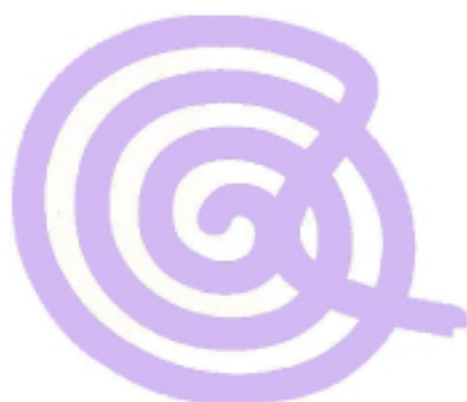




Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid



MAGNITUD, IMPACTO EN SALUD Y APROXIMACIÓN A LOS COSTES SANITARIOS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES EN LA COMUNIDAD DE MADRID.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Agencia Lain Entralgo

para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

 **Comunidad de Madrid**

Coordinación Institucional:

Ramón Aguirre Martín Gil, Jefe de Servicio de Promoción de la Salud

Elaboración del informe final:

Luisa Lasheras Lozano¹

Marisa Pires Alcaide¹

Belen Zorrilla Torras²

Luis Maria Sánchez Gómez³

Luis Seoane Pascual¹

Consuel Morant Ginestar²

1 Servicio de Promoción de la Salud

2 Servicio de Epidemiología

3 Agencia Laín Entralgo para la formación, investigación y estudios sanitarios

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.	7
2.1. Objetivos	7
2.1.1. Objetivo general	7
2.1.2. Objetivos específicos	7
2.2. Metodología.....	8
2.2.1. Diseño	8
2.2.2. Criterios de caso	12
2.2.3. Definición de variables	13
3. RESULTADOS.....	21
3.1. Descripción de la muestra y tasas de respuesta	21
3.2. Prevalencia de violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid	23
3.2.1. Magnitud	23
3.2.2. Gravedad	24
3.2.3. Prevalencia de violencia según variables socioeconómicas.....	26
3.2.4. Efectos de la VPM sobre la salud de las mujeres	30
3.2.5. Percepción de apoyo social	31
3.2.6. Características del último episodio de violencia	34
3.3. Costes Sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid	36
3.3.1. Análisis descriptivo y bivariado	36
3.3.1.1. Consultas y hospitalización	36
3.3.1.2. Uso de medicamentos.....	40
3.3.1.3. Pruebas complementarias.....	40
3.3.2. Costes Sanitarios	41
3.3.2.1. Atención especializada.....	42
3.3.2.2. Enfermería	43
3.3.2.3. Urgencias.....	43
3.3.2.4. Consumo de fármacos	44

3.3.2.5.	Pruebas complementarias.....	45
4.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
5.	BIBLIOGRAFÍA	51
6.	ANEXO I: VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.....	52

1. INTRODUCCIÓN

En el año 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la violencia como un importante problema de salud pública en todo el mundo e instó a los estados miembros a evaluar la dimensión del problema en sus territorios, invitando al desarrollo de actividades de salud pública con objeto de definir su magnitud, evaluar sus causas e identificar sus repercusiones en salud(1). Recomendó asimismo dar prioridad a las investigaciones de salud pública sobre violencia y lideró el estudio “Multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica” en el que se abordaron algunas de las deficiencias existentes en la investigación internacional sobre este problema que afecta a las mujeres de todos los países del mundo. La relevancia de la investigación radica en que ha permitido conocer el alcance, las consecuencias para la salud y los factores de riesgo de la violencia hacia las mujeres en los 10 países que participaron, sirviendo de referente para el diseño de nuevas investigaciones (2).

Actualmente, el abordaje prioritario de la violencia de pareja hacia las mujeres como un problema de salud pública alcanza un amplio consenso técnico y político en nuestro entorno. La primera macroencuesta sobre violencia familiar llevada a cabo por el Instituto de la Mujer en el año 2000 estimó que el 13,4% de las mujeres madrileñas cumplían los requisitos técnicos para ser consideradas víctimas de maltrato por parte de la pareja o ex-pareja. El 4,7% de las encuestadas se definió a sí misma como maltratada, y algo más del 70% de ellas refirió encontrarse en tal situación desde hace más de 5 años (3).

En los últimos años ha aumentado el número de estudios destinados a la estimación de las consecuencias de estas situaciones de maltrato para la salud de las mujeres, tanto en nuestro país como en los países de nuestro entorno, especialmente en EEUU. Se sabe que aumenta el riesgo de mala salud a la vez que empeora la percepción de ésta y que los daños físicos y psicológicos aparecen tanto a corto como a medio plazo (3-6).

Existe una enorme variabilidad tanto en la metodología empleada en los diferentes estudios, como en la selección de población y en las definiciones de maltrato aplicadas. A esto se añade la diferencia en los enfoques institucionales de atención sanitaria entre los distintos países, dificultando la transposición de cifras para tratar de estimar la magnitud real en nuestra Comunidad. Sin embargo, el signo de la

evidencia disponible es totalmente coincidente: se trata de un problema que padece una parte significativa de la población adulta femenina con un coste humano y económico que la sociedad no puede permitirse (7-10).

La investigación que aquí se presenta ha pretendido analizar la magnitud del problema y su impacto en la salud, así como estimar los costes sanitarios derivados de este tipo de violencia. Esta perspectiva viene a complementar otros abordajes de corte epidemiológico y los encaminados a la obtención de información cualitativa sobre el coste humano para estas mujeres y la sociedad en su conjunto, que se están desarrollando paralelamente desde la Dirección General de Salud Pública de Madrid. Añadir la dimensión económica del problema tiene la virtud de traer a debate el coste-oportunidad de atajar el problema mediante programas efectivos de prevención primaria y secundaria, sin salirse del terreno presupuestario que corresponde a la salud.

A la vez, semejante abordaje puede resultar útil en la labor de formación y concienciación de los profesionales sanitarios que se está llevando a cabo, al poner de manifiesto qué porcentaje de su actividad y del gasto sanitario del Sistema Regional de Salud es atribuible a este problema hasta ahora tan poco visible.

Existe un amplio acuerdo en la literatura al respecto de que el fenómeno de la violencia de pareja está imbricado en un entramado de representaciones sociales, en el sentido enunciado por Moscovici (11), que lo convierten en algo vergonzoso para la propia víctima, que con frecuencia se siente culpable y/o atemorizada, disculpándolo u ocultándolo como parte de lo que concibe como “normal” en las relaciones de pareja. La conciencia social sobre la gravedad del problema y de lo inaceptable de determinados comportamientos es relativamente reciente en nuestro país, y, en su estado incipiente, parece concentrarse más en la alarma mediática que provocan los asesinatos en los que, en ocasiones, terminan estas situaciones de violencia, que en su desarrollo y sostenimiento en el tiempo.

Los profesionales sanitarios, como sujetos sociales que son, se encuentran inmersos en este contexto. Siendo los responsables de la atención y la documentación de estos casos, con frecuencia aplican el mismo sesgo que la sociedad en su conjunto, tendiendo a subestimar o a atribuir a otras causas la problemática a la que se enfrentan, o a considerar que su intervención explícita puede suponer una intromisión ilegítima en lo que se considera la esfera íntima y privada de las relaciones de pareja. De ahí que -a la espera de que el trabajo que se está desarrollando en capacitar y sensibilizar al colectivo de profesionales en este sentido llegue a dar sus frutos- las estadísticas sanitarias rutinarias no resulten una

fuente fiable para el análisis del problema de la violencia en su vertiente de salud. Cabría decir que en el momento actual sólo las propias mujeres saben realmente cuál es el coste en salud de estar sometidas a una situación de violencia de pareja. Esta es una razón más para abordar un análisis económico basado en información proporcionada por las víctimas.

La definición de malos tratos que se aplica en este estudio delimita situaciones de conflicto de pareja en las que existe un desequilibrio de poder entre las partes, siendo la mujer la fracción más vulnerable del binomio. En tal definición se incluyen: gritos, humillaciones; limitación o negación del acceso a los recursos económicos, de la movilidad o sociabilidad (reclusión); intimidación o amenaza de violencia física o verbal contra la mujer, sus hijas e hijos o familiares directos; acecho dentro o fuera del domicilio de la mujer; destrucción de objetos personales; empujones, bofetadas, golpes, patadas, palizas, agresiones con cualquier clase de objeto, incluyendo armas blancas y de fuego y cualquier tipo de práctica sexual no consentida por la víctima, esto es, violación.

2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

Conocer la magnitud del fenómeno de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid, y realizar una estimación de los costes sanitarios atribuibles a los efectos de la violencia sobre la salud de las mujeres, en términos de consumo de recursos sanitarios en el Sistema Madrileño de Salud.

2.1.2. Objetivos específicos

Conocer la prevalencia de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid.

Identificar indicadores del impacto sobre la salud de las mujeres afectadas.

Estudiar el consumo autoevaluado de recursos sanitarios en los últimos 12 meses entre las mujeres de 18 y 70 años residentes en la Comunidad de Madrid.

Comparar el consumo de recursos sanitarios de las mujeres víctimas de malos tratos por parte de su pareja con el de aquellas que no se encuentran en esta situación, describiendo posibles diferencias en utilización y en el tipo de servicios a los que recurre cada grupo.

Estimar el coste del consumo de recursos sanitarios atribuible a la violencia de pareja hacia las mujeres en función de las posibles diferencias en el consumo medio de los distintos servicios declarado por parte de las víctimas y de la prevalencia de estas situaciones estimada en población general de la Comunidad de Madrid.

2.2. Metodología

La hipótesis de partida de este estudio es que la violencia de pareja hacia las mujeres es un problema de salud pública que afecta a un alto porcentaje de mujeres y produce alteraciones de salud que generan una demanda de asistencia sanitaria, superior a la de la población general, tal como la literatura científica ha puesto de relieve.

2.2.1. Diseño

Estudio transversal llevado a cabo mediante encuesta telefónica.

Población diana: estaba formada por el conjunto de mujeres de 18 a 70 años con una relación de pareja o ex pareja en los últimos 10 años.

Criterios de exclusión: Tiempo de residencia en la Comunidad de Madrid menor de 12 meses y no haber tenido contacto con la pareja en el último año.

Marco muestral: Base de datos de Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS) que cubre al 90% de la población.

Tamaño muestral: Se estableció para un error de muestreo absoluto para el conjunto de la Comunidad de Madrid del 2,1% para las estimaciones de porcentajes correspondientes a categorías igualmente probables ($p=q=50\%$), a un nivel de confianza del 95%, estimándose un tamaño muestral de 2.262 mujeres.

Tipo de muestreo y unidades muestrales: El tipo de muestreo realizado ha sido aleatorio estratificado, con afijación proporcional según edad y zona de residencia de la población femenina entre 18 y 70 años. Como criterios de estratificación se han utilizado la zona geográfica en tres estratos (Madrid municipio, Corona metropolitana y resto de municipios) y la edad en cuatro estratos (18 a 29 años, 30 a 44, 45 a 54 y 55 a 70).

La selección de las mujeres a entrevistar en cada estrato de edad y zona geográfica se llevó a cabo mediante muestreo aleatorio simple, a partir de la base de datos de tarjeta sanitaria.

Trabajo de campo e instrumentos de medida: El trabajo de campo se desarrolló en los meses de noviembre y diciembre de 2004. Las entrevistas se llevaron a cabo de 10:00 a 22:15 en turnos de 4 horas cada uno, para facilitar la localización de cada persona a entrevistar y disminuir al máximo la no respuesta derivada del “no contesta” o “ilocalizables”. A las mujeres que participaron en el estudio, se les dio la opción de ser entrevistadas en horario de mañana o tarde con el fin de que la entrevista no fuera interrumpida por cualquier otra persona. Por este motivo, en aquellos casos en que se produjo una demanda concreta por parte de las mujeres se respetó estrictamente. El equipo de entrevistadoras fue entrenado específicamente para evitar sesgos en el desempeño de este trabajo y siguieron las recomendaciones éticas y de seguridad para las investigaciones sobre violencia doméstica (12).

Recogida de datos: La recogida de información se ha realizado a través de un sistema C.A.T.I. –en la que los puestos de trabajo son individuales y están equipados con teléfono y terminal informático- por parte de las entrevistadoras y bajo supervisión visual y auditiva, la cual se realiza, como es habitual, desde la cabina de control situada en dicha sala. La persona encargada de la supervisión siguió el desarrollo de las entrevistas y la cumplimentación del cuestionario escuchando tanto a la entrevistadora como a la entrevistada.

Encuesta: El cuestionario completo consta de varios módulos que abordan actos y situaciones de violencia, aspectos sociodemográficos, estado de salud de la mujer y consumo de recursos sanitarios (los tres últimos módulos están basados en la Encuesta Nacional de Salud).

Según la situación respecto a la relación de pareja actual o anterior (con pareja actual, sin pareja actual pero con pareja en el último año o bien expareja con la que

ha mantenido algún contacto en el último año), las mujeres entrevistadas respondieron un tipo de cuestionario u otro, de la forma siguiente:

1. Relación actual o en el último año: cuestionario completo.
2. Ex pareja con la que ha mantenido contacto en el último año: cuestionario abreviado.

El módulo que evalúa la violencia de pareja recoge las preguntas contenidas en el cuestionario utilizado en Francia para realizar la “Enquête national sur les violences envers les femmes en France” (ENVEFF) (13) y también las incluidas en la CONFLICT TACTICS SCALE (CTS-1) (14) para la detección y clasificación de los casos, abordando la presencia de actos y situaciones de violencia psicológica, física y sexual durante los 12 meses anteriores. Para la evaluación de la violencia psicológica se tomó la encuesta francesa (ENVEFF). Para la evaluación de la violencia sexual se utilizaron las 2 preguntas de la encuesta francesa y para la violencia física se utilizó la CTS-1.

De este modo el cuestionario completo finalmente utilizado para la detección de casos contiene 16 preguntas que evalúan la violencia psicológica, (12 en escala ordinal de 5 categorías de menor a mayor frecuencia y 4 en escala cuantitativa), 2 que exploran violencia sexual (cuantitativas) y 9 ítems correspondientes a la CTS-1 (cuantitativa) para valorar la violencia física.

Por otra parte, el cuestionario abreviado contiene 6 preguntas sobre violencia psicológica y una de violencia sexual, quedando las preguntas relativas a la violencia física igual que en el cuestionario completo (tabla1).

Este cuestionario, permitió conocer la prevalencia de violencia global así como la prevalencia de los diferentes tipos de violencia considerados individualmente: física, sexual y psicológica. Antes de iniciar el trabajo de campo, se realizó un estudio para establecer la validez de criterio del cuestionario (15); para ello se consensuó la definición de caso y se elaboró una entrevista semiestructurada, que sirviera como “estándar de referencia”. Se realizó la encuesta telefónica por el sistema CATI y la entrevista clínica se llevó a cabo por dos profesionales entrenadas. Para establecer la combinación de respuestas que definieron el caso se utilizó el análisis de componentes principales y la regresión logística; se probaron distintas combinaciones hasta encontrar el punto de sensibilidad y especificidad más adecuado. Los resultados se pueden consultar en el anexo II de este documento.

Las preguntas de los diferentes módulos del cuestionario y las preguntas utilizadas en la definición de caso aparecen en la Tabla 1.

Tabla1: preguntas violencia de género

a) cuestionario completo

Violencia psicológica

1. ¿Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares?
2. ¿Le impide hablar con otros hombres (es celoso)?
3. ¿Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace?
4. ¿Ha hecho comentarios desagradables sobre su apariencia física?
5. ¿Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público?
6. ¿No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones?
7. ¿Le dice lo que usted debe pensar?
8. ¿Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted?
9. ¿Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir?
10. ¿Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana?
11. ¿Le ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos?
12. ¿Le ha amenazado con suicidarse?
13. ¿Le ha insultado u ofendido?
14. ¿Le ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella?
15. ¿Le ha amenazado con hacerle daño a usted o a sus familiares?

Violencia sexual

1. ¿Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted?
2. ¿Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba?

Violencia física

1. ¿Le tiró algo (algún objeto)?
2. ¿La empujó, agarró o la tiró?
3. ¿Le dio una bofetada?
4. ¿Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo?
5. ¿Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa?
6. ¿Le dio una paliza?
7. ¿Le agarró del cuello?
8. ¿Le amenazó con un cuchillo o pistola?
9. ¿Usó un cuchillo o una pistola?

b) Cuestionario abreviado

Violencia psicológica

1. ¿Le ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos?
2. ¿Le ha amenazado con suicidarse?
3. ¿Le ha amenazado de muerte?
4. ¿Le ha insultado u ofendido?
5. ¿En ocasiones le produce miedo?
6. ¿Le ha seguido o acosado en su casa o en el trabajo?

Violencia sexual

1. ¿Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted?

Violencia física

1. ¿Le tiró algo (algún objeto)?
2. ¿La empujó, agarró o la tiró?
3. ¿Le dio una bofetada?
4. ¿Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo?
5. ¿Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa?
6. ¿Le dio una paliza?
7. ¿Le agarró del cuello?
8. ¿Le amenazó con un cuchillo o pistola?
9. ¿Usó un cuchillo o una pistola?

2.2.2. Criterios de caso

Se consideraron casos las mujeres que sufrieron:

- Cuatro o más ataques psicológicos “algunas veces”, o uno o más de estos ataques “muchas veces” o “sistemáticamente”.
- Una sola agresión física o sexual.

Para definir la gravedad de la violencia se tiene en cuenta la progresión de la gravedad de las situaciones. El grado de gravedad se establece en función de la repetición de los hechos y de la acumulación de tipos de actos violentos.

- **Violencia grave:** cuando está presente **uno solo** de los siguientes criterios:
 - Actos de violencia psicológica repetidos (más de 3 tipos de actos psicológicos, algunas veces o 2 a 3 veces el último año).
 - Uno de estos tipos de actos, muchas veces o sistemáticamente.
 - Un solo acto de violencia física o sexual en el último año.
- **Violencia muy grave:** cuando refieren **dos o más** de los criterios de violencia grave simultáneamente o actos de violencia física o sexual **repetidos** (2 veces o más).

2.2.3. Definición de variables

1. En el módulo con las variables sociodemográficas se recogió la siguiente información: a todas las mujeres se les preguntó la edad, relaciones de pareja en el último año, tipo de relación con la pareja, número de hijas e hijos, personas mayores a su cargo, nivel de estudios completado, actividad principal, ingresos totales en el hogar; última ocupación de la entrevistada y de la pareja.
 - ❖ El tipo de relación de pareja se establece en función de la relación que mantiene con el varón al que se refiere la entrevista e incluye las siguientes categorías: casada; ex-marido/ex-compañero; compañero; novio
 - ❖ El nivel de estudios completado es una variable categórica de 7 categorías. Para facilitar su explotación estadística se ha recodificado en 3 categorías: Hasta primer grado, segundo grado y ESO y tercer grado.
 - ❖ La actividad principal se recogió en las siguientes categorías: trabaja; jubilada o pensionista; en paro; estudiante; labores del hogar; no ha trabajado nunca.
 - ❖ El nivel de ingresos totales en el hogar es una variable categórica 5 categorías: Menos de 900; 900-1200, 1200-1800; más de 1800 y no contesta.

❖ Para la ocupación se ha utilizado la clasificación nacional de ocupaciones, agregadas en las siguientes categorías:

- Grupo I: Directivos de la administración pública y de empresas de 10 o mas asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3º ciclo universitario.
- Grupo II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados, profesiones asociadas a una titulación de 1º ciclo universitario. Técnicos y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.
- Grupo III. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
- Grupo IV. Trabajadores manuales cualificados. Trabajadores manuales semicualificados.
- Grupo V. Trabajadores no cualificados.
- No ha trabajado nunca (solo mujeres)

2. Para explorar el apoyo social incluyo el cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC, que evalúa el apoyo social percibido. Este cuestionario identifica dos dimensiones, el apoyo confidencial y el apoyo afectivo. Se incluyeron 7 preguntas que se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 1: Cuestionario de apoyo social percibido (Duke-Unc)

- ❖ Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas
- ❖ Recibe amor y afecto
- ❖ Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares
- ❖ Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en los estudios
- ❖ Cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede a Usted
- ❖ Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida
- ❖ Recibe ayuda cuando está enferma en la cama

La escala de respuestas es una escala con puntuaciones de 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo). Para su explotación hemos considerado apoyo social funcional bajo, cuando la puntuación obtenida es inferior al percentil 15 de la distribución en toda la población de mujeres encuestadas, que corresponde a una puntuación <27.

3. En el módulo referido a la salud se recogió información sobre las siguientes variables:

- ❖ Estado de salud percibido es una variable ordinal con 5 categorías: “muy bueno” “bueno”, “regular”, “malo” y “muy malo”. Estas categorías se recodificaron en 2 para el análisis estadístico: “Salud auto percibida: buena, muy buena o regular y mala o muy mala.
- ❖ Presencia o no de alguna dolencia, enfermedad o impedimento que le hayan limitado la actividad cotidiana en el último año entre las siguientes:
 - Dolor de huesos, columna o articulaciones.
 - Problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir.
 - Dolor de cabeza.

- Contusión, lesión, heridas.
 - Diarrea o problemas intestinales.
 - Dolor abdominal.
 - Molestias ginecológicas: dolor o hemorragia.
 - Molestias de riñón o urinarias.
 - Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar.
 - Fiebre.
 - Mareos o vahídos.
 - Dolor en el pecho.
 - Ahogo, dificultad para respirar.
 - Cansancio sin razón aparente.
- ❖ Haber sido diagnosticada por su médico o médica de alguna de las siguientes enfermedades crónicas:
- Hipertensión arterial
 - Colesterol elevado
 - Diabetes (azúcar elevado)
 - Asma o bronquitis crónica
 - Fibromialgia
 - Artritis, reuma u otra enfermedad de huesos y articulaciones
 - Úlcera de estómago
 - Alergia
 - Depresión

- ❖ Haber presentado limitación de la actividad habitual por alguna de las enfermedades crónicas citadas en el último año. Variable que tenía 2 opciones de respuesta: SI/NO
- ❖ Haber sufrido accidentes de cualquier tipo incluidas agresiones, intoxicaciones o quemaduras en el último año. variable con dos opciones de respuesta: SI/NO
- ❖ Percepción de falta de descanso: SI/NO.
- ❖ Haber consultado alguna vez a un profesional sanitario por problemas relacionados con su estado de ánimo o ansiedad: SI/NO

Estas preguntas provienen en su mayoría de los módulos de estado de salud, accidentalidad y hábitos de vida del cuestionario de adultos de la Encuesta Nacional de Salud.

4. En relación con el módulo que hace referencia a la utilización de servicios sanitarios se recogió información sobre las siguientes variables:

- ❖ Nº de visitas a consulta de medicina de familia en los últimos 6 meses.
- ❖ Tipo y Nº de visitas a consultas de atención especializada ambulatoria en los últimos 6 meses.
- ❖ Tipo y nº de visitas a consultas de ginecología (diferenciadas las motivadas por embarazo y parto) en los últimos 6 meses.
- ❖ Nº de visitas a consultas de enfermería/matrona en los últimos 6 meses.
- ❖ Fármacos consumidos en los últimos 2 meses.
- ❖ Tipo y volumen de pruebas diagnósticas en el último año.
- ❖ Tipo y número de servicios de urgencias en el último año.
- ❖ Tipo (proceso diagnosticado) y número de Ingresos hospitalarios en el último año.
- ❖ Días de estancia hospitalaria por ingreso.

- ❖ Tipo y volumen de asistencia recibida a raíz de algún accidente (incluidas agresiones, intoxicaciones y quemaduras) en el último año.

El estudio de costes se centró en las diferencias en consumo de prestaciones entre el grupo integrado por mujeres que padecen violencia y el integrado por mujeres que no padecen esta situación.

2.2.4. Análisis estadístico

Se hizo un primer análisis descriptivo, variable por variable con etiquetado y depuración de datos con identificación de valores atípicos y extremos, así como con detección y etiquetado de valores perdidos y/o no aplicables.

Las variables cualitativas se expresan en porcentaje con su intervalo de confianza al 95% y las variables cuantitativas se expresan con media aritmética y desviación estándar.

2.2.4.1. Análisis estadístico del estudio de prevalencia y factores asociados a la violencia e impacto en salud

Se calculó la prevalencia en función de la definición de caso. Se realizó un análisis bivalente utilizando el test de la Chi-cuadrado para la comparación de porcentajes y se calcularon los Odds Ratio (OR) para las diferentes variables sociodemográficas respecto a la categoría de referencia (categoría con menor prevalencia) con su intervalo de confianza al 95%.

Para valorar la prevalencia según diferentes variables sociodemográficas se elaboró un modelo de regresión logística, tomando como variable dependiente la presencia de violencia de género y como variables independientes la edad, estado civil, país de nacimiento, hijos y familiares a su cargo, nivel de estudios, y nivel socioeconómico. Se decidió incorporar en el modelo como variable indicadora del nivel socioeconómico la ocupación de la entrevistada, después de comparar distintos modelos que evaluaban diferentes variables socioeconómicas.

Para estimar la relación entre las variables referidas a salud y la violencia se estimaron las OR mediante regresión logística ajustando por edad, ocupación, nivel de estudios y personas mayores a su cargo. Se valoró el apoyo social percibido en relación con la violencia por el mismo método ajustando por edad, morbilidad percibida y estado civil.

2.2.4.2. Análisis estadístico del estudio de costes

La asunción de base es que siendo absolutamente comparables por todos los demás factores que condicionan la utilización y su intensidad, las diferencias detectadas con respecto a la población femenina que no se encuentra en la situación de violencia son atribuibles a la violencia que padecen, por lo que la estimación de los costes de este consumo diferencial permite una aproximación en términos monetarios a los costes sanitarios de la VP.

Para estimar los costes se calculó la media de utilización anual de servicios para cada individuo y para cada tipo de mujeres. Posteriormente se procedió a la comparación entre los 2 grupos (víctimas de violencia frente a no víctimas de violencia) para estimar el impacto de la violencia en la pauta de consumo. Para aquellos servicios en los que se detectó diferencia significativa en la utilización, y a partir de las cifras de prevalencia de maltrato y del volumen de usuarias de cada servicio sometidas a situaciones de VP que se obtuvieron en el estudio, se estimó el valor de la diferencia de utilización para la población femenina entre 18 y 70 años de la Comunidad de Madrid.

Para realizar el análisis comparativo variable por variable se utilizaron las pruebas estadísticas clásicas, t-test para medias y Chi-cuadrado para proporciones, utilizando el nivel de significación del 0,05.

A partir de estas inferencias poblacionales de consumo anual se estimaron los costes anuales atribuibles a la situación de violencia. Para este cálculo se utilizaron como fuentes de precios la Orden 234/2005 de 23 de febrero de la Consejería de Sanidad madrileña por la que se fijan los precios públicos de las prestaciones y actividades sanitarias en la Red de Centros de la Comunidad de Madrid y los precios de facturación de las Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud fijados por el Ministerio de Sanidad y Consumo obtenidos a partir de la actualización de septiembre de 2004 de la base de datos Nomenclator Digitalis.

Para determinar los costes medios por ingreso se diferenciaron las causas de ingreso (Intervención quirúrgica/estudio diagnóstico, tratamiento médico y parto) y se aplicó la distribución obtenida en la muestra a la población general. Se emplearon los GRDs agrupados en estas tres categorías, seleccionando los correspondientes a los 10 capítulos del CIE-9 que caracterizan más del 90% de la morbilidad

hospitalaria de las mujeres entre 18 y 70 años de la Comunidad obtenidos a partir del análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) 2003.

Para estimar los costes de consumo de medicamentos, a cada especialidad comprendida en un grupo terapéutico se le asignó un peso calculado en función de la frecuencia de consumo general de cada una de las especialidades y el volumen de especialidades concentradas en el mismo intervalo de precio. Se emplearon como fuente las estadísticas de consumo farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud producidas por la Dirección General de Farmacia del Ministerio para el año 2004 y la base Nomenclator Digitalis referenciada.

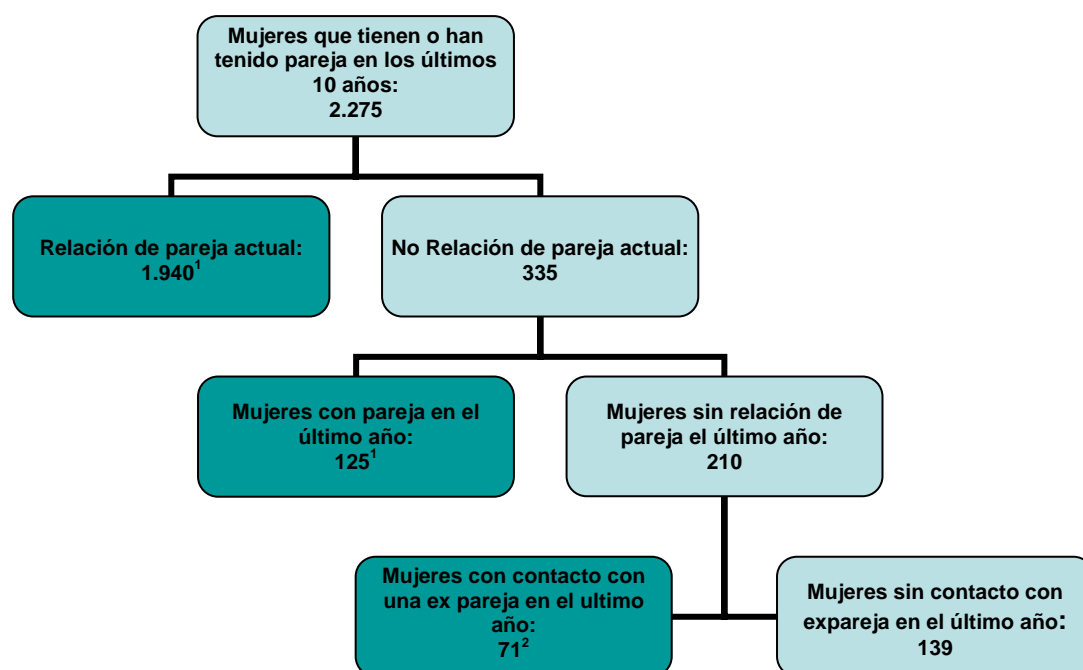
Por tanto, a partir de la prevalencia de violencia de pareja detectada en población general entre 18 y 70 años de la Comunidad de Madrid, estos cálculos nos permiten estimar los costes sanitarios anuales totales atribuibles a situaciones de violencia de pareja.

Para llevar a cabo los análisis se utilizaron los programas Excel y SPSS 12.0.

3. RESULTADOS

3.1. Descripción de la muestra y tasas de respuesta

Se contactó con 3.434 teléfonos, consiguiendo realizar la entrevista completa a 2.504 mujeres, lo cual supone una tasa de respuesta del 73% sin diferencia por estratos de edad. De las 2.504 mujeres a las que se realizó la entrevista, se excluyeron 368 por que no cumplían los criterios de inclusión.



Muestra final para la estimación de VPM en el último año: 2.136.

1: cuestionario completo

2: cuestionario abreviado

Tabla 2. Características sociodemográficas de la población de estudio.

		Numero	%
Grupo de edad	18 / 24	295	13,8
	25 / 39	792	37,1
	40 / 54	626	29,3
	55 / 70	423	19,8
País de origen	España	2023	94,7
	América Central y del Sur	56	2,6
	Europa	44	2,1
	Resto	13	0,6
Relación con pareja	Casada	1473	69,0
	Novio	492	23,0
	Compañero	121	5,7
	Ex-marido/ex-compañero	50	2,3
Numero de Hijos:	Sin hijos	707	33,1
	1-2 hijos	1079	50,5
	3 y mas	350	16,4
Nivel estudios	Primer Grado	449	21,0
	Segundo Grado	1138	53,3
	Tercer Grado	549	25,7
Actividad principal.	Trabaja	1131	52,9
	Jubilada/Pensionista	63	2,9
	Parada	134	6,3
	Estudiante	179	8,4
	Labores del Hogar	601	28,1
	Otra Situación	28	1,3
Ocupación/ Oficio de la mujer*	Grupo I-II	409	19,1
	Grupo III	601	28,1
	Grupo IV	604	28,3
	Grupo V	254	11,9
	No ha trabajado nunca	258	12,1
Ocupación/ Oficio del cabeza de familia **	Grupo I-II	640	30,0
	Grupo III	622	29,1
	Grupo IV	691	32,4
	Grupo V	138	6,5
Ingresos mensuales en hogar	<900 Euros/mes	207	9,7
	900-1200 Euros/mes	284	13,3
	1200-1800 Euros/mes	409	19,1
	>1800 Euros/mes	597	27,9
	No contesta	639	29,9
Zona de residencia	Madrid municipio	1189	55,7
	Área Metropolitana	802	37,5
	Resto	145	6,8

* No consta en 10 casos

** No Consta en 45 casos

3.2. Prevalencia de violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid

3.2.1. Magnitud

En los doce meses anteriores a la realización de la encuesta, el 10,1% (8,9 - 12,5) de las mujeres entre 18 y 70 años habían sufrido algún tipo de violencia (psicológica, física o sexual) (VPM).

El tipo de violencia sufrida es la siguiente:

El 6,8% de las mujeres refiere actitudes o conductas únicamente de abuso psicológico en el último año.

El 3,2 % (2,4-4,0) de las mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual (VFS) en el último año.

Estos datos son similares a los encontrados en otros países de nuestro entorno. La prevalencia de violencia de pareja es equivalente a la descrita en Francia (9,2%) donde se ha utilizado el mismo cuestionario para su detección.

La violencia física/sexual observada en la CM es semejante a la descrita por los estudios que han utilizado la CTS y desarrollados en otros ámbitos similares al nuestro (tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de Violencia física/sexual estimada con la escala de violencia física de la Conflict Tactics Scale-1.

Autor/año	País/Región	Población (edad)	Prevalencia
Vest y cols.2002	EEUU	>18	2,3%
Jaspard,M y cols. 2002.	Francia	20-59	2,3%
OMS. Estudio Multipaises.2005.	Japón	>15	3,1%
OMS. Estudio Multipaises.2005.	Serbia y Montenegro	>15	3,2%
Instituto de Salud Pública. 2004.	C. Madrid	18-70 años	3,2%
Walby y Allen.2004.	Inglaterra y Gales	16-59	3,4%

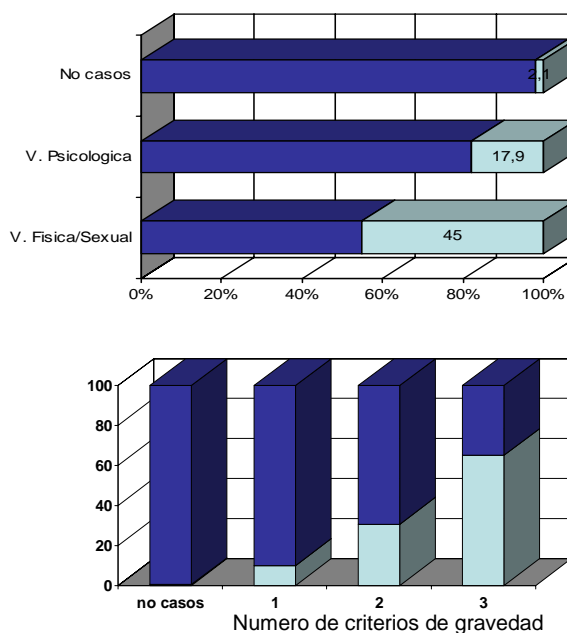
3.2.2. Gravedad

El 61% refiere violencia grave, el 39% refiere violencia muy grave (con dos o más criterios de gravedad), el 30% de los casos presentan dos criterios de gravedad y el 19% referían tres o más.

Percepción de maltrato por parte de las mujeres

El 3% de las mujeres refieren sentirse maltratadas por su pareja o ex-pareja en el último año. En el grafico 1 se describe el sentimiento de maltrato, según el tipo y la gravedad de la violencia que sufren las mujeres.

Grafico1. Porcentaje de mujeres que refieren sentirse maltratadas por su pareja según gravedad y tipo de la violencia.



En la tabla 4 se describen las frecuencias de los distintos actos de abuso/violencia recogidos en el cuestionario en la población total y en las mujeres con violencia psicológica. Los actos de violencia más frecuentes son “criticar o desvalorizar lo que hace”, “dejar de hablar o negarse totalmente a discutir” y “no ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones”. En el caso de las mujeres que han tenido contacto con su ex-pareja la forma más frecuente de violencia psicológica son los insultos. El 62% de estos casos refieren tener miedo. Se han considerado positivas las respuestas según la definición de caso anteriormente expuesta.

TABLA 4. Porcentaje de respuestas positivas según violencia psicológica.

Violencia psicológica*	Porcentaje de Respuestas positivas		
	No casos	Casos	Total
Le impide ver a amigos o familiares	0,6%	26,9%	3,3%
Le impide hablar con otros hombres	2,7%	32,2%	4,8%
Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace	8,2%	66,3%	14,1%
Ha hecho comentarios desagradables sobre su apariencia física	1,6%	31,3%	4,6%
Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público	0,6%	19,2%	2,5%
No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones	4,1%	60,6%	9,8%
Le dice lo que usted debe pensar	1,8%	36,1%	5,2%
Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado	2,9%	47,1%	7,3%
Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir	7,7%	65,9%	13,6%
Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana	0,1%	10,1%	1,1%
**Le ha insultado u ofendido	0,0%	10,6%	1,1%
Le ha amenazado con suicidarse	0,1%	8,8%	1,0%
Le ha amenazado con hacerle daño a usted o a sus familiares	0,1%	4,6%	0,5%
Le ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos ^A	0,1%	6,3%	0,5%
Le ha echado de casa o le impide entrar en ella ^B	0,1%	4,0%	0,4%

* Respuesta positiva a partir de algunas veces** Respuesta positiva a partir de muchas veces

N=2065 excepto ^A. Solo las que tienen hijos, (N=1.430) ; ^B Solo a las mujeres que conviven o convivieron el último año con su pareja (N=1.616)

En el caso de la violencia física como se observa en la tabla 5, el acto mas frecuente es “empujar, agarrar o tirar”.

Tabla 5. Porcentaje de respuestas positivas según violencia física o sexual*

	Casos de VFS (n=69)	Total (2.136)
Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted	14,5%	0,5%
Le ha impuesto actos sexuales que usted rechazaba	24,6%	0,8%
Le tiró algún objeto	11,6%	0,4%
Le empujó, agarró o tiró	60,9%	2,0%
Le dio una bofetada	14,5%	0,5%
Le dio patadas, mordió o le dio un puñetazo	10,1%	0,3%
Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa	10,1%	0,3%
Le dio una paliza	5,8%	0,2%
Le agarró del cuello	7,2%	0,2%
Le amenazó con un cuchillo o pistola	0,0%	0,0%

*Dada la definición de caso, en los no casos todas las respuestas fueron negativas

3.2.3. Prevalencia de violencia según variables socioeconómicas

Los gráficos 2 y 3 muestran la prevalencia de mujeres que sufren malos tratos y violencia física o sexual según las diferentes variables sociodemográficas.

Estos datos deben interpretarse con cautela, teniendo en cuenta que la encuesta es transversal. Algunos factores pueden indicar vulnerabilidad para sufrir violencia, otros, ausencia de oportunidades para abandonarla mientras que algunas situaciones, como estar separada o en paro pueden ser consecuencias de la VPM.

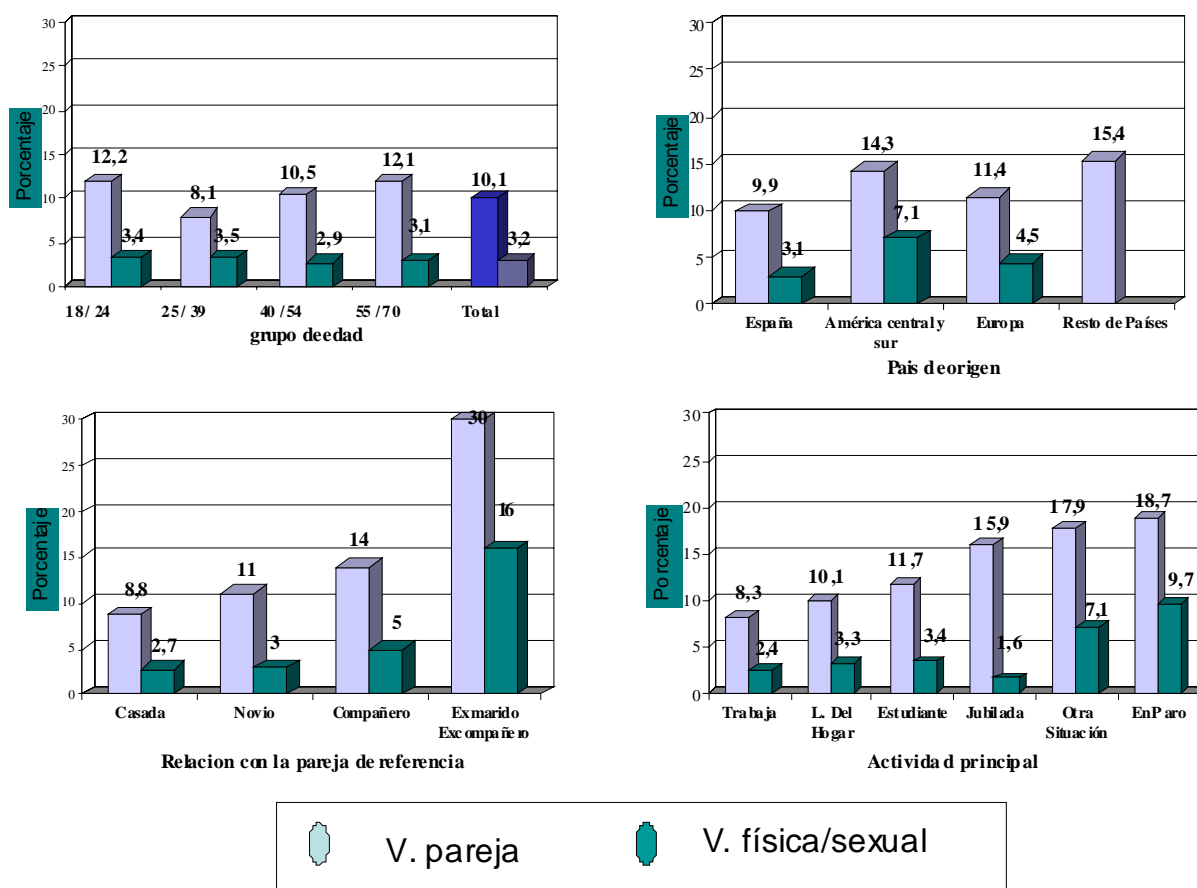
En violencia general, en cuanto a la edad, la mayor prevalencia se presenta en el grupo de mayores de 55 años y 18 -24 años.

Las mujeres separadas o divorciadas sufren con mayor frecuencia violencia de pareja, circunstancia que también se observa en relación a la violencia física y sexual. Las que conviven con su pareja (no casadas) también refieren mayor frecuencia de ambos tipos de violencia.

En cuanto al país de origen, las mujeres nacidas en países de América del Sur y Centroamérica presentan con más frecuencia violencia de género psicológica y física. Así mismo, las que residen en el área rural y las que tienen más de tres hijos también presentan mayor prevalencia. Esta diferencia de prevalencia no es significativa y su estudio requeriría muestras de mayor tamaño.

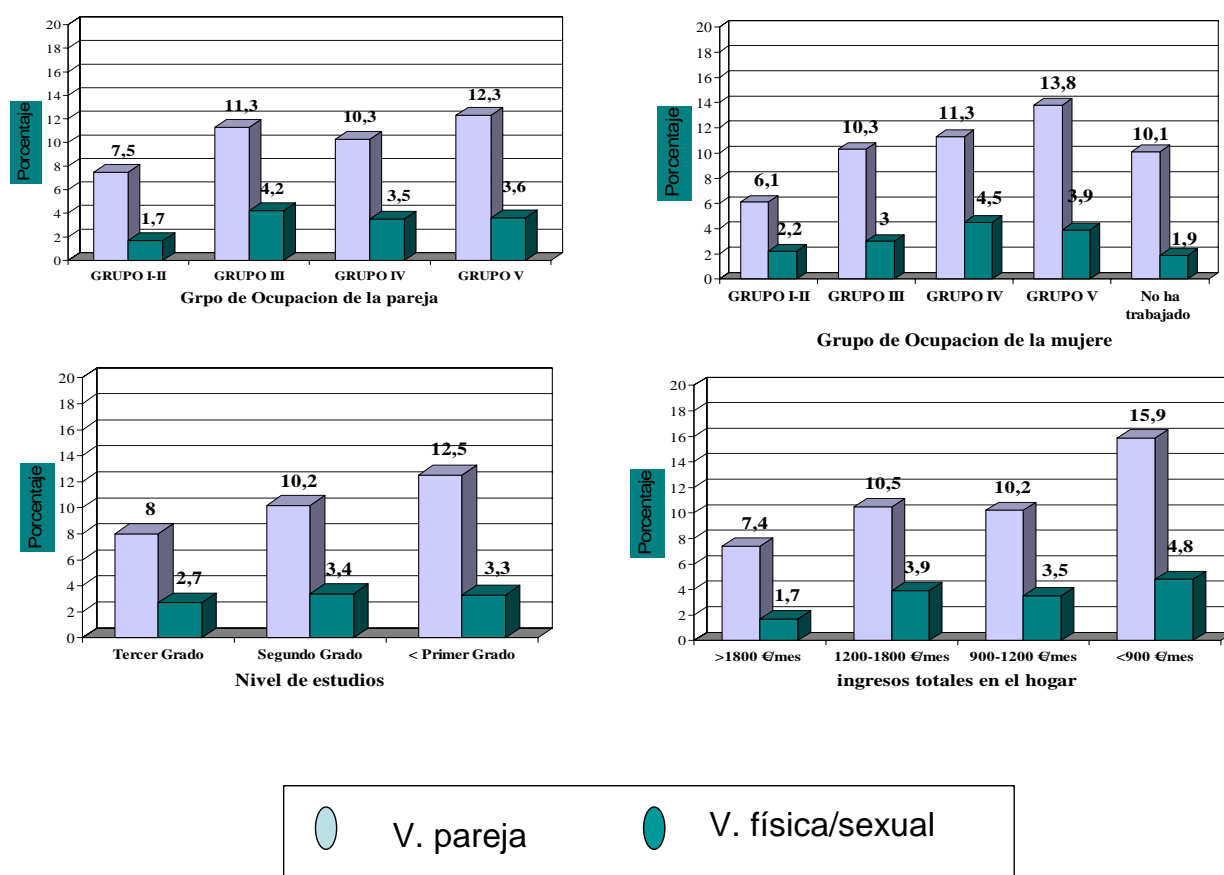
Respecto a la actividad actual, las mujeres que están en paro sufren con más frecuencia violencia por parte de su pareja.

Grafico 2. Prevalencia de Violencia de pareja hacia las mujeres según características sociodemográficas



El nivel socioeconómico se estableció en función de las variables de *nivel educativo alcanzado, ingresos totales en el hogar y ocupación de la mujer y del cabeza de familia*. Todas estas variables se asocian (en el análisis bivalente) a una mayor prevalencia de violencia de pareja según desciende el nivel socioeconómico. Existe además, excepto para la *ocupación del cabeza de familia*, una tendencia estadísticamente significativa. En el caso de la VFS, se observa asociación, en el análisis bivalente, con el *nivel de ingresos y la ocupación del cabeza de familia*.

Grafico 3. Prevalencia de violencia de pareja según características socioeconómicas



En la tabla 6 se presentan los resultados del análisis bivariante y el modelo de regresión logística para ambos tipos de violencia.

Cuando se observa la asociación teniendo en cuenta el conjunto de variables (tabla 4), la VPM se asocia a *la edad* (mayores de 40 años), *tipo de relación de pareja* (en las mujeres separadas o divorciadas) y *nivel socioeconómico*, así como a *estar en paro*.

La Violencia Física y/o Sexual esta asociada con el hecho de *estar separadas o divorciadas*, con la *ocupación del cabeza de familia del grupo III* y *estar en paro*.

Tabla 6: Análisis bivalente -multivalente para ambos tipos de violencia

	VPM		Violencia Física/sexual	
	Análisis Bivalente:	M.de regresión logística	Análisis Bivalente:	Modelo de regresión logística
	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)	OR (IC)
18 / 24	1,6(1,04-2,48)	1.29 (0.68-2.43)	1.07.(0.51- 2.24)	1.09 (0.36- 3.30)
25 / 39	1	1	1	1
40 / 54	1,36 (0,94-1,96)	1.53(1.02- 2.28)*	0.80 (0.43-1.50)..	0.77 (0.39-1.51).
55 / 70	1,58 (1,07-2,34)*	1.64(1.00-2.70)*	0.90 (0.46-1.78)	0.84 (0.37- 1.89).
PAIS DE ORIGEN				
España	1		1	-
América Central y del Sur	1,51 (0,70-3,23)	-	2,39(0,83-6,82)	-
Europa	1,16 (0,45-2,98)	-	1,48(0,35-6,2)	-
Resto	1,64 (0,36-7,49)	-	-	-
ESTADO CIVIL				
Casada	1	1	1	1
Novio	1,30 (0,91-1,78)	1.60 (0.92 -2.78)	1.12 (0.61-2.05)	2.27(0.89-5.81)
Compañero	1,70 (0,97-2,91)	2.19 (1.23-3.90)*	1.86 (0.77-4.50)	1.04 (0.40-2.72)
Ex-marido/ex-compañero	4,43 (2,34-8,36)*	4.68 (2.41-9.08)*	6.82(2.98-15.47)*	7.72(2.85-20.95)*
HIJOS:..				
Sin hijos	1	-	1	-
1-2 hijos	1(0,72-1,38)	-	1,19(0,69-2,04)	-
3 y mas	1,35 (0,90-2,02)	-	0,96(0,44-2,06)	-
NIVEL ESTUDIOS^B				
Tercer.Grado (universitarios)	1	-	1	-
Segundo Grado (secundarios)	1,3 (0,90-1,87)	-	1,26(0,69-2,31)	-
Primer Grado (primarios)	1,6 (1,07-2,48)*	-	1,23 (0,59-2,54)	-
Test de tendencias	P<0,05		Ns	
ACTIVIDAD PRINCIPAL.				
Trabaja	1	1	1	1
Jubilada	2,08 (1,02-4,22)*	1.48 (0.66- 3.34)	0,65(0,08-4,9)	
Parada	2,53 (1,55-4,11)*	2.67 (1.63-4.38)*	4.39 (2.19-8.79)*	5.41(2.64-11.09)*
Estudiante	1,46 (0,88-2,42)	1.26(0.63-2.49)	1.42 (0.57-3.48)	1.60 (0.50- 5.09)
Labores Del Hogar	1,24 (0,88-6,46)	1.25(0.82-1.91)	1.40 (0.78-2.53)	1.87 (0.92- 3.81)
Otra situación	2,4	2.06 (0.74 -5.73)	3.14 (0.70-13.96)	1.52(0.19- 12.24)
OCUPACIÓN^B				
Grupo I-II	1	1	1	-
Grupo.III	1,8 (1,08-2,86)*	1.67(1.02-2.72)*	1,37(0,60-3,08)	-
Grupo.IV	1,9 (1,20-3,14)*	1.68(1.02- 2.76)*	2,07(0,96-4,47)	-
Grupo.V	2,4 (1,42-4,23)*	2.32(1.33- 4.05)*	1,82(0,72-4,55)	-
No ha trabajado nunca	-	1.38 (0.72 -2.64)	0,87(0,29-2,65)	-
Test de tendencias	P<0,05		NS	
OCUPACIÓN CABEZA DE FAMILIA.				
Grupo.I-II	1	-	1	1
Grupo.III	1,6(1,06-2,30)*	-	2,49(1,21-5,10)*	2.54(1.23-5.27)*
Grupo.IV	1,4(0,96-2,07)	-	2,05(0,99-4,24)*	1.98(0.95- 4.15)
Grupo V	1,7(0,96-3,12)	-	2,14(0,73-6,30)	1.92 (0.63-5.82)
Test de tendencias	NS		NS	-
INGRESOS EN EL HOGAR.				
>1800 Euros/mes	1		1	-
1200-1800 Euros/mes	1,47 (0,94-2,29)	-	2,38(1,07-5,33)*	-
900-1200 Euros/mes	1,42 (0,87-2,33)	-	2,14(0,87-5,21)	-
<900 Euros/mes	2,38 (1,46-3,87)*	-	2,97(1,21-7,29)*	-
Test de tendencias	P<0,05		P<0,05	-
ZONA de RESIDENCIA				
Madrid municipio	1		1	
Área Metropolitana	1,01 (0,75-1,37)	-	1,31(0,79-2,18)	
Resto	1,2 (0,70-2,07)	-	1,77 (0,77-4,09)	

* p < 0,05

3.2.4. Efectos de la VPM sobre la salud de las mujeres

Los efectos de la violencia pueden ser físicos y/o psicológicos y a corto, medio o largo plazo, pudiendo encontrar lesiones que van desde erosiones, contusiones, heridas superficiales en diversas localizaciones, roturas de tímpano, fracturas o traumatismos craneales graves, hasta la discapacidad crónica o la muerte. Los efectos de la violencia sobre la salud física a medio y largo plazo están asociados a los daños psicológicos. Las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud como son una peor percepción de la salud tanto física como psíquica, mayor vulnerabilidad a las enfermedades debida en parte a alteraciones de la inmunidad como consecuencia del stress a que están sometidas y cuadros de dolor crónico (cefaleas, dolor pélvico, dorso lumbalgias). Las consecuencias de la violencia para la salud mental abarcan también un rango amplio de gravedad. En alguno de estos trastornos se ha comprobado una relación dosis-respuesta: a mayor duración e intensidad de la violencia, mayor gravedad de los síntomas. El síndrome de stress postraumático lo llegan a sufrir hasta el 50% de las mujeres que han sufrido maltrato físico.

Los resultados de la encuesta en la CM son concordantes con los resultados de otras investigaciones. En la tabla 7 se muestra la frecuencia y la asociación de la prevalencia con diversos indicadores de salud, salud mental, y enfermedades crónicas con la violencia de pareja. Todos ellos representan el impacto a largo plazo de la VPM en las mujeres.

Tabla 7. Impacto en salud de la violencia de pareja hacia las mujeres: prevalencia de problemas crónicos de salud y percepción de salud (valores absolutos y relativos).

Indicadores de salud	Violencia de pareja en los últimos 12 meses		OR	ORa^
	No N=1918	Sí N=219		
Salud autopercebida regular/ mala	537 (28%)	100(46,3%)	2,22 (1,67-2,95) *	2,07 (1,50-2,86) *
Limitación actividad cotidiana	500 (26)	74 (34,3)	1,48 (1,10-2,00) *	1,48 (1,07-2,04) *
Limitación por enfermedad crónica	252 (13,1)	49 (22,7)	1,61 (1,10-2,38) *	1,72 (1,13-2,60) *
Accidentes en último año	99 (5,2)	26 (12)	2,52 (1,59-3,97) *	2,22 (1,34-3,67) *
Consulta por problemas estado de ánimo	353 (18,4)	86 (39,8)	2,94 (2,18-3,95) *	3,13 (2,28-4,30) *
Falta de descanso	575 (29,9)	97 (44,3)	1,91 (1,44-2,55) *	1,94 (1,43-2,64) *
Enfermedades Crónicas				
Hipertensión Arterial	214 (11,1)	30 (13,9)	1,29 (0,85-1,94)	1,01(0,60-1,69)
Hipercolesterolemia	213 (11,1)	37 (17,1)	1,65 (1,13-2,43) *	1,4 (0,89-2,20)
Diabetes Mellitus	39 (2)	4 (1,9)	0,91 (0,32-2,57)	0,63 (0,19-2,13)
Asma/ Bronquitis crónica	90 (4,7)	12 (5,6)	1,2 (0,64-2,22)	1,11 (0,58-2,14)
Fibromialgia	24 (1,3)	8 (3,7)	3,04 (1,35-6,85) *	3,24 (1,37-7,66)
Artritis /prob. reumáticos	354 (18,4)	57 (26,4)	1,59 (1,15-2,19) *	1,51(0,99-2,31)
Enfermedades del corazón	38 (2)	3 (1,4)	0,7 (0,21-2,28)	0,49 (0,12-2,12)
Úlcera estómago	59 (3,1)	11 (5,1)	1,69 (0,87-3,27)	1,76 (0,89-3,48)
Alergia	312 (16,3)	47 (21,8)	1,43 (1,01-2,02) *	1,34 (0,92-1,95)
Depresión	180 (9,4)	54 (25)	3,22 (2,28-4,55) *	3,28 (2,21-4,88)

^ORa: OR ajustado por edad, nivel de estudios, ocupación de la entrevistada y tener personas mayores a su cargo.

* p < 0,05

Los indicadores de salud mental y percepción de la propia salud tienen una asociación con la violencia estadísticamente significativa.

De las enfermedades crónicas existe una asociación significativa y de importante magnitud con la fibromialgia y la depresión. En cuanto a las lesiones producidas por accidentes la OR de violencia para los envenenamientos e intoxicaciones es de 3,35 (IC95% 0,96-11,67).

Asimismo referir limitación en la actividad cotidiana y limitación por enfermedades crónicas en el último año es más frecuente en las mujeres que sufren violencia de su pareja o ex-pareja.

3.2.5. Percepción de apoyo social

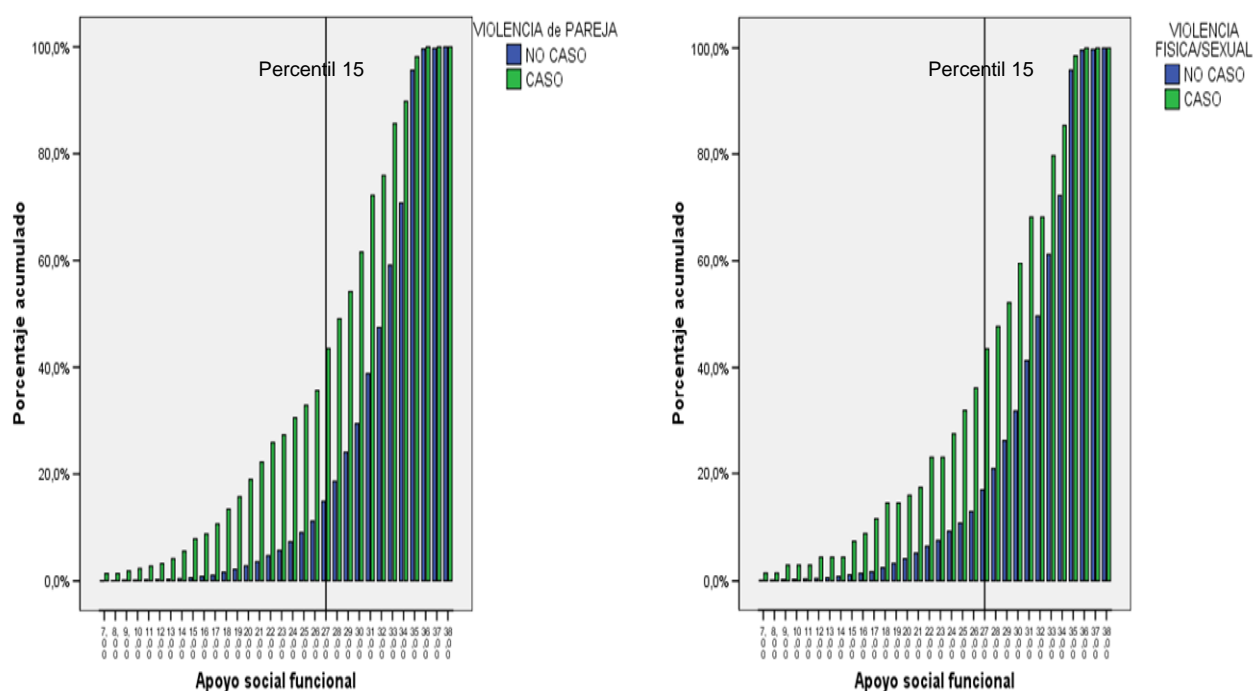
Un tema clave en la violencia de pareja es el apoyo social con el que cuentan las víctimas. En el estudio se incluyó para explorar este tema el cuestionario de apoyo

social funcional Duke-UNC, que evalúa el apoyo social percibido. Este cuestionario identifica dos dimensiones, el apoyo confidencial y el apoyo afectivo.

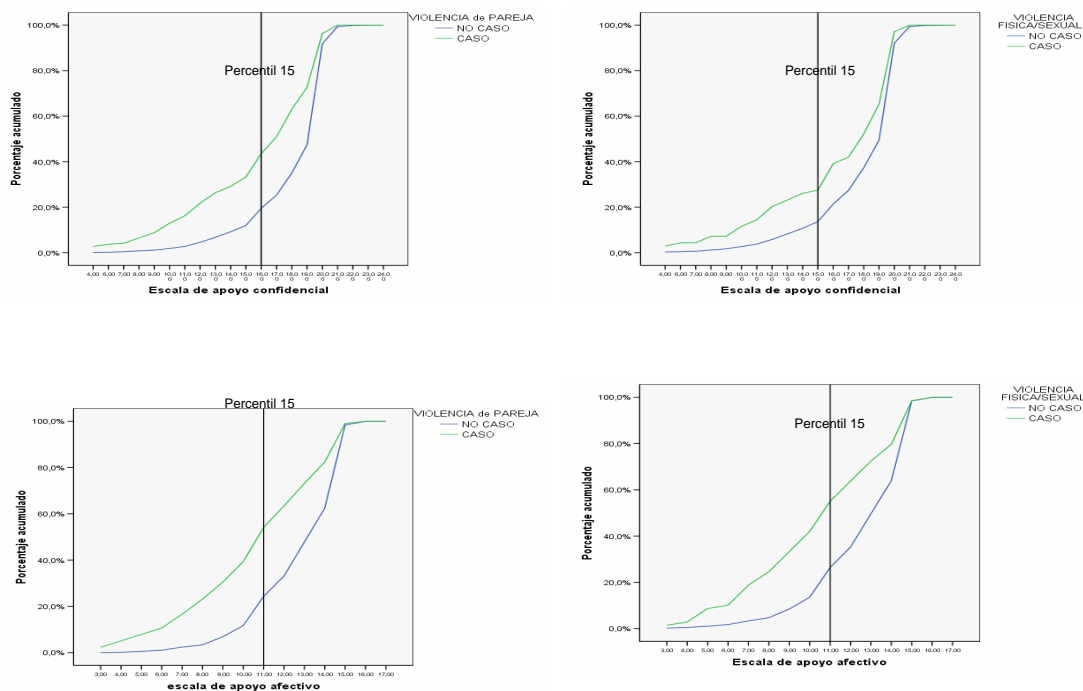
Como ya se ha señalado en la metodología para el análisis hemos considerado apoyo social funcional bajo, cuando la puntuación obtenida es inferior al percentil 15 de la distribución en toda la población de mujeres encuestadas, que corresponde a una puntuación <27.

En el grafico 4 se presenta la distribución de la puntuación del cuestionario según la presencia de los diferentes tipos de violencia.

Grafico 4. Distribución de los casos (VPM y VFS) según nivel percibido de apoyo social.



Distribución (porcentaje acumulado) de casos (VPM y VFS) y no casos según percepción de apoyo confidencial y efectivo



Como se puede observar en los gráficos en los dos tipos de violencia el porcentaje de casos que se sitúa por debajo de los percentiles considerados de “apoyo social normal” es muy superior al de las mujeres no maltratadas

Es decir, las mujeres que sufren violencia tienen una percepción de apoyo social muy inferior al de las mujeres que no la sufren. Esto afecta a ambas escalas del Duke-UNC. Cuando se observan las escalas afectiva y confidencial por separado (gráfico 4) se observa una distribución similar.

La percepción de falta de apoyo se asocia de manera importante a la edad, estado civil y a la morbilidad percibida. En la tabla 8 se describen los porcentajes y las odds ratio (OR) de percepción de apoyo bajo, según tipo y gravedad de la violencia. Se han estimado asimismo las OR ajustadas (ORa) por las tres variables. La percepción de apoyo social bajo, se asocia fuertemente a ambos tipos de violencia y de forma creciente según aumenta la gravedad de la violencia.

Tabla 8. Apoyo social percibido por las mujeres.

		Apoyo social percibido (%)		OR (IC)	ORa^ (IC)
		Normal	Bajo		
VPM	No casos	88,8%	11,2%	1	1
	Casos	64,4%	35,6%	4,4(3,2-6,0)*	4,01 (2,8-5,5)*
Violencia física/sexual	No casos	87,1	12,9	1	1
	Casos	63,8	36,2	3,8(2,3-6,3) *	3,4 (1,96-5,8) *
Gravedad	No caso			1	1
	1 criterio	72,3%	27,7%	3,0(1,9-4,7) *	2,8(1,8-4,4) *
	2 criterio	63,1%	36,9%	4,7 (2,7-7,8) *	4,6 (2,6-8,1) *
	3 criterios	42,5%	57,5%	10,8 (5,6-20,5) *	9,1 4,5.18,3) *

ORa^odds ratio ajustada por edad, morbilidad percibida y estado civil.

*p<0,0001

Como se ha expuesto previamente, al tratarse de un estudio transversal esa mayor probabilidad de apoyo social bajo puede reflejar mayor vulnerabilidad, falta de oportunidades para abandonarla o bien ser una consecuencia de la VPM o una combinación de todas ellas.

3.2.6. Características del último episodio de violencia

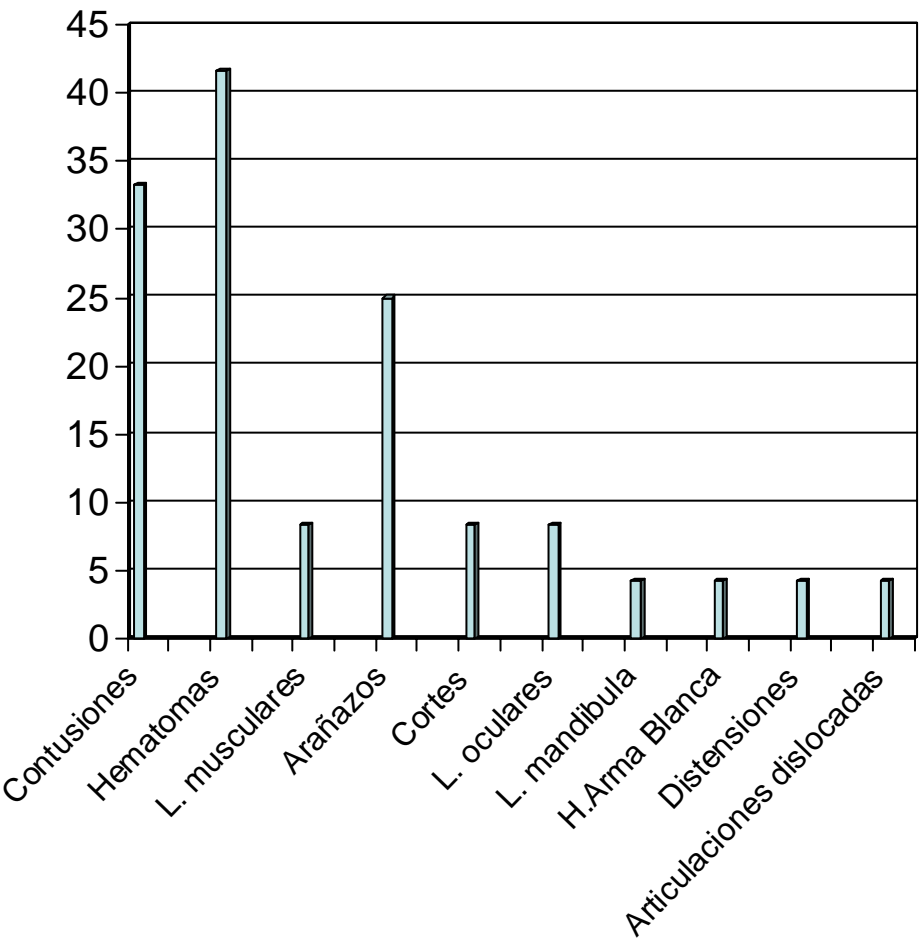
Se ha recogido información de las lesiones producidas en la última agresión de las mujeres que refieren haber sufrido agresiones físicas por parte de su pareja actual o anterior.

El 30,1%.de las mujeres que han sufrido violencia refieren alguna lesión en el último episodio de violencia sufrido.

Las lesiones mas frecuentes son los hematomas (42%) y las contusiones (33%) (gráfico 5).

Asistencia Sanitaria: De las que refieren lesiones, el 43,3% no acudieron a un centro sanitario porque no lo consideraron necesario, el 6,3% no acuden porque “prefieren que nadie se entere”. Recibieron atención sanitaria el 25% de las que refieren alguna lesión. El 12,6% fueron atendidas en su centro de salud, el 6,3 en el ambulatorio y el 12,6% en las urgencias ambulatorias u hospitalarias.

Grafico 5. Lesiones del ultimo episodio de violencia referidas por las mujeres.



3.3. Costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid

3.3.1. Análisis descriptivo y bivalente

Los resultados del análisis descriptivo y bivalente del consumo de recursos sanitarios son los siguientes:

3.3.1.1. Consultas y hospitalización

El 21% (IC 95%: 19,3 – 22,7) ha consultado alguna vez a un profesional sanitario por problemas relacionados con su estado de ánimo o por su ansiedad. Ese porcentaje es mayor en los considerados casos (40,2%) que en los no casos (19,1%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla 9).

El 76% (IC95%: 74,2-77,9) ha acudido alguna vez a la consulta de medicina general en los últimos 6 meses, el 93% de ese porcentaje acude menos de 6 veces y un 7% acude más de 6 veces a la consulta de medicina general (Tabla 9). En los casos, el 11,7% acude a medicina general más de 6 veces, mientras en los no casos ese porcentaje es del 6,5% siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla 9). La media de veces que acuden a consulta de medicina de familia es más alta (5,9 DS 14,1) en los casos que en los no casos (4,9 DS 14,1) aunque no de forma estadísticamente significativa (Tabla 10). El tipo de financiación de la consulta de medicina general es en un 89,6% pública y en un 8,9% privada, siendo privada en un 4,2% de los casos frente al 9,4% de los no casos, diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla 9).

Tabla 9. Análisis bivariante de consumo de recursos .VPM.

	% (IC 95%)			
	Total	Casos	no casos	p
Consultas				
Medicina general	76 (74,2-77,9)	77, 5 (70,9-83,3)	75,9 (73,9-77,8)	NS
> 6 visitas a MG	7 (6,9-18,1)	11,7 (6,9-18,1)	6,5 (5,2-7,8)	0,01
Financiación privada	8,9 (7,6-10,5)	4,2 (1,5-8,9)	9,4 (7,9-11,1)	0,03
Consulta de especialista	55,6 (53,5-57,8)	62,6 (55,2-69,5)	54,9 (52,7-57,2)	0,04
Consulta de enfermería	16,6 (15,1-18,2)	24,4 (18,6-30,2)	15,8 (14,3-17,4)	0,02
Consulta algún sanitario	21 (19,3-22,7)	40,2 (33,5-46,8)	19,1 (17,4-20,3)	0,0001
Urgencias	20,2 (18,6-32,3)	26,3 (20,3-32,3)	19,6 (17,9-21,3)	0,02
Ingreso hospitalario	10,1 (8,8-11,3)	13,9 (9,2-18,6)	9,7 (8,4-11)	0,05
Medicamentos				
Consumo medicamentos	68,8 (66,9 – 70)	77,5 (71,9-83,2)	68 (65,9-70)	0,004
Más de dos medicamentos	56,1 (53,7-58,6)	65,4 (57,6-72,7)	55,1 (52,4-57,7)	0,018
Pruebas complementarias				
Análisis de sangre	72,8 (70,8-74,7)	66,8 (59,6-73,5)	73,4 (71,4-75,4)	0,05
Análisis de orina	49,5 (47,3-51,7)	45,5 (38,2-52,9)	49,9 (47,6-52,2)	NS
Análisis de heces	3,2 (2,4-4)	3,2 (1,2-6,8)	3,2 (2,4-4,1)	NS
Citología	51,6 (49,4-53,7)	46,5 (39,2-53,9)	52,1 (49,8-54,4)	NS
Mamografía	32,6 (30,5-34,6)	32,6 (26-39,8)	32,6 (30,4-34,7)	NS
Ecografía	39,7 (37,6-41,9)	38,5 (31,5-45,9)	39,8 (37,6-42,1)	NS
Biopsia	4,6 (3,8-5,7)	5,3 (2,6-9,6)	4,6 (3,7-5,6)	NS
Radiografía	28,4 (26,5-30,4)	33,7 (27-40,9)	27,9 (25,8-29,9)	0,09
TAC / RMN	10,9 (9,6-12,3)	14,5 (9,8-20,4)	10,6 (9,2-12)	0,09
Endoscopia	3 (2,3-3,9)	4,3 (1,2-8,3)	2,9 (2,2-3,8)	NS
Cirugía con anestesia local	9,1 (7,9-10,4)	15 (10,2-20,9)	8,5 (7,3-9,8)	0,03
Cirugía con anestesia epidural	4,1 (3,2-5,0)	3,7 (1,5-7,6)	4,1 (3,2-5,1)	NS

NS: valor p > 0,05

Tabla 10. Comparación de medias. Consumo de recursos. VPM.

	Media (DS)			p
	Total	Casos	No casos	
Consultas				
Atención Sanitaria	1,3 (0,6)	1,2 (0,6)	1,3 (0,6)	NS
Medicina Familia	4,9 (14,1)	5,9 (14,1)	4,9 (14,1)	NS
Atención especializada	1,4 (3,6)	1,9 (3,8)	1,4 (3,6)	0,05
Enfermería	4,4 (12,5)	4,8 (13,9)	4,3 (12,3)	NS
Trabajo social	2,4 (2,7)	3,4 (0,9)	1,6 (1,7)	0,07
Urgencias	2,5 (10,2)	3,4 (13,2)	2,3 (9,7)	NS
Ingresos hospitalarios	1,1 (0,5)	1,4 (0,9)	1,1 (0,4)	0,004
Medicamentos				
Consumo medicamentos	2 (1,3)	2,3 (1,4)	1,9 (1,3)	0,003
Pruebas complementarias				
Análisis de sangre	1,8 (2,2)	1,8 (1,65)	1,8 (2,2)	NS
Análisis de orina	1,6 (1,6)	1,7 (1,6)	1,6 (1,5)	NS
Análisis de heces	1,2 (0,7)	2 (2)	1,1 (0,3)	0,001
Citología	1,1 (0,6)	1,1 (0,3)	1,1 (0,7)	NS
Mamografía	1,1 (0,9)	1,1 (0,4)	1,1 (0,9)	NS
Ecografía	1,6 (1,5)	1,4 (1,1)	1,6 (1,6)	NS
Biopsia	1,1 (0,4)	1 (0)	1,1 (0,4)	NS
Radiografía	1,7 (2,8)	2,8 (7,6)	1,6 (1,3)	0,002
TAC / RMN	1,2 (0,5)	1,3 (0,5)	1,1 (0,5)	NS
Cirugía con anestesia local	1,6 (1,8)	2,1 (2,7)	1,5 (1,5)	NS
Cirugía con anestesia general	1,1 (0,4)	1,2 (0,8)	1,1 (0,3)	NS
Cirugía con anestesia epidural	1,1 (0,8)	1 (0)	1,1 (0,8)	NS

NS: valor $p > 0,05$

El 55,6% (IC95%: 53,5-57,8) ha acudido a alguna consulta de especialista en los últimos 6 meses. Ese porcentaje es del 62% en los casos, y del 54,9% de los no casos ($P < 0,05$) (Tabla 9). La media de visitas al especialista es mas alta en los casos (1,9 DS=3,8) que en los no casos (1,4 DS=3,6) con una $p=0,056$. De los que acuden a consulta del especialista, el 49,2% (IC95% 47,3–51,4) ha acudido al menos 1 vez, siendo la media de consultas mayor en el grupo de no casos (1,29 DS=0,63) que en grupo de casos (1,26 DS=0,63) (Tabla 10). Se han estudiado todos los especialistas visitados, aunque no existen diferencias entre los casos y los no casos salvo en la consulta de traumatología que es más frecuente entre los casos (26,4 IC95%: 17,7-36,7) que en los no casos (16,9 IC95%: 14,6-19,2) de forma estadísticamente significativa (Tabla 11).

Tabla 11. Análisis bivariante de consultas de especialistas. VPM.

	% (IC 95%)			p
	Total	casos	no casos	
Consultas Especialista				
Alergia	2,7 (1,8-3,8)	2,2 (0,2-7,7)	2,7 (1,8-3,9)	NS
Digestivo	4,3 (3,1-5,6)	3,3 (0,6-9,3)	4,3 (3,2-5,7)	NS
Cardiología	3,2 (2,2-4,4)	3,3 (0,7-9,3)	3,2 (2,2-4,4)	NS
Cirugía cardíaca	0,4 (0,09-0,9)	-	0,4 (0,1-0,9)	NS
Cirugía general	2,5 (1,7-3,6)	1,1 (0,02-5,9)	2,6 (1,7-3,8)	NS
Cirugía maxilofacial	0,4 (0,1-1,0)	-	0,5 (0,1-1,1)	NS
Cirugía plástica	0,4 (0,1-0,9)	-	0,4 (0,09-0,9)	NS
Cirugía vascular	0,5 (0,1-1,2)	-	0,6 (0,1-1,2)	NS
Dermatología	6,6 (5,2-8,2)	4,4 (1,2-10,9)	6,8 (5,3-8,5)	NS
Endocrinología y nutrición	6,6 (5,2-8,2)	5,5 (1,8-12,4)	6,7 (5,2-8,4)	NS
Fisioterapia	0,4 (0,1-0,9)	-	0,4 (0,09-0,9)	NS
Ginecología	47,4 (44,5-50,3)	47,3 (36,7-58)	47,4 (44,4-50,5)	NS
Hematología	0,9 (0,4-1,6)	1,1 (0,02-5,9)	0,9 (0,4-1,6)	NS
Medicina Interna	0,9 (0,4-1,6)	1,1 (0,02-5,9)	0,9 (0,4-1,6)	NS
Matrona	0,5 (0,1-1,0)	-	0,5 (0,1-1,1)	NS
Nefrología	1 (0,5-1,7)	-	1,1 (0,5-1,9)	NS
Neumología	0,7 (0,3-1,4)	1,1 (0,02-5,9)	0,7 (0,3-1,4)	NS
Neurocirugía	0,6 (0,2-1,3)	-	0,7 (0,3-1,4)	NS
Neurología	2,8 (1,9-3,9)	2,2 (0,3-7,7)	2,8 (1,9-4,0)	NS
Odontología	3,9 (2,9-5,2)	3,3 (0,7-9,3)	4 (2,9-5,3)	NS
Oftalmología	7,9 (6,4-9,6)	5,5 (1,8-12,4)	8,1 (6,5-9,9)	NS
Oncología	1 (0,5-1,7)	-	1,1 (0,5-1,9)	NS
Otorrinolaringología	5,6 (4,3-7,1)	8,8 (3,9-16,6)	5,3 (4-6,8)	NS
Podología	0,3 (0,05-0,7)	1,1 (0,02-5,9)	0,2 (0,02-0,6)	NS
Psicología	0,8 (0,4-1,5)	-	0,9 (0,4-1,6)	NS
Psiquiatría	2,8 (1,9-3,9)	3,3 (0,7-9,3)	2,8 (1,9-4,0)	NS
Radiología	0,2 (0,4-1,6)	-	0,2 (0,02-0,7)	NS
Rehabilitación	0,9 (0,4-1,6)	2,2 (0,3-7,7)	0,8 (0,3-1,5)	NS
Reumatología	3,6 (2,5-4,8)	3,3 (0,7-9,3)	3,6 (2,5-4,9)	NS
Tocología	1 (0,5-1,7)	-	1,1 (0,5-1,9)	NS
Traumatología	17,7 (15,4-19,9)	26,4 (17,7-36,7)	16,9 (14,6-19,2)	0,023
Urología	1,7 (1-2,6)	-	1,8 (1,1-2,8)	NS

NS: valor $p > 0,05$

La consulta de enfermería es visitada por el 16,6% (IC95%: 15,1-18,2) de la muestra, ese porcentaje es mayor en los casos (24,4%) que en los no casos (15,8%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla 9). El número medio de vistas de enfermería es ligeramente mas alto en el grupo de casos (4,8 DS=13,9) que en el de no casos (4,3 DS=12,3) pero no estadísticamente significativa (Tabla 10).

El 1,4% (IC95%: 0,9-1,9) ha visitado alguna vez la consulta de trabajo social, siendo mucho mas frecuente en los casos (6,8%) que en los no casos (0,8%) y siendo esta

diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla 9). El número de veces que acuden a consultas de trabajo social es también mayor en los casos (3,4 DS=0,9) que en los no casos (1,6 DS=1,7) (Tabla 10).

El 20,2% de las mujeres.(IC95%: 18,6-21,9) ha acudido alguna vez a urgencias, siendo más frecuente en los casos (26,3%) que en los no casos (19,6%) de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla 9). Igualmente el número de veces que acuden a urgencias es mayor en los casos (3,4 DS=13,2) que en los no casos (2,3 DS=9,7), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 10)

El 10,1% (IC95%: 8,8-11,3) de las mujeres ha estado hospitalizado al menos una vez en el año anterior durante al menos 1 noche. Ese porcentaje es mayor en los casos 13,9% (IC95%: 9,2-18,6) que en los no casos 9,7% (IC95%: 8,4-11) aunque no de forma estadísticamente significativa (Tabla 9). El número medio de ingresos es mayor en los casos (1,4 DS=0,9) que en los no casos (1,1 DS=0,4) y esta diferencia si resulta estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla 10).

3.3.1.2. Uso de medicamentos

En los 2 últimos meses el 68,8% (IC95%: 66,9-70,7) de las mujeres ha utilizado algún tipo de medicamento (Tabla 9), siendo mas frecuente en los casos 77,5% que en los no casos (68%) de forma significativa ($p < 0,05$) (Tabla 9). La media de medicamentos consumidos en los 2 últimos meses es de 2 (DS 1,29) siendo mas alta en los casos (2,3 DS 1,4) que en los no casos (1,9 DS 1,3) de forma significativa ($p < 0,05$) (Tabla 10). Entre las mujeres consumidoras de fármacos el porcentaje de aquéllas que ha consumido más de 2 en los últimos dos meses entre los casos supera en 10 puntos la proporción alcanzada entre las mujeres no clasificadas como caso (65% frente a 55%, $p = 0,018$) Los casos son una vez y media más proclives a emplear más de 2 fármacos que los no casos [OR=1,46 IC95%(1'07, 1'99)].

3.3.1.3. Pruebas complementarias

Se estudió si se había realizado alguna prueba (sangre, orina, heces, citología mamografía, ecografía, biopsia, radiografía, endoscopia, TAC/RMN, cirugía con anestesia general, local o epidural) en los últimos 12 meses. Los porcentajes varían del 3% (IC95%: 2,3-3,9) de mujeres a las que se realizó endoscopia al 72,8% (IC95%: 79,8-74-7) de mujeres a las que se les realizó un análisis de sangre (Tabla 9).

En el análisis bivalente de cada una de las pruebas complementarias con la variable caso/no caso, se observa que el porcentaje de cirugía con anestesia local es mayor en los casos (15% IC95%: 10,2-20,9) que en los no casos (8,5% IC95%: 7,3-9,8) de forma significativa ($p<0,05$). Igualmente la cirugía con anestesia general es más frecuente en los casos (8% IC95%: 4,6-12,9) que en los no casos (3,4% IC95%: 2,6-4,4) de forma significativa ($p<0,05$). La realización de radiografía y TAC/RMN también es más frecuente en el grupo de casos, aunque no estadísticamente significativa (Tabla 9).

Al comparar la media de pruebas realizada en cada grupo, se observa que únicamente el análisis de heces y la radiografía son más frecuentes de forma estadísticamente significativa ($p<0,05$) en el grupo de casos que en los no casos (Tabla 10).

3.3.2. Costes

A partir de los datos de prevalencia global de violencia de pareja obtenidos se realizó una estimación de la población de mujeres sometidas a esta situación en la Comunidad de Madrid. Para ello se utilizaron los registros de Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS) identificando a las mujeres entre 18 y 70 años que ascendían a un total de 2.169.612 aplicando una prevalencia del 10,1% con IC 95% (8,8-11,4), el volumen de mujeres sometidas a violencia oscilaría entre 190.926 y 247.336 con una estimación puntual de 219.131 mujeres víctimas de violencia. Se realizaron estimaciones de los costes atribuibles a situaciones de violencia de pareja en atención especializada (consultas externas e ingresos hospitalarios), enfermería, urgencias, consumo de fármacos y pruebas complementarias, estimándose que coste anual de 27.264.897,78 € que oscila según las asunciones entre un mínimo de 14.475.952,53 € y un máximo de 40.544.354,00 € (Tabla 12).

Tabla 12. Exceso de costes sanitarios en las mujeres que sufren VPM respecto a las que no la sufren en la Comunidad de Madrid.

COSTES	ESTIMACIÓN	RANGO DE VARIACIÓN	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA			
Consultas externas	2.157.041,97 €	1.879.402,90 €	2.434.681,03 €
Ingreso hospitalario	7.481.174,36 €	6.518.243,01 €	8.444.087,54 €
ATENCIÓN PRIMARIA			
Enfermería	1.812.726,45 €	526.955,36 €	3.077.419,32 €
SERVICIOS DE URGENCIAS	3.151.905,42 €	231.342,91 €	6.065.698,17 €
FÁRMACOS	4.227.479,93 €	1.949.336,51 €	6.986.794,21 €
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
Cirugía con anestesia local	4.821.929,00 €	900.391,06 €	8.780.673,17 €
Radiografía	3.334.299,17 €	2.222.866,11 €	4.445.732,23 €
Análisis de heces	278.341,50 €	247.414,66 €	309.268,33 €
TOTAL COSTES	27.264.897 €	14.475.952 €	40.544.354 €

El desglose de los costes estimados para cada uno de los apartados es el siguiente:

3.3.2.1. Atención especializada

a) Consultas externas

El exceso de utilización por parte de los casos de las consultas de atención especializada se estimó a partir de las diferencias calculadas entre mujeres caso y no caso, extrapolando para la población afectada y aplicando la media de visitas por mujer obtenida para el conjunto de la muestra [1,43 IC 95%(1,29, 1,59)]. Se calculó así el total de visitas atribuibles a VPM en un semestre, 14.979,46 con un rango de variación entre 13.051 y 16.907 visitas. El coste por visita se calculó como la media de los costes de los distintos tipos de consulta especializada (primera, sucesiva y alta resolución) obtenidos a partir del listado de precios de la Consejería de Sanidad (ver BOCM de referencia en metodología), obteniendo la cifra de 72 euros por consulta. A partir de estos datos se determinó que el coste en términos de consultas de especializada atribuible a situaciones de Violencia de Pareja es de 2.157.041,97 €(1.879.402,90 €- 2.434.681,03 €) al año en la Comunidad de Madrid (Tabla 12).

b) Ingresos hospitalarios

El 10,1% de las mujeres había sido hospitalizada en el último año. Entre las mujeres detectadas como caso el porcentaje ascendía a 13,9, frente al 9,7% de las no caso, sin que esta diferencia haya resultado estadísticamente significativa ($p=0,069$). Tampoco fue posible detectar diferencias en cuanto a los días de estancia por ingreso. Sin embargo, si existe diferencia significativa en cuanto al número de ingresos por mujer.

La media de ingresos anual en las mujeres caso fue de 1,38 frente a los 1,11 de las no caso y esta diferencia resultó significativa con $p=0,004$. Se calculó el volumen de ingresos hospitalarios atribuibles a VPM como el exceso de ingresos en mujeres caso con respecto a la población estimada de mujeres no caso, arrojando la cifra de 6.050,62 ingresos al año variando entre 5.271,83 y 6829,41. El coste total del ingreso hospitalario se obtuvo ponderando los costes medios obtenidos para cada categoría de ingreso por su distribución en la muestra resultando la cifra de 1.236,43 € por ingreso. Por tanto, el coste de los ingresos atribuibles a situaciones de Violencia de Pareja en la Comunidad de Madrid ascendería a 7.481.044,44 € variando entre 6.518.243,01 € y 8.444.087,54 € al año (Tabla 12).

3.3.2.2. Enfermería

La consulta de enfermería es visitada por el 16,6% (IC95%: 15,1-18,2) de la muestra, ese porcentaje es mayor en los casos (24,4%) que en los no casos (15,8%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla 9). El número medio de visitas de enfermería es ligeramente mas alto en el grupo de casos (4,8 DS=13,9) que en el de no casos (4,3 DS=12,3) pero no estadísticamente significativa (Tabla 10). Extrapolados estos valores a la población de mujeres caso, el exceso de usuarias atribuible a la VPM supone 151.060 visitas al año con un coste de 1.812.726,45 € siendo la estimación más conservadora 527.000 y la menos 3.077.000 € (Tabla 12).

3.3.2.3. Urgencias

Se calculó el precio ponderado unitario de este servicio aplicando a las tarifas para urgencias no ingresadas y urgencias atendidas en Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) publicadas en el BOCM referenciado, un peso equivalente

a la distribución de cada tipo de servicio en la muestra. La cifra obtenida fue de 94,23 € por intervención. Aplicando a la población estimada de mujeres víctimas de VPM las estimaciones de exceso de uso obtenidas a partir de la muestra se derivó una estimación anual de 3.151.905,42 €, siendo la estimación más conservadora 231.342,91 € pudiendo alcanzar como límite superior 6.065.698,17 € al año (Tabla 12).

3.3.2.4. Consumo de fármacos

Para el análisis del patrón de consumo farmacéutico se clasificaron los fármacos declarados por las entrevistadas según los grupos terapéuticos oficiales de clasificación de especialidades del Ministerio de Sanidad y Consumo de la citada base de datos. Dada la baja frecuencia de consumo de algunos grupos se optó por un cierto grado de agregación, siguiendo el criterio de coherencia clínica en las pautas de tratamiento y la agrupación de fármacos según su indicación para patologías con entidad clínica similar. Como resultado se obtuvieron 15 grupos terapéuticos:

- 1 Sistema digestivo
- 2 Hipolipemiantes
- 3 Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)
- 4 Miorrelajantes
- 5 Analgésicos
- 6 Antigripales y descongestionantes
- 7 Antidiabéticos y hormonas tiroideas
- 8 Vitaminas Hierro y Calcio
- 9 Sistema Cardiovascular y anticoagulantes
- 10 Sistema genitourinario
- 11 Antiinfecciosos sistémicos
- 12 Psicofármacos
- 13 Antiasmáticos, antihistamínicos y corticoides

14 Ojos, oídos, piel

15 Inmunoreguladores y vacunas

Se calculó un precio ponderado para el grupo terapéutico en el que se detectaron diferencias significativas en cuanto al consumo. A cada especialidad comprendida en el grupo se le asignó un peso calculado en función de la frecuencia de consumo general de cada una de las especialidades y el volumen de especialidades concentradas en el mismo intervalo de precio. Se emplearon como fuente las estadísticas de consumo farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud producidas por la Dirección General de Farmacia del Ministerio para el año 2004 y la base Nomenclator Digitalis referenciada. El precio medio por mes de tratamiento estimado por este procedimiento fue de 14.41€ por usuaria.

La única diferencia significativa ($p=0,0000$) detectada en cuanto al patrón de consumo se refiere a los psicofármacos (fundamentalmente psicodélicos – hipnóticos y sedantes- y psicoanalépticos –antidepresivos y psicoestimulantes-). El 31,5% de las mujeres en situación de violencia de pareja que consumieron fármacos en los dos meses previos, recibió este tipo de tratamiento (IC95% (24,4%, 39,2%)) frente al 15,7% de las mujeres no caso (IC95% (8,34%, 23,1%)) con una OR a favor de los casos de 2,46 (IC95% 1,71-3,53). La diferencia de porcentaje obtenida fue de un 15,80% IC95% (8,34%, 23,10%)

Trasladado a la población femenina entre 18 y 70 años usuaria de TIS, dada la prevalencia de violencia de pareja estimada y la distribución de consumidoras de fármacos y de psicofármacos extrapolada, el exceso de consumidoras de psicofármacos entre los casos oscila entre 11.272 y 40.401 mujeres con una estimación puntual de alrededor de 25.000 mujeres consumidoras. El coste anual en términos de consumo de psicofármacos atribuible a la VPCM se situaría, por tanto, entre 1.949.336,51 € y 6.986.794,21 € con una estimación puntual de 4.227.479,93 € (Tabla 12).

3.3.2.5. Pruebas complementarias

a) Procedimientos quirúrgicos con anestesia local

El exceso de utilización de procedimientos quirúrgicos con anestesia local se estimó aplicando las estimaciones de diferencia de porcentaje obtenida: 6,48%; IC95%(1,21, 11,8), a la población estimada de mujeres víctimas de VPM. El coste unitario se obtuvo de la lista de precios de la CM (BOCM referenciado) ascendiendo

a 233 euros por intervención de estas características en quirófano o en consultas externas. La media de utilización anual aplicada fue la general (1,6, DS: 1,8) ya que no se detectó diferencia significativa entre casos y no casos en cuanto a la intensidad de uso. El coste total atribuible a la VPM se estimó en 4.821.929,00 € anuales, con un rango de variación entre 900.391,06 € (en las asunciones más conservadoras sobre volumen de usuarias y número de procedimientos por individuo) y 8.780.673,17 € (en el lado opuesto del espectro) (Tabla 12).

b) Pruebas radiográficas

En cuanto a las pruebas radiográficas se consideró que la tarifa unitaria aplicable era la definida por la comunidad para consultas con grado de complejidad I (consulta de personal facultativo con pruebas complementarias no específicas) y que se cifra en 49 euros. Extrapolando a la población de mujeres afectadas por VPM la frecuencia de radiografías obtenida en la muestra se calculó que el volumen estimado de usuarias ascendía a 56.705,77. El exceso de pruebas con respecto al grupo no caso se cuantificó en 1,2 al año por mujer (IC95% (0,8, 1,6)). En total entre 45.364,61 y 90.729,23 radiografías al año atribuibles a la VPCM. El coste correspondiente se estimó en 3.334.299,17 €, oscilando entre 2.222.866,11 € y 4.445.732,23 € en el supuesto más desfavorable (Tabla 12).

c) Análisis de heces

Para calcular los costes anuales atribuibles a la VPM en términos de análisis de heces se procedió de manera similar, extrapolando la proporción general obtenida en la muestra a la población estimada de mujeres caso y calculando el exceso de pruebas como la diferencia de media estimada. Se decidió aplicar el mismo criterio para la elección de precio. El resultado fue de un número de pruebas entre 5049,28 y 6311,60 al año que supone un coste anual atribuible a situaciones de VPM de 278.341,50 € (estimado entre 247.414,66 € como mínimo y 309.268,33 € como máximo) (Tabla 12).

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La violencia de pareja contra la mujer tiene una prevalencia muy importante en la Comunidad de Madrid. Según los datos aportados por la encuesta de prevalencia, alrededor de 200.000 mujeres entre 18 y 70 años están sufriendo o han sufrido violencia en el último año. De ellas, 50.000 sufren violencia física y 15.000 habrían sufrido lesiones en el último episodio de violencia.
- Una elevada proporción de mujeres que fueron clasificadas como casos en función de la definición utilizada en esta investigación, no se consideraron a sí mismas como maltratadas, observación que coincide con los resultados de otras encuestas realizadas con diferente metodología y con lo expresado habitualmente por profesionales con larga experiencia en la atención a mujeres maltratadas por sus parejas. Este hecho complica sobremanera la detección y el abordaje de estas situaciones, y exige en la práctica preventiva el esfuerzo adicional de aprender a identificar las situaciones de violencia menos visibles.
- Se constata que la violencia física es más frecuente en las mujeres jóvenes que en las de mayor edad, mientras en estas últimas predomina la violencia psicológica. La edad es un factor a considerar a la hora de afrontar los diferentes tipos de violencia y sugiere la necesidad de diseñar intervenciones específicas.
- A pesar de que se observa mayor prevalencia de violencia entre las mujeres con ciertas características sociodemográficas como vivir en el medio rural, proceder de un país extranjero o tener más de tres hijos, no se han podido demostrar diferencias significativas. Es posible que actúen como factores de vulnerabilidad cuando están presentes, ya que estas mujeres podrían ser por su aislamiento, más vulnerables que las que viven en el medio urbano o tienen su familia en el entorno próximo. Es importante diseñar nuevas investigaciones con muestras de mayor tamaño o con poblaciones específicas para identificar el papel que desempeñan estos factores en relación con la violencia.
- La escasez de apoyo social y los indicadores socioeconómicos bajos están asociados con una mayor prevalencia de violencia. Es preciso por ello, establecer medidas de protección social, como el incremento de la Renta Mínima de Inserción (REMI) y de fortalecimiento de las redes de apoyo social como serían la incorporación de estas mujeres a grupos de ayuda mutua, asociaciones

de mujeres o grupos de promoción y educación para la salud, medidas todas ellas orientadas a lograr la autonomía y la independencia de las mujeres que les permita afrontar de forma efectiva su situación.

- Otros factores asociados, como estar separada o divorciada y estar en paro, pueden ser consecuencia de una situación de violencia y pueden operar como factores de vulnerabilidad que deben ser también considerados.
- El estudio muestra que las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas o exparejas presentan, en términos generales, peor salud autopercebida y mayor morbilidad crónica. Además refieren más accidentes en el último año, mayor número de consultas por problemas de estado de ánimo y superior déficit de descanso. Estos resultados son concordantes con la observación de mayor limitación para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana.
- No se observan diferencias en la frecuentación de las consultas de Atención Primaria aunque si las hay cuando se considera la proporción de mujeres que ha acudido a consulta más de 6 veces.
- Las mujeres que sufren maltrato acuden más a las consultas de atención especializada, aunque la media de visitas no difiere significativamente cuando se hace un análisis global. Cuando el análisis se realiza en función de la especialidad específica a la que acuden, el único rasgo diferencial que se observa se refiere a traumatología, donde su afluencia es superior a la del resto de las mujeres. No se observan, sin embargo, diferencias para otras especialidades con frecuencia mencionadas en la literatura como “típicas”, tales como ginecología, digestivo, urología y psiquiatría.
- La utilización de los servicios de urgencia también sigue un patrón particular en cuanto a la frecuencia de uso (aunque el número de visitas por mujer no parece distanciarse significativamente de la media general) y parece ser un recurso más frecuente que para el resto de la población.
- El número de ingresos hospitalarios de mujeres no difiere significativamente de un grupo a otro. Tampoco las causas de ingreso. Sin embargo el número de episodios por mujer es significativamente mayor en las mujeres sometidas a estas situaciones que en el resto de la población de referencia.
- El consumo de fármacos es otro capítulo singular en el perfil de este tipo de usuarias, siendo globalmente más frecuente (más proporción de mujeres han seguido algún tratamiento farmacológico) y más intensa (consumen un mayor

número de fármacos). Cuando se estudia el patrón de consumo farmacológico se detecta una diferencia significativa en el consumo de psicofármacos, lo que parece coherente con la elevada frecuencia de los problemas de estado de ánimo como motivación para demandar asistencia sanitaria.

- En términos de costes sanitarios atribuibles a la VPM, el estudio se ha centrado en los costes marginales atribuibles a la situación de violencia de pareja. No se pretendía analizar el coste del consumo de recursos por parte de estas mujeres, sino la diferencia en consumo con respecto a las no maltratadas en una muestra de población general. La estimación de los costes de este consumo diferencial permite una aproximación en términos monetarios a los costes sanitarios de la VPM. La adición de todos los costes diferenciales estimados por año nos permite obtener una estimación del coste total atribuible a la VPM, que se eleva a más de 27 millones de euros anuales, alrededor de 14 como mínimo y un máximo de 40.
- Es preciso realizar esfuerzos para cuantificar los costes indirectos del fenómeno, mucho mayores que los directos y considerar sus costes intangibles, como el enorme sufrimiento que las situaciones de violencia producen a las mujeres y sus familias. Si estos aspectos no se contemplan, se infravalora la envergadura de la violencia de pareja y se incurre en el riesgo de optar por unas u otras opciones políticas con información parcial.
- Estas conclusiones indican que la violencia tiene repercusiones graves sobre la salud de las mujeres, quienes refieren mayor morbilidad y como consecuencia mayor utilización de los recursos sanitarios, por lo cual los servicios sanitarios se evidencian como lugar privilegiado para la detección y abordaje de este problema.

Desde el prisma del conocimiento sobre el tema, cabe sugerir a partir del presente estudio las siguientes recomendaciones o propuestas de cara a investigaciones futuras:

- En el punto en que nos encontramos es obligado resaltar la conveniencia de homogeneizar la producción de datos, utilizando cuestionarios estandarizados y validados, para poder comparar resultados, sea a nivel internacional, sea entre las distintas comunidades autónomas, y para monitorizar la evolución del fenómeno en el tiempo; elemento éste último imprescindible para evaluar la efectividad de las políticas y las intervenciones. Ante un objeto tan difuso, o tan difícil de definir en sus límites, como es la violencia de pareja hacia las mujeres, la proliferación de estudios con instrumentos de medida heterogéneos, lejos de

clarificar el tema lo que consigue muchas veces es aumentar la confusión existente, e inhibir, como consecuencia, el establecimiento de políticas consecuentes y adaptadas. La aportación por este estudio de la validación de un cuestionario específico a partir del modelo de la encuesta francesa, creemos que puede ser un punto de partida riguroso y útil para avanzar en ese terreno necesario de la homogeneización y precisión de los instrumentos de medida.

- Consideramos que este estudio aporta información muy útil para el diseño de políticas e intervenciones sanitarias en el afrontamiento de este problema de salud pública, no obstante para incrementar su efectividad se recomienda realizar investigaciones en colectivos específicos de mujeres como son, las jóvenes, las mayores, las inmigrantes, y las separadas o divorciadas. En todos estos grupos la investigación ha puesto de manifiesto que la violencia se produce con mayor frecuencia, sugiriendo la existencia de factores de vulnerabilidad que es preciso identificar.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Assambly. Resolución WHA 49.25. 49ª Asamblea Mundial de la Salud. OMS, 1996.
2. García-Moreno Claudia, Jansen H, Ellsberg L, Heise L, Watts C. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. [monografía en internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [citado julio 2007]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html
3. 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.
4. Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med. 2000;9:451-457.
5. Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates And Relative Risk Of Hospital Admisión Among Women In Violent Intimate Partner Relationships. Am J Public Health 2000;90(9):1416-1420.
6. Blanco Prieto, P. Consecuencias De La Violencia Sobre La Salud De Las Mujeres. III Jornadas Sobre La Violencia Contra Las Mujeres. Madrid, Marzo 2000.
7. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editors. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva: 2002.
8. Waters et al. The Economics Dimensions of Interpersonal Violence. Geneva. WHO 2004.
9. Walby S. The Cost of Domestic Violence. London. Women and Equality Unit. 2004.
10. Martínez-Martín MI, Marcos Sánchez A et al. Los Costes Sociales y Económicos de la Violencia Contra las Mujeres en Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. 2004.
11. Moscovici, S. "The phenomenon of social representations". En RM Farr y S Moscovici (Comps). Social Representations. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.
12. Charlotte Watts, Lori IESE, Mary Ellsberg, Claudia García Moreno. Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Programa Mundial sobre pruebas Científicas para las Políticas de Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. OMS/EIP/GPE/99.2.
13. M. Jaspard et col. Enquête national sur les violences envers les femmes en France. 2000 (ENVEFF). Service de droit des femmes, editor. 2006. Paris.
14. Strauss MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflict Tactics Scale. J Marriage Fam 1979; 41:71-88.
15. Zorrilla B, Morant C, Polo C, Pires M, Garcia S, Lasheras ML. et al. Validación de un cuestionario para la detección de la violencia de pareja hacia las mujeres. Gaceta Sanitaria 2005; 19 (supl 1): 154.

6. ANEXO I: VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO.

Antecedentes y objetivos: Dentro de las actividades de apoyo al Programa de la Mujer desarrollado por el Instituto de Salud Pública, se planteó el desarrollo de una encuesta sobre los costes sanitarios atribuibles a la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) en la C.M. Dada la falta de cuestionarios validados y/ consensuados entre los expertos para la detección del abuso psicológico (1), se decidió validar un cuestionario que incluyera los 5 aspectos críticos relativos al abuso psíquico (Desestabilización; Control de la libertad física; Coerción de la independencia; Amenaza sobre la integridad física y/o Debilitación física). Se presentan aquí los resultados del análisis de la validez de criterio del cuestionario ENVEFF (Encuesta sobre la violencia contra las mujeres. Francia, 2003) para la violencia psicológica y del cuestionario ENVEFF y CTS-1 (Strauss et al) para la VPM (Psicológica y/o sexual y/o física). El cuestionario explora la presencia de violencia en los últimos 12 meses.

Método: Los datos se han obtenido a través de un estudio transversal en dos fases en una muestra de conveniencia de 120 mujeres entre 18-70 años seleccionadas en 6 centros de salud de las áreas sanitarias 3 y 11. En la primera fase se les pasó el cuestionario a validar. En una segunda fase las mujeres fueron entrevistadas por dos psiquiatras entrenadas, a través de una entrevista semiestructurada elaborada por un grupo de expertas. Los criterios de definición de abuso psicológico son la presencia de actos por parte de su pareja dirigidos a desestabilizar a la mujer, ejercer control sobre su libertad física, coartar su independencia, amenazarla o a debilitarla físicamente. Para la violencia física y sexual, que hubieran sufrido un acto de violencia física o sexual. Se han estimado la sensibilidad, especificidad, y la razón de verosimilitud positiva y negativa. Los intervalos de confianza se han obtenido empleando la aproximación a la normal (EpiDat 3.0).

Resultados: La muestra total se compone de 59 Sospechas y 61 No sospechas; El 20% de las sospechas y el 13% de las No sospechas no acudieron a la entrevista. Se detectaron un total de 46 mujeres que sufrían algún tipo de violencia de pareja.

-Para el **abuso psicológico** la sensibilidad fue del 71,7%(70,6-72,9), la especificidad del 94,0%(93,0-95,0), la R. verosimilitud positiva y negativa de 11,9(11,9-12,0) y 0,3(0,3-0,3) respectivamente. Para la VPM la sensibilidad es del 80,4%(79,3-81,6), la especificidad 90,0%(88,9-91,0) y la R. de verosimilitud positiva y negativa 8,0(8,0-8,1) y 0,22(0,22-0,22) respectivamente.

Conclusiones: El cuestionario Enveff junto con la CTS tienen unos indicadores de validez muy aceptables. Teniendo en cuenta la importancia en el futuro de consensuar un instrumento común que permita desarrollar comparaciones, y a falta de su validación en población general, consideramos adecuada su utilización en los estudios de violencia de pareja contra la mujer.

Composición del cuestionario validado (contiene la parte psicológica y sexual completa del enveff) + la CTS-1 para la violencia física.

- Violencia psicológica: 15 ítems, 12 en escala ordinal de 5 categorías de menor a mayor frecuencia y 3 en escala cuantitativa (nº de veces).
- Violencia sexual: 2 ítems en escala cuantitativa.
- Violencia física: 9 ítems en escala cuantitativa (CTS-1).

Resultados de la validación del cuestionario VPM

	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	I.Youden	RV+/RV-
Cuestionario completo	80,4% (79,2-81,5)	90,0% (88,9-91,0)	0,70	8,0/0,22

Violencia psicológica

	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	I.Youden	RV+/RV-
Cuestionario (escala psicológica)	71,7% (70,57-72,91)	94% (92,9-95,0)	0,66	11,9/0,30

Violencia sexual

	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	I.Youden	RV+/RV-
Cuestionario (escala sexual)	28,5% (24,8-32,3)	95,12% (94,48-95,76)	0,24	5,86/0,76

Violencia física (CTS-1)

	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	I.Youden	RV+/RV-
Cuestionario (escala física)	75% (71,75-78,25)	95% (94,35-95,65)	0,70	15/0,26

Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid

