a 15 horas, lo cual implica que cualquier caso que llegue al margen de este horario es gestionado por el resto de profesionales sanitarios y sin embargo, en la mitad de las Comunidades Autónomas, no se proporciona formación específica al personal de los Servicios de Urgencias. En Aragón se está desarrollando una experiencia positiva que se expone a continuación.

### **Aragón: Buenas prácticas para la formación del personal de Urgencias**

Desde 2005 se desarrolla en la Comunidad Autónoma de Aragón una iniciativa de formación de formadoras/es en los servicios hospitalarios de Urgencias. El objetivo de este proyecto formativo es disponer de al menos 1 profesional en cada centro, con formación específica, que posteriormente imparta la formación de modo descentralizado en su Centro. La convocatoria se dirige a personal sanitario grupo A y/o B (medicina, enfermería, trabajo social) de los servicios de urgencias hospitalarias que estén dispuestos a impartir docencia.

Amnistía Internacional muestra preocupación por la falta de unos estándares mínimos que aseguren que en todo el Estado español los Servicios de Urgencias, de enorme importancia para atender, informar y derivar a mujeres en situaciones de gran riesgo, cuentan con las herramientas y el personal necesario para atender a las mujeres de forma que se puedan prevenir posteriores agresiones.

## Carencias en los Servicios de Salud mental

En su informe *Más derechos, los mismos obstáculos* Amnistía Internacional relataba el siguiente caso como ejemplo de las consecuencias de la falta de preparación en los servicios de salud mental frente a la violencia de género: “Julia<sup>37</sup> es una mujer de 62 años que lleva años soportando el maltrato

<sup>35</sup> El País y El Mundo el 03/02/2006

<sup>36</sup> Entrevista de Amnistía internacional a una trabajadora social de la Unidad de Trabajo Social del Hospital General Juan Ramón Jiménez, en Huelva, el 19 de abril de 2006.

<sup>37</sup> Nombre ficticio. Caso documentado por la Asociación psicossocial para la igualdad AIZAN y transmitido a Amnistía Internacional el 10 de mayo de 2006.

psicológico al que le someten tanto su marido como sus dos hijos varones de 19 y 24 años, que aún viven en el domicilio familiar. Julia acude desde hace años al Servicio de Salud Mental donde se le ha diagnosticado una depresión neurótica, enfermedad que se le controla a través de fármacos. A pesar de que nunca se ha atrevido a denunciar las agresiones que sufre, a través de una intervención de la Policía Municipal en uno de los episodios de violencia, empezó a plantárselo. Con el fin de recabar pruebas del maltrato psicológico que pudieran apoyar la denuncia, la Policía Municipal en colaboración con la asociación AIZAN, donde acudía a un grupo de autoayuda, se puso en contacto con el psiquiatra del Servicio de Salud Mental que trataba a Julia. En la conversación mantenida entre la asociación AIZAN y el psiquiatra de Julia, éste se refirió a la situación de maltrato con las siguientes expresiones: “*No se trata de un maltrato porque esta mujer cuenta lo que le da la gana*”; “*se trata de una mujer que provoca mucho*”; “*si él se va al pueblo, como los hijos no hacen lo que ella quiera, no les hace la comida*”; “*ella no quiere ceder; yo he trabajado con ella el siguiente pacto, tú haz la casa, que es tu función*”; “*el marido actúa por supervivencia porque yo lo he visto*”. Julia relató además que de todo lo hablado con el psiquiatra era informado el marido, al que el profesional se refería como “*un hombre que transmite mucha calidez*”, e incluso que en algunos momentos, a petición del marido, se realizaban sesiones familiares, en las que el psiquiatra le recordaba sus funciones como mujer y madre, y ella se sentía agredida y humillada. La situación actual de Julia, que abandonó la terapia, sigue siendo de desánimo. La única opción que se le ha ofrecido ha sido acudir otro psiquiatra del mismo equipo, a lo que Julia se ha negado.

Las consecuencias de la violencia de género para la salud mental de las mujeres se han puesto de relieve en diferentes estudios realizados dentro y fuera de España, según los cuales las mujeres que sufren violencia de género tienen entre tres y cuatro veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico. Más de las tres cuartas partes de las víctimas sufren al menos depresión leve o trastornos de ansiedad y hasta una de cada tres están gravemente deprimidas. El riesgo de suicidio es hasta cuatro veces mayor en las mujeres maltratadas y en muchos casos puede estar condicionado por el agotamiento emocional y psíquico. El síndrome de estrés postraumático lo llegan a sufrir hasta el 50% de las mujeres que han sufrido maltrato físico<sup>38</sup>.

Estos datos deberían bastar para que el Sistema Nacional de Salud Mental desarrollara un programa específico de atención a mujeres que sufren o han sufrido violencia de género. Sin embargo, Amnistía Internacional ha comprobado que la formación y preparación de los Servicios de Salud Mental está recibiendo un escaso impulso tanto desde el Ministerio de Sanidad como desde las Comunidades Autónomas. La organización no tiene aún constancia de que vaya a incluirse la atención a la violencia de género en la futura Estrategia Estatal de Salud Mental, más aún tras la reciente decisión de no incluir estas prestaciones en la cartera de servicios de Salud Mental, tal como destaca al inicio de este informe.

Amnistía Internacional ha comprobado con preocupación que las deficiencias relativas a la formación del conjunto de personal sanitario se acrecentan cuando se trata del personal de los equipos de salud mental. La gran mayoría de las Comunidades Autónomas no han realizado ninguna acción específica destinada a proveer formación de calidad al conjunto de los equipos de salud mental. Únicamente algunas Comunidades, como Cantabria o Navarra, están comenzando a realizar acciones de formación de formadores/as en este ámbito profesional, así como la incipiente creación de redes de responsables de impulsar la atención a víctimas de violencia de género. Y sólo una Comunidad, Asturias, ha puesto en marcha un Programa de preparación del sector sanitario de Salud Mental y ha creado un servicio específico para la atención a las víctimas y la formación al conjunto de los Equipos.

---

<sup>38</sup> Documentos de Salud Pública 86 (pág.23-24) y Pilar Blanco et.al.

### **Asturias: Buenas prácticas para mejorar la atención en los servicios de salud mental**

Fruto de un convenio de colaboración entre el Instituto Asturiano de la Mujer y el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)\*, en septiembre de 2003 se puso en marcha un programa adscrito al área de Salud Mental del SESPA dirigido a abordar los efectos psicosociales de la violencia contra las mujeres en toda la región. Este servicio cuenta con dos psicólogas clínicas y una trabajadora social, y realiza las siguientes funciones:

- Atención psicosocial (individual y grupal) a mujeres víctimas de violencia de género que demandan una terapia para afrontar la ruptura con su agresor o para recuperarse de las secuelas psicológicas y sociales de la violencia.
- Acciones de prevención de la violencia de género y promoción de la salud de las mujeres.
- Formación dirigida a equipos de Salud Mental. Desde su inicio, las especialistas que desempeñan sus funciones en este servicio se encargan de promover la formación sobre violencia de género entre los/as profesionales de Salud Mental. Se han realizado cursos de formación de formadores/as y otros dirigidos a profesionales de la región.
- Punto de referencia para los equipos de salud mental. Las profesionales de este servicio brindan consejo y realizan valoración conjunta de casos cuando se demanda desde los equipos de salud mental.

Este servicio ha asistido directamente en los tres años de funcionamiento a más de cuatrocientas mujeres y ha realizado formación a la práctica totalidad de equipos de salud mental de la Comunidad Autónoma.

*\*Resolución de 15 de mayo (BOPA de 28 de mayo de 2003)*

## 4. Conclusiones y recomendaciones

Con la aprobación de la *Ley Integral*, el Gobierno español adquirió importantes compromisos para abordar la violencia de género como un grave problema de salud pública. Mientras que sólo una minoría llega a denunciar, prácticamente la totalidad de las mujeres víctimas de violencia de género acude a los centros de salud, por lo que el ámbito sanitario se revela esencial para la detección temprana de la violencia de género y la identificación de las víctimas.

Sin embargo, Amnistía Internacional expresa preocupación porque:

- La violencia de género no se encuentra entre las principales prioridades del Ministerio de Sanidad
- El Ministerio de Sanidad no está abordando las desigualdades territoriales en cuanto a la formación de las y los profesionales del ámbito sanitario ni impulsando la coordinación entre profesionales
- Aunque la mayoría de las Comunidades Autónomas han adoptado compromisos políticos en el ámbito sanitario, sólo unas pocas están poniendo en práctica acciones concretas para llevar los compromisos a la realidad

Así, cuando restan apenas dos meses para que se cumpla el segundo aniversario de la entrada en vigor de la *Ley Integral*, Amnistía Internacional observa con preocupación que a pesar de algunos avances, como la inclusión de atención a la violencia de género en la cartera de servicios de Atención Primaria y Urgencias del Sistema Nacional de Salud, las medidas concretas puestas en marcha por el Ministerio de Sanidad no están paliando los principales problemas anteriores a la misma, como son una desigual respuesta territorial en el ámbito sanitario a la violencia de género y una escasa formación y sensibilización del conjunto de profesionales del sector.

La organización insiste en la falta de prioridad que está dando el Gobierno español a la respuesta a la violencia de género en el ámbito sanitario, a pesar de la envergadura del problema, de la responsabilidad del Estado en este ámbito en virtud de las normas internacionales de derechos humanos y de los compromisos adquiridos en la *Ley Integral*. Tratándose de un grave abuso de derechos humanos, como es el caso de la violencia de género, la protección efectiva no puede depender del territorio en el que residan las víctimas, y el Gobierno español debe establecer estándares mínimos que garanticen esa protección. Más aún en un ámbito como el sanitario en que las competencias están completamente transferidas a las Comunidades Autónomas.

Hasta el momento el Ministerio de Sanidad no ha tomado medidas efectivas para el desarrollo de programas de formación y sensibilización que alcancen al conjunto de profesionales del ámbito sanitario, ni ha acordado con las Comunidades Autónomas estándares que garanticen una preparación mínima homogénea en todo el territorio del Estado. Los tres cursos anuales, para veinticinco personas cada uno, proporcionados por la Escuela Nacional de Salud no pueden considerarse una medida suficiente ni adecuada para lograr la formación del conjunto de profesionales sanitarios.

Tampoco se ha dado cumplimiento al compromiso establecido en la Ley Integral de asegurar la introducción de la respuesta sanitaria ante la violencia de género en los currículos formativos de las licenciaturas y diplomaturas y los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias. Ni Amnistía Internacional tiene constancia de que desde el Ministerio de Sanidad se haya impulsado la puesta en práctica de mecanismos de coordinación entre distintas instancias profesionales –tanto dentro del ámbito sanitario como cuando se trata de coordinación con otras instancias, como las judiciales, involucradas-, para ser implantados en las Comunidades Autónomas.

En éste y otros aspectos algunas Comunidades Autónomas han tomado la iniciativa. Amnistía Internacional valora muy positivamente las buenas prácticas emprendidas en distintas Comunidades que se destacan en este informe, como ejemplos que podrían ser replicados.

Amnistía Internacional acoge con satisfacción que la mayoría de las Comunidades Autónomas hayan adquirido compromisos políticos para abordar la violencia de género en el ámbito sanitario, bien sea a través de la elaboración de una ley específica para combatirla, a través de Programas o incluyendo la violencia de género en los Planes de Salud de ámbito autonómico. También hay que destacar que la mayoría de las Comunidades Autónomas cuentan con Protocolos autonómicos de actuación profesional, si bien las diferencias de calidad entre ellos son apreciables.

Sin embargo, en el terreno de las actuaciones concretas para llevar los compromisos políticos a la realidad, Amnistía Internacional observa la desigual situación según las distintas Comunidades Autónomas. Así, en lo que se refiere a la formación de profesionales de sectores sanitarios clave para la detección de la violencia de género y la atención a las víctimas, menos de la tercera parte de las Comunidades Autónomas cuentan con planes de formación obligatorios que alcancen al conjunto del personal sanitario de Atención Primaria. En una situación similar se encuentra la formación específica para los profesionales de los servicios de Urgencias, que en la gran mayoría de las Comunidades Autónomas se realiza de forma puntual o es inexistente. En cuanto al conjunto de profesionales de Salud Mental, la situación es aún peor: la gran mayoría de las Comunidades Autónomas no cuentan con iniciativa alguna específica para este sector.

Por otro lado, Amnistía Internacional pide al Gobierno español la elaboración y puesta en marcha de una Estrategia Sanitaria Estatal contra la Violencia de Género, que garantice, desde un enfoque de derechos humanos, el cumplimiento de los compromisos previstos en la *Ley Integral*. Esta Estrategia estatal debería contener al menos:

- Una serie de estándares mínimos acerca de los medios materiales y humanos necesarios para prevenir y combatir de manera integral la violencia contra las mujeres, con el fin de asegurar la equidad interterritorial en el conjunto del Estado.
- Un programa de formación obligatoria que alcance al conjunto de profesionales, con especial incidencia en ámbitos clave como los centros de atención primaria, los servicios de urgencia, los servicios de salud mental, o la especialidad de ginecología.
- Una referencia a otras Estrategias sanitarias estatales (como por ejemplo, la Estrategia de Salud Mental) que puedan estar relacionadas, para que incluyan la violencia de género.
- Un compromiso de incluir indicadores relativos a la violencia de género en los estudios sobre salud elaborados por el Sistema Nacional de Salud.
- Programación de acciones destinadas a promover la inclusión de la atención a la violencia de género en los Planes de salud de las comunidades autónomas.
- Acciones destinadas a implantar la atención a la violencia de género como asignatura en los currículos formativos de las carreras universitarias del ámbito sociosanitario.

Amnistía Internacional pide además a las Comunidades Autónomas que impulsen la adopción de esa Estrategia Estatal y que, además, en el marco de sus competencias:

- Incluyan la violencia de género como un grave problema de salud pública en sus planes de salud.
- Incluyan en las carteras de servicios de atención primaria, urgencias y salud mental la atención a la violencia de género.
- Elaboren y pongan en marcha, con todos los medios materiales y humanos necesarios, planes de formación que alcancen al conjunto de profesionales de sectores clave como la atención primaria, los servicios de urgencias o de salud mental, siguiendo el ejemplo de las que han realizado acciones de este tipo.

\* \* \* \* \*

## Anexo I. Compromisos políticos contra la violencia de género adquiridos por las Comunidades Autónomas

A continuación se muestra una tabla con los compromisos políticos adquiridos por las Comunidades Autónomas respecto al ámbito sanitario, adquiridos a través de una Ley específica sobre Violencia de Género, un Plan Autonómico sobre violencia de género o en el Plan de Salud que esté en vigor. Las celdas sombreadas señalan las deficiencias.

Comunidad Autónoma	¿Cuenta con una Ley autonómica con compromisos sanitarios expresos?	¿Cuenta con un Plan o programa político con compromisos sanitarios expresos?	¿Incluye la violencia de género en el Plan de Salud Vigente?
Andalucía	Proyecto de Ley	Sí	Sí
Aragón	Proyecto de Ley	Sí	No
Asturias	No	Sí	Sí
Baleares	Sí	Sí	Sí
Cantabria	Sí	Sí	Sí
Canarias	Sí	Sí	Sí
Castilla-La Mancha	No*	No	Sí
Castilla y León	No	No	No
Cataluña	Anteproyecto de Ley	Sí	Sí
Extremadura	No	Sí	Sí
Galicia	Anteproyecto de Ley	Sí	En proyecto
La Rioja	No	Sí	Sí**
Madrid	Sí	Sí	Sí
Murcia	En proyecto	Sí	No
Navarra	Sí	Sí	No
País Vasco	No*	Sí	No
Valencia	No	Sí	Sí

\* Existe Ley, pero sin compromisos sanitarios

\*\* Cuenta con un Plan Integral de detección de la violencia de género en el ámbito sanitario

## Anexo II. Actuaciones sanitarias contra la violencia de género en el ámbito autonómico

A continuación se muestra una tabla con las actuaciones sanitarias contra la violencia de género en las distintas Comunidades Autónomas, en la que se visualizan fácilmente las desigualdades territoriales en este ámbito y las importantes carencias de formación específica en los sectores clave. Las celdas sombreadas señalan las deficiencias. Se observa que en la mayoría de las Comunidades Autónomas no hay un plan de formación obligatoria para el conjunto de profesionales de Atención Primaria, así como que algunas Comunidades han desarrollado acciones puntuales de formación –en algunos casos debido a iniciativas de personas concretas- en Urgencias o, en menor medida, en el ámbito de la Salud mental, pero la gran mayoría no están abordando programas de formación para el conjunto de profesionales.

Comunidad Autónoma	¿Cuenta con un Protocolo autonómico de actuación profesional?	¿Cuenta con un Plan de formación del conjunto del personal sanitario de Atención Primaria?	¿Cuenta con formación específica para el conjunto de profesionales de Urgencias y/o ha creado redes de formadores/as?	¿Cuenta con formación específica para el conjunto de profesionales de Salud Mental y/o ha creado redes de formadores/as?
Andalucía	No	No, sólo formación continua	No	No
Aragón	Sí	Sí	Sí	No
Asturias	Sí	Sí	Parcialmente <sup>i</sup>	Sí
Baleares	Sí	No, sólo cursos de formación continua	No	No
Cantabria	Sí	Sí	Sí	No <sup>ii</sup>
Canarias	Sí	Sí	Sí <sup>iii</sup>	No <sup>iv</sup>
Castilla-La Mancha	Sólo para atención primaria	No, sólo cursos de formación continua	No	No
Castilla y León	Sí, pero muy deficiente	No, sólo cursos de formación continua	No	No
Cataluña	No	No, sólo cursos de formación continua	Parcialmente <sup>v</sup>	No
Extremadura	Sí	No, sólo cursos de formación continua	No	No
Galicia	Sí, pero muy deficiente	No	No	No
La Rioja	Sí	Sí	Parcialmente <sup>v</sup>	No
Madrid	No	No, sólo cursos de formación continua	No	No
Murcia	Sí	No, sólo cursos de formación continua	Sí	No
Navarra	Sí	Sí	Parcialmente <sup>vi</sup>	Parcialmente <sup>vii</sup>
País Vasco	Sí	No	No <sup>v</sup>	No
Valencia	Sí	No, sólo cursos de formación continua	No	No

<sup>i</sup> Algunas sesiones para personal del SAMU (Servicio de Atención Médica Urgente) y previstas para servicios de urgentes de dos grandes hospitales

<sup>ii</sup> Sólo jornadas puntuales

<sup>iii</sup> Red de profesionales que colaboraron en elaborar el parte de lesiones para iniciar en 2007 la formación

<sup>iv</sup> Programa de formación específica en proyecto

<sup>v</sup> Sólo en algunos centros

<sup>vi</sup> Dos sesiones de formación para personal de urgencias y ambulancias

<sup>vii</sup> Seminario de 6 meses (voluntario) y creación y de grupo de Trabajo para impulsar la preparación en este ámbito