

Gender Violence 2007 Report

REPORTS, STUDIES AND RESEARCH 2009
MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY
SPAIN

Gender Violence 2007 Report



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de **Calidad**
para el Sistema Nacional
de Salud



Report issued by the Observatory on Women's Health, Directorate General of the National Health System's Quality Agency and the National Health System's Interterritorial Council's Commission Against Gender Violence.

©2009 Ministerio de Sanidad y Política Social

NIPO paper: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NIPO CD-Rom: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NIPO on-line: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Edition coordinator: Hubert Hanrath. Projectes editorials i comunicació

Graphic design: estudi jordi sàrries comunicació gràfica

Coordination of the Report

Observatory on Women's Health

Concha Colomer Revuelta
Rosa María López Rodríguez
Isabel Soriano Villarroel

Collaboration

Noelia Álvarez Díaz

Members of the National Health System's Interterritorial Council's Commission Against Gender Violence

José Martínez Olmos (Healthcare Secretary General. MHSP)
Pablo Rivero Corte (Director General of the NHS' Quality Agency. MHSP)
Ildefonso Hernández Aguado (Director General of Public Health. MHSP)
Josefa Ruiz Fernández (Andalusia)
Manuel García Encabo (Aragon)
José Ramón Riera Velasco (Asturies)
Esther Mato Fondo (Balearic Islands)
Carmen García Paz (Balearic Islands)
Hilda Sánchez Janariz (Canary Islands)
Santiago Rodríguez Gil (Cantabria)
Ana María Hernando Monge (Castile and Leon)
Berta Hernández Fierro (Castile-La Mancha)
Dolors Costa Sampere (Catalonia)
Manuel Escolano Puig (Valencian Community)
Pedro García Ramos (Extremadura)
María Isabel Graña Garrido (Galicia)
María Belén Prado Sanjurjo (Madrid)
José Manuel Allegue Gallego (Murcia)
Francisco Javier Sada Goñi (Navarre)
María Luisa Arteagoitia González (Basque Country)
Pilar Diez Ripollés (La Rioja)
Vivian Berros Medina (Ceuta)
Sara Cristina Pupato Ferrari (INGESA) (Health Management Institute)
Miguel Lorente (Government Special Delegation Against Violence on Women)
Begoña López-Dóriga Alonso (Women's Institute)
Concha Colomer Revuelta (Assistant Director of the Health Planning and Quality Office. Director of the
Observatory on Women's Health. MHSP)
Rosa María López Rodríguez (Observatory on Women's Health. MHSP)

Technical Support

*Alicante University. Community Nursing Department, Preventive Medicine and Public Health and Science
History. Research Network on Health and Gender*

Head

Carmen Vives Cases

Collaborators

Erica Briones Vozmediano
Gaby Ortiz Barreda
Jordi Torrubiano Domínguez
Mercedes Carrasco Portiño

Table of Contents

Presentation	6
Introduction	8
Gender violence and gender inequality	11
Analysis of the situation (1998-2007)	14
In time and geographic distributions of deaths by gender violence in Spain	14
Cases detected and cared for in the healthcare sector	16
Analysis of healthcare sector actions performed in the autonomous communities	19
Actions for the establishment of gender violence protocols in primary and specialised care	19
Initiatives of interest when dealing with gender violence cases in health services	25
Specific actions addressed to especially vulnerable groups	27
Other actions	29
Policies for a healthcare response to gender violence in the international sphere	32
Summary of actions taken in the National Health System	39
Bibliography	44

Chapters on the autonomous communities

Andalusia	Valencian Community
Aragon	Extremadura
Asturies	Galicia
Balearic Islands	Madrid
Canary Islands	Murcia
Cantabria	Navarre
Castile and Leon	Basque Country
Castile-La Mancha	La Rioja
Catalonia	Ingresa (Ceuta and Melilla)

Presentation

The National Health System sanctioned the creation of the Commission Against Gender Violence on 22 September, 2004. This was the first step for coordination of programmes and healthcare actions that were already being conducted on the subject in some autonomous communitiesⁱ.

Subsequently and over time the National Health System's Inter Territorial Council (NHSIC) has, through this organ, undertaken the specific commitments laid down in Organic Act 1/2004 of December 28 on Comprehensive Protection Measures against Gender Violence for development of healthcare actions.

The now presented 2007 annual report on healthcare response to gender violence in the National Health System (NHS), is the third this Commission has draftedⁱⁱ.

It aims principally at providing an overall view of strategies, plans and programmes for comprehensive healthcare attention to the health of women in situations of gender violence; all of them drafted at the Commission and approved by the NHSIC within homogeneous action guidelines agreed by consensus for enforcement in the National Health System as a whole.

Improving healthcare quality as regards diagnosis, follow-up and full health restoring in cases of violence specifically directed to women is the fundamental aim of the said policies.

A summary is also presented of programmes and actions performed by health services in cooperation with relevant departments in order for awareness of their professionals to be fostered and their specific training to be developed both in primary and specialised care this including their respective casualty departments.

The year this report spans, the *National Plan for Awareness and Prevention of Gender Violence*ⁱⁱⁱ was published and Organic Act 3/2007, 22 March was enacted for effective equality of women and men, two landmarks in the advance towards equality and wiping out gender violence. The latter contains a section specifically devoted to health, where it is established that "violence inflicted on women primarily constitutes an attack on their physical

i The Secretaryship of the Commission is held by the Observatory on Women's Health.

ii Previous 2005 and 2006 reports are available at the Publishing Department of the Ministry of Health and Consumers' Affairs (paper and CD format). They can also be accessed at: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03.htm

iii The electronic version is also available at: www.migualdad.es/violencia-mujer/index.html

and psychological health; hence, the health sector-related agents take on special significance when it comes to both the phenomenon detection and the care for the victims”.

This report intends to bring to light all actions performed during 2007 in the healthcare sector in terms of gender violence (GV) by way of sequel to those taken in previous years, in order to achieve greater awareness of the problem and promote participation of all agents involved, in early detection, prevention and follow-up of this health problem from within the healthcare system as well as that of all teams responsible for the designing, planning and managing of relevant healthcare policies.

Introduction

Gender violence is understood as “*any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or private life*” (UNO, 1993)¹.

Violence against women persists in all countries in the world as a widespread violation of human rights and is one of the main obstacles to achieve gender equality.

This violence is unacceptable, either committed by the State or its agents, by relatives or strangers, in the public sphere or in private, in times of peace or conflict.

In the World Conference on Human Rights held in Vienna in 1993 a worldwide coordinated mobilisation occurred targeting reaffirmation of women rights as human rights. That same year the General Assembly adopted the *Declaration on elimination of violence against women* and the fact was stressed that this type of violence “constitutes a manifestation of historically unequal power relations between man and woman that have lead to domination of women by men and to discrimination against them by men, hindering women’s full advancement”.

This declaration highlights the different scenarios of violence against women: violence within the family, violence in the community and violence committed or tolerated by the State. It also expresses concern about the fact that some groups of women, such as women pertaining to minorities, indigenous women, refugees, destitute, those confined in asylums or imprisoned, girls, disabled women, elderly women and those in situations of armed conflicts, are particularly vulnerable to violence.

When dealing with gender violence, a fact that needs to be stressed is that this violence is inflicted on women by the sheer fact of their being so with the aim of sustaining gender mandates. It is a violence of an instrumental nature that principally targets maintaining control over women. To this respect, gender violence institutes itself as a serious social problem and falls within the fundamental area of human rights and equal opportunities.

It enunciates a series of measures that States must adopt with the purpose of preventing and eliminating violence against women. It demands that States condemn violence against women never invoking whatsoever

custom, tradition or religious consideration to evade their obligation to eliminate it.

From that moment onwards and with the reinforcement of the Fourth World Conference on Women (Beijing, 1995), gender violence is acknowledged as a serious social problem and moves into the fundamental field of human rights and equal opportunities.

In 1996, the World Health Organisation (WHO) recognised violence against women as a Public Health issue.

In 2006, the United Nations Organisation presents its *In-depth study on all forms of violence against women*^{iv}. The Organisation's Secretary-General declared that as long as violence against women would exist real progress towards equality, development and peace could not be proclaimed.

One out of three women suffers violence at least once in their lifetime. Among United Nations's Member States, 192 did not have, at that time, laws to punish perpetrators of such violence and only 89 countries had legislation on domestic violence. Studies on femicides in Australia, Canada, Israel, South Africa, and United States showed that among murdered women, between 40 and 70 % had been killed at their partners or husbands' hands.

Evidence gathered by those who research into widespread reach and numerous manifestations of violence against women, in addition to promotion campaigns culminated in the recognition of the fact that violence against women was of a worldwide and systemic nature and was enrooted in power imbalances and structural inequality between men and women.

This study also highlights that States have an obligation to protect women from violence, allocate resources to them, hold the culprits accountable and do justice. In order to put an end to all these acts of violence against women the knowledge and tool base set up over the last decade has to be systematic and efficaciously utilised thus preventing and eliminating them.

That demands that at the State's highest levels of governance there exist a clear political determination and a declared commitment, visible and unyielding, that may count on the determination, promotion and practical action of people and communities.

Violence against women has deep social and cultural roots interwoven into a gender differential socialisation that allocates activities, functions, relations and specific powers to men and women, thus creating subjective identities and power relations both between themselves as well as within society as a whole. In turn, it imposes a differentiated moral order that maintains the male-female dualism, where manhood translates into social

iv The complete text is available at:
www.observatoriovigencia.org/upload_images/File/DOC1160581505_SGstudyOnVAW_2006_spn.pdf

power performance and femininity in passiveness and lethargy. Interaction of both phenomena enables emergence and maintenance of violence against women.

Hence, gender violence is both the result and the way to consolidate dominance of those power relations based upon male supremacy and female subordination, relations that are possible in patriarchal societies thanks to social organisation patterns that permit, maintain and legitimate them. It would certainly not seem possible to understand the origin of violence and its continuance over centuries had it been opposed by the dominant culture³.

Along these lines and even though violence relations are actual fact that materialises in a man's behaviour subjugating and attacking a woman, they have necessarily to be viewed from a wider perspective trying to understand them as a social and global phenomenon common to all social classes, all ages and all cultures.

Gender differential socialisation despite present policies in favour of equal opportunities is still in force in our societies, hence coeducation policies at all levels and in all areas need to be implemented.

Gender violence is intimately linked to existent inequality between women and men and to this respect, in order to be able to eradicate it, it is essential that from public powers and different Administrations, equality between women and men be publicly defended with the aim of progressively dismantling and illegitimizing those structural and individual aspects that seek women subjugation through hierarchization of sexes.

Gender violence and gender inequality

The United Nations Organisation proposes utilisation of a Gender-related Development Index (GDI) to highlight inequalities on account of sex within a country, province or region by means of gender-sensitive indicators such as salary differences or education level among other aspects. Some authors, male and female, even propose utilisation of GDI as indicator of gender inequalities in health as it includes distribution, by sex, of life expectancy and of two other health determinants⁵.

With the information on GDI relating to 2000⁶ and data on reports and deaths by gender violence updated to December 2006, it was concluded that the risk of being murdered by gender violence in provinces with a GDI below the Spanish mean (GDI = 0.895) was higher when compared to that of women that live in provinces with a GDI beyond the Spanish mean (RR [relative risk] = 1.328 RI [reliability interval]_{95%} = [1.253-1.406]).

It was also observed that the possibility of filing suit by women in situation of maltreatment in provinces with GDI below the Spanish mean was also higher when compared with that of provinces with GDI beyond the Spanish mean (RR = 1.46 RI_{95%} = [1.462-1.474])⁷. For interpreting this last result, rising awareness that gender violence is an offence that has to be reported should be considered. Thus, a possible interpretation of these results lies on the fact that with time, the rising reporting is progressively nearing the real magnitude of the problem although many cases still remain silenced.

With data on reports and deaths by violence against women in couple, updated to 2007 and on GDI of autonomous communities in the last updated year (2005) classification presented in table 1 may be obtained according to whether or not GDI is beyond or below the Spanish mean (GDI = 0.903).

It turns out that in autonomous communities with GDI below the Spanish mean, gender violence reporting rate (0.025) stands higher than in autonomous communities with GDI beyond the Spanish mean (0.016). Likewise, those autonomous communities where the GDI does not reach the Spanish mean, register a mortality rate per 100,000 by GV (3.221) higher than those with GDI beyond the Spanish mean (2.569).

In addition, the risk of being murdered by gender violence in autonomous communities with GDI below the Spanish mean is higher than that run by women who live in autonomous communities with GDI beyond the Spanish mean (RR = 1.254 RI_{95%} = [1.060-1.482]). It has also been observed that the

possibility of women who live in autonomous communities with GDI below the Spanish mean, reporting maltreatment is higher (RR = 1.566 RI_{95%} = [1.556-2.575]).

TABLE 1. Autonomous community itemised Gender Development Index (GDI), 2005

Andalusia	0.878	Valencian Community	0.899
Aragon	0.917	Extremadura	0.877
Asturies (Principality of)	0.900	Galicia	0.899
Balearic (Islands)	0.911	Madrid (Community of)	0.936
Canary (Islands)	0.893	Murcia (Region of)	0.891
Cantabria	0.915	Navarre (Charter Community of)	0.936
Castile and Leon	0.916	Basque Country	0.938
Castile-La Mancha	0.891	Rioja (La)	0.924
Catalonia	0.919	Spain	0,903

Produced on the premises from Active Population Survey data and National Institute of Statistics' Demographic Indicators, Eurostat and Ministry of Education, 2005.
Factors used to calculate GDI were adult literacy programmes rate, combined registration gross rate, gross domestic product, salary differences by sex, male and female participation rate in work market, family income of most impoverished groups, long term unemployment levels and life expectancy at birth.

By provinces^v a slight increase occurs in 2005 GDI scores when compared to those registered in 2000. The mean score in Spain has also increased over the 5 years in study, bearing in mind that in 2000 it was of 0.895 whereas in 2005 it reached 0.903 (table 2).

Results produced by provinces match those yielded by autonomous communities: women living in provinces with a GDI below the Spanish mean run a higher risk of getting murdered for that reason than those who live in provinces with a GDI beyond the Spanish mean (RR = 1.276 RI_{95%} = [1.080-1.507])^{vi}.

When comparing this result with those published in the National Health System's Gender Violence 2006 Report on responses to gender violence, the strength of the association seems to be diminishing. This appears to rest on improvements in GDI scores registered for 2005 when compared to year

v GDI scores by provinces are the only ones that can be compared with data gathered in the National Health System's 2006 Gender Violence Report.

vi The only updated data available are of deaths by gender violence.

2000 and on the variations on gender violence mortality rates produced in the years under study.

TABLE 2. Gender Development Index (GD) at province level, 2005

Province	2000	2005	Province	2000	2005
Alava	0.931	0.944	Lugo	0.879	0.894
Albacete	0.867	0.893	Lerida	0.904	0.920
Alicante	0.870	0.894	Madrid	0.940	0.937
Almeria	0.874	0.888	Malaga	0.859	0.883
Asturies	0.890	0.900	Murcia	0.863	0.892
Avila	0.889	0.902	Navarre	0.925	0.938
Badajoz	0.848	0.873	Orense	0.878	0.897
Baleares	0.894	0.912	Palencia	0.909	0.915
Barcelona	0.908	0.921	Palmas (Las)	0.885	0.896
Burgos	0.918	0.930	Pontevedra	0.882	0.898
Caceres	0.867	0.885	Rioja (La)	0.908	0.923
Cadiz	0.854	0.876	Salamanca	0.905	0.919
Cantabria	0.901	0.916	Santa Cruz of Tenerife	0.877	0.892
Castellon	0.887	0.909	Segovia	0.926	0.921
Ciudad Real	0.859	0.882	Seville	0.861	0.883
Cordoba	0.854	0.871	Soria	0.913	0.917
Corunna	0.889	0.904	Tarragona	0.900	0.915
Cuenca	0.862	0.891	Teruel	0.899	0.918
Gerona	0.899	0.918	Toledo	0.866	0.889
Granada	0.864	0.876	Valencia	0.887	0.902
Guadalajara	0.916	0.922	Valladolid	0.913	0.923
Guipuzcoa	0.927	0.940	Biscay	0.925	0.937
Huelva	0.863	0.882	Zamora	0.877	0.898
Huesca	0.899	0.916	Zaragoza	0.910	0.918
Jaen	0.849	0.865			
Leon	0.900	0.911	Spain	0.895	0.903

GDI 2000 by Villar A, Herrero C, Soler A. *Capital humano y desarrollo humano en España. Sus comunidades autónomas y provincias 1980-2000. Madrid: Bancaja e Ivie, 2004.* GDI 2005, produced on the premises from data gathered in *Encuesta de Población Activa e Indicadores Demográficos del Instituto Nacional de Estadística*, Eurostat and Ministerio de Educación, 2005.

Analysis of the situation (1998-2007)

In time and geographic distribution of deaths by gender violence in Spain

Among all manifestations of gender violence, that perpetrated within the couple by the partner or ex-partner is one of the commonest in Spanish women's lifetime. In the last decade in Spain, violence inflicted on women by their partners caused 555 deaths among them as per data provided by the Federation of Separated and Divorced Women. The Ministry of Interior (Home Office) compiles in its annals the list of crimes and offences reported by women in situation of maltreatment inflicted on them by their spouses or the like: ex-spouses, partners or ex-partners, and slain women for the same cause since 1977. The Federation of Separated and Divorced Women on their part, only keep records of murdered women, based upon thorough tracking of press news published on each subject. Although both sources mentioned supply data on women murdered by gender violence only the Federation of Separated and Divorced Women's *web* site provides information itemised by age, a particular unavailable in the Ministry of Interior's statistics⁷. That is why collecting data from the Federation of Separated and Divorced Women was considered to be the best option.

As per data shown in table 3, distribution in time of such cases has remained constant. Though years 2003, 2004, 2006 and 2007 produced the highest number of deaths, the highest mortality rate by violence against women within the couple is of 0.36 in 2007 and the lowest, 0.22, in 1999.

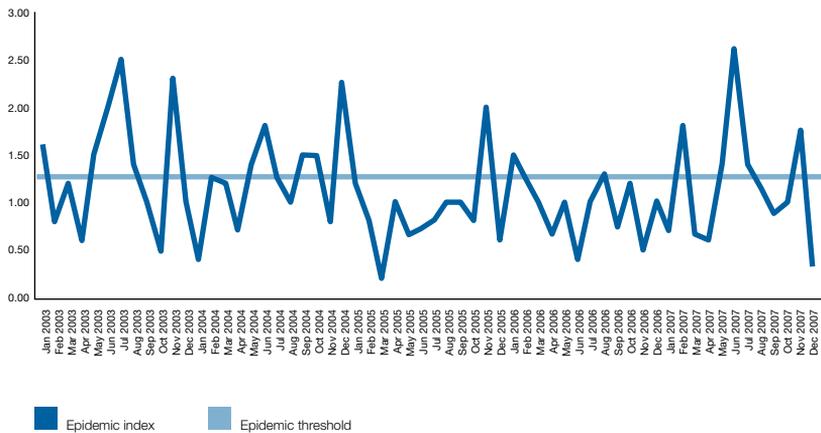
As shown in figure 1 and when comparing the situation month by month, mortality on account of gender violence seems to have decreased since January 2005. Broadly speaking, through 2006 this trend continued, standing at 3 points beyond the epidemic threshold (>1.25) in January, February and August. However in 2007, 5 points beyond the epidemic threshold were registered (>1.25), June 2007 yielding the highest score of epidemic index since January 2003, when reaching 2,60. Between August and October 2007 the epidemic index dropped back below the epidemic threshold (<1.25) to rise again in November to values above the epidemic threshold (>1.25) and redescend below this threshold in December.

TABLE 3. Frequencies and mortality rates adjusted by age among Spanish women aged 15 or over, 1998-2007

	Deaths	Rate x 10 ⁵	Reliability interval at 95 %	
			Bottom limit	Upper limit
1998	46	0.26408	0.1878	0.3404
1999	40	0.22677	0.1565	0.2970
2000	57	0.32009	0.2370	0.4032
2001	52	0.28722	0.2092	0.3653
2002	47	0.25544	0.1824	0.3285
2003	66	0.35210	0.2672	0.4371
2004	61	0.32209	0.2413	0.4029
2005	54	0.28003	0.2053	0.3547
2006	61	0.31633	0.2369	0.3957
2007	71	0.36017	0.2764	0.4439

Produced In house from data on violence against women within the couple provided by Federation of Separated and Divorced Women. Statistics available at: www.separadasydivorciadas.org

Figure 1. Evolution of epidemic index of deaths due to gender violence in Spain, 2003-2007



Monthly epidemic index of deaths due to gender violence in Spain: ratio between deaths by gender violence per month and median of deaths for months corresponding to the five-year prior to the month for which the index is calculated. Incidence is considered to be average when resulting value stands between 0.76 and 1.24; low incidence when below or equal to 0.75, and high if value is equal or beyond 1.25. Epidemic threshold is identified at 1.25.

Available at: www.e-leuis.net/Alerta_Violencia.htm

The study of geographical distribution of deaths enables identification of differences in rates of mortality by gender violence. As per data retrieved up to 2007, Castile and Leon, Asturias and Catalonia were the Autonomous Communities that registered lower mortality rates due to gender violence (table 4).

TABLE 4. Rates of mortality due to gender violence adjusted by age and autonomous community, 1998-2007

	Cases	Rates x 10 ⁶ (RI _{95%})		Cases	Rates x 10 ⁶ (RI _{95%})
Andalusia	115	3.64 (2.77-4.52)	Valencian Community	71	3.85 (2.96-4.73)
Aragon	15	2.88 (1.45-4.31)	Extremadura	8	1.74 (0.53-2.94)
Asturies	12	2.55 (1.16-3.93)	Galicia	20	1.68 (0.97-2.39)
Balearic Islands	22	5.39 (3.09-7.70)	Madrid	69	2.74 (2.09-3.39)
Canary Islands	42	5.19 (3.59-6.79)	Melilla	2	7.24 (0.00-17.41)
Cantabria	6	2.59 (0.58-4.60)	Murcia	20	3.84 (2.14-5.54)
Castile-La Mancha	26	3.65 (2.29-5.01)	Navarre	9	3.68 (1.29-6.07)
Castile and Leon	24	2.24 (1.36-3.11)	Basque Country	15	1.61 (0.81-2.42)
Catalonia	76	2.69 (2.09-3.29)	La Rioja	3	2.53 (0.00-5.34)
Ceuta	1	3.11 (0.00-9.46)			

Produced on the premises from data on gender violence against women in couple, from the Federation of Separated and Divorced Women. RI, reliability interval. Available at: www.separadasydivorciadas.org

Cases detected and cared for in the healthcare sector

In December 2007, the NHSIC approved the indicators for epidemiologic surveillance for planning and assessment of healthcare actions in gender violence, to be compiled in Gender Violence 2008 Report on healthcare responses to gender violence. Nevertheless during 2007 some autonomous communities developed their own information-gathering methodologies that contributed data about gender violence cases looked after in health services and that were incorporated into their reports.

Thus, the information related to cases detected at different levels of health care through specific programmes, protocols or autonomous communities' own specific recording systems, will be described.

In the Autonomous Community of Andalusia information was obtained from judicial reports issued by the different healthcare action teams which

enabled gauging of a total of 6,195 cases of physical and sexual maltreatment in 2007, from which 1,395 were treated in hospitals and 4.800 in primary care.

In the Autonomous Community of Cantabria “detection and care for gender violence against the woman” with service code 210 (within the computerised medical record) was included in the service portfolio. From the end of 2005 up to the beginning of 2008, 52,305 women over 14 years of age were asked about possible occurrence of maltreatment and 3,595 of them declared they were then suffering maltreatment by their partner or ex-partner, or had previously.

In the Autonomous Community of Castile-la Mancha a computerised module was designed that included the gender violence protocol at primary care, to be incorporated to the rest of the computerised medical record at the beginning of 2008 within the section of services for women care. As per data from the Castile-La Mancha Health Service (Sescam), 112 primary care teams have so far used this module discharging a total of 92 cases. In addition, from this Health Service 131 cases were redirected to women centres and 48 to legal services.

The report contributed by the Autonomous Community of Catalonia refers to usage of different data recording systems that provide an input on cases detected, cared for and diagnosed in their main healthcare regions. In the period spanning from June 30, 2006 to December 31, 2007, the total number of women where gender violence infliction was detected, diagnosed and treated in all primary care services of Catalonia as a whole, was of 449 whereas hospital care was provided in 3,476 cases.

As per data contained in the report issued by the Autonomous City of Ceuta, a total of 9 women, all of them over 18, was received in primary care emergency services, in the last year. They also brought forward 59 cases of women treated in specialised attention’s casualties for the same reason. Most of these cases were redirected to court.

According to the information received from the Basque Country Autonomous Community, in 2007, 243 cases of maltreatment were seen in primary care surgeries. This same year the number of women who claimed to be in situation of maltreatment in the hospital network of the said community amounted to 437. Information was also provided on 13 women who rushed to casualty presenting injuries suggestive of situations of maltreatment.

The Autonomous Community of La Rioja’s report provides information on the number of women over 14 received in the healthcare system who for the first time admitted to being subjected to maltreatment. In 2007, 126 cases were detected, 68 of which came from primary care while the remaining 58 came from specialised care. This information is analysed in the document issued by La Rioja as per characteristics of maltreatment, personal features of women being maltreated and type of care received.

The Madrilenian Health Service's Regional Office of Mental Health Coordination, in cooperation with the General Directorate of Women, drafted in its day the Programme *Atiende* as a specific means to comply with the healthcare measures established in Act 27/2003, of July 31 and in Decree 256/2003, of November 27, for women in situation of maltreatment due to gender violence and for their sons and daughters. During this period, 213 women (new cases), 98 minors and 311 women with their children, were cared for.

As far as the Autonomous Community of Navarre is concerned, mental health centres are being equipped with a computerised system that codifies with CIE-10 which incorporates a section "other processes frequently associated with mental and behavioural alterations". Also, cases registered in primary care are included. From June 2006 to May 2007 an incidence was observed of 337 and 633 (corresponding to codes Z12 and Z25, respectively) and a prevalence of 1,412 and 1,361 (corresponding to codes Z12 and Z25, respectively).

Analysis of healthcare sector actions performed in the autonomous communities

Actions for the establishment of gender violence protocols in primary and specialised care

On 27 April, 2007 the Common Protocol for a Healthcare Response to Gender Violence was officially presented after being approved by consensus among all autonomous communities. This document was drafted from existing protocols and experiences in the different autonomous communities (table 5).

The present stage of establishment of the common protocol will entail adoption of agreed-by-consensus minimums in new editions of protocols in autonomous communities.

One of the action lines most stressed by all communities is training and awareness of primary care teams although some communities like Aragon and Madrid are also training both specialised care and casualties.

Training contributes to establishment of the protocol insofar as it trains professionals involved in early detection and action processes related to confronting gender violence cases. Andalusia, Aragon, Asturias, Canary Islands, Cantabria, Castile and Leon, Catalonia, Madrid and Murcia mention the existence of ongoing training plans.

Inter-institutional cooperation was generally available for development of training activities (courses, workshops, symposiums, round tables and meetings) both at state level (Women's Institute, Healthcare National School, Ministry of Health and Consumers' Affairs and SESPAS [Spanish Society of Public Health and Healthcare Administration]) as well as at autonomic level (autonomic women's institutes, advisory centres for women, health departments or offices, EASP ([Andalusian School of Public Health]), Institute of Health Studies in Catalonia, the *Adolfo Quesada* Institute for Public Administrations in Asturias and the *Laín Entralgo* Agency in Madrid) at provincial level. Also the *Caja de Ahorros del Mediterráneo* (Mediterranean Savings Bank) in the Valencian Community took part in this initiative.

TABLE 5. Protocols and other autonomic documents on gender violence, 2007

Autonomous community	Name of autonomic protocol	Publication
Andalusia	Health care of women victims of maltreatment	2001
Aragon	Healthcare Guide for women victims of domestic violence	2005
Asturies	Healthcare Protocol to improve care of women victims of gender violence	2007
Canary Islands	Action Protocol for confronting gender violence in the domestic sphere	2004
Cantabria	Healthcare Action Protocol to address maltreatment	2005
Castile-La Mancha	Action Protocol for women victims of maltreatment at Primary Care	2005 (first edition)
Catalonia	Protocol for addressing violence against women in the health sphere	Under approval
Valencian Community	Gender Violence Healthcare Protocol for the Valencian Community	2007 (pending publishing)
La Rioja	Comprehensive programme for detecting and addressing domestic violence from within the public health system	2005
Madrid	Primary Care Protocol. <i>Support Guide for addressing partner violence against the woman in Primary Care</i>	2007
	Specialised Care Protocol. <i>Action Guide for Specialised Care of women victims of partner violence</i>	Being drafted
Murcia	Detection and care protocol when facing gender violence in health primary care	2007
Navarre	Healthcare Action Protocol to deal with domestic, physical and psychological maltreatment and/ or sexual assault	Currently in force
Basque Country	Healthcare Protocol for domestic maltreatment	2000
Ingesa (Ceuta)	Comprehensive Protocol for women care: 5-step screening for gender violence early detection at doctors' and nurses' offices in primary care	

Dissemination of protocols

Dissemination of gender violence protocols has turned out to be a key factor to foster awareness of their existence and also of their contents among professionals and so the Canary Islands, Aragon, Murcia Castile-La Mancha, Castile and Leon, Cantabria, Balearic Islands, the Basque Country and Ingesa have acted accordingly. They have been distributed to all health centres and handed out to professionals individually. These autonomous communities with the Community of Madrid, Andalusia, Asturies, Navarre, the Valencian Community and Catalonia, have also undertaken

dissemination of supplementary information on existing resources available to professionals and to women in situation of maltreatment, for instance, through distribution of informative three-page leaflets in primary care centres (e.g. Ingesa-Melilla on remote monitoring and assistance).

Computerisation

Murcia, Cantabria and Ingesa-Ceuta also worked in the computerisation of the protocol for which they created work teams. Castile-La Mancha included the protocol in a computer module (computerised medical history) especially designed to be utilised by both primary and specialised care teams. The Canary Islands incorporated it to the computer system Drago-AP, and the Andalusian Protocol compiles guidelines to enable recording on the medical history of information relating to possible situations of violence. Navarre intends to computerise medical history in the future.

Records

Data collecting programmes used to compile information from women cared for at health centres enable follow-up of cases. In Aragon a special computerised window was created for this specific purpose. In the Valencian Community it is done through analysis of copies of alleged gender violence medical reports and in Andalusia bodily harm reports recording, states the number of reports issued at each healthcare level. Cantabria, Madrid, Murcia, Asturias, Catalonia, Castile-La Mancha, Castile and Leon, the Basque Country and Navarre mention the existence of a computerised record of all cases detected at each healthcare level (in Asturias it is called Vimpa Record, *Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias*).

Services portfolio

Andalusia and other autonomous communities have included the protocol in other existing services in health centres as, for instance, in the Primary Care Services Portfolio that gives support to other services such as the Service For Detection of Risk of Family Maltreatment, in the Madrid Community, the Gender Violence Risk Detection Service For Women Over 15 in Castile and Leon or the 210 Gender Violence Detection and Care of Victims Service in Cantabria. In the Canary Islands the protocol was included in the Portfolio of Services for Detecting and Addressing Domestic Violence and also in

the Agreed Managing programme; in Cantabria, in the managing contract, and in Andalusia in the programme contract. The Basque Country included indicators to assess compliance with the protocol in the Services Portfolio of the Department of Healthcare and in the *Osakidetza*.

In the course of 2007 an organisational model focused on services for the care of women in situation of maltreatment was adopted in health centres and hospitals of Murcia, Castile and Leon, Catalonia and Asturias, in ongoing care centres of La Rioja and Galicia and in informative centres of Catalonia.

Instruments for detection and grievous bodily harm report

Some communities like the Valencian Community have worked on the validation of instruments that may enable healthcare professionals to orient gender violence detection or assess the level of risk security in women in situation of maltreatment. These guidelines or scales were included in protocols to guide prevention actions and comprehensive approaches.

In accordance with the needs established in the common protocol a new version of the traditional grievous bodily harm report was designed in Andalusia, Galicia and Ingesa-Melilla, and replaced in Andalusia with the term “judicial report” to avoid association with physical harm. Castile and Leon reported a swifter putting into practice and also having adapted formats to be filled in at casualty mobile units. In the Valencian Community the medical report on alleged gender/domestic violence (adults) was modified and in Cantabria and the Balearic Islands a specific gender violence report was drafted, having in this latter community been incorporated into e-SIAP primary care computer system.

Assessment

Part of the strategy carried out by autonomous communities entailed releasing periodical reports and assessing implantation of and compliance with the protocol (table 6), as was the case in Asturias, Cantabria, Castile and Leon and Madrid. Catalonia mentioned it as being envisaged and the Basque Country created a follow-up commission to that end.

TABLE 6. Establishment of and compliance with common protocol, 2007

Asturies	Drafting of six-monthly reports (2007) and/or yearly (2006) from the Principality of Asturies Healthcare Attention to Violence against Women Records (Vimpa Records)
Cantabria	Assessment Report on establishment of the Protocol. 2007. Cooperation Agreement between the Ministry of Health and Consumers' Affairs and the Community Healthcare Department
Castile and Leon	Evaluation of the degree of presence of the Protocol at its driving stage aimed at introducing Improvements derived from proposals contributed by professionals after their having detected and confronted problems for its development
Catalonia	Axis 1 of the Health Plan. It includes a section with strategic proposals such as territorial implementation of the protocol for addressing violence against women in the Catalanian health sphere, envisaging a multicentre piloting test and its appraisal
Madrid	Reference draft document for evaluating regional strategy of healthcare actions when dealing with partner violence against women, conducted with the participation of all the members of the relevant technical commission
Basque Country	Creation of a follow-up commission as organ in charge of the control and evaluation of the Protocol implementation

Obstacles that hinder protocol establishment

Autonomous communities provided a list of factors that according to their different perception hamper or facilitate the process of establishment of the protocol in healthcare practice. Aspects that impede sustainability of programmed actions for the protocol implementing are above all:

- Work overload and shortage of healthcare personnel, to cover for those attending training courses (Catalonia, Andalusia, Castile and Leon, the Canary Islands, Galicia, Balearic Islands and the Basque Country).
- Particular circumstances of some autonomous communities: limited availability of economic resources, territorial restrictions, predominance of country areas (Catalonia, Aragon and Balearic Islands). Ingesa for instance, highlights the difficulty for detection and recording when dealing with populations lacking identity papers.
- Difficulty with efficient inter-institutional and inter-personal coordination related for instance to redirecting criteria among the different health areas and/or services, social services, police and justice (Catalonia, Murcia, Andalusia, Aragon and Extremadura).
- Ethic-legal aspects involved in clinical practice as may be the controversy between whether or not a grievous bodily harm report

should be systematically issued (Murcia, Andalusia, Aragon, Castile-La Mancha, Balearic Islands and Extremadura).

- Initial difficulty with intervention in women's situations of maltreatment and in offering suitable solutions (Murcia, the Valencian Community and the Basque Country).
- Increased need for professionals' awareness and specific training in order for them to be in a position to provide comprehensive care of women in situation of maltreatment by putting into practice actual and adequate actions (Andalusia, Catalonia, Canary Islands, Balearic Islands, Galicia, Murcia and Extremadura).
- Lack of an integrated and comprehensive information system (Aragon).
- Resistance arising from the very gender socialisation from the professionals who attend gender violence training courses themselves (Andalusia).

Opportunities that foster establishment of protocols

Likewise, continuity of actions put into practice benefits most from:

- Awareness and the taking on gender violence actions as healthcare centre targets bearing in mind that they must be assumed as a public health concern that entails consequences on women's health (Madrid, Catalonia, Murcia, Andalusia, Aragon, Castile-La Mancha, the Valencian Community and the Basque Country).
- Healthcare professionals' favourable attitude inclined towards attending training courses and complying with training objectives set by the NHSIC's Commission Against Gender Violence (Murcia, Castile-La Mancha, Castile and Leon, Galicia and the Basque Country).
- Adequacy of professional response derived from personnel being given guidelines to address violence through care guidance and resources for redirecting (Castile-La Mancha and the Valencian Community).
- Easy access and use by healthcare personnel of computerised medical history recording module (Castile-La Mancha and the Basque Country).
- Cooperation among the different operational teams that take part in the process of comprehensive care of women, establishing a consolidated action network as well as existence of intra and inter-institutional coordinating structures such as the Technical Commission and Hospital Care Commissions (Madrid, Murcia, Aragon, Castile and Leon and the Basque Country).

- Gradual improvement of care for women through establishment of commissions for work in gender violence implications in health as well as inter-sectoral commissions at different territorial levels (local, provincial, autonomic and state) that may enable unification of criteria, action lines and commitments (Andalusia, Madrid and Extremadura).

Initiatives of interest when dealing with gender violence cases in health services

Among initiatives of interest undertaken by autonomous communities throughout 2007, those oriented towards providing comprehensive and integrated action in social, legal and health care of women in situations of maltreatment deserve highlighting. They materialise in specific programmes for approaching gender violence (table 7).

TABLE 7. Programmes targeting gender violence, itemised by autonomous community, 2007

Aragon	Programmes for comprehensive care of women (dependent on the Health and Consumers' Department)
Cantabria	Action Plan: Health for Women 2004-2007
	Priority action line 4: Gender violence
Castile and Leon	Service for the Addressing of Gender Violence
Catalonia	Programme for the care of victims of intra-family violence
	Programme for a comprehensive approach to violence against women
Extremadura	Standing Committee for the Eradication of Violence against the Woman
Galicia	In the Woman Plan, 2 projects for improvement of the attention and healthcare provided to women in situation of gender violence
Madrid	Programme <i>Atiende</i> (acronym meaning listens/attends)
Navarre	Common indicators of gender violence in the healthcare system
Basque Country	Inter-institutional agreement for improvement in the care of women victims of domestic maltreatment and sexual assault
La Rioja	Inter-institutional agreement for the improvement in the care of women victims of domestic maltreatment, gender violence and sexual assault

Autonomous communities that mention availability of specific resources for addressing sexual assault are: Navarre, La Rioja, the Basque Country and Catalonia (specialised attention programmes for mental health, gender violence and sexual abuse), the Balearic Islands (autonomic protocol for coordination in case of sexual assault) and Cantabria (protocol on healthcare action to deal with victims of sexual assault/ abuse, 2006).

In addition to gender violence observatories and autonomic units for detection of gender violence, the work of autonomic women’s institutes has been important for developing programmes aimed at the prevention and eradication of gender violence, materialising in protocols for coordinated intervention against gender violence, that implicates sectors of society with competence in the care of women in situation of maltreatment. Apart from the ones listed on the previous table the ones shown in table 8 have special significance.

TABLE 8. Protocols for coordinated intervention against gender violence itemised by autonomous community, 2007

Andalusia	Procedure of institutional coordination for prevention of gender violence and care of victims in Andalusia, 2005
Aragon	Procedure of institutional coordination (rough draft stage)
Asturies	Inter-departmental protocol for improving care of women victims of gender violence
Castile and Leon	Frame of reference protocol for professional performance in cases of gender violence in Castile and Leon for coordinated action of the different institutions involved in actions against gender violence
Catalonia	Inter-departmental plan coordinated by the Catalanian Institute of Women and the units of comprehensive response to gender violence
	Frame of reference protocol and national circuit for coordinated action to combat violence against women
Extremadura	Inter-departmental protocol for eradication and prevention of violence against women, 2001
Navarre	Institutional agreement for comprehensive care of women victims of maltreatment and/or sexual attacks
Basque Country	Institutional response protocol in cases of death due to domestic maltreatment

Creation of inter-sectorial groups in the autonomous communities of the Canary Islands, Cantabria, Castile-La Mancha, Galicia and Madrid is progressing in the development of good practices, for instance when integrating a gender perspective in public health for health promotion, when

designing common indicators of gender violence in the healthcare system or establishing quality criteria for evaluating the gender violence training strategy of each autonomous community.

Especially noteworthy is the initiative of Andalusia and Madrid of creating technical tables or commissions at a local level, inter-sectoral and of a multidisciplinary nature, already existing in some provinces and/or towns. These units' target is to make coordination among different institutions easier and to guarantee continuing healthcare at the same time increasing efficacy of care provided. In this sense, especially noteworthy is participation of heads officers representing the healthcare sector in municipal commissions for gender violence follow-up in local councils of the Murcia Community.

It should also be highlighted that all autonomous communities participated in the courses organised by the Observatory on Women's Health in cooperation with the Healthcare National School (*Carlos III* Health Institute), as well as in the I Workshops on Programmes for a response to gender violence held in October 2007.

Protocols for a healthcare response to gender violence were also distributed among various women's centres, social resources, law enforcement bodies and several local councils. On occasion, provincial health services took part in university courses to present the Common Protocol for a Healthcare Response to Gender Violence or in round tables on gender and health organised by local councils with representatives of judicial and law enforcement.

Remarkable initiatives in this regard are: the celebration in Catalonia of the *Barcelona Circuit against violence inflicted on women* to promote dissemination and inter-departmental coordination, and the appointment in Ingesa of a coordinator (social worker) from the Melilla Health Area to combat gender violence against women.

In the training field, the highlight was the "trainers' training" format organised by the autonomous communities of Castile and Leon, Galicia, the Valencian Community, Madrid and Murcia, with the aim of promoting continuing training on gender violence. Galicia and Andalusia also mentioned putting into practice on-line courses in coordination with the Women's Institute in the future.

Specific actions addressed to especially vulnerable groups

Organic Act 1/2004 in article 32.4 establishes that "[...] special consideration will be given to the situation of women who due to personal and social circumstances may be at greater risk of suffering gender violence or increased

difficulty to access services provided for in this Act, such as those belonging to minorities, immigrants, in situation of social exclusion or disabled women”.

With the aim of orienting specific actions that may address special needs and expectations of women pertaining to especially vulnerable population groups that endure gender violence, autonomous communities like Andalusia, Castile-La Mancha, Madrid and Ingesa-Melilla tried to coordinate special resources for prevention and protection of these groups, in consideration of the special situations they confront; Madrid envisages to provide them with prevention and health promotion programmes.

A good example of the latter is an improved attention to these groups, speeding up redirecting mechanisms between primary and specialised care notably when it comes to psychosocial care, and with women’s centres and legal services. As far as age groups are concerned, autonomous communities like Murcia rely on specific protocols for prevention and detection of violence against women over 65 and in others like Catalonia steps are being taken towards their drafting. This autonomous community envisages release of operative documents for addressing healthcare to women at risk of exclusion and Ingesa-Ceuta conducts follow-ups to situations of special vulnerability thanks to a computerised programme.

In addition, in La Rioja Plan II of Care for disabled persons 2006-2009, objectives and measures are envisaged for prevention and response to domestic violence on the disabled and persons at risk. Also the *Social Services Professional Action guide for confronting domestic maltreatment and sexual violence against women* (2006) in the Basque Country includes a section relating to interventions in cases of disabled women and immigrants.

Inter-sectoral work groups were formed for establishing action criteria in accordance with the level of vulnerability of each woman in situation of maltreatment. Training programmes include specific actions for detection and response to cases of women in situations of special risk of suffering gender violence, particularly in needier healthcare areas given their social composition.

Some autonomous communities as is the case of Aragon and Andalusia have started development of specific immigration plans or have created specific work tables on health and immigration, around which the needs and expectations of immigrant women suffering gender violence are approached. To confront gender violence Andalusia held meetings and established cooperation agreements with associations of immigrants and of gipsy women.

In Madrid, the highlights are: specific centres for attention to drug dependent women and programmes for health promotion targeting women in situation of special vulnerability and, in Catalonia, the Master Plan for Mental Health and Addictions. Madrid and Castile and Leon are involved in the research of psychosocial risk factors in these groups whereas Andalusia

focuses on personnel training for effective care to these social groups at disadvantage.

The Valencian Community includes in its protocol a specific section devoted to pregnant women and is researching into *Family Violence against women during pregnancy: social context and approach by healthcare personnel*, with the help of Carlos III Health Institute. The Madrid protocol for primary care alerts to the need for special attention to be provided to these women and in Catalonia the existence of a Programme for Attention to Sexual and Reproductive Health allows proactive screening of gender violence cases during pregnancy monitoring and follow-up. Ingesa-Ceuta includes awareness and prevention contents in maternal education groups.

In those cases in which no special actions for these groups were designed a specific section is envisaged in future protocols for healthcare provision to women in situation of maltreatment.

Other actions

During 2007, some autonomous communities enacted autonomic laws for prevention of, comprehensive response to and protection from gender violence (table 9).

Some referred to approved autonomic plans against gender violence (table 10).

Broadly speaking, effective promotion was given to wide-spreading information, stemming from other institutions, on the existence of resources for the care of women that undergo gender violence (Women's General Directorate, local councils, people's associations for support against violence, etc.).

Asturies highlighted their having implemented programmes for reintegration into work, 15 advisory centres for women that provide legal and social assistance and a centre for comprehensive care of women enduring gender violence. This last community together with Murcia also highlighted fostering house networks for women being maltreated. Aragon promoted fresh resources, like flats and taxis, specifically allocated to maltreated women whilst in La Rioja there exists a neighbour support network for women in situation of maltreatment.

Castile and Leon rely on a specific service for prevention and response to gender violence in the Castile and Leon Health Services and in the Service of Care for Women in Situation of Maltreatment of the Castile and Leon Government.

TABLE 9. Gender violence-relating approved legislation, autonomous community itemised, 2007

Andalusia	Act 13/2007, of 26 November, on prevention measures and comprehensive protection against gender violence
Balearic Islands	Act 12/2006, of 20 November, for the Balearic Female Islander
Cantabria	Act 1/2004, of 1st April, Comprehensive Law for Prevention of Violence Against Women and Protection to Victims
Castile and Leon	Act 1/2003, of 3rd March, of equal opportunities between Castile and Leon's Women and men
	Organic Law 14/2007, of 30 November, on Reform of the Statute of Autonomy. Recognition of the right to non discrimination by gender
Catalonia	Bill of Right of Women to Eradication of sexist male violence passed by the Government of the <i>Generalitat</i> on 17 July, 2007
Valencian Community	Act 9/2003, of 2nd April, of the Generalitat for Equality Between Women and Men
Galicia	Act 11/2007, of 27 July, for prevention and comprehensive approach to gender violence
Madrid	Act 5/2005, of 20 December, against Gender Violence in the Community of Madrid
Murcia	Act 7/2007, of 4 April, for Equality between Women and Men and for Protection against Gender Violence in the Region of Murcia
Navarre	Autonomous Law 3/2002, of 28 November, for Fostering Equal Opportunities Between Navarre Women and Men
Basque Country	Act 4/2005, of 18 February, for Equality of Women and Men of the Basque Country

TABLE 10. Autonomic plans against gender violence, 2007

Asturies	Plan of the Principality of Asturias for Advancement in the Eradication of Violence Against Women, 2002-2004
	Strategic Programme for Progressing Towards Equal Opportunities Between Women and Men, 2005-2007
Cantabria	Action Plan: Health for Women, 2004-2007. Priority Action Line 4: Gender Violence
Castile and Leon	II Plan Against Gender Violence in Castile and Leon, 2007-2011
	IV Plan for Equal Opportunities between Women and Men of Castile and Leon, 2007-2011
Extremadura	Extremadura Government's Action Plan for Progressing Towards Eradication And Prevention of Violence Against Women
	III Plan for Equal Opportunities of Women in Extremadura, 2006-2009 (prevention of gender violence)
Madrid	Comprehensive Plan Against Gender Violence In the Madrid Community 2005-2008
Basque Country	IV Plan for Equality of Women and Men: Gender Violence Strategic Axis
La Rioja	III Comprehensive Plan Against Gender Violence 2006-2009

Cantabria and Catalonia claimed to have developed programmes of diagnosis and treatment for perpetrators, seeking to avoid their reoffending.

Fostering research through projects and participation in studies in Andalusia, Castile and Leon, Catalonia, the Valencian Community and Murcia enabled the identifying of experiences, tackling strategies and existing attitudes towards gender violence both in the healthcare sphere as well as outside. Mention must be made of the cooperation with the Healthcare Research Fund (FIS), the *Carlos III* Health Institute, the Valencia School of Health Studies (EVES), the Institute of Health Studies in Catalonia and the Andalusia School of Public Health.

In Navarre, training for equal opportunities was provided at compulsory secondary education level and Catalonia worked in the introduction of a gender perspective in pre- and post-graduate training. Ingesa-Ceuta included contents related to prevention of gender violence in the school sphere and education activities for health, and the Basque Country relied on a specific programme –*Programa Nahiko*–. Extremadura, in turn, was envisaging prevention of gender violence in the Reference-Frame Plan of Education for Health in Extremadura, 2007-2012.

Likewise, Madrid included a chapter on gender violence in its Population’s State of Health Reports and what also proved significant was the fact that health plans of autonomous communities prioritised the confronting of gender violence as expressed by Andalusia and Extremadura. Even Women’s health specific plans were developed (table 11).

TABLE 11. Women’s health plans, by autonomous community, 2007

Cantabria	Action Plan: Health for Women, 2004-2007
Catalonia	Action Plan and Development of Women’s Policies in Catalonia, 2005-2007
Galicia	Comprehensive Care to Galicia Women’s Health Plan
La Rioja	III Women’s Comprehensive Plan, 2006-2009

Policies for a healthcare response to gender violence in the international sphere

Violence inflicted on women is a universal phenomenon that persists in all countries of the world⁸. Since the Declaration on the Elimination of Violence against Women was issued in 2003 it is in itself a common concern of public policies and hence, health policies have to take into account gender inequalities and integrate the gender perspective⁹. Organic Act 3/2007, of 22 March for effective equality of women and men, in Article 27 establishes the need for integration of the principle of equality in health policies.

Policies, strategies and health programmes materialise explicitly in public documents¹⁰ receiving different names and that in this particular document are called Health Plans. They include a strategic definition of health objectives for a specific period and are a key instrument for the analysis of the health needs of each environment, as well as for planning and evaluation of services offer and for inter-institutional¹¹ coordination.

National health plans define strategic orienting with the purpose of sustaining a national will. They establish priorities agreed by general assent, objectives and activities for the healthcare sector in the light of the policies adopted, actions selected and limits to resources, and offer in turn, an approach of integration that fosters coordination of the various sectors that contribute to health.

It is important for health plans to contemplate equal opportunities and gender violence among their strategic targets as the latter has been internationally recognised as a public health concern and because health systems are often the first point of contact with women in situation of maltreatment. Plans rely on participation of female and male professionals and citizens in general, forming a commitment bond between them and the healthcare sector¹¹; the latter, in turn, needs to feel an implicated party in the prevention of and confronting gender violence.

An analysis of available national health plans in the countries of the European Union and the Americas (n = 48 countries) has been developed in this section, with the purpose of establishing whether or not confronting gender violence is included among their priority objectives in the form of a public health issue.

For conducting an analysis of health plans of American and European countries a systematic search of official documents of selected

countries was made through the web sites of the different Health Departments. For retrieval of such health plans two databases were utilised that compile links to all countries Health Ministries and Departments: the *web* site of the Spanish Association of Cardiology Nurses (www.enfermeriaencardiologia.com/enlaces/ministerios.htm) and the Cuban Health server (www.sld.cu/temas.php?idv=15432).

For actual search of ministries' *web* sites the key words used were: *plan, programa, estrategia or política nacional de salud* and national health plan, programme, strategy or policy.

Once the documents compiled, a selection was made according to inclusion and exclusion criteria (table 12).

TABLE 12. Criteria for inclusion of international health plans, 2007

Plans fully accessed through the Internet
Plans from a healthcare official authority
Plans written in Spanish, English, French, Portuguese, Italian, Rumanian and/or Polish
Plans in which contents is stated that gender violence constitutes a health concern

Language barriers prevented access to plans that could not be understood through reading or translator (Polish and Rumanian). Bearing in mind that health plans are multiannual and objectives are set for the long run, whenever more than one version was found, the ones chosen were those in force at the time or those corresponding to the most recent period available. The period covered with collected data spanned 20 years, from 1995 the longest-standing record in the case of Cuba, to 2015 forecasts for the cases of Poland, Nicaragua and Dominican Republic.

In accordance with applied inclusion criteria, a total of 43 countries were identified that relied on health programmes, health plans, specific policies or with envisaged strategies in the healthcare sphere (table 13 and figs. 2 and 3).

Once the contents of official documents had been duly checked in keeping with the set objectives, a selection of plans was conducted; to be selected they had to incorporate in their formulation, development or assessment, the addressing gender violence and the necessary measures for confronting it. In keeping with the said exclusion criteria 21 countries did not qualify (table 14).

Figure 3. American countries with available health plans.



TABLE 14. Inclusion of gender violence in national health plans among health targets, as per continent, 2007

	Includes	Does not
Europe	7	14
America	15	7
Total	22	21

Thus, a total of 22 countries was obtained with their respective official documents on health policies.

Through reading of plans it was seen that different terminology was used to refer to the gender violence phenomenon (table 15), which shows the different conceptualisation related to it.

TABLE 15. Terminology used to refer to gender violence, 2007

	Countries
Gender violence	Spain, Dominican Republic and Uruguay
Domestic violence	Finland, Ireland, Poland and Portugal
Family or intra-family violence	Argentina, Bolivia, Brazil, Colombia, El Salvador, United States, France, Hungary, Mexico, Nicaragua, Panama and Venezuela
Violence against women	Paraguay
Marital violence	Canada
Total	21*

*Haiti only refers to sexual violence.

Domestic violence is the most widespread expression in Europe, Spain being the only country that uses the expression gender violence to define this specific kind of violence. The Dominican Republic and Uruguay also incorporated the term gender, but most countries in the Americas are more inclined to use the term family or intra-family violence, where its most affected members are women together with other members of the family.

Other countries use terms like marital violence (Canada) or violence against the woman (Paraguay).

Four out of 22 countries that regard gender violence as a public health priority target, do it indirectly. Such is the case of France, Hungary, the United States and Haiti.

Hungary and the United States regard gender violence as a health issue but deriving from abuse of toxic substances like alcohol or drugs, that is to say as the direct consequence of a specific health problem but not as an independent entity requiring specific attention.

France relates violence to the family sphere and includes the objective of addressing violence within a global approach of health promotion with the implication of other sectors' heads (mental health, employment, housing, family, etc.). Finally, Haiti's health plan only refers to sexual violence.

In cases where there exists a national strategy to confront gender violence from the healthcare sphere, health plans have been classified according to actions envisaged for confronting it and whether they are taken at primary, secondary or tertiary level of prevention (tables 16-18).

As regards classification of levels of intervention from a public health perspective, 9 out of 22 countries whose health plans were analysed fell within primary care insofar as envisaged actions aimed to avoid the outbreak of violence.

TABLE 16. Primary prevention level within the national strategy to confront gender violence, 2007

Country	
Argentina	Actions aimed at promoting health, targeting school children and adolescents, that include sexual health and violence aspects
Canada	Activities targeting prevention of violence among youngsters, such as development of social skills and the promotion of peaceful behaviours
	Awareness and information campaigns targeting wider society for preventing all kinds of violence
	Social communication campaigns addressed to minors, adolescents and adults on prevention of marital violence and sexual assault
Colombia	Education, information, communication and social mobilisation strategies with an ethnic-cultural approach for fostering good treatment and for integral prevention within the health field for victims of violence and sexual abuse
	Promotion of initiatives with a community approach directed towards improving coexistence of individuals, families and the community itself. These initiatives include promotion of mental health and intra-family violence prevention
El Salvador	Activities for promotion of mental health among adolescents aimed at preventing family violence
Mexico	Communication and family violence campaign in coordination with Authorities and Institutions from all Government sectors
Nicaragua	Educational campaigns for reducing all forms of family and sexual violence
	Health personnel training for comprehensive care of victims
	Activities for promoting knowledge, healthy attitudes and habits in persons, family and community
Panama	Creation of international networks for prevention of intra-family violence
Dominican Republic	Development of strategies for preventing bodily harm deriving from intra-family violence through promotion of a violence-free culture
	Activities for fostering development of programmatic networks (national, provincial and local) for prevention and control of mental health and family violence
Venezuela	Inducement workshops relating to violence against woman and family and prevention of maltreatment to children and adolescents

TABLE 17. Secondary level of prevention in the national strategy to confront gender violence, 2007

Country	
Canada	Clinic/medical personnel training for detection of sexual assault and marital Violence signs
Spain	Activities for improving the National Health System's prevention, detection and care of women at risk or suffering gender violence
Uruguay	Healthcare attention for victims of domestic violence (mention of the privileged situation of the healthcare sector for detecting domestic violence)

TABLE 18. Tertiary prevention level in the national strategia to confront gender violence, 2007

Country	
Brazil	Services for taking care of women victims of intra-family violence
Ireland	Programme of support to victims that includes financing fostering houses, centres and other institutions to help victims of rape and domestic violence
Mexico	Activities for extending access to specialised medical and psychological care to persons undergoing situations or suffering the consequences of family violence
Paraguay	Programmes of care of victims of intra-family and gender violence (national policy 2005-2008)
Portugal	Programmes of support to victims of violence
Venezuela	Programmes for care of victims of intra-family and sexual violence

Spain and Canada qualified for secondary level of intervention, with measures focusing on first responses after violence outbreak. Never the less Spain also envisages preventive actions although no mention is made of which these would be.

The 6 remaining countries mention actions focusing on long term care subsequent to the violent act, which belongs to the tertiary prevention sphere.

Summary of actions taken in the National Health System

Actions taken by the Ministry of Health and Consumers' Affairs on gender violence matters in 2007

During 2007, the Ministry of Health and Consumers' Affairs through the Observatory on Women's Health developed a significant number of actions to deal with gender violence.

In this section the most relevant ones are classified as issues of:

- The Commission Against Gender Violence of the National Health System's Interterritorial Council.
- Research and Training.

Commission against Gender Violence of the National Health System's Interterritorial Council

As mentioned in previous reports, on November 17, 2004, prior to enactment of Organic Act 1/2004 of December 1st, 2004, the Commission against Gender Violence was created within the Interterritorial Council of the National Health System (*CISNS* for reference, *NHSIC* in this report). The Observatory on Women's Health at the Directorate General of the National Health System's (NHS) Quality Agency of the Ministry of Health and Consumers' Affairs (MHCA) was to hold its Secretaryship.

Likewise, the Ministry's Health General Secretariat has since presided the Commission and been in charge of advising the *CISNS* (*NHSIC*) on all matters relating to healthcare services' action to confront the gender violence phenomenon, acting as the technical support organ and proposing concrete measures after previous consensus of autonomous communities.

In order to conduct the actions required in the healthcare sector in compliance with Chapter III of Organic Act 1/2004, the Commission created a series of technical work groups. These groups are made up of representatives of the autonomous communities, the Ministry of Health and Consumers' Affairs' Public Health General Directorate, the Woman's Institute and the Government's Special Delegation for Violence against Women. Also and in accordance with the subject matter of each group, different representatives of various research and academic institutions integrate the different groups

with the aim of acting as their technical advisors (National Centre for Epidemiologic Surveillance and National Healthcare School of the *Carlos III*, Health Institute Andalusia School of Public Health, University of Alicante and *Reina Sofia* [Queen Sophia] Centre of Valencia).

The guidelines the Commission, in their work, followed during 2007 agree with the National Plan for Awareness and Prevention of Violence Against Women released on December 15, 2006 by the Government's special Delegation to combat Violence against women, referred to in Organic Act 1/2004 that specifically for the healthcare sector, establishes training of professionals and development of common criteria for a healthcare response to gender violence in what falls within the health area.

In keeping with these new requirements, at the Commission meeting of January 30, 2007 a new work group specialising in the training of healthcare professionals in gender violence matters, was officially born. Thus, the Commission organising in work groups during 2007, is set as follows:

- Systems of information and epidemiologic surveillance of gender violence.
- Protocols and healthcare action guides.
- Ethical and legal aspects of healthcare action against gender violence.
- Healthcare actions assessment.
- Training of healthcare professionals in gender violence matters.

As established in Gender Violence 2006 Report, to become part of the work groups, each autonomous community is entitled to appoint a technical expert for each one of them ideally ensuring their presence in at least two of them. The ultimate target of the groups is to progressively set common standards, to be adopted in the National Health System, for improving the quality of health care of women in situation of maltreatment as well as that of their children where applicable. As regards this the functioning methodology of the groups is solidly based upon permanent contact through Internet e-mail and holding periodical meetings at the Ministry of Health and Consumers' Affairs. At these meetings information is collected and data and good practices exchanged and shared with the purpose of drafting specific products that each group will submit to the Plenary of the Commission for revision and subsequent approval.

During this year three main events took place that deserve highlighting. On the one hand the Common Protocol for a Healthcare Response to Gender Violence was issued and on the other the Quality Criteria in Basic Training and Common Indicators for Monitoring Gender Violence in the Healthcare System were approved. Below, closer attention is given to it all.

As discussed in previous reports, and as a result of the work developed by the Commission groups since the middle of 2005, Elena Salgado the, at the time, Minister of Health and Consumers' Affairs, presented at the Plenary Meeting of the *CISNS* (NHSIC), on 12 December, 2006, a report on actions taken by the Commission, in which she highlighted the rough draft of the Common Protocol for a Healthcare Response to Gender Violence. This protocol takes into account the particular features of the different healthcare levels (primary, specialised and casualties care) and offers female and male professionals working for each of these services, specific recommendations for detecting and caring for cases of gender violence arising in the healthcare area. Directions for correct drafting of grievous bodily harm reports and guidelines for prevention of gender violence in the frame of the NHS are also included. The protocol concludes with an application plan that intends to ensure its unified development within the National Health System and the promotion of contacts among the different autonomous communities.

So, on April 23, 2007 *the Common Protocol for a Healthcare Response to Gender Violence* was officially presented with the added value of having been passed by general assent of all autonomous communities.

In the Commission meeting of 26 September, 2007, the list of basic quality criteria for training NHS professionals in the response to gender violence matters, to be applied to training activities relating to this particular issue, was approved by consensus. Likewise, educational and instruction objectives necessary to meet the set quality standards, were also approved as well as a proposal concerning indicators for assessment of quality of the training imparted.

At this same meeting the list of common epidemiological and healthcare indicators of gender violence was approved for the whole of the NHS, having considered for its drafting the proposal for general indicators presented by the State Observatory on Violence Against Women.

Subsequently at the *CISNS* (NHSIC) meeting of December 14, 2007, both proposals were officially presented and approved.

Finally, given the common occurrences in healthcare personnel and forensic teams' activity when dealing with gender violence, the possibility of their mutual cooperation was considered. To this end, drafting of a *common protocol for coordination with forensic units for comprehensive assessment* is proposed, to be conducted by the ethical and legal aspects group in collaboration with forensic medicine professionals specialising in gender violence.

Research and training

Apart from the habitual duties derived of holding the Secretaryship to the Commission Against Gender Violence, the Observatory on Women's Health (OWH) includes in its strategic action lines the promoting of knowledge on gender inequalities in health and the strengthening of the gender approach in health policies.

Approaching research and training in the healthcare field with a view to improving the quality of care given to women suffering gender violence and to their children, is the foundation of several OWH's products and actions. To follow, and only schematically, an account is given of all that was achieved in 2007 including that approved by the CISNS's (NHSIC) Commission Against Gender Violence:

Research

- Fifteen years of experience of the *CARRMM* (Centre for the Care, Recovery and Reintegration of Maltreated Women [CCRRMM]) invested in the comprehensive reintegration of women and children victims of gender violence (1991-2006). It amounts to a sociological report.
- Selection of key readings on measuring magnitude, distribution and etiology of gender violence, for drafting of educational material. Report and methodological addendum.
- Collection of an anthology of key scientific articles on attention and detection of gender violence in healthcare.
- 2006 Report on dealing with gender violence within the NHS.
- Common Protocol for a Healthcare Response to Gender Violence.
- Common Indicators and Quality Criteria in Basic Training for Dealing with Gender Violence in the National Health System.

Training

In cooperation with the Healthcare National School (*Carlos III* Health Institute) and the Women's Institute, the following training actions were developed:

- Training Trainers for Prevention and Attention to Gender Violence, 3rd edition.
- Prevention and Attention to Gender Violence for Mental Health Teams, 2007, 4th ed.
- I Symposium on Programmes for Prevention, Detection and Attention to Gender Violence.

In cooperation with Scientific Societies of Professionals:

- SEMERGEN State Congress (Spanish Society of Primary Care Physicians). Presentation and dissemination of publications by the Observatory on Women's Health 2005-2007, including 2005 Gender Violence Report and the Common Protocol for a Healthcare Response to Gender Violence.
- XXI *SEMFYC* State Congress (Spanish Society of Family and Community Medicine) 2007. Salamanca, 9 November, 2007. Round Table on Health Policies and Healthcare Response to Gender Violence; international, national and local experiences.

Finally, during the Pre-IV Forum Workshops on Women Health and Gender, organised at the Ministry of Health and Consumers' Affairs, the Seminar: Methodologies on Evaluation of Healthcare Policies in Gender Violence, was held, targeting technical personnel cooperating in the work groups within the Commission Against Gender Violence of the National Health System's Interterritorial Council.

Bibliography

1. UNO. Resolution of the United Nations' General Assembly, 1993.
2. UNO. United Nations' General Assembly. Resolution. 48/104.
3. Alberdi I, Matas N. *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002.
4. Human Development Report. Gender and human development, 1995 (accessed 10 October, 2005).
Available at: <http://hdr.undp.org/reports/global/1995/en/>
5. Yu M, Sarry R. Women's Health Status and Gender Inequality in China. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1.885-1.898.
6. Villar A, Herrero C, Soler A. *Capital humano y desarrollo humano en España. Sus comunidades autónomas y provincias 1980-2000*. Madrid: Bancaja e Ivie, 2004.
7. Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Carrasco-Portiño M, Torrubiano-Domínguez, J. *El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España*. *Gac Sanit* 2007; 21(3): 242- 246.
8. World Health Organisation. WHO Multi-country Study on women's Health and Domestic Violence against women (accessed 27 June, 2008).
Available at:
www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
9. Borrell C, Artazcoz L. *Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro*. *Rev Esp Salud Pública* 2008; 82: 245-249.
10. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C et al. *Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue*. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 2): 36-46.
11. Ministry of Health and Consumers' Affairs. *Marco Estratégico para la Mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012*. Proyecto AP-21.

The now presented 2007 Annual Report on Healthcare Response to Gender Violence in the National Health System (NHS) is the third this Commission has drafted. It aims principally at providing an overall view of strategies, plans and programmes for comprehensive healthcare attention to the health of women in situations of gender violence, all of them drafted at the Commission and approved by the NHSIC within homogeneous action guidelines agreed by consensus for enforcement in the National Health System as a whole.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.msp.es

Informe Violencia de Género 2007

Andalucía



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

Durante 2007, las actuaciones relacionadas con la violencia de género por parte del personal sanitario en los centros de atención primaria y atención especializada han continuado estando guiadas por el protocolo de actuación que se editó con el nombre de *Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos* (2001) y el *Procedimiento de coordinación institucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Andalucía* (2005), adaptados a las características de cada provincia, señalando circuitos y teléfonos de referencia de cada centro.

Este último documento recoge directrices establecidas en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2007), como el registro en la historia clínica de situaciones, signos y síntomas, tanto físicos como psicológicos, que permitan la detección precoz de violencia; impulsar las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada; en los informes reflejar el estado psicológico; ante el diagnóstico de las situaciones de violencia de género establecer un plan de actuaciones, con el consentimiento de la mujer y garantizando la confidencialidad, así como valorar e intervenir con menores víctimas.

Para facilitar estas actuaciones en relación con la violencia de género, se incluyen objetivos específicos relacionados en los distintos documentos de planificación: plan de salud, contrato programa, cartera de servicios y mapa de competencias.

Con intención de implantar en la Comunidad Autónoma de Andalucía el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Géne-

ro, en el año 2007 se ha revisado su contenido con objeto de adaptarlo a las características y necesidades de esta comunidad autónoma e implantarlo en el año 2008.

Además, se ha diseñado un nuevo modelo del tradicional parte de lesiones, que responde a las necesidades planteadas en el protocolo común. La aplicación de este nuevo modelo de parte en todos los centros del sistema sanitario público andaluz se realizará en 2008. Estará disponible en formato papel y en formato electrónico. Además de recoger información que facilite la actuación judicial, incluye una cuarta copia con objeto de obtener una información más precisa acerca de la magnitud de la violencia y las características de las mujeres que la padecen, atendiendo a los indicadores comunes para la violencia de género en el sistema sanitario. Y como novedad, se ha sustituido el término “parte de lesiones” por el de “parte judicial” para evitar la habitual asociación entre parte de lesiones y lesiones físicas, dejando de lado la emisión del parte cuando la causa es violencia psicológica (fig. 1).

Figura 1. Parte judicial, 2007 (Andalucía)

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

Durante 2007 se ha puesto en marcha un grupo de trabajo para elaborar un protocolo de detección e intervención sobre violencia contra las mujeres para los equipos de salud mental de distrito. Se han reunido distintos grupos de discusión en los cuales han participado profesionales de dispositivos y equipos de salud mental (psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social) de toda la comunidad autónoma, así como asociaciones de mujeres y mujeres atendidas en estos equipos que han sido víctimas de violencia de género.

Está prevista la publicación e implantación de este protocolo específico en 2008.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

Las mesas o comisiones técnicas de salud que existen en distintas provincias con una composición multidisciplinaria (trabajo social, medicina de urgencias, medicina de familia, ginecología, enfermería, atención a la ciudadanía, etc.) representan un ejemplo de buena práctica en este caso. En algunas ciudades están funcionando también en el ámbito municipal. Tienen como objetivo facilitar la coordinación y la continuidad asistencial aumentando la eficacia en la intervención.

Las mesas o comisiones técnicas intersectoriales (salud, fuerzas y cuerpos de seguridad, medicina legal, fiscalía, juzgados, servicios sociales y organismos de igualdad, educación y asociaciones) se reúnen para facilitar la coordinación entre los diferentes organismos y mejorar la atención a las mujeres.

En algunas de estas comisiones ha sido posible establecer acuerdos con la fiscalía para facilitar la investigación de posibles situaciones de violencia, prestando especial protección a la situación de las mujeres.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género

Factores facilitadores:

- Acciones formativas planificadas con enfoque de género que facilitaran la implantación del protocolo y la participación en éstas de profesionales de otros ámbitos (justicia, igualdad, etc.).

- Disponibilidad presupuestaria para llevar a cabo dichas acciones formativas.
- Disponibilidad de materiales validados en soporte audiovisual para facilitar la formación.
- Inclusión en la historia digital de determinadas preguntas y recomendaciones que establece el protocolo para aplicar de forma habitual una atención adecuada a la violencia de género.
- Existencia de grupos de personas para asesorar, supervisar y reorientar la actividad clínica en relación con la violencia contra las mujeres.
- Extender la organización en comisiones de trabajo de salud, por un lado, y, por el otro, intersectoriales, en los diferentes niveles territoriales (local, provincial, autonómico y estatal) que permitiera unificar criterios, líneas de actuación y compromisos para la mejora de la atención a las mujeres.
- Facilitar la existencia de un sistema de información que permitiese conocer la incidencia real de la violencia contra las mujeres y las características de esta violencia.
- Acciones de difusión dirigidas a visibilizar la violencia contra las mujeres y la necesidad de intervención como problema de salud.
- Avanzar en el desarrollo de protocolos de actuación en atención especializada que facilitaran las acciones formativas.

Factores que dificultan:

- Falta de formación específica en violencia contra las mujeres desde una perspectiva de género de las y, sobre todo, los profesionales sanitarios.
- El hecho de que esta formación debe abarcar a la totalidad de los y las profesionales, incluyendo los continuos cambios de personal y las nuevas incorporaciones, siendo necesarias acciones continuadas y no puntuales.
- En el caso de esta comunidad autónoma, las limitaciones territoriales y el volumen de profesionales a quienes tiene que llegar la formación con los recursos económicos que ello implica.
- Presión asistencial sentida por los profesionales en las consultas.
- Abrumadora “judicialización” de la atención sanitaria, haciendo especial hincapié en la problemática que encierra la emisión sistemática del “parte de lesiones” o no ante la sospecha o confirmación de una situación de malos tratos, en lugar de establecer acuerdos con la fiscalía que solventara esta presión.

- Consideración de la violencia como problema social sin asumir que también es un problema de salud.
- Dificultad en la coordinación eficiente, sobre todo con forenses para las actuaciones ante agresiones sexuales.
- Asegurar el acompañamiento de la mujer maltratada.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

Se han desarrollado actividades formativas específicas para la detección y atención a los malos tratos en la mujer inmigrante para personal sanitario de distritos de atención primaria en los cuales hay mayor presencia de población originaria de otros países (Almería, Jaén y Huelva).

Además, en colaboración con los servicios sociales comunitarios de ayuntamientos, se ha abordado la atención a la violencia de género en zonas de transformación social y se han establecido colaboraciones con asociaciones de mujeres gitanas y con asociaciones de inmigrantes.

Se han desarrollado otras actividades formativas y de sensibilización dirigidas a profesionales sanitarios(as) acerca de otras formas de violencia, fundamentalmente MGF (mutilación genital femenina).

También se están estableciendo convenios de colaboración con entidades que están abordando otras formas de violencia de género en las cuales se encuentran mujeres en situación de especial vulnerabilidad, para investigar acerca de las peculiaridades que presentan estas situaciones, diseñando nuevas necesidades y formas de intervención.

Otras actuaciones de interés

En el año 2007 se aprobó en el Parlamento de Andalucía la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.

En el año 2007 se ha comenzado a constituir un grupo de profesionales con distintos perfiles sanitarios para crear una red de profesionales que facilite la formación en el sistema sanitario público andaluz en materia de violencia de género y los objetivos educativos para dicha formación establecidos en la Comisión contra la Violencia de Género del CISNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud). El grupo inicial de la red está constituido mayoritariamente por personas con experiencia en actividad docente y ha sido formado en la Escuela Nacional de Sanidad. En la

actualidad, comienza sus actividades con el apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública y ya tiene previstas sus próximas actividades.

Mientras tanto, las actividades de formación continuada al personal sanitario que, al igual que en años anteriores se están desarrollando en materia de violencia de género, correspondientes al 2007 se presentan en la tabla 1.

En cuanto a la información relacionada con los partes judiciales emitidos desde los distintos dispositivos sanitarios, los datos relativos al año 2007 aparecen reflejados en la tabla 2.

TABLA 1. Actividades de formación continuada al personal sanitario en violencia de género, 2007 (Andalucía)

Título de la actividad	Número de horas	Número de ediciones	Participantes	
			Número	Tipo
Abordaje de la violencia de género en los EBAP	20	1	20	Personal facultativo y de enfermería
Taller sobre abordaje de la violencia contra la mujer	15	2	52	MIR
Taller sobre violencia de género	6	1	40	Personal facultativo y de enfermería
Atención a las víctimas de violencia de género	10	1	20	Varios
Taller de análisis del circuito en la atención sanitaria en los casos de violencia de género	6	1	15	Varios
Taller para el análisis del circuito en la atención sanitaria en los casos de violencia de género	12	1	15	Varios
Taller para el análisis del circuito en los casos de violencia de género	10	1	20	Personal facultativo, de enfermería y MIR
Violencia de género: análisis de la atención sanitaria	50	1	50	Personal facultativo, de enfermería y MIR
Talleres para análisis del circuito en la atención sanitaria en casos de violencia de género	6	2	30	Varios
Talleres para análisis del circuito en la atención sanitaria en casos de violencia de género	12	1	15	Varios
Violencia de género	60	3	60	Varios
Taller de análisis del circuito en la atención sanitaria en los casos de violencia de género	12	1	20	Personal facultativo y de enfermería
Prevención y asistencia en la violencia de género	30	1	30	Varios

Atención al ciudadano en situaciones especiales (dependencia, inmigrantes o malos tratos)	30	1	20	Personal facultativo, de enfermería, otros y MIR
Abordaje de la violencia contra las mujeres desde el ámbito sanitario	20	2	50	MIR
Aproximación a la violencia contra las mujeres	10	1	25	Personal facultativo
Atención a la persona usuaria, atendiendo a la perspectiva de género	28	1	20	Personal técnico, administrativo, de enfermería y varios
Violencia doméstica	15	1	25	Personal facultativo, de enfermería y otros
Taller de abordaje del maltrato dirigido a profesionales de urgencias	18	6	90	Personal facultativo, de enfermería y SSGG
Abordaje al maltrato	14	1	25	Personal facultativo, de enfermería, varios y MIR
Abordaje del maltrato	20	1	30	Varios
Rol de género y salud mental	30	1	30	Personal facultativo, de enfermería, varios y MIR
Abordaje de la violencia de género en atención primaria de salud	30	1	20	Varios
Abordaje en la consulta del médico de familia de la violencia contra la mujer	25	1	30	Personal facultativo y de enfermería
Abordaje en medicina de familia de la violencia contra las mujeres	54	2	49	MIR
Prevención y atención de la violencia de género	30	1	30	Personal facultativo, de enfermería y otros
Taller de abordaje de la violencia hacia las mujeres en atención primaria	25	1	25	Personal facultativo, de enfermería, varios y otros
Curso de violencia de género en el ámbito sociosanitario	30	1	30	Varios

EBAP, equipos básicos de atención primaria; MIR, médico interno residente; SSGG, servicios generales.

TABLA 2. Información de partes judiciales en violencia de género, 2007 (Andalucía)

	Maltrato/agresión física	Agresión sexual	Total
Hospitales	1.232	163	1.395
Atención Primaria	4.678	122	4.800
Total	5.910	285	6.195



Informe Violencia de Género 2007

Aragón



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

 GOBIERNO DE ARAGON

La Comunidad Autónoma de Aragón ha desarrollado una trayectoria de prevención, atención y seguimiento a la mujer víctima de violencia de género desde hace años, fundamentalmente a través del Departamento de Salud y del Instituto Aragonés de la Mujer, siempre bajo una actuación coordinada y de colaboración.

En el año 2005, el Departamento de Salud y Consumo desarrolló e implementó la *Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica* que fue muy bien recibida por los y las profesionales y las sociedades científicas. Desde entonces ha seguido una trayectoria centrada en impulsar acciones de sensibilización y formación de los y las profesionales sanitarias, de colaboración con otras instituciones implicadas, implementación de un sistema de formación, etc.

En el año 2007 y con motivo del inicio de una nueva legislatura, el Departamento de Salud y Consumo ha establecido las estrategias y actuaciones que deberán desarrollarse en los próximos 4 años. En la Estrategia 4 “Suficiencia, calidad y equidad de la oferta de servicios” figura el programa de atención integral a la mujer con una visión transversal y longitudinal de atención a todos los problemas de salud a lo largo del ciclo vital y de la integración de procesos propios de “género”. En este sentido, se incluyen las actuaciones relacionadas con la atención integral ante situaciones de violencia de género de manera específica; con ello se desea resaltar la importancia que tiene para este departamento esta situación.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

La Comunidad Autónoma de Aragón ha ido desarrollando acciones de sensibilización y formación del personal de atención primaria en la atención a

las mujeres víctimas de violencia doméstica en el marco del protocolo acordado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y de la *Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica* del Departamento de Salud y Consumo. En este sentido, a lo largo de 2007 se ha incidido especialmente en dos aspectos fundamentales para ofrecer mayor calidad a la atención prestada:

- Proporcionar a la mujer una atención integral y continuada.
- Reconocer la violencia de género como un problema de salud pública.

En este sentido, se ha incidido en dos colectivos clave: médicos(as) de medicina familiar y comunitaria en formación y trabajadores(as) sociales. Esta formación siempre se ha realizado en colaboración con el Instituto Aragonés de la Mujer que aporta aspectos clave de las necesidades, expectativas y vivencias de la mujer en relación con el sistema sanitario.

En todos los casos, la formación se acompaña de un material documental básico en que se incluye el Protocolo Común para la Atención Sanitaria ante la Violencia de Género.

Los objetivos específicos han sido:

1. *Profesionales en formación de medicina familiar y comunitaria:*

- Sensibilizar ante las situaciones de violencia hacia la mujer como un problema de salud.
- Proporcionar conocimientos y habilidades para la detección precoz y el abordaje integral.

2. *Trabajadores(as) sociales:*

- Conocer los conceptos de la violencia de género y sus determinantes.
- Desarrollar habilidades para la escucha y comprensión de las mujeres que sufren malos tratos.
- Detectar precozmente situaciones de malos tratos en las mujeres a partir de la valoración de indicadores sospecha.
- Incorporar la intervención grupal en la prevención y atención al maltrato.
- Mantener coordinación y colaboración constante con los dispositivos sociales, policiales y legales.
- Proporcionar información sobre los recursos sociales existentes para la atención.

Los cursos se han realizado en las tres provincias y en total se han formado 56 médicos residentes y 20 trabajadores sociales. Además, se ha reforzado la formación con cursos de 20 horas en profesionales de atención primaria: 10 médicos, 21 enfermeras y 20 trabajadores(as) sociales.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

Al igual que en el caso de atención primaria, las actuaciones en atención especializada se han centrado fundamentalmente en la sensibilización y formación de personal, siempre en coherencia ambas actuaciones. En el caso de los y las profesionales de este nivel asistencial, la formación se ha dirigido a los siguientes colectivos:

- Profesionales de enfermería que desarrollan labores de selección en los servicios de urgencia de los hospitales generales.
- Profesionales de salud mental.

En todos los casos, la formación se acompaña de un material documental básico en que se incluye el Protocolo Común para la Atención Sanitaria ante la Violencia de Género.

Los objetivos específicos han sido:

1. *Personal sanitario de salud mental:*

- Detectar precozmente los efectos de la violencia de género y su impacto en la salud de las mujeres maltratadas mediante una correcta identificación de éstas.
- Proporcionar una atención psicosocial integral a las mujeres maltratadas desde la perspectiva de género remitidas a los equipos de salud mental por los servicios de atención primaria y atención especializada.

2. *Personal de enfermería con labores de selección:*

- Facilitar a las personas participantes en la acción formativa conocimientos prácticos necesarios para atender adecuadamente a las víctimas de la violencia de género que acudan al servicio de urgencias.
- Conocer las pautas de actuación y las posibilidades de actuación ante un caso de maltrato.
- Conocer los recursos sociales y sanitarios disponibles y criterios de derivación.

Un valor añadido de esta iniciativa es el conocimiento personal de todos aquellos profesionales que, en una u otra fase de la atención a la mujer, pueden intervenir. Ello contribuye a la cohesión de actuaciones, a la búsqueda de soluciones compartidas y apoyadas entre todos. La experiencia hasta la fecha es muy satisfactoria con una gran colaboración y cooperación por parte de los y las profesionales. Además, ha servido para la creación de recursos nuevos en las comarcas, como la disponibilidad de pisos, taxis específicos para atender demandas ante mujeres víctimas de violencia, etc.

El curso a personal de enfermería de traje se ha realizado en Zaragoza y en él han participado 13 personas. En el ámbito de la salud mental se han formado 25 personas: 5 titulados superiores, 15 enfermeras de salud mental y 5 trabajadores de salud mental.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

El trabajo que de manera coordinada se está desarrollando desde el Departamento de Salud y Consumo y el Instituto Aragonés de la Mujer en cada una de las comarcas tiene como finalidad ofrecer una actuación verdaderamente integral y coordinada en la atención sanitaria, social y judicial que se ofrece a la mujer víctima de violencia.

Se trata de una atención integral pionera en el medio rural de esta comunidad autónoma que dé atención a las mujeres residentes en ella, en su entorno y que se pueda implantar en otras comarcas de la comunidad autónoma a la vista de los resultados alcanzados.

Se trata de coordinar actuaciones y recursos específicos, alternativas y protección con especial atención a las situaciones de emergencia y colectivos más vulnerables. Todo ello se pretende plasmar en un protocolo de actuación específico de la comarca.

En el marco de este proyecto se ha dado formación específica a profesionales de las comarcas de Calatayud (6 médicos, 10 profesionales de enfermería, 10 trabajadores sociales y 10 profesionales de otros ámbitos) y de las Cinco Villas (5 profesionales de enfermería, además de profesionales de otras instituciones no sanitarias).

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género

Agentes facilitadores

La buena colaboración entre el Instituto Aragonés de la Mujer y el Departamento de Salud y Consumo ha sido clave a la hora de la sensibilización de los y las profesionales sanitarias ya que se les ofrece la visión integral biopsicosocial de la violencia contra la mujer.

La buena predisposición de todas las instituciones en general (fuerzas y cuerpos de seguridad, personal judicial, etc.) facilita el conocimiento de las

distintas visiones que se tienen del problema desde cada uno de los agentes intervinientes y contribuye a la colaboración y coordinación de funciones.

Agentes que dificultan

La carencia de un sistema de información integral que permita conocer si una mujer es víctima de violencia de género y las características básicas y consecuencias de ésta, independientemente de donde sea atendida, es un factor que dificulta la implantación del protocolo de violencia de género. Esta información es clave para ofrecer una atención integral e integrada.

Otro agente que dificulta es el creado por el conflicto ético y profesional que se le plantea a un médico o médica cuando tiene que optar entre emitir un parte de lesiones ante el conocimiento de una situación de violencia –tal y como marca la legislación– y la negativa de la mujer de dar a conocer su situación más allá de la intimidad de la consulta.

La falta de coordinación entre trabajadores sociales del medio rural y los y las profesionales sanitarias, fundamentalmente debido a la escasez de profesionales por parte de los ayuntamientos (de los cuales depende servicios sociales municipales) y disponibilidad de recursos es otro factor que dificulta esta implantación del protocolo ya que, en muchos casos, existe, pero su actividad en determinado municipio se reduce a un número muy limitado de horas.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

No se han diseñado acciones específicas para colectivos especialmente vulnerables, como mujeres discapacitadas, inmigrantes o en desventaja social. A lo largo de esta legislatura se tiene la intención de abordar de manera específica estos colectivos.

En particular, ya se ha iniciado el desarrollo del II Plan de Inmigración con una mesa específica de trabajo sobre salud e inmigración en la cual se abordarán las cuestiones referidas a las necesidades y expectativas específicas de las mujeres inmigrantes que sufren violencia de género. En este sentido, se considera trascendente desde el departamento conocer cuál es la realidad de la población inmigrante en cada zona de salud por sexo. La finalidad es orientar actuaciones concretas y no generalizadas, dirigidas específicamente a aquellas zonas de salud que, por su realidad de composición social, tienen mayor necesidad.

Otras actuaciones de interés

Se colabora con el Instituto de la Mujer y la Delegación del Gobierno en Aragón en el desarrollo de un procedimiento de coordinación interinstitucional que en estos momentos está en fase de borrador.

El Departamento de Salud y Consumo forma parte del Consejo Rector del Instituto Aragonés de la Mujer con la finalidad de coordinar todas las actuaciones departamentales e impulsar actuaciones específicas en cada uno de ellos para la atención y apoyo a las mujeres víctimas de violencia.

Se está desarrollando en el marco de la aplicación OMI-AP (oficina médica informatizada en atención primaria) una pantalla específica para la recogida de datos de la mujer víctima de violencia en el ámbito de atención primaria.



Informe Violencia de Género 2007

Asturias



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



En el Principado de Asturias se han aprobado diversos planes que incluyen un conjunto de actuaciones contra la violencia de género: el Plan del Principado de Asturias para avanzar en la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2002-2004 fue el primero en que se abordó, con anterioridad a la aprobación de la Ley Integral, un enfoque que comprometía actuaciones en diversas áreas del Gobierno. El Programa de estrategias para avanzar en la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres 2005-2007 reforzó las actuaciones de la comunidad autónoma contra la violencia de género que culminaron con la puesta en marcha del Centro de Atención Integral para las Mujeres Víctimas de la Violencia de Género.

Con el fin de cumplir adecuadamente los mandatos de la Ley Integral contra la Violencia de Género, así como para profundizar en las actuaciones establecidas en los mencionados planes se elaboró el *Protocolo Interdepartamental para Mejorar la Atención a las Mujeres Víctimas de la Violencia de Género* que establece procedimientos de atención a las víctimas en cinco ámbitos, correspondientes a las competencias de la comunidad autónoma, que se interrelacionan de manera complementaria para asegurar una atención integral:

- Ámbito sanitario.
- Ámbito judicial.
- Ámbito de igualdad de oportunidades.
- Ámbito sociolaboral.
- Ámbito de servicios sociales.

Desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias se revisó el protocolo de atención sanitaria para las mujeres víctimas de violencia de género, que estaba en vigor desde 2003, para adaptarlo a las nuevas normativas y disponibilidad de recursos recogidos en el protocolo interdepartamental.

Los protocolos son un gran apoyo para los y las profesionales en su actuación y un beneficio para las mujeres víctimas de malos tratos. La protocolización de las intervenciones permite, entre otras acciones, la definición del campo concreto de la intervención sanitaria, estableciendo de manera explícita sus competencias y los límites a su actuación; facilita la ubicación de los y las profesionales sanitarias en el proceso completo y garantiza la información adecuada a la mujer de los recursos a su alcance.

Al mismo tiempo, permiten, al igual que en cualquier proceso asistencial, establecer unos criterios de idoneidad y un uso apropiado de los procedimientos asistenciales, formular estándares de calidad asistencial para estas complejas situaciones y homogeneizar criterios de buena práctica en la detección y atención al maltrato.

El *Protocolo Sanitario para Mejorar la Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género*, revisado, está en vigor desde noviembre de 2007.

Tal y como ya se realizaba en años anteriores, el *Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (Registro Vimpa)* editó los informes semestrales de 2007 y el anual correspondiente al año 2006. Cabe destacar que de este registro se pueden obtener casi todos los indicadores consensuados en la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud respecto a la magnitud del problema, el nivel de atención, las características del maltrato, las características de la mujer maltratada y las características del tipo de atención recibida.

Servicio de Atención Psicosocial a la Mujer

El *Servicio de Atención Psicosocial a la Mujer* que sufre violencia en el ámbito familiar es un eslabón muy importante en el proceso de recuperación de la mujer. A continuación se exponen sus objetivos, organización y desarrollo.

Objetivos

Objetivo general

Se trata de permitir que las mujeres que sufren malos tratos identifiquen su situación y adquieran las herramientas necesarias para romper el vínculo nocivo.

Objetivos específicos

1. *Facilitar el reconocimiento del problema:*

- Ayuda a reconocer los patrones destructivos de la relación de pareja, así como el origen de dichos patrones.

- Mejorar la capacidad de la mujer para identificar y prevenir futuras relaciones violentas (aprender a detectar al hombre maltratador y a tomar conciencia de su papel, de que puede evitar participar en patrones de relación que resulten destructivos).
2. *Proporcionar soporte emocional que contribuya a su recuperación:*
 - Mejorar la autoestima.
 - Aportar refuerzos externos. Favorecer la integración en redes sociales.
 3. *Facilitar la adquisición de habilidades personales:*
 - Mejorar las habilidades de comunicación y las estrategias de resolución de problemas, favoreciendo la adquisición de estilos de comunicación asertivos.
 - Mejorar la capacidad de las mujeres para establecer con los hijos pautas relacionales no violentas que contribuyan a romper el círculo de violencia transgeneracional.
 4. *Facilitar el acceso a los recursos:*
 - En el supuesto de que la mujer decida romper el vínculo nocivo con su pareja, proporcionarle apoyo y asesoramiento acerca de los recursos existentes en la comunidad para acceder a modos de vida independiente.

Población diana

El Programa de atención psicosocial destinado a mujeres que sufren violencia de género en el ámbito familiar está destinado a mujeres residentes en Asturias que sufren maltrato en el ámbito familiar o en una relación afectiva, que necesitan ayuda profesional para romper el círculo de la violencia de manera que puedan reconstruir su vida de forma autónoma y superar las lesiones psicológicas que les ha provocado el maltrato continuado.

Se establecen los siguientes *criterios de inclusión*:

- Mujeres que reciben agresiones de algún miembro de su familia, generalmente el cónyuge, a lo largo de la convivencia y que continúan viviendo bajo el mismo techo.
- Mujeres que deciden separarse de su pareja y se encuentran en trámites de separación tras una convivencia conflictiva.
- Mujeres que han recibido malos tratos y ya están independizadas, pero aún no se encuentran adaptadas a su nueva situación y que se enfrentan a las secuelas de la violencia.

Se excluye a las mujeres que se encuentran en la red de casas de acogida, ancianas que no están en condiciones de recuperar su autonomía por razones de edad u otros problemas físicos y/o psíquicos y menores que no pueden tener autonomía.

El *acceso* a este servicio se realizará a través de la derivación de:

- Centros asesores de la mujer.
- Centros de salud (atención primaria).
- Centros de atención hospitalaria.
- Salud mental.
- Servicios de apoyo psicológico de las asociaciones de mujeres especializadas en violencia de género.

Para cada caso, la Unidad realizará su aceptación y, posteriormente, en una primera entrevista se decidirá la inclusión en el programa.

Características generales del programa

Individualizado y orientado a las usuarias

Se realizará una valoración individualizada de cada demanda y en cada caso se definirán los objetivos y estrategias de actuación.

Los horarios de funcionamiento del programa y la ubicación facilitarán la máxima accesibilidad de las usuarias.

Activo y participativo

Favorece la definición conjunta del problema entre profesionales y usuarias, así como la de los objetivos y las estrategias y acciones para su consecución.

Integral

Se analizarán los distintos elementos y circunstancias significativos en la aparición y mantenimiento de cada situación de violencia y se definirán estrategias de actuación en los niveles individual, familiar, relacional y social.

Comunitario

Se contemplará la activación de los distintos recursos existentes en la comunidad para una resolución individualizada de la situación.

Sistematizado y evaluable

Se integrarán las posibles intervenciones en un plan de actuación individualizado para cada caso concreto, con unos objetivos definidos.

Plan de actuaciones

Fase de acogida

Recepción, información a la paciente, recogida de información básica, aceptación o derivación.

Fase de evaluación

Definición del problema y detección de necesidades. Evaluación inicial de calidad de vida percibida. Establecimiento de objetivos y elaboración de plan individualizado de intervención.

Fase de intervención

Realización de actividades programadas.

Evaluación

Evaluación del cumplimiento de objetivos y de la realización de actividades. Encuesta de calidad de vida percibida. Decisión de actuación: alta por resolución, redefinición de objetivos y continuación de la terapia, y derivación a otros recursos.

Evaluación

Impacto del programa

Se evaluará por organismo derivador y por actividades realizadas:

- *Ganancia en calidad de vida percibida.* Se evaluará mediante el cuestionario WHOQOL-BREF antes y después de la intervención evaluando P5, P50 y P95 de ganancia.
- *Ruptura del vínculo nocivo.* Se evaluará como falta de mantenimiento del vínculo al final del programa aunque no exista separación legal ni decisión de separación legal. Mujeres que al final del programa no mantienen el vínculo/mujeres que finalizan el programa.

Pertinencia del programa

- *Adecuación de la derivación.* Número de aceptaciones/número de solicitudes por organismo derivador.
- *Adecuación del programa.* Número de participantes en el programa/número de aceptaciones por organismo derivador.

Actividad

- *Número de mujeres atendidas.*
- *Duración de la participación P5, P50 y P95.*

- *Número de participantes en cada actividad.*
- *Dedicación horaria a terapia individual.*
- *Dedicación horaria a terapias de grupo.*
- *Dedicación horaria a asesoramiento.*

Cumplimiento del Plan

- *Cumplimiento de objetivos individuales.* Mujeres que cumplen objetivos individuales/participantes.
- *Cumplimiento de actividades.* Mujeres que cumplen actividades/participantes.

Evaluación de actividades

En la tabla 1 se relacionan objetivos y actividades del Programa de atención psicosocial destinado a mujeres que sufren violencia de género en el ámbito familiar en Asturias.

TABLA 1. Relación de objetivos y actividades del Programa de atención psicosocial para mujeres que sufren violencia de género en el ámbito familiar, 2007 (Asturias)

Objetivo general: permitir que las mujeres que sufren malos tratos identifiquen su situación y adquieran las herramientas necesarias para romper el vínculo nocivo	
Facilitar el reconocimiento del problema	Taller de formación en violencia de género
Proporcionar soporte emocional que contribuya a su recuperación	Atención psicológica individual
	Técnicas de relajación
	Grupo de autoayuda
	Taller de autoestima
Facilitar la adquisición de habilidades personales	Sesiones de psicomotricidad
	Integración en redes sociales
	Descubrimiento de espacios de vida
Facilitar el acceso a los recursos	Aprendizaje de habilidades psicosociales y resolución de conflictos
	Sesiones informativas sobre acceso a recursos
	Acompañamiento, orientación y asesoramiento en el acceso a recursos

Desde el año 2001 se está realizando una *oferta formativa en violencia de género* específicamente dirigida al ámbito sanitario. En su diseño y puesta en marcha colaboran distintos departamentos de la Administración del Principado de Asturias: Consejería de Salud, Sespa (Servicio de Salud del

Principado de Asturias), Instituto Asturiano de la Mujer e Instituto para las Administraciones Públicas Adolfo Posada. En la actualidad también se está trabajando conjuntamente en un nuevo programa de formación cuyo objetivo fundamental es acercar esta oferta formativa a todos los centros de atención primaria de la comunidad autónoma, así como a los de atención especializada, asegurando unos niveles formativos mínimos que posibiliten la detección y atención especializada desde el ámbito sanitario.

Las actuaciones realizadas específicamente en el ámbito sanitario deben correlacionarse con el resto de recursos, servicios y medidas existentes en el Principado de Asturias de atención a las mujeres víctimas de violencia de género, entre las cuales destacan la *Red de Casas de Acogida*, en la cual se engloba el *Centro de Atención Integral para Mujeres Víctimas de Violencia de Género* que entra en funcionamiento en el mes de julio de 2007; los *centros asesores de la mujer* (15 distribuidos por toda la geografía asturiana) que asesoran jurídicamente a las víctimas y actúan como gestoras de casos para asegurarles el derecho a la información y a una asistencia social integral, *programa de inserción laboral para mujeres titulares de familias monomarentales* en que se prioriza a las mujeres víctimas de violencia de género, teléfono de emergencia, ayudas a la vivienda y diversas prestaciones económicas.

Desde una perspectiva global e integral de la atención, los esfuerzos en 2007 se han centrado en la coordinación de todos los recursos y servicios, generando así un sistema de atención integral en el cual se cuenta tanto con recursos específicamente diseñados para las mujeres víctimas de violencia de género y recursos y servicios generales a los cuales se les ha dado formación específica, así como dotado de instrumentos y herramientas para la detección y atención.



Informe Violencia de Género 2007

Islas Baleares



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL


Govern de les Illes Balears
Conselleria de Salut i Consum

La *Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares*, consciente de la trascendencia de la violencia de género para la salud de las mujeres y conocedora del Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica que ha demostrado que la violencia de género es un fenómeno universal y en el cual se resalta que las mujeres corren mayor riesgo de experimentar la violencia en sus relaciones íntimas que en cualquier otro lugar, ha propiciado diferentes medidas y recursos para prevenir y/o paliar esta situación.

Las denuncias permiten estimar la morbilidad, aunque se sabe que hay muchas mujeres que no denuncian, y son un indicador de las decisiones que toman las víctimas respecto a las respuestas sociales existentes.

Las denuncias han aumentado de forma paralela a la conciencia social de que la violencia de género es un delito y no un tema privado.

Los y las profesionales del Sistema Nacional de Salud tienen una responsabilidad moral e institucional frente al tema por las consecuencias destructivas que tiene la violencia para la salud de las víctimas (mujer, hijos e hijas) y por la obligación de denunciar.

Sin perjuicio de que la detección se lleve a cabo en cualquier nivel del sistema, los y las profesionales de atención primaria tienen un compromiso especial por su cercanía, accesibilidad y posibilidad de seguimiento que facilita la detección precoz y el abordaje del maltrato.

Sin embargo, atendiendo a la prevalencia en la población general y en las consultas en que se ha investigado, apenas se detecta la violencia de género. Las explicaciones son múltiples, tal y como demuestran estudios cualitativos recientes.

La víctima, sumida como está en una profunda derrota vital, no suele buscar ayuda para sí y, además, no puede permitirse el lujo de caer enferma.

Si la mujer consulta, lo hace para sus hijos o, en todo caso, por las secuelas del maltrato más que por el propio maltrato.

Además, hay varios motivos para mantener el silencio: sentimiento de culpa, miedo, vergüenza, etc. de manera que, cuando cuenta su situación, es en un momento de especial tensión y a una persona concreta. Elige al o a la profesional (con mayor frecuencia, una mujer) y le hace una confidencia, no una denuncia. No espera una solución ya que no lo considera una patología, pero espera encontrar empatía.

En cuanto a los y las profesionales existen diferentes tipos de dificultades:

- *Falta de formación.* Existe la sensación de que no se sabrá tratar el problema y de que las recomendaciones que se hagan serán a título personal y no basadas en conocimientos.
- *Falta de tiempo y recursos.* En las consultas de atención primaria falta tiempo y la persona comprometida tiene la impresión de que el sistema se beneficia de su buena voluntad a título personal. También percibe la falta de recursos a la hora de derivar aquellos casos que lo precisan.
- *En urgencias,* la víctima suele acudir por agresión física y se encuentra con un profesional que no se detiene a empatizar por falta de tiempo y por costumbre de ver casos similares. Esto es tanto más grave cuanto que la agresión física implica un cambio cualitativo en el maltrato que produce gran confusión en la víctima y requiere especial atención.
- *Disyuntiva legal.* La víctima solicita con frecuencia que no se rellene el parte de lesiones. La obligación legal –con matices, tal y como se describe más adelante– de romper la confidencialidad produce en el o la profesional la sensación de faltar a su principal deber para con la víctima. Esto dificulta enormemente la detección del maltrato por el sistema sanitario.

En Baleares, contrariamente a la evolución general, la prevalencia de la violencia de género ha aumentado y las cifras de mortalidad son las más altas de España hasta el año 2006. Durante el año 2007 se ha estabilizado tanto el número de denuncias (figs. 1 y 2) como la mortalidad (1 en 2007).

Una de las actuaciones más relevantes iniciadas a lo largo de 2006 fue la implantación de un protocolo de violencia de género. Estas actuaciones se han continuado desarrollando a lo largo de 2007 con las siguientes acciones concretas:

- Presentación del protocolo a todos los coordinadores, responsables de enfermería de centros de salud en marzo de 2007.

Figura 1. Número de denuncias de violencia de género, 2004-2007 (Islas Baleares)

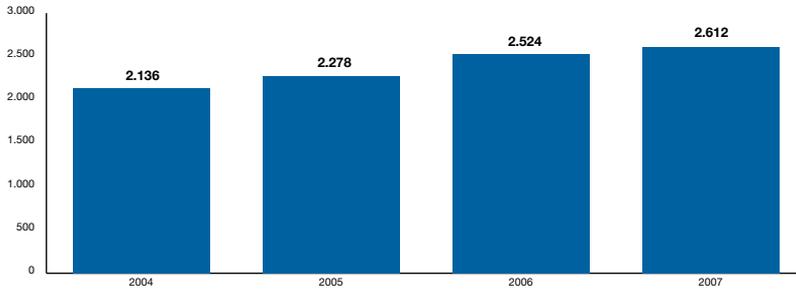
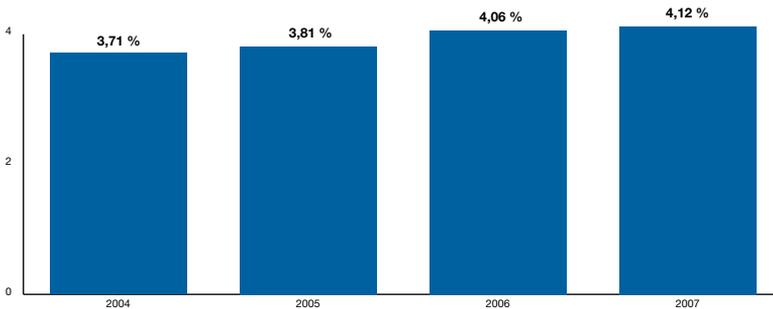


Figura 2. Porcentaje de denuncias de violencia de género en relación con las cifras totales en España, 2004-2007 (Islas Baleares)



- Presentación del protocolo a los y las profesionales de las unidades de atención a la mujer.
- Elaboración de un parte específico de violencia de género.
- Incorporación del parte específico de violencia de género en el sistema informático de atención primaria en e-siap.
- Firma el 7 de marzo de 2007 del protocolo autonómico de coordinación en caso de agresiones sexuales, interinstitucional, y en colaboración con:

- Delegación del Gobierno de las Islas Baleares.
- Tribunal Superior de Justicia de las Islas Baleares.
- Presidencia de la Audiencia Provincial de Palma.
- Instituto Balear de la Mujer.
- Consejería de Presidencia.
- Consejería de Salud y Consumo.
- Comisiones de seguimiento del protocolo autonómico de coordinación en caso de agresiones sexuales los días 26 de abril de 2007 y 25 de octubre de 2007 en las cuales se valoraron las dificultades del protocolo y las oportunidades de mejora.
- Presentación del protocolo autonómico de coordinación en caso de agresiones sexuales a los gerentes y jefes de servicio de los diferentes hospitales de la comunidad autónoma.
- Colaboración con el Instituto Balear de la Mujer en la edición de la *Guía de recursos para las mujeres de las Islas Baleares*.

La firma del protocolo autonómico de coordinación en caso de agresiones sexuales en esta comunidad autónoma puede considerarse un ejemplo de buena práctica respecto a la atención de la violencia de género. Ha representado un esfuerzo de coordinación de todas las instituciones implicadas para favorecer la atención tanto sanitaria como legal a las mujeres víctimas de agresiones sexuales.



Informe Violencia de Género 2007

Canarias



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

El protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico del Servicio Canario de la Salud se implementó en el segundo semestre de 2004, tras un plan de formación dirigido al personal de los equipos de atención primaria en todas las áreas de salud.

Desde 2005, la formación en materia de violencia de género está incluida en los planes de formación continuada de las diferentes gerencias.

En 2006 se incluyó en la Cartera de Servicios la detección y abordaje de la violencia doméstica; asimismo, se introdujo en el Programa de gestión convenida, donde cada año se fijan actividades nuevas o de consolidación de las anteriores. Se celebraron dos encuentros provinciales sobre la violencia de género y la salud dirigidos a profesionales de atención primaria, atención especializada y salud mental.

En 2007, además de ir consolidándose la línea de trabajo iniciada, se constituyó un grupo de trabajo para la incorporación al nuevo sistema informático Drago-Atención Primaria del protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico, así como la de todos aquellos aspectos novedosos contemplados en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

En el segundo semestre de 2007 y tras la presentación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacio-

nal de Salud, se ha creado en esta Dirección General de Programas Asistenciales un grupo de trabajo para el diseño de una formación específica y materiales prácticos que tengan en cuenta las circunstancias que rodean la atención especializada y la atención en los servicios de urgencias. Posteriormente se diseñará una estrategia conjunta con las direcciones-gerencias hospitalarias para iniciar el proceso formativo.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

A iniciativa de la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria, se impartió un taller práctico sobre la entrevista clínica en violencia de género y resolución de casos dentro del programa seguido para acceder a la especialidad de medicina de familia por parte de médicos y médicas generales. Este taller tuvo una duración de 5 horas y fue muy bien valorado por las y los profesionales asistentes.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género en atención primaria

Entre los factores facilitadores se encuentran los siguientes:

- Inclusión en la Cartera de Servicios.
- Inclusión en el Programa anual de gestión convenida (PGC).
- Historia clínica informatizada.
- Programa de formación continuada.

Entre los factores que dificultan se encuentran los siguientes:

- Escasez de profesionales, que conlleva la falta de liberación de éstos para la asistencia a la formación o a encuentros y distintas actividades que se puedan organizar en torno a este tema.
- No poder contar con grupos de formadoras y formadores estables, liberados específicamente, para garantizar la formación continuada en el tiempo, de los equipos de atención primaria en todas las áreas (islas) sanitarias.
- Las especiales circunstancias que rodean la atención primaria (escasez de profesionales, sobrecarga asistencial, escasa motivación para el desarrollo de actividades preventivas y detección precoz, etc.).

Otras actuaciones de interés

- Reuniones periódicas de coordinación con el Instituto Canario de la Mujer para el seguimiento de las actuaciones sanitarias enmarcadas en el Programa para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y para la planificación conjunta de nuevas acciones, como la celebración de unas Jornadas de sensibilización sobre violencia de género: tratamiento, medios y recursos, que se celebrarán en 2008 y estarán dirigidas a las y los profesionales de todos los sectores implicados (sanitario, social, judicial y policial).
- Reuniones de coordinación y propuesta del protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Canarias. En su elaboración, además del ámbito sanitario, están representados el policial, la fiscalía y los juzgados de violencia sobre la mujer, 112 (urgencias y emergencias), medicina forense y servicios sociales especializados. Una vez que se haya consensuado el documento definitivo, será aprobado por el Gobierno de Canarias.
- Participación con otras comunidades autónomas y bajo la coordinación del Observatorio de Salud de la Mujer, en los grupos de trabajo de:
 - Elaboración del protocolo común del Sistema Nacional de Salud.
 - Diseño de indicadores comunes para la violencia de género en el sistema sanitario.
 - Elaboración de criterios de calidad para la formación básica en violencia de género.
- Participación en la mesa redonda de buenas prácticas con motivo de la presentación del protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, organizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo-Observatorio de Salud de la Mujer.
- Participación en los cursos organizados por la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III):
 - Diploma de salud pública y género (2.^a ed.) en el tercer módulo: “Intervenciones en salud pública y la atención sanitaria desde un enfoque de género”.
 - Jornadas sobre programas para la prevención y detección de la violencia de género, en la mesa redonda de atención primaria.
- Participación en las I Jornadas No más violencia contra las mujeres, organizada por Amnistía Internacional en Donosti-San Sebastián con motivo de la celebración del 25 de noviembre, Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

- Presentación de comunicación en el XXVII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Impartición de talleres de sensibilización en violencia de género en:
 - XVIII Jornadas de la Sociedad Canaria de Medicina de Familia y Comunitaria.
 - Jornadas Canarias “Familia y Salud” en el Plan Intersectorial de Medidas Sociales del Gobierno de Canarias.



Informe Violencia de Género 2007

Cantabria



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Inclusión de la atención a la violencia de género en el Contrato de Gestión 2007 del Servicio Cántabro de Salud

En el Contrato de Gestión 2007 de las distintas gerencias del Servicio Cántabro de Salud (SCS) se ha incluido la atención a la violencia de género entre sus líneas estratégicas, lo que pone de manifiesto el compromiso del sistema sanitario público con este importante problema de salud.

Gerencia del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Gerencia del Hospital de Sierrallana, Gerencia del Hospital de Laredo, Gerencia de Atención Primaria de Santander-Laredo y Gerencia de Atención Primaria de Torrelavega-Reinosa

Línea estratégica 1: liderazgo, política y estrategia

Se han desarrollado estrategias basadas en las necesidades percibidas por los ciudadanos y ciudadanas, alineadas con los objetivos de la organización: contribuir al desarrollo del Plan de Salud para las Mujeres (violencia de género).

Línea estratégica 2: orientación hacia las personas

Se ha capacitado a los y las profesionales ante la violencia de género.

Línea estratégica 4: orientación de los procesos y mejora de los resultados clave

Se han diseñado y desarrollado nuevos servicios orientados a satisfacer las necesidades y expectativas de los y las pacientes: impulso del Servicio de Violencia de Género.

Línea estratégica 5: alianzas y recursos

Se ha promovido la coordinación en el desarrollo de planes específicos: atención a la violencia de género.

Gerencia de Atención Primaria 061

Incluyó como objetivo establecer procedimientos para incorporar respuestas a los problemas sociales asociados con la atención urgente y el indicador de dicho objetivo fue la elaboración de Plan de Recursos Sociales, entre los cuales se encuentra la atención a la violencia de género (malos tratos, agresión sexual y acoso en el trabajo) dirigido a médicos reguladores y teleoperadores del Centro Coordinador de Urgencias del 061.

Inclusión del Servicio 210: detección y atención a la violencia contra la mujer en la Cartera de Servicios de Atención Primaria

Durante el primer trimestre del año 2007 se creó el grupo de trabajo que ha realizado el desarrollo del *Servicio 210: detección y atención a la violencia contra la mujer*. Se definió el indicador de cobertura y las normas técnicas establecidas para este servicio y se procedió posteriormente a su inclusión en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Indicador de cobertura

Se define según la siguiente operación:

$$\frac{\text{Número de mujeres en que se realiza detección sistemática}}{\text{Número total de mujeres mayores de 14 años}} \times 100$$

Término: mujeres mayores de 14 años en que se realiza detección sistemática.

Criterio de inclusión: se contabilizarán todas las mujeres mayores de 14 años en cuya historia clínica conste haber sido preguntada sobre una posible existencia de malos tratos por parte de su pareja o ex pareja, en la actualidad o en el pasado.

Normas técnicas (NT)

NT 210.1

Toda mujer mayor de 14 años deberá ser preguntada, al menos cada 3 años, sobre la posible existencia de malos tratos por parte de su pareja o ex pareja.

NT 210.2

En toda mujer con anamnesis negativa, tras la valoración de los indicadores asociados, se registrará si requiere seguimiento o no.

NT 210.3

En toda mujer en que se ha recomendado seguimiento estarán cumplimentados, al menos una vez al año, la existencia de indicadores asociados.

NT 210.4

A toda mujer en situación actual de maltrato se le realizará:

- Una valoración semestral de la seguridad.
- Información de recursos sociosanitarios.

NT 210.5

A toda mujer en situación actual de maltrato, que presente indicadores de peligro, se le realizará:

- Plan de seguridad.
- Escenario de protección para ella y sus hijos e hijas.

La inclusión de la detección y la atención a la violencia contra las mujeres en la Cartera de Servicios permite evaluar la magnitud del problema desde los servicios de salud, así como el cumplimiento del protocolo por parte de los y las profesionales.

Programa de sensibilización y formación del personal sanitario en violencia de género

Formación de los equipos de atención primaria

Durante el año 2007 se ha finalizado la formación en el abordaje de la violencia contra las mujeres de los todos los equipos de atención primaria de esta comunidad autónoma. Ello ha permitido que, al finalizar el año 2007, todos los profesionales de atención primaria ya hayan recibido formación

dirigida a aumentar los conocimientos y habilidades para abordar situaciones de violencia de género.

Cada curso de formación, denominado *Abordaje de la violencia contra las mujeres como problema de salud*, ha tenido una duración de 18 horas lectivas, en horario de mañana. La formación se hecho extensiva a todos los profesionales del equipo de atención primaria, incluidos los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP), para lo cual han sido sustituidos en su actividad laboral.

Dentro de las actuaciones desarrolladas en los cursos de formación se incluye también la entrega de documentación básica que pueda servir de apoyo o consulta posterior.

Durante el año 2007, se han realizado 16 ediciones del curso Abordaje de la violencia contra las mujeres como problema de salud, dirigido a los equipos de atención primaria (tabla 1). Ello ha representado 288 horas docentes y la formación de 572 profesionales sociosanitarios de atención primaria.

Los cursos se han incluido en el programa de formación continuada.

TABLA 1. Programa de formación en violencia contra las mujeres, 2007 (Cantabria)

Equipo de atención primaria	Período de formación	Horas de formación	Profesionales participantes
Gerencia de Atención Primaria de Santander-Laredo			
Pisueña-Cayón y Pisueña-Selaya	16-18/01/07	18	40
Alto Pas y Bajo Pas	23-25/01/07	18	35
Cudeyo y Miera	30-31/01/07 y 01/02/07	18	53
Astillero	21-23/02/07	18	44
Camargo I	27-28/02/07 y 01/03/07	18	38
Cazoña I y Camargo II	06-08/03/07	18	35
Cazoña II	20-22/03/07	18	35
Vargas	27-29/03/07	18	41
Maruca y Los Castros	17-19/04/07	18	40
Puertochico	24-26/04/07	18	21
Puerto	02-04/05/07	18	45
Dávila	09-11/05/07	18	29
Isabel II-Centro	22-24/05/07	18	33
Sardinero y SUAP Santander	12-14/06/07	18	27
Santander-Laredo (GAP-I) (Repesca)	20-22/11/07	18	31
Torrelavega-Reinosa (GAP-II) (Repesca)	11-13/12/07	18	25
Total		288	572

Formación de profesionales de atención especializada

Curso de formación en el abordaje de la violencia contra las mujeres dirigido a los servicios de salud mental

- *Organización:* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Unidad Docente) y Dirección General de Salud Pública.
- *Fecha:* 8 y 9 de febrero de 2007.
- *Lugar:* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).
- *Horas docentes:* 18.
- *Objetivos:* mejorar las habilidades de los equipos de salud mental para la intervención en situaciones de violencia de género.
- *Inclusión en el programa de formación continuada:* sí.
- *Profesionales sanitarios que realizaron el curso:* 53 (pertenecientes a los servicios de salud mental de atención primaria y de los servicios de psiquiatría de atención especializada, así como residentes de psiquiatría y de psicología clínica).

Curso de formación en el abordaje de la violencia contra las mujeres dirigido a personal sociosanitario del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

- *Organización:* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Unidad Docente) y Dirección General de Salud Pública.
- *Fecha:* 2, 3 y 4 de octubre de 2007.
- *Lugar:* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander).
- *Horas docentes:* 20.
- *Objetivos:* aumentar los conocimientos y mejorar las habilidades de los y las profesionales sanitarias en el abordaje de la violencia contra las mujeres como problema de salud.
- *Inclusión en el programa de formación continuada:* sí.
- *Profesionales sanitarios que realizaron el curso:* 25 (pertenecientes a los servicios de ginecología, urgencias, atención al paciente, etc.).

Formación de los servicios de urgencias-emergencias

Curso de formación en el abordaje de la violencia contra las mujeres del 061

- *Organización:* Gerencia 061 (Unidad Docente) y Dirección General de Salud Pública.
- *Fecha:* 13, 14 y 15 de noviembre de 2007.
- *Lugar:* Gerencia 061. Edificio Anexo del Hospital Cantabria (Santander).

- *Horas docentes:* 18.
- *Objetivos:* aumentar los conocimientos y mejorar las habilidades de los y las profesionales sanitarias en el abordaje de la violencia contra las mujeres desde el Servicio de Urgencias-Emergencias 061.
- *Inclusión en el programa de formación continuada:* sí.
- *Profesionales sanitarios que realizaron el curso:* 21 (pertenecientes al Servicio de Urgencias 061 y Urgencias Hospitalarias).

En la tabla 2 se muestra el número de profesionales que ha seguido el programa de formación en violencia de género 2007.

TABLA 2. Programa de formación en violencia de género, 2007 (Cantabria)	
Número de profesionales de atención primaria formados	572
Número de profesionales del 061 formados	21
Número de profesionales de atención especializada formados	78
Total de profesionales que han recibido formación	671

Formación de formadores

Curso de formadores para la prevención y atención a la violencia de género

- *Organización:* Instituto de Salud Carlos III y Observatorio de Salud de la Mujer (Ministerio de Sanidad y Consumo), e Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- *Lugar:* Escuela Nacional de Sanidad (Madrid).
- *Fecha:* del 12 de noviembre de 2007 al 28 de febrero de 2008.
- *Horas lectivas:* 80 horas lectivas, organizadas en 4 módulos: 3 presenciales y 1 no presencial.
- *Objetivos:* diseñar, aplicar y evaluar un programa de capacitación para la prevención y atención de la violencia de género en las comunidades autónomas para que los profesionales de la salud sean capaces de realizar un abordaje adecuado de la violencia contra las mujeres como problema de salud.
- *Profesionales del SCS que realizaron el curso:* 3 (2 trabajadoras sociales y 1 enfermera).

Participación en cursos y jornadas de ámbito regional

Curso: enfoque multidisciplinario de la violencia de género

Este curso se realizó en el marco de la formación que cada año oferta el Centro de Estudios de la Administración Regional de Cantabria (CEARC). Forma parte del Plan de Formación 2007.

Los objetivos del curso fueron sensibilizar al funcionamiento de la Administración regional frente a la violencia de género desde una perspectiva que integre todas las áreas de intervención. Se trataba de difundir su concepción como violencia estructural y no como problema privado, así como conocer la normativa autonómica y estatal y los recursos en Cantabria.

Una representante de la Dirección General de Salud Pública presentó el día 30 de mayo de 2007 la ponencia “Tratamiento de la violencia de género desde el ámbito sanitario”.

Jornada Interactúa con víctimas de violencia de género

La Dirección General de Salud Pública, en colaboración con la Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria, realizó el día 14 de octubre de 2007 en Santander una jornada de *Interactúa con víctimas de violencia de género* dirigida a profesionales sanitarios. Con un grupo de teatro se escenificaron diferentes situaciones que pueden plantearse en las consultas de atención primaria en relación con la detección e intervención en violencia de género. Los profesionales sanitarios, a su vez, pudieron ejercer como actores, representando situaciones con que se pueden encontrar en su práctica habitual.

A la jornada asistieron 55 profesionales sanitarios del SCS, fundamentalmente de atención primaria.

Participación en cursos y jornadas de ámbito nacional

Jornada de presentación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud

El 23 de abril de 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo organizó en Madrid una Jornada para la presentación del Protocolo Común para la Actua-

ción Sanitaria ante la Violencia de Género, cuyo objetivo es proporcionar a los y las profesionales sanitarias del Sistema Nacional de Salud pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento como en la prevención y diagnóstico temprano. El protocolo ha sido elaborado por un grupo de trabajo, dentro de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el cual han participado representantes de diferentes comunidades autónomas.

En la Jornada de presentación, que fue inaugurada por la Ministra de Sanidad y Consumo, una representante de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria presentó una ponencia sobre el programa de formación del personal sanitario en violencia de género que se está desarrollando en Cantabria como ejemplo de buenas prácticas, que es un referente para seguir por el resto de comunidades autónomas.

Jornada de presentación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

El día 21 de mayo de 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo organizó en Madrid una Jornada para la presentación de la *Estrategia en Salud Mental* del Sistema Nacional de Salud. En esta estrategia figura como ejemplo de buenas prácticas el protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos contra las mujeres que se está desarrollando en los servicios de salud de Cantabria. La Subdirectora Médica de Salud Mental del Área de Salud de Santander presentó en esta Jornada una ponencia sobre la implantación de este protocolo en la comunidad autónoma.

Encuentro sobre la Ley Integral contra la Violencia de Género: 2 años después las víctimas continúan afrontando obstáculos

Con motivo del segundo aniversario de la plena entrada en vigor de la Ley Integral contra la Violencia de Género, Amnistía Internacional organizó el 15 de junio de 2007 en Madrid un encuentro con organizaciones de mujeres y profesionales de los ámbitos asistencial, jurídico, policial y sanitario para hacer públicos y analizar los avances y las deficiencias en la aplicación efectiva de dicha Ley.

Una representante de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria participó en el encuentro como representante del ámbito sanitario a nivel nacional.

Jornadas sobre programas para la prevención, detección y atención de la violencia de género

Este curso fue organizado por el Observatorio de Salud de la Mujer (Ministerio de Sanidad y Consumo) y el Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) del 15 al 17 de octubre de 2007 en Madrid.

Ha tenido como objetivo compartir experiencias entre los distintos profesionales de la salud involucrados en la prevención, detección y atención a la violencia de género.

Representantes de la Consejería de Sanidad (SCS y Dirección General de Salud Pública) presentaron una ponencia sobre la implantación del protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos contra las mujeres en Cantabria.

XXVI Jornadas de debate sobre sanidad pública:

Los retos de la sanidad pública

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública organizó el 16 y 17 de noviembre de 2007 en Cáceres las XXVI Jornadas de debate sobre sanidad pública: *Los retos de la sanidad pública*.

En la mesa redonda sobre el buen gobierno de la sanidad, desarrollada el 17 de noviembre de 2007, una representante de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria presentó la ponencia “Relaciones entre Ministerio y comunidades autónomas: planes integrales de formación en violencia de género”, en la cual se plasmó la experiencia realizada en la Comunidad Autónoma de Cantabria en materia de formación en violencia de género.

Jornada sobre evaluación de políticas sanitarias en materia de violencia de género

El Ministerio de Sanidad y Consumo organizó esta jornada el día 5 de noviembre de 2007.

Tuvo como objetivo intercambiar información sobre las diferentes actuaciones que, en materia de violencia de género, se están desarrollando en las diferentes comunidades autónomas. De Cantabria acudieron 3 representantes de la Consejería de Sanidad.

Curso de formadores para la prevención y atención a la violencia de género

Este curso fue organizado por el Instituto de Salud Carlos III, el Observatorio de Salud de la Mujer (Ministerio de Sanidad y Consumo) y el Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) del 12 de noviembre de 2007 al 28 de febrero de 2008 en Madrid.

Estaba dirigido a profesionales de los servicios de salud de las comunidades autónomas que fueran a impartir formación sobre violencia de género en sus respectivas comunidades.

Una representante de la Dirección General de Salud Pública presentó el 11 de diciembre de 2007 una ponencia sobre la experiencia de formación en violencia de género de los profesionales sociosanitarios en Cantabria.

Procedimientos de coordinación entre las distintas instituciones que intervienen en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género

Participación en la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud

Esta Comisión se reunió en el Ministerio de Sanidad y Consumo en varias ocasiones a lo largo del año 2007. En todas ellas ha estado presente una representante de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria. Durante el año 2007 se acordó, entre otras cuestiones, crear un grupo de trabajo específico que asumirá las tareas relacionadas con la formación de personal sanitario en atención a la violencia de género. Los objetivos del grupo de trabajo han sido:

- Definir criterios comunes para la formación del personal del SNS en esta materia.
- Establecer un calendario para dicha formación.
- Proporcionar la elaboración de materiales comunes de referencia para la formación de calidad.

Desde la presidencia de la Comisión se solicitó especialmente la participación de Cantabria en este grupo de trabajo dada su experiencia en este tema. El día 14 de marzo de 2007 se reunió por primera vez en Madrid este grupo de trabajo en que participaron 2 representantes de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria.

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria para la realización de actividades sobre violencia de género

El 19 de octubre de 2007 se firmó un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria para la realización de actividades sobre la violencia de género. El convenio establece que ambas instituciones están firmemente comprometidas en la lucha contra la violencia de género y el impacto que representa para la salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, por lo que se comprometen a impulsar actuaciones dirigidas a la detección e intervención desde los servicios sanitarios.

Mediante el convenio, el Ministerio de Sanidad y Consumo financiará:

- Programas de sensibilización y formación del personal sanitario del Servicio Cántabro de Salud en violencia de género.
- La evaluación de la implantación del protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos hacia las mujeres en el Servicio Cántabro de Salud.

El convenio podrá prorrogarse por anualidades previo acuerdo de ambas partes.

Evaluación de la implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en atención primaria

Servicio 210: detección y atención a la violencia contra la mujer

Durante el año 2007 se ha incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria el *Servicio 210: detección y atención a la violencia contra la mujer*. Esto permite evaluar la magnitud del problema desde los servicios de salud, así como el cumplimiento del protocolo por parte de los y las profesionales (tabla 3).

En la prevalencia según el tipo de maltrato no existen diferencias respecto a los datos obtenidos en el año 2006.

TABLA 3. Evaluación de la implantación del protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género en atención primaria, 2007 (Cantabria)

Indicador	GAP de Santander-Laredo	GAP de Torrelavega-Reinosa	Cantabria
Población diana (número de mujeres mayores de 14 años cubiertas por este servicio)	181.970	72.207	254.177
Captación (número de mujeres mayores de 14 años a las cuales se les ha realizado la detección sistemática)	25.088	27.217	52.305
Cobertura (captación/población diana)	13,8%	37,7%	20,6%
Mujeres que han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja o ex pareja en el pasado o en la actualidad, o en ambos casos	1.663	1.932	3.595
Prevalencia observada (número de mujeres mayores de 14 años que han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja <i>en el pasado o en la actualidad, o en ambos casos</i> /número de mujeres mayores de 14 años a las cuales se les ha realizado detección sistemática)	6,6%	7,1%	6,9%
Mujeres que han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja en la actualidad	570	553	1.123
Prevalencia observada (número de mujeres mayores de 14 años que han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja o ex pareja <i>en la actualidad</i> /número de mujeres mayores de 14 años a las cuales se les ha realizado detección sistemática)	2,27%	2,03%	2,14%
Prevalencia según el tipo de maltrato en el pasado o en la actualidad o en ambos casos (%)			
Psicológico	58,2	47,5	
Físico	30,9	24,9	
Económico	18,2	13	
Sexual	9,9	7,2	
Ambiental	9,7	8,1	
Media en años de duración del maltrato	15	14	

De la GAP II (OMI; período del 1 de octubre de 2005 al 9 abril de 2008) y de la GAP I (OMI; período del 1 de junio de 2005 al 31 de diciembre de 2007).GAP, gerencia de atención primaria; OMI, oficina médica informatizada.

Evaluación de la implantación del protocolo para la actuación sanitaria ante los malos tratos por parte de los y las profesionales

Una vez finalizada la implantación del protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos, se ha realizado una evaluación del impacto de la introducción, desde la perspectiva de los y las profesionales sociosanitarias de atención primaria, mediante *grupos focales*.

Los criterios de selección de los y las profesionales para los grupos focales han sido los siguientes:

- Período en que se realizó el curso de formación/sensibilización sobre violencia de género: al inicio, hacia la mitad o al final del programa.
- Equipo de atención primaria al cual pertenece: costero o del interior; urbano o rural.
- Perfil del profesional: médico(a) de familia, pediatra, profesional de enfermería y trabajador(a) social.

Tras la aplicación de los criterios antes señalados, se seleccionaron 12 equipos de atención primaria.

El grupo focal se configuró a partir de la determinación de perfiles de participantes que cumplieran los criterios de muestreo. Se han realizado para esta evaluación *dos grupos focales*, en los cuales han participado profesionales (médicos y médicas, profesionales de enfermería, trabajadores[as] sociales, etc.) de las 2 gerencias de atención primaria de esta comunidad autónoma (tabla 4).

TABLA 4. Grupos focales establecidos para evaluar la implantación del protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos, 2007 (Cantabria)

Código	Características del grupo	Número de participantes
GF1	Profesionales de enfermería y trabajo social de la GAP de Torrelavega-Reinosa y de la GAP de Santander-Laredo, que han realizado formación en tres momentos diferentes	10
GF2	Facultativos de la GAP de Torrelavega-Reinosa y de la GAP de Santander-Laredo, que han realizado formación en tres momentos diferentes	11

GAP, gerencia de atención primaria; GF, grupo focal.

Los grupos focales se han estructurado como una entrevista grupal para conocer y analizar experiencias y opiniones en relación con determinados temas. Para la conducción de los grupos se elaboró un guión de preguntas abiertas que se fueron introduciendo a lo largo de la dinámica. Durante este tiempo se trabajaron diferentes temas que iban apareciendo en la conversa-

ción. La duración de cada entrevista grupal fue 1 hora y 30 minutos y éstas se desarrollaron del 20 al 30 de noviembre de 2007.

Éstos han sido los resultados de estas sesiones:

- *Conciencia de la violencia de género como una cuestión que debe abordarse desde atención primaria.* Los diferentes participantes en los grupos apuntan que la violencia de género es una cuestión que atañe a la salud y que, por tanto, compete a los y las profesionales sanitarias. Éste era uno de los objetivos que se marcaba el protocolo y la formación que se hizo sobre éste. Así, los y las profesionales de la salud ya no ven la violencia de género como algo externo a ellos o ellas, sino como un tema que está en su agenda y sobre el cual deben trabajar.
- *Valoración positiva de la introducción del protocolo y de la detección sistemática.* En los grupos, las personas asumen la detección de la violencia de género, segundo objetivo del protocolo, como parte de su trabajo y el protocolo como herramienta válida y útil para hacerlo. Así, en general, se considera importante el establecimiento de un protocolo común para todos los profesionales (objetivo cuarto del protocolo) y el hecho de que sea un protocolo ajustado a sus competencias y límites (objetivo tercero del protocolo), que se basa en la detección, atención, derivación y ayuda en la toma de decisiones. La valoración positiva del protocolo también se relaciona con una mayor comprensión de las pacientes y de sus problemas de salud, que antes se trataban sin analizar la causa de los problemas, y también con la apertura de espacios de confianza con las pacientes, lo que permite mejorar su relación y la atención a éstas.
- *Apropiación del protocolo (significación).* Los diferentes participantes en los grupos reflejan que ha habido, por su parte, una apropiación del protocolo, adecuando su aplicación a las diferentes necesidades, casos, forma de trabajo y situaciones. Se hace un uso flexibilizado del protocolo dentro de unos límites, cuestión que se valora positivamente porque esto implica que los profesionales lo han hecho suyo. En esta dirección, una de las cuestiones que se considera en los grupos es la necesidad de no explorar ciertos casos o de no aplicar el protocolo cuando no se considere adecuado ya que hay situaciones, como en casos de violencia en el pasado, en los cuales, según los y las profesionales, no vale la pena continuar indagando. Ésta sería otra manera de apropiarse del protocolo, considerando en qué casos es necesario aplicarlo todo o no.
- *Valoración positiva de la integración del protocolo dentro de un plan.* En los grupos, también se ha valorado la necesidad de que el protocolo no sea un tema puntual y aislado, sino que esté integrado dentro de un programa más amplio; en este caso se valora que esté

integrado en el Plan de Salud de las Mujeres, que ofrece una visión más integral y completa de los problemas que afectan a las mujeres en Cantabria.

- *Mejora respecto al proceso de la implementación del protocolo.* En los grupos, una cuestión que se comenta en relación con la evaluación del protocolo y, sobre todo, del proceso de implementación es el hecho de que la introducción a gran escala del protocolo en los centros de salud se debería haber llevado a cabo más lentamente. Esto se relaciona, sobre todo, con una falta de cultura en este sentido en la sociedad y con una falta de competencias de los y las profesionales en este campo. Asimismo, se cuestiona que el nivel de confidencialidad de los datos del protocolo sea el adecuado; se considera que esta confidencialidad debería ser mayor ya que es importante para el ejercicio profesional y para la mujer atendida que sus datos no sean difundidos. Este hecho puede provocar reticencias en los y las profesionales a la hora de aplicarlo.
- *Cuestiones que deben mejorarse respecto a los contenidos del protocolo.* En los grupos, también se apuntan ciertas pautas o recursos que las y los participantes consideran que debería contemplar el protocolo y que en la versión que se ha elaborado no están contemplados y servirían para mejorarlo. Una de las cuestiones que deben añadirse en el protocolo y que apuntan los y las participantes en la evaluación de éste es la definición y establecimiento de estrategias, pautas de seguimiento y de recursos para el hombre, tanto si éste es el maltratador como si en la relación él es el maltratado. En el protocolo, no se explicita qué debe hacerse con la parte masculina. Otra de las cuestiones que deben mejorarse y que se apuntan en los discursos es el establecimiento de recursos o preguntas en el protocolo para detectar casos de violencia que sean falsos, tanto casos que afirmen que sufren violencia y que esto no sea cierto como al contrario, es decir, casos en que la persona afirme que no sufre violencia aunque esté viviendo esta situación.
- *Mejora respecto a los recursos (tiempo de los profesionales).* Por último, los y las profesionales perciben que, a veces, la aplicación del protocolo puede ser incompatible con sus condiciones laborales, es decir, que muchas veces el hecho de que algunos centros de salud estén superpoblados, el tiempo destinado a las visitas, etc. no permiten aplicar el protocolo de forma adecuada y ofrecer una buena atención en este sentido.



Informe Violencia de Género 2007

Castilla y León



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria y atención especializada

Difusión, implantación y desarrollo del Plan de Formación en Violencia de Género para profesionales de la Gerencia Regional de Salud

El documento de referencia que se utiliza en formación para personal sanitario es el protocolo común propuesto por la Comisión de Violencia de Género del Ministerio de Sanidad y aprobado en el Consejo Interterritorial. Dentro de las actividades previstas en el plan, se han desarrollado las siguientes:

- *Jornada de sensibilización e información dirigida a equipos directivos* de atención primaria, atención especializada y emergencias de la Gerencia Regional de Salud (abril de 2007) con el objetivo de sensibilizar a directivos y profesionales del sistema de salud sobre la gravedad y magnitud del problema de los malos tratos a las mujeres. En esta jornada se presentó formalmente el Plan de Formación en Violencia de Género de la Gerencia Regional de Salud y el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, y se informó de la puesta en marcha de un servicio específico para la prevención y atención a la violencia de género en los servicios de Salud de Castilla y León (Sacyl).
- *Curso de formación de formadores y formadoras en violencia de género* (mayo y junio de 2007) de 60 horas de duración, dirigido a 25 profesionales de la comunidad autónoma cuyo objetivo fue capa-

darles para que, a su vez, puedan formar a otros profesionales del ámbito sanitario en prevención y atención a la violencia de género.

- *Formación en todas las gerencias de atención primaria:*
 - Una jornada por área con carácter previo a la implantación del servicio de prevención y atención a la mujeres víctimas de violencia de género, a la cual han acudido al menos 2 personas por equipo de atención primaria. En todas las realizadas en el año 2007 se ha presentado el protocolo.
 - Actividades de sensibilización y formación en los equipos de atención primaria, dentro de la *estrategia de implantación del protocolo y de la implantación del servicio*.
- *Formación de personal de los servicios de urgencias* de los 14 hospitales de la comunidad autónoma del 112 y de los SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria).
- *Formación para comadronas y fisioterapeutas en violencia de género.*
- La *formación prevista para personal de equipos de salud mental* y asistencia psiquiátrica, tras haber realizado ya un primer curso en 2006 y con la previsión de realizar otro en 2007, no pudo llevarse a cabo y tuvo que posponerse para 2008.
- *Pilotaje del servicio de atención a la violencia de género* durante el último trimestre de 2007 en 22 equipos de atención primaria de la comunidad autónoma. Las características de prestación de este servicio se basan en el protocolo común propuesto por la Comisión contra la Violencia de Género y en él se establecen pautas de actuación normalizada y homogénea para los distintos profesionales del Sistema Nacional de Salud.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género para profesionales sanitarios

- Difusión del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género elaborado a iniciativa del Consejo Interterritorial del SNS a los 14 hospitales y complejos asistenciales (25 de abril de 2007).
- En los servicios de urgencias de los hospitales y complejos asistenciales en caso de asistencia a alguna víctima se cumplimenta el registro establecido en el citado protocolo y se colabora con otras instituciones implicadas (fuerzas de seguridad, forenses, servicios sociales, etc.) en la coordinación de las medidas que deben adoptarse.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

Son las siguientes:

- Acciones dirigidas a la sensibilización del personal sanitario respecto a la violencia de género como problema de salud mediante difusión de información e inclusión del tema en jornadas y cursos.
- Protocolización de la información que hay que proporcionar a la mujer que sufre maltrato (recursos, opciones, medidas de protección, etc.), así como los dispositivos mediante los cuales puede canalizarse la demanda. En todos los casos se ofrece apoyo psicológico por parte del servicio de atención a víctimas de la Junta de Castilla y León o por parte de los equipos de salud mental.
- Evaluación de la implantación del protocolo en su fase de pilotaje con objeto de introducir mejoras en relación con las aportaciones propuestas por los profesionales y ante los problemas detectados para su desarrollo.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género en atención primaria y atención especializada

Factores facilitadores en el nivel de atención primaria:

- Liderazgo y apoyo al servicio por parte de los equipos directivos.
- Sensibilización y formación de los profesionales sanitarios para la implantación del servicio. Esta actividad de sensibilización y formación se está realizando en todos y cada uno de los equipos de atención primaria.
- Conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de los recursos existentes para la atención a mujeres maltratadas.
- Existencia de un responsable sanitario en cada equipo de atención primaria que haya realizado, al menos, un curso en que se haya facilitado información por parte de todas las instituciones implicadas en el problema (policía, servicios sociales, juez, pediatras, etc.).
- Seguimiento periódico por parte del responsable de cada gerencia sobre las coberturas obtenidas, las dificultades para desarrollar el servicio, etc.

- Formación de equipos de apoyo y supervisión en la atención a la violencia de género que actuarán como referentes en las gerencias de atención primaria para la consulta de casos, resolución de problemas, etc. Esta actividad está pendiente de su puesta en marcha cuando finalicen la formación las personas que asumirán dicha función. Estos grupos deberían contar con la participación de otros profesionales de apoyo (psicólogos).

Factores que dificultan la sostenibilidad en atención primaria:

- Presión asistencial excesiva en algunos equipos.
- Falta de impulso por parte de directivos y responsables en algún área.
- Desconocimiento por parte del personal sanitario sobre alternativas y recursos que pueden ayudar a las mujeres víctimas de violencia y a sus hijos e hijas.
- Escasa disponibilidad de personal experto para los equipos de apoyo.

Factores facilitadores en el nivel de atención especializada:

- Alto grado de colaboración y de implicación del personal sanitario y no sanitario (trabajadoras sociales) para la implementación del protocolo.
- Identificación de un responsable en el servicio de urgencias para seguir de cerca el cumplimiento de todas las recomendaciones y corregirlas en caso necesario.
- Desarrollo de acciones de mejora como:
 - Comunicación de los centros con los servicios sociales.
 - Mayor agilidad en la tramitación del parte de lesiones.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

Dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y concretamente en el Servicio de Actividades Preventivas, se ha incluido una norma de calidad que consiste en investigar factores de riesgo psicosocial y la dinámica familiar en todas las mujeres mayores de 15 años.

A todas aquellas mujeres que contesten afirmativamente a las preguntas de riesgo psicosocial o que estén en situaciones de riesgo o de mayor vulnerabilidad (mujeres inmigrantes, embarazadas, discapacitadas, drogodependientes,

testigos de situaciones de violencia en la infancia, etc.) o factores de sospecha en relación con la violencia de género (lesiones físicas que sugieren malos tratos, dinámica familiar compleja, consultas frecuentes por síntomas psíquicos y/o físicos inespecíficos, etc.) se les realizará consulta específica para confirmar o descartar maltrato. Esta actuación se registrará con un código específico en el sistema informático de manera que permita realizar seguimiento periódico y automatizado, por parte de las gerencias, del número de mujeres con factores de riesgo en las cuales se ha investigado la existencia de malos tratos.

Otras actuaciones de interés

Actuaciones desarrolladas por la Gerencia de Emergencias Sanitarias sobre violencia de género a lo largo del año 2007:

- Registro informático de todas las urgencias y emergencias que tienen relación con la violencia de género y que están codificadas en la base de datos de la gerencia como CIE-9-MC:967.3.
- Revisión y actualización del protocolo sanitario ante malos tratos domésticos aprobado por el Consejo Interterritorial, así como la adaptación de los formatos que deben cumplimentarse en las unidades móviles de emergencias.
- *Formación continuada:* participación en el curso Cómo actuar ante la violencia de género en el entorno sanitario (15 médicos y 9 enfermeros del 112 a propuesta del Servicio de Formación de la Dirección General de Recursos Humanos).

Plan de Formación en Violencia de Género de la Gerencia Regional dirigido a los sectores profesionales que atienden a mujeres con esta problemática, que amplíe la cobertura formativa (en parte ya descrito en acciones de atención primaria y atención especializada):

- Jornada de información y sensibilización dirigida a equipos directivos de atención primaria y hospitales: 80 participantes (gerentes de atención primaria y atención especializada, directores y subdirectores médicos y de enfermería, y coordinadores de equipos).
- Curso de formación de formadores en violencia de género con participación de profesionales de las 11 áreas: 25 participantes (médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales y comadronas).

- Jornadas y talleres de formación en cada área, en atención primaria y en servicios de urgencia hospitalarios, SUAP y 112: 7 jornadas y 24 talleres. Han participado profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Sesiones clínicas de los equipos de atención primaria sobre violencia de género.
- Formación en violencia de género en los programas transversales de profesionales en formación MIR (médico interno residente) de especialidades clínicas, comadronas, psicólogos clínicos y personal de enfermería en salud mental.
- Formación avanzada organizada por la Escuela Nacional de Sanidad: una psicóloga está realizando el curso de formación de formadores en violencia de género de la Escuela Nacional de Sanidad y una psicóloga y un médico de atención primaria están realizando el curso superior de violencia de género en esta misma escuela.

Colaboración con otras entidades y organismos con competencias en la atención a víctimas de violencia de género en la formación de los profesionales, e impulso de la coordinación para la gestión eficaz de casos:

- Colaboración con la Dirección General de la Mujer en la realización de actividades de formación (curso de formación de formadores, talleres de formación a algunos colectivos), en que participan en la financiación y en la docencia de los módulos sobre recursos específicos de atención a mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos, y recursos de atención a hombres que maltratan: 266 participantes.
- Colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio para la Violencia de Género):
 - Grupo de trabajo que ha redactado el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género elaborado por el Ministerio de Sanidad (1 persona).
 - Grupo de trabajo de indicadores sobre violencia de género (1 persona).
 - Participación de 5 profesionales de atención primaria (médicos, enfermeras y una psicóloga) en las jornadas sobre violencia de género de octubre de 2007 en la Escuela Nacional de Sanidad.
 - Presentación en las mismas jornadas de los resultados del estudio realizado en Castilla y León: estudio de la opinión de las víctimas de malos tratos respecto a la actuación de los profesionales de atención primaria.



Informe Violencia de Género 2007

Castilla-La Mancha



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

Durante 2007 se han llevado a cabo las siguientes acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria:

- Diseño del módulo informático que incluye el protocolo de violencia de género en atención primaria, que se ha incorporado al resto de la historia clínica informatizada a principios de 2008 en el apartado de servicios de atención a la mujer. Según datos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), hasta la fecha 122 equipos de atención primaria ya han utilizado el módulo y han dado de alta un total de 92 casos.
- Realización de cursos de formación:
 - Curso centralizado dirigido a personal técnico, dirección médica y de enfermería de las 7 áreas de salud de Castilla-La Mancha.
 - Sesiones formativas en gerencias de atención primaria con los equipos de atención primaria al objeto de trasladar a sus componentes los contenidos del protocolo y familiarizarlos con el manejo del módulo del protocolo en la historia clínica.
- Presentación del protocolo a los recursos sociales (centros de la mujer) y a las fuerzas y cuerpos de seguridad ubicados en cada una de las áreas de salud de implantación del protocolo.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

Las acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada se diseñarán durante 2008.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género en atención primaria

Éstos son algunos de los factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género en atención primaria:

- La propia sensibilidad del personal sanitario ante este problema social con repercusión en la salud de las víctimas.
- Facilidad de acceso y uso del módulo de registro de la historia clínica informatizada, pues está diseñado con una estructuración cronológica de los contenidos y actividades realizadas en la consulta.
- Disponibilidad (en soporte físico y virtual) de una guía de algoritmos incluidos en el protocolo que incluye un catálogo de dispositivos sociales de apoyo y recursos para derivación.
- Cuestiones y dudas del personal sanitario relacionadas con la práctica médica y la obligación legal de declaración al juzgado sobre el presunto hecho delictivo.
- Temor sobre las consecuencias que sobre su propia integridad física puedan resultar al conocer el agresor que el médico ha declarado los hechos violentos al juzgado.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

Se ha formado un grupo de trabajo con representantes del Instituto de la Mujer, el Sescam y la Consejería de Sanidad para establecer criterios que definan el tipo de actuación y recurso procedente según la situación de vulnerabilidad de la víctima.

De acuerdo con estos criterios, desde el Sescam a los centros de la mujer se ha derivado un total de 131 casos. Se ha derivado a los servicios jurídicos un total de 48 casos.

Datos generales

Se aportan los siguientes datos generales:

- Casos detectados por 100.000 mujeres mayores de 14 años: 64,06.
- Casos detectados en atención primaria: 311.

- Casos detectados en atención especializada: 225.
- Casos detectados con maltrato físico y psíquico: 385.
- Casos detectados con maltrato psíquico: 151.
- Casos detectados en conviviente cónyuge/ex cónyuge: 269.
- Casos detectados en conviviente pareja de hecho: 198.
- Casos detectados en conviviente no consta: 69.
- Casos detectados en menores de 18 años: 7.
- Casos detectados en mujeres entre 18 y 30 años: 183.
- Casos detectados en mujeres entre 31 y 50 años: 259.
- Casos detectados en mujeres mayores de 50 años: 87.
- Casos detectados en mujeres extranjeras: 17.



Informe Violencia de Género 2007

Cataluña



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

En Cataluña, según el Instituto Catalán de las Mujeres (Institut Català de les Dones) de la Generalitat, se disponen de los datos sobre violencia contra las mujeres que se presentan en las tablas 1-4 y en la figura 1.

TABLA 1. Número de mujeres fallecidas por violencia machista, 2008 (Cataluña)

A manos de su pareja o ex pareja	3
Ámbito familiar	-
Sin relación familiar	-
Por un desconocido	-
Total	3

TABLA 2. Evolución del número de mujeres fallecidas por violencia de género, 2007 (Cataluña)

2004	21
2005	16
2006	12
2007	12

Mujeres fallecidas por violencia de género a partir del seguimiento de los medios de comunicación.
Última fecha de actualización: 2 de junio de 2008.

TABLA 3. Violencia machista en el ámbito de la pareja y en el ámbito familiar. Procedimientos registrados por los cuerpos de seguridad, 2007 (Cataluña)

Año*	Ministerio del Interior ¹	Mossos d'Esquadra ²	Total
1998	2.630	630	3.260
1999	2.668	650	3.318
2000	2.593	969	3.562
2001	2.530	1.733	4.263
2002	5.113	2.340	7.453
2003	5.187	4.621	9.808
2004	5.611	7.631	13.242
2005	4.699	10.319	15.018
2006	3.874	13.889	17.763
2007	2.615	13.215	15.830

Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Interior, Relaciones Institucionales y Participación de la Generalitat de Cataluña (Mossos d'Esquadra) y del Ministerio del Interior (*web* del Instituto de la Mujer).

* Denuncias desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

¹ Denuncias por maltratos producidos por la pareja o ex pareja.

² Procedimientos por violencia doméstica y violencia de género.

Última fecha de actualización: 2 de junio de 2008.

El volumen de datos e informaciones sobre los aspectos visibles de la violencia contra las mujeres se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años y, en la actualidad, ya se dispone de un marco de referencia a partir del cual pueden articularse las medidas y actuaciones para hacer frente a este fenómeno. Paulatinamente se han establecido sistemas de registro que permiten constatar el número de denuncias registradas en algunas formas de violencia, así como la cantidad de casos atendidos desde los recursos especializados.

Pese a todo, continúa detectándose una serie de carencias que tienen como consecuencia no conocer en la actualidad la verdadera incidencia de la violencia. A menudo, los datos de que se dispone son parciales y no abarcan todas las formas de violencia contra las mujeres. Además, falta unificación de los sistemas de registro, así como de los conceptos que aparecen. Los criterios de recogida de la información utilizados por los diferentes recursos no están unificados, lo cual impide un tratamiento global de la información. Tampoco se hace difusión periódica de la información de la cual se dispone.

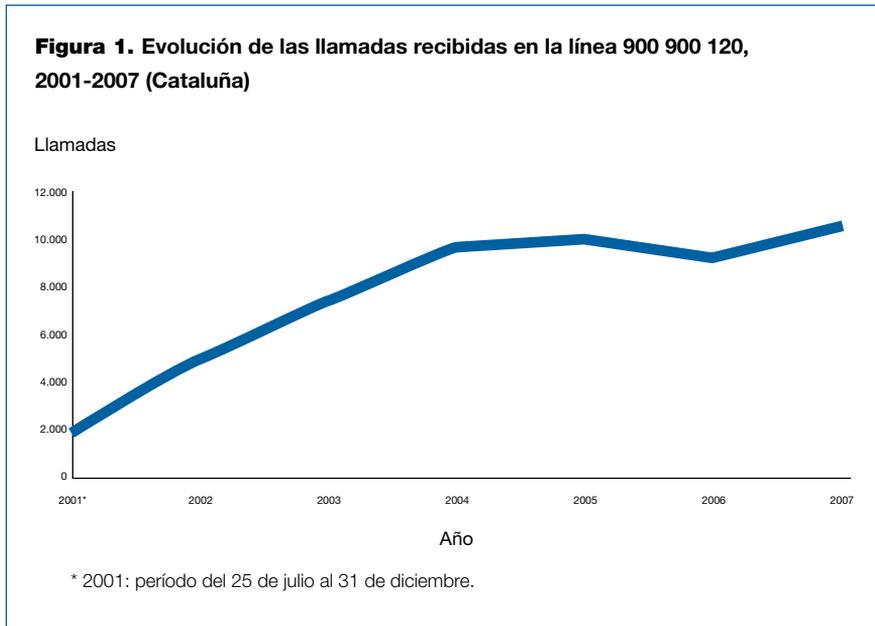
TABLA 4. Evolución de las llamadas recibidas en la línea de atención a las mujeres en situaciones de violencia (900 900 120), 2008 (Cataluña)

Número de llamadas acumulado (enero-mayo de 2008)			
5.390			
Datos acumulados (enero-mayo de 2008)			
		Llamadas	Porcentaje
Por demarcaciones	Alt Pirineu i Aran	26	0,5
	Barcelona	3.897	72,3
	Camp de Tarragona	505	9,4
	Comarques Centrals	206	3,8
	Girona	379	7,0
	Ponent	211	3,9
	Terres de l'Ebre	69	1,3
	No consta	31	0,6
	Otras comunidades	66	1,2
	Total	5.390	100,0
Por sexo	Mujeres	4.961	92,0
	Hombres	287	5,3
	Asociaciones y entidades	142	2,7
	Total	5.390	100
Por edad	Menores de 18 años	118	2,2
	19-30 años	787	14,6
	31-40 años	2.307	42,8
	41-50 años	1.486	27,6
	51-60 años	474	8,8
	Mayores de 61 años	218	4,0
	Total	5.390	100,0

Del Instituto Catalán de las Mujeres. Fecha de la última actualización: 2 de junio de 2008.

Media mensual de llamadas recibidas: 1.078			
Ámbitos en que se ejerce la violencia ¹	Pareja	4.757	88,3
	Familiar	402	7,5
	Laboral	29	0,5
	Social o comunitario	202	3,7
	Total	5.390	100
Formas de violencia machista ¹	Física	2.506	46,5
	Psíquica	4.438	82,3
	Sexual	163	3,0
	Económica	230	4,3

¹ Hay muchos casos en que coincide más de una forma de ejercer la violencia.



Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria y en atención especializada

El *protocolo para el abordaje de la violencia hacia las mujeres en el ámbito de la salud en Cataluña* (documento “madre”), actualmente en fase de consenso y aprobación para su posterior publicación y difusión, nace como marco global de referencia y como punto de partida para la comprensión de los documentos operativos, que determinarán la operativización de las actuaciones necesarias.

El documento madre pretende dar a conocer las principales cuestiones que ha de tener en cuenta el conjunto de profesionales de la salud ante la violencia hacia las mujeres y, en concreto, son las siguientes:

- Familiarizar al conjunto de profesionales de la salud con algunas de las principales aproximaciones teóricas que guían la comprensión del fenómeno de la violencia machista y de género.
- Sensibilizar al conjunto de profesionales de la salud sobre la importancia de abordar proactivamente la detección e intervención ante eventuales casos de violencia machista y de género.
- Ofrecer pautas comunes de aproximación genérica para el abordaje sanitario de la violencia machista y de género.

Los *documentos operativos* son un conjunto de documentos que deben operativizar el abordaje específico y proactivo de la atención sanitaria a las mujeres que padecen violencia machista y de género ante la gran heterogeneidad de realidades y situaciones con que se encuentra el conjunto de profesionales en su día a día. En concreto, se prevé la elaboración de documentos operativos o la adaptación de algunos ya existentes de los ámbitos siguientes:

- Salud mental y adicciones.
- Agresiones sexuales.
- Menores.
- Personas mayores.
- Mujeres discapacitadas.
- Mujeres embarazadas.
- VIH/sida.
- Mutilaciones genitales femeninas.
- Mujeres inmigradas.
- Prostitución.

La *formación* de los profesionales de la salud se encuentra entre las acciones prioritarias para favorecer la implantación del protocolo de violencia de género. En este sentido, el Departamento de Salud aplica un plan de formación (con la colaboración del Instituto de Estudios de la Salud) destinado a sensibilizar y mejorar las habilidades de los y las profesionales en la detección y asistencia de mujeres que padecen situaciones de violencia.

Se continúa trabajando para la introducción de la perspectiva de género en los currículos de formación de pre y posgrado de los y las profesionales de la salud, así como en la formación de los residentes y profesionales de atención primaria, facilitándoles elementos para una adecuada atención a la asistencia en casos de violencia hacia las mujeres. También se desarrollan actividades de sensibilización sobre la violencia de género (jornadas) dirigidas a profesionales de la salud.

En relación con las acciones que se han realizado en 2007, tanto en *atención primaria* como en *atención especializada*, de detección y diagnóstico de mujeres maltratadas en los *servicios sanitarios*, prácticamente todas las regiones sanitarias¹ han informado de la *actividad* llevada a cabo (tabla 5).

TABLA 5. Número de mujeres detectadas, diagnosticadas y atendidas por violencia de género en los servicios sanitarios, 2007 (Cataluña)

Atención primaria	Atención hospitalaria
446	3.476

1 Sanitariamente, Cataluña se estructura en 7 regiones sanitarias: Lleida, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre, Girona, Catalunya Central, Alt Pirineu i Aran, y Barcelona.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

Región sanitaria de Girona

En el año 2006 se realizó en un centro de atención primaria (CAP) de la región metropolitana de Girona, que en su zona da cobertura a un municipio de 4.585 personas, una intervención/investigación subvencionada por el Instituto Catalán de las Mujeres y llevada a cabo por un equipo desde la Universidad de Girona (2 psicólogas con amplia formación en el tema y una coordinadora). La intervención consistía en un trabajo grupal psicoeducativo con mujeres en que se había detectado explícitamente una situación de malos tratos por parte de la pareja o bien entre las cuales existía sospecha de ellos por su perfil de utilización de los servicios sanitarios. Éstas fueron encaminadas por el personal del CAP (equipo sanitario y trabajadora social) y también por las trabajadoras sociales del Ayuntamiento de dicha población. El grupo en ningún momento recibió ninguna etiqueta relacionada con la violencia por tratarse de una población residente en un pueblo muy pequeño y para no estigmatizar el trabajo (por lo que se trataba genéricamente de un grupo de salud y calidad de vida) aunque el hilo conductor de las sesiones fuera la violencia por parte de la pareja (tanto presente como pasada). Se ha entrevistado individualmente a 14 mujeres y en la entrevista y evaluación se les explicaba el objetivo y contenidos del trabajo grupal, invitándolas a participar en él. Han accedido participar en el grupo 8 mujeres (la mayoría de aquellas que no quisieron participar se justificó aduciendo problemas de incompatibilidad horaria). Sólo 6 mujeres asistieron al 90 % de los 14 encuentros y 2 participaron más intermitentemente.

En el año 2007, los servicios sociales del Ayuntamiento del pueblo, en vista de los resultados positivos que han observado entre las mujeres participantes en el grupo, subvencionó una segunda edición del trabajo, que siguió en la misma línea: en las instalaciones del CAP y con la participación de 7 mujeres. Cabe mencionar que en el segundo grupo la implicación del personal del CAP ha sido tangencial y las participantes fueron encaminadas directamente por los servicios sociales del Ayuntamiento sin apenas derivaciones por parte de los y las profesionales sanitarias. Se piensa que, aunque existan recursos disponibles en la propia atención primaria, que pueden ser muy útiles para el personal médico y de enfermería, es necesaria una constante sensibilización y formación de éste para abordar y derivar mujeres en situación de violencia de género ya que uno de los pasos más difíciles que se han detectado es el abordaje del tema por parte del personal sanitario en la consulta de atención primaria. Un punto muy positivo de la intervención es

la materialización de la posibilidad del trabajo en red, mediante la implicación de los servicios sanitarios, la Administración local y la universidad.

Región sanitaria de Catalunya Central

El Punto de Información a la Mujer (Punt d'Informació a la Dona) Montserrat Roig de Manresa creó en 2007 un grupo terapéutico para ayudar a las mujeres maltratadas. Este centro depende directamente del Ayuntamiento y en él trabajan una psicóloga, una trabajadora social y varias dinamizadoras. Cuentan con la colaboración del Programa de atención a la salud sexual y reproductiva proveedor del servicio sanitario público.

Este año han asistido a 10 mujeres que han sido o son víctimas de violencia de género. Estas mujeres se reúnen un día a la semana durante una hora y media para poner en común su problemática bajo la supervisión de una profesional. Aprender a abrirse y confiar es la finalidad del grupo.

Cuatro de estas mujeres han protagonizado la exposición *Palabras contra la violencia*, uno de los 15 actos organizados por la regiduría y el consejo general de la mujer con motivo del Día Internacional Contra la Violencia de Género. Para llevar a cabo esa exposición, han cedido sus reflexiones personales que, en forma de frases, ofrecen un retrato de lo que representa ser víctima de maltrato por parte de la pareja.

La fortaleza y apoyo creciente de las mujeres del grupo han protagonizado acciones de respaldo a una compañera que acudía por primera vez al juzgado de violencia de la ciudad, pues todas se presentaron.

A modo de ejemplo pueden leerse algunas de las frases expresadas y que permiten a estas mujeres liberarse de una carga muy pesada y comprender que no están solas en esto: “Me dice que se quiere matar, entonces me enseña una cuerda gruesa, me la enseña y me dice: tú, tú serás la culpable.” “Quiero ser fuerte, mirar hacia delante, decirme al espejo: estoy bien, y nunca más nadie podrá herir mis sentimientos y mi alma. Pero esta pesada carga que he de soportar, ¿me permitirá algún día ser una persona normal?” “No está a mi lado y continuo sintiendo sus palabras, sus insultos y todas las humillaciones. Cada rincón de esta casa está impregnada de malos recuerdos: la cocina, la chimenea, el baño... ¡Necesito olvidar! ¿Por qué no puedo?”

Región sanitaria de Barcelona

Una experiencia remarcable en Cataluña se trata del *Circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres*.

En Cataluña se continúa trabajando para extender la experiencia de la ciudad de Barcelona a todo el territorio, reforzar en el futuro la coordinación interna entre el Departamento de Salud y los referentes en el territorio para impulsar los compromisos y las políticas de género del Departamento de Salud, difundir e implementar el protocolo y el circuito para el abordaje de la violencia hacia las mujeres en el ámbito de la salud en Cataluña y, además, impulsar una coordinación más efectiva entre los ámbitos de planificación sanitaria, otras unidades del Departamento de Salud, otros departamentos y otros sectores sociales.

En el marco del *Programa de atención a las víctimas de la violencia intrafamiliar*, actualmente se está llevando a cabo un *estudio* (en fase de trabajo de campo) *de detección de riesgo psicológico* en víctimas de violencia intrafamiliar y de género en Cornellà de Llobregat (Barcelona).

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género

El desarrollo de las distintas actividades y especialmente el trabajo con los y las profesionales para la implantación del protocolo de atención a la violencia de género ha permitido identificar algunos factores que la facilitan o dificultan.

Factores que facilitan la sostenibilidad de las acciones:

- Disponer de un protocolo.
- Formación de profesionales.
- Políticas de servicios orientadas en esa dirección.
- Referentes en el territorio.
- Identificación de buenas prácticas.

Factores que dificultan la sostenibilidad de las acciones:

- Presión asistencial.
- Falta de información y sensibilización de proveedores y profesionales.
- Falta de recursos humanos y recursos materiales.
- Problemas de coordinación entre diferentes servicios tanto a nivel sanitario como a otros niveles, como a nivel social, policial o judicial.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

La Cartera de Servicios del Programa de atención a la salud sexual y reproductiva incluye el cribado proactivo de eventuales casos de violencia machista y de género en el control y seguimiento del embarazo y en los embarazos no deseados. Esta actividad se realiza en la consulta y en un marco de privacidad, exclusivamente con la gestante.

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones del Departamento de Salud, entre los proyectos que prioriza, contempla la mejora de la atención de los trastornos mentales y las adicciones en la atención primaria de salud. Así, un objetivo operativo de este proyecto es mejorar la atención especializada a las poblaciones vulnerables y, específicamente, incorporar los aspectos de atención psiquiátrica y psicológica de las mujeres maltratadas en el marco del Plan Interdepartamental coordinado por el Instituto Catalán de las Mujeres y de acuerdo con el desarrollo de unidades de atención integral a la violencia de género.

Así, en el año 2007 existían en Cataluña 4 programas de atención especializada en salud mental en violencia de género y abusos sexuales:

- Centro de Salud Mental Cornellà. Sant Joan de Déu, servicios de salud mental.
- Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.
- Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona.
- Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa Maria de Lleida.

Otras actuaciones de interés

El Parlamento de Cataluña ha aprobado, el 16 de abril de 2008, por unanimidad, la *Ley del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista*, que recoge las actuaciones que los poderes públicos catalanes han de llevar a cabo contra la violencia machista y permitirá actuar de manera integral contra todas las formas de esta violencia. Durante el año 2007 se realizaron trabajos para su aprobación final e inicio de la tramitación parlamentaria, y fue aprobada por el Gobierno de la Generalitat el 17 de julio de 2007. El proceso participativo que inició el Instituto Catalán de las Mujeres se abrió a toda la ciudadanía para recoger sus propuestas. El proceso para hacer aportaciones al Proyecto de Ley de los derechos de las mujeres para la erradicación de la violencia machista se abrió el 8 de noviembre de 2005 y duró hasta enero de 2006.

El compromiso de elaboración del Protocolo para el abordaje de la violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud en Cataluña está recogido en el plan de acción y desarrollo de las políticas de mujeres en Cataluña 2005-2007 –liderado por el Instituto Catalán de las Mujeres– y, concretamente, en su sexto eje o línea estratégica que corresponde al programa para el abordaje integral de las violencias hacia las mujeres. En este sentido, el protocolo marco y circuito nacional para una intervención coordinada contra las violencias contra las mujeres (en trámite de aprobación durante 2007 y aprobado este año) da cumplimiento a los objetivos y medidas que se desarrollan en el Programa para el abordaje integral de las violencias contra las mujeres. El protocolo marco recoge las experiencias llevada a cabo hasta ahora en esta materia y constituye el marco de referencia para otros protocolos que se puedan desarrollar o que ya se estén implementando. También ha servido como marco de referencia para elaborar este documento el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, aprobado en Madrid en abril de 2007. En marzo de 2006 se presentó el trabajo de la primera fase de elaboración del protocolo marco, que permitió conocer las líneas políticas y técnicas, los servicios y recursos, así como los equipos profesionales de intervención.

El actual *Plan de Salud de Cataluña en el Horizonte 2010* sitúa el abordaje de la violencia de género entre sus prioridades. En la segunda parte del plan, donde se presentan las propuestas que hace el Departamento de Salud para mejorar el estado de salud de la población, incluye propuestas estratégicas en relación con las acciones contra la violencia hacia las mujeres, los menores y las personas mayores, las cuales se enmarcan en el primero² de los 5 ejes estratégicos que articulan las políticas de salud del Gobierno de Cataluña.

Así, el eje 1 del plan de salud incluye un apartado con estas propuestas estratégicas para el año 2010, además de una justificación de este problema, la efectividad de las intervenciones e indicadores ligados a las estrategias:

- Difusión e implementación territorial de protocolos para la prevención, la detección precoz, el tratamiento y la rehabilitación en los casos de violencia:
 - Implementación territorial del *protocolo para el abordaje de la violencia hacia las mujeres en el ámbito de la salud en Cataluña*, que prevé la realización de una prueba piloto de carácter policéntrico y su evaluación.

2 Eje 1. El compromiso intersectorial en la salud: el mantenimiento y la mejora de la salud sólo es posible si se actúa sobre los diferentes aspectos estructurales relacionados con el bienestar y la calidad de vida, como el trabajo, la educación, la vivienda y el urbanismo o la cultura y, en general, sobre las condiciones materiales de vida de la población. Para hacer efectivas las políticas de salud hace falta un abordaje multisectorial.

- Implementación territorial del *protocolo de maltratos agudos en la infancia* y extensión del Registro Unificado de Maltratos Infantiles (RUMI), tras haber realizado previamente una prueba piloto en el Hospital Sant Joan de Déu y el Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron.
- Elaboración de un *protocolo sobre maltratos a las personas mayores*.
- El hecho de que las regiones sanitarias establezcan el circuito de actuación para que diferentes sectores implicados puedan responder de manera rápida y coordinada ante situaciones de maltratos.

En Girona se está desarrollando un programa de diagnóstico y tratamiento al maltratador para que no vuelva a reincidir.

También desde el Departamento de Salud se otorga una subvención a la entidad Exil, que atiende a víctimas de maltratos, tanto a mujeres como a menores.



Informe Violencia de Género 2007

Comunidad Valenciana



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

En el año 2007 se ha iniciado la elaboración del protocolo sanitario de violencia de género en la Comunidad Valenciana, tomando como base el protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Para ello se han constituido diversos grupos de trabajo que están realizando sus aportaciones desde las diversas perspectivas en el ámbito sanitario. Se prevé que su edición y difusión se lleve a cabo en 2008. Asimismo, se está realizando la validación de un instrumento que permita guiar la detección de la violencia de género por parte de los y las profesionales sanitarias en centros de atención primaria y atención especializada, con la consiguiente incorporación de ésta en el protocolo sanitario, dependiendo de los resultados obtenidos en el estudio que se está realizando. Además, también se está validando una escala para valorar el riesgo de seguridad de las mujeres que son víctimas de violencia de género. La incorporación de esta escala en el protocolo sanitario que se está elaborando permitirá orientar las actuaciones de prevención e información tras la detección de un caso de violencia de género. Estos estudios cuentan con una ayuda de investigación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS; PI 061565).

Se ha realizado una modificación del informe médico de presunta violencia de género/doméstica (adultos), que ha quedado recogida en la circular de la Consejería de Sanidad 4/2007.

Dada la gran importancia de la sensibilización y formación de los y las profesionales sanitarias en la detección e intervención en los casos de violencia de género, a lo largo de 2007 se han continuado realizando cursos de formación en el marco de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES). Éstos aparecen en la tabla 1.

TABLA 1. Cursos de formación en violencia de género en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2007 (Comunidad Valenciana)

Nombre del curso	Profesionales	Número de ediciones	Número de horas	Número de asistentes
Formador de formadores en violencia contra la mujer en las relaciones de pareja	Sanitarios (grupos A, B y C) y trabajadores(as) sociales	1	20	20
El papel del profesional sanitario en la detección y abordaje de la violencia de género	Sanitarios (grupo A, B y C) y trabajadores(as) sociales	12	20	25 (por edición)
Salud, género y violencia	Sanitarios (todos los grupos) y trabajadores(as) sociales	4	30	25 (por edición)

En el último trimestre de 2007 se han realizado acciones de sensibilización en los centros de atención primaria de las áreas metropolitanas de Valencia y de Alicante mediante la realización de talleres de 2 horas de duración dirigidos a todo su personal. Para ello se ha contado con la colaboración de la CAM (Caja Mediterráneo).

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

En el año 2007 se ha iniciado la elaboración del protocolo sanitario de violencia de género en la Comunidad Valenciana, tomando como base el protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS). Para ello se constituyeron diversos grupos de trabajo que están haciendo sus aportaciones desde las diversas perspectivas en el ámbito sanitario. Se prevé que su edición y difusión se lleve a cabo en 2008.

Se ha realizado una modificación del informe médico de presunta violencia de género/doméstica (adultos), que ha quedado recogida en la circular de la Consejería de Sanidad 4/2007.

Se han realizado cursos de formación de los y las profesionales sanitarias en la detección e intervención en los casos de violencia de género, basado en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

Como fase previa a la elaboración del protocolo de atención sanitaria de las mujeres víctimas de violencia de género de la Comunidad Valenciana, se han creado 6 grupos de discusión con el objetivo de explorar las percepciones y opiniones del personal de los servicios sanitarios frente a la implantación de un protocolo sociosanitario para la detección precoz y atención de los casos de violencia conyugal o familiar, así como para identificar los factores favorecedores y las barreras que dificultarían su implantación. Estos resultados permitirán orientar el diseño e implantación del protocolo que se está elaborando.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género

Factores favorecedores:

- Formación y sensibilización inicial y periódica del personal sanitario.
- Cartera de Servicios de Atención Primaria y Especializada que considera la violencia de género un proceso más.
- Elaboración y, sobre todo, actualización de las guías de práctica clínica y protocolos para la atención de las mujeres víctimas de violencia de género.

Factores que dificultan:

- Dificultad de ofrecer una solución adecuada a las mujeres que son víctimas de violencia de género, sobre todo en los casos iniciales.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

Se está trabajando para que el protocolo que se está elaborando sobre atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia de género tenga un apar-

tado específico para las mujeres embarazadas. Para ello se dispone de una ayuda de investigación del Instituto Carlos III para proyectos de investigación del Programa de promoción de la investigación biomédica y en ciencias de la salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (Resolución de 17 de octubre de 2006 sobre violencia familiar contra las mujeres durante el embarazo: contexto social y abordaje por el personal sanitario; PI 061565).

Otras actuaciones de interés

Se está realizando el seguimiento de los casos atendidos en los centros sanitarios por este problema mediante el análisis de las copias de los informes sanitarios de presunta violencia de género/doméstica (adultos) recibidos en la Dirección General de Salud Pública. En el año 2007 se recibieron un total de 1.567.



Informe Violencia de Género 2007

Extremadura



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

Tras valorar la importancia de comenzar a desarrollar en la Comunidad Autónoma de Extremadura las acciones necesarias para favorecer la prevención de la violencia de género desde el contexto sanitario, un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios inició un trabajo de investigación en relación con el estudio de algunos factores que tienen que ver con la intervención en la prevención de la violencia de género desde atención primaria. Como punto de partida, el grupo de trabajo consideró oportuno la organización de un seminario con asistencia de personas expertas en violencia de género en que se expusieran y debatieran los problemas y las ventajas de las experiencias de investigación e intervención llevadas a cabo en otras comunidades autónomas y la situación en esta comunidad autónoma en este sentido.

Se celebró el *seminario* en diciembre del año 2006, en Miajadas, y los objetivos de éste eran:

- Crear un foro de encuentro, reflexión, estudio e intercambio de experiencias profesionales en prevención de violencia de género desde el ámbito sanitario.
- Conocer las diferentes líneas de investigación en nuestro país sobre violencia de género.
- Estudiar las necesidades estructurales y organizativas en la práctica sanitaria con relación a la prevención de la violencia de género desde el ámbito sanitario.
- Valorar la necesidad de la investigación para mejorar la efectividad de las intervenciones en violencia de género.

Las conclusiones del seminario están recogidas en el primer capítulo del documento que se publicó con el trabajo de este grupo: *Investigación e intervención en violencia de género desde el ámbito sanitario*.

Se ha revisado la *Cartera de Servicios de Atención Primaria* y se ha abordado un servicio nuevo de atención familiar 730. Dentro de este servicio se ha creado el S-732, Prevención de los malos tratos.

Se ha firmado el *Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Extremadura* para la realización de actividades sobre violencia de género, dirigido a la formación de profesionales sanitarios.

La creación de la Consejería de Igualdad ha conseguido reactivar la *Comisión para la Erradicación y Prevención de la Violencia contra la Mujer de Extremadura*. En el seno de la Comisión se ha abordado la revisión del protocolo interdepartamental, en vigor desde el año 2001, para la erradicación y prevención de la violencia contra la mujer con el objetivo claro de coordinación entre todos los dispositivos encaminados a la erradicación de la violencia de género. En esta línea, a través del Instituto de la Mujer, se han creado diferentes dispositivos; uno de ellos son unidades de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia, que se han coordinado con los equipos de atención primaria, los dispositivos de salud mental y las comisiones sociosanitarias del área de salud.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

En atención especializada no se implantado ninguna novedad; continúa utilizándose el protocolo que ya existía.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios (atención primaria y/o atención especializada)

No se tiene conocimiento alguno de abordajes que sean muy novedosos.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones desarrolladas para implantar el protocolo de violencia de género

En el documento que se elaboró con los trabajos del grupo quedan definidas las ventajas y dificultades en relación con la intervención sanitaria que se recogieron en los debates del seminario.

Elementos facilitadores

- Reconocimiento del sistema sanitario y, en particular, atención primaria, como ámbito privilegiado para llevar a cabo la prevención de la violencia de género.
- Marco político y normativo con el cual contamos en la actualidad sobre violencia de género.
- Creación de una comisión para el estudio de este tema en el Consejo Interterritorial.
- Aumento de la sensibilidad social ante la violencia de género.

Elementos que dificultan

- Poca implicación por parte de las Administraciones en priorizar la violencia de género como un problema de salud pública.
- Falta de inclusión de la violencia de género en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- Falta de sensibilización y formación específica de los y las profesionales.
- Insuficiente coordinación entre niveles asistenciales de atención sanitaria y el resto de instituciones con responsabilidades en este tema.
- Insuficiencia de los sistemas de registros en general y en la historia clínica en particular.
- Poca difusión de los protocolos existentes.
- Percepción de inseguridad jurídica por parte de los y las profesionales sanitarias ante los registros de malos tratos en la historia clínica y en la declaración/parte judicial.
- Falta de habilidades en el abordaje de la entrevista realizada sobre malos tratos.
- Falta de condiciones y medidas estructurales organizativas.
- Falta de evaluación de las intervenciones en vigor en el ámbito sanitario.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

- Implantación del Servicio de Atención a los Malos Tratos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

- Unidades de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia.
- Convenio del Instituto de la Mujer con el Colegio de Psicólogos para el abordaje de las urgencias (para abordar la dispersión de Extremadura).



Informe Violencia de Género 2007

Galicia



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

Las acciones principales son cursos de formación para diferentes profesionales de la salud:

- *Actuación del profesional sanitario ante un caso de malos tratos*, dirigido a facultativos de medicina, enfermería y trabajadoras sociales, de 12 horas en los siguientes lugares:
 - En la Gerencia de Atención Primaria de A Coruña, en junio de 2007.
 - En la Gerencia de Atención Primaria de Lugo, en septiembre de 2007.
 - En la Gerencia de Atención Primaria de Ourense, en octubre de 2007.
 - En el Área Sanitaria de Ferrol, Área de Atención Primaria, en noviembre de 2007.

- *Curso de formación de formadoras y formadores en prevención y atención a la violencia de género*, dirigido a médicos y médicas, personal de enfermería, trabajadoras sociales y psicólogos.

Sus objetivos han sido formar a profesionales sanitarios(as) para que puedan diseñar, aplicar y evaluar programas de capacitación para la prevención y atención de la violencia de género en sus áreas sanitarias. Se trabajó con una metodología activa y participativa, que permitió la discusión y la interrelación entre los y las participantes del curso. Para ello se utilizaron exposiciones, presentaciones de casos y trabajo grupal.

Tuvo una duración de 40 horas durante los meses de mayo y junio de 2007. Asistieron 36 personas y entre ellas se seleccionó un grupo para que transmitieran sus conocimientos en sus respectivas áreas de salud en los cursos de prevención y atención en violencia de género.

- *Prevención y atención en violencia de género.*
Tuvo una duración de 20 horas (16 horas presenciales y un trabajo escrito de fin de curso) con las siguientes fechas y lugares:
 - 18-21 de junio en Matogrande (A Coruña).
 - 17-20 de septiembre en Ferrol.
 - 24-27 de septiembre en Santiago de Compostela.
 - 8-11 de octubre en Lugo.
 - 1-4 de octubre en Ourense.
 - 15-18 de octubre en Pontevedra.
 - 22-25 de octubre en Vigo.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

Las acciones principales, al igual que en el caso de atención primaria, están representadas por cursos de formación para distintos profesionales de la salud:

- *Actuación del profesional sanitario ante un caso de malos tratos*, dirigido a facultativos de medicina, enfermería y trabajadoras sociales. Se han realizado cursos de 12 horas en los siguientes lugares:
 - En el Complejo Hospitalario de Pontevedra, en abril de 2007.
 - En el Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo de A Coruña, en mayo de 2007.
 - En el Complejo Hospitalario de Ourense, en junio de 2007.
 - En el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Hospital do Meixoeiro, en junio de 2007.
- *Prevención y atención en violencia de género.* El curso tiene una duración de 20 horas (16 horas presenciales y un trabajo de fin de curso) y se ha realizado en las siguientes fechas y lugares:
 - 5-8 de noviembre en el Hospital de Monforte de Lemos.
 - 13-16 de noviembre en el Hospital del Barco de Valdeorras (Ourense).
 - 19-22 de noviembre en el Hospital de la Costa de Burela (Lugo).
- *12 Talleres de 2 horas*, dirigidos a todo el personal de 12 centros de salud y de los PAC (puntos de atención continuada de urgencias extrahospitalarias) de Lugo.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

Se ha realizado un diagnóstico de situación en los PAC de esta comunidad autónoma para comprobar si se cubrían bien los partes de lesiones y si se

estaba aplicando con rigor el protocolo común respecto a la atención a las mujeres que sufren malos tratos. Tras comprobar los resultados, se ha planteado diseñar un *proyecto de mejora en la atención a las mujeres que sufren violencia de género en los PAC*, que se llevará a cabo en 2008.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género en atención primaria

Los principales factores facilitadores de la continuidad de las acciones puestas en marcha son la información que las y los profesionales demandan y su interés por asistir a cursos de formación.

En contrapartida, los factores que dificultan esa sostenibilidad son la falta de personal que sustituya a los y las profesionales que querrían asistir a más cursos.

Probablemente, este problema podría aminorarse, en parte, con la propuesta de la realización de cursos *on line*. Se están manteniendo conversaciones con el Instituto de la Mujer de la Secretaría General de Políticas de Igualdad para la realización de un curso *on line* durante el año 2008.

En este sentido, debe fortalecerse e impulsarse la coordinación entre los distintos dispositivos que intervienen en el proceso de la atención integral de la mujer, estableciendo una red consolidada y bien definida en la cual no falle ningún eslabón a la hora de poner en marcha las acciones necesarias para la atención y seguridad de la mujer.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

En reuniones con diferentes asociaciones de mujeres se les ha informado de la existencia del protocolo y las leyes vigentes respecto a violencia de género.

También se han mantenido conversaciones y reuniones periódicas con las jefas de las unidades contra la violencia sobre la mujer de las subdelegaciones provinciales del gobierno, con las cuales se tienen objetivos comunes y se han sellado lazos de colaboración. Han solicitado ayuda para la distribución de materiales editados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y traducidos al gallego y éstos se han hecho llegar a todos y todas las profesionales de la red sanitaria.

Se ha colaborado, siempre que se ha requerido, en distintos ayuntamientos y universidades para dar a conocer el protocolo común y la ley de

igualdad. Se ha participado en los cursos de la Universidad de Verano de A Coruña para dar a conocer el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género y se han compartido mesas redondas organizadas por varios ayuntamientos, relacionadas con género y salud, con representantes de las fuerzas del orden público y del poder judicial.

Otras actuaciones de interés

La Consejería de Sanidad de esta comunidad autónoma ha elaborado el *Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia* que ha sido presentado en mayo de 2007 por la consejera de Sanidad de Galicia y se ha contado con la presencia de la ministra de Sanidad, doña Elena Salgado Espinosa.

Este ambicioso plan consta de 32 proyectos y uno de ellos es el de “mejora de la atención y asistencia sanitaria a mujeres víctimas de violencia de género” cuyo objetivo es la mejora de la atención a estas mujeres gracias a la detección precoz, atención a la patología física y psicoafectiva, facilitación de documentación clínica útil y en tiempo para los procesos judiciales y el establecimiento, la derivación y la coordinación con los dispositivos de servicios sociales encargados de la atención social de estas mujeres.

Este proyecto se implantará en el Área Sanitaria de Lugo, por lo que en esa zona se están programando más actividades.

Paulatinamente se irá ampliando el área de cobertura hasta llegar a la totalidad de los y las profesionales gallegas.

Parte de las tareas del plan se realizaron en 2007 y queda otra parte para el año 2008:

- Se ha formado un grupo de trabajo de violencia de género.
- Se ha redactado una guía práctica de actuación que está pendiente de revisión por el comité.
- Se han realizado los cursos de formación y atención en violencia de género, antes reseñados.
- Se ha vuelto a modificar el parte de lesiones y, aunque todavía no es específico para violencia de género, se han mejorado los mapas corporales y se han introducido más apartados para cubrir en los casos de violencia contra las mujeres.

En el mes de agosto se ha puesto en marcha la *Ley gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género* (Ley 11/2007, de 27 de julio), publicada en el Diario Oficial de Galicia (DOG) n.º 152, de 7 de agosto.



Informe Violencia de Género 2007

Madrid



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



La Consejería de Sanidad está desarrollando un conjunto de líneas de trabajo que están dirigidas a satisfacer los diferentes requerimientos que, desde el punto de vista sanitario, implica la atención a la violencia de género. Estas líneas se desarrollan en el marco del Plan Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid 2005-2008.

A continuación se exponen las actuaciones realizadas en 2007, siguiendo el esquema que para este informe ha sido proporcionado por la Secretaría de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

Elaboración del protocolo de atención primaria

En octubre de 2007 se concluyeron los trabajos de elaboración del protocolo de atención primaria *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*.

Se trata de un protocolo que, en lo básico, concuerda con el aprobado por el Consejo Interterritorial, pero adaptado a las características de la Comunidad de Madrid. En su elaboración han participado 15 profesionales de atención primaria entre médicos de familia, comadronas, enfermeras y trabajadores sociales, así como personal de los servicios centrales del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Sanidad.

Servicio de Detección del Riesgo de Maltrato Familiar

El protocolo de atención primaria da soporte al Servicio de Detección del Riesgo Familiar. Se trata de un nuevo servicio de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, que se ha hecho efectivo a partir del 1 de enero de 2008, tras la revisión de la cartera efectuada en 2007.

El criterio de inclusión en el Servicio es: “personas en que se detectan signos o síntomas que induzcan a valorar la posibilidad de maltrato, sin distinción de edad ni de sexo”. Cualitativamente, el Servicio incorpora 5 criterios de buena atención:

1. Vía de detección.
2. Valoración del riesgo vital.
3. Tipo de maltrato.
4. Valoración del maltrato.
5. Pauta de actuación.

Formación de los profesionales

Para contribuir a la implantación del protocolo de atención primaria, la Comisión Técnica para la Coordinación de las Acciones Orientadas a la Prevención, Detección Precoz y Atención a la Salud de las Mujeres Víctimas de la Violencia de Género de la Consejería de Sanidad adoptó una serie de compromisos de formación de profesionales consensuados entre Salud Pública, Servicio Madrileño de Salud y Agencia Laín Entralgo, que fueron liderados por esta última institución. Estos compromisos y las actividades derivadas de ellos fueron los siguientes:

- Capacitar a un grupo de profesionales que fueran formadores para formar a profesionales de los equipos de atención primaria.
Con esta finalidad se realizó una edición del curso básico de formación de formadores de 60 horas de duración, en el cual se formaron 31 profesionales. Además, se desarrolló un curso de profundización, Taller de formación de formadores en violencia de pareja hacia las mujeres en atención primaria, de 16 horas de duración, dirigido a los mismos profesionales.
- El Servicio Madrileño de Salud, a través de la Subdirección General de Atención Primaria, adquirió en 2007 el compromiso de formar al 20 % de los equipos de atención primaria. Con tal fin se realizaron 45 cursos que han englobado a 916 profesionales.
- A lo anterior hay que añadir la oferta formativa en violencia de género de la Agencia Laín Entralgo que incluye, además, otras moda-

lidades de cursos para el afrontamiento de la violencia de género, en los cuales durante 2007 participaron hasta 170 profesionales de atención primaria.

- Adicionalmente, otros profesionales participaron en los 11 cursos de profundización ofertados por la Agencia Laín Entralgo, dirigidos a todos los niveles asistenciales.

En total, la actividad formativa realizada durante 2007 en atención primaria fue de 47 cursos, 526 horas docentes y 1.117 profesionales formados.

Para mayor detalle e información, en la tabla 1 aparecen todas las actividades formativas que en materia de violencia de género han sido desarrolladas en 2007 por la Agencia Laín Entralgo.

TABLA 1. Formación de profesionales en materia de violencia de género, 2007 (Madrid)		
Resumen de la actividad formativa realizada en 2007		
Número de actividades formativas		76
Número de horas docentes		1.054
Número de profesionales formados		2.098
Por género	Mujeres	1.733 (83 %)
	Hombres	365 (17 %)
Por categoría profesional	Medicina	856 (41 %)
	Enfermería	1.053 (50 %)
	Otras	189 (9 %)
Por nivel asistencial	Atención primaria	47 cursos impartidos
		526 horas docentes
		1.117 profesionales formados
	Atención especializada	16 cursos impartidos
		287 horas docentes
		657 profesionales formados
	Summa 112	2 cursos impartidos
		20 horas docentes
		34 profesionales formados
	Para todos los niveles asistenciales	11 cursos impartidos
		221 horas docentes
		290 profesionales formados

Relación de las actividades formativas realizadas en 2007

45 Ediciones del curso La asistencia en atención primaria a las mujeres que sufren violencia de pareja, impartido en los equipos de atención primaria. De 10 horas de duración. Dirigido a todos los profesionales de los equipos de atención primaria. Distribuido entre las distintas áreas de atención primaria de la Comunidad de Madrid
1 Edición del curso Formación de formadores en violencia de pareja hacia las mujeres en atención primaria. De 60 horas de duración. Dirigido a formar profesionales de medicina, enfermería y trabajo social que, posteriormente, forman en los equipos de atención primaria
1 Edición del curso Taller de formación de formadores en violencia de pareja hacia las mujeres en atención primaria. De 16 horas de duración. Dirigido a los formadores de los equipos de atención primaria
4 Ediciones del curso Violencia de pareja hacia las mujeres: detección e intervención en los servicios de salud mental. De 10 horas de duración. Dirigido a psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, que trabajan en los servicios de salud mental
2 Ediciones del curso Asistencia en el Summa 112 a las mujeres que sufren violencia de pareja. De 10 horas de duración. Dirigido a profesionales de medicina y enfermería que trabajan en el Summa 112
2 Ediciones del curso La intervención en atención especializada en violencia de pareja hacia las mujeres. De 40 horas de duración. Dirigido a profesionales de medicina, enfermería y trabajo social que son integrantes de las comisiones hospitalarias contra la violencia, habiéndose formado profesionales de todos los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid excepto tres, en los cuales no se ha constituido dicha comisión (tres hospitales de pacientes crónicos)
2 Ediciones del curso Violencia de género. De 25 horas de duración. Dirigido a auxiliares de enfermería
1 Edición del curso Violencia de género. De 20 horas de duración. Dirigido a profesionales de medicina
2 Ediciones del curso Atención y detección de la violencia: menores, mujeres y ancianos, realizadas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. De 20 horas cada una
1 Edición del curso Habilidades de trabajo con grupos de mujeres para prevenir y detectar la violencia de pareja. De 24 horas de duración
1 Edición del curso Jornada sobre la asistencia en atención especializada a las mujeres que sufren violencia de pareja. De 5 horas de duración
1 Edición del curso Taller de casos clínicos sobre violencia de pareja hacia las mujeres. De 30 horas de duración
1 Edición del curso Taller de profundización de casos clínicos sobre violencia de pareja hacia las mujeres. De 30 horas de duración
1 Edición del curso Prevención de la violencia de género en la pareja entre adolescentes y jóvenes. De 30 horas de duración
1 Edición del curso Análisis cualitativo en casos de violencia de género. De 9 horas de duración
1 Edición del curso Taller sobre la perspectiva de género en la formación de los profesionales sanitarios. De 6 horas de duración
1 Edición del curso Conferencia sobre la perspectiva de género en la formación de los profesionales sanitarios. De 2 horas de duración
1 Edición del Curso monográfico sobre lesiones y malos tratos. De 20 horas de duración. Realizado en el Hospital Severo Ochoa
1 Edición del Curso de violencia doméstica. De 20 horas de duración. Realizado en el Hospital Universitario La Princesa
1 Edición del curso Violencia de género. De 5 horas de duración. Realizado en el Hospital Universitario La Paz
1 Edición del curso La enfermería en las lesiones y malos tratos. De 20 horas de duración. Realizado en el Hospital Universitario Puerta de Hierro

1 Edición del curso Formación en igualdad de género para profesionales especializados en salud. De 12 horas de duración. Realizado en el Hospital Ramón y Cajal

1 Edición del curso Taller sobre la perspectiva de género y la problemática de la violencia para el profesorado de las escuelas universitarias de enfermería. De 20 horas de duración

1 Edición del curso Mujer, salud y género. De 20 horas de duración. Realizado en el Hospital Fundación Alcorcón

1 Edición del curso Violencia familiar para profesionales sanitarios en el medio hospitalario. De 25 horas de duración. Realizado en el Hospital Fundación Alcorcón

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

Elaboración del protocolo de atención especializada

Durante el período de referencia se ha avanzado en la elaboración del protocolo de atención especializada *Guía de actuación en atención especializada en violencia de pareja hacia las mujeres*.

En este documento se contemplan, además de los aspectos generales de detección, valoración e intervención, pautas específicas de intervención en salud mental y trabajo social. Asimismo, se recogen elementos de valoración enfermera que facilitan la detección de situaciones de violencia de género. El protocolo también incluye criterios de derivación a salud mental, a atención primaria y a los recursos específicos de carácter social con el fin de garantizar tanto la continuidad asistencial como una atención integral en los aspectos sanitarios y sociales.

Comisiones hospitalarias contra la violencia de género

En 2007 se ha continuado la actividad de las comisiones hospitalarias contra la violencia de género, que fueron constituidas en junio de 2006 en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Estas comisiones dependen de la Comisión Central de Garantía de Calidad y su misión es servir de órgano de asesoramiento de la junta técnico-asistencial y de la dirección médica o asistencial de cada centro, al igual que otras comisiones clínicas.

Las funciones de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia de Género están alineadas con los objetivos específicos elaborados y aprobados en el Grupo de Trabajo de Atención Especializada y Salud Pública dependiente de la Comisión Técnica para la Coordinación de las Acciones Orientadas a

la Prevención, Detección Precoz y Atención a la Salud de las Mujeres Víctimas de la Violencia de Pareja, y son las siguientes:

- Sensibilizar a los profesionales acerca de la magnitud, gravedad e impacto en salud de la violencia.
- Optimizar la prevención, detección y atención de la violencia, considerando aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad.
- Aumentar el registro de casos de violencia en los servicios de atención especializada.
- Facilitar los instrumentos necesarios para garantizar la adecuada atención sanitaria mediante información actualizada.
- Adecuar la actuación profesional a la demanda y al momento del proceso de violencia.
- Mejorar los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios.
- Facilitar pautas a los profesionales que favorezcan su autocuidado en el afrontamiento de la violencia.

Comisión Permanente de Coordinación y Seguimiento de Actuaciones en Violencia Doméstica en Atención Especializada

En diciembre de 2007 se ha constituido la Comisión Permanente de Coordinación y Seguimiento de Actuaciones en Violencia Doméstica en Atención Especializada. Esta Comisión está formada por 6 presidentes de comisiones hospitalarias contra la violencia de género y por 1 representante de la Subdirección General de Atención Especializada del Servicio Madrileño de Salud. Sus objetivos son los siguientes:

- Coordinar las actuaciones que se desarrollen en el ámbito de atención especializada para la detección, valoración e intervención en casos de violencia intrafamiliar (violencia de género, maltrato infantil y maltrato hacia las personas mayores).
- Colaborar en la implantación de los protocolos de actuación en casos de violencia de género, maltrato infantil y maltrato a las personas mayores.
- Efectuar el seguimiento de la implantación de los protocolos de actuación.
- Analizar los problemas de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios y proponer mejoras.
- Colaborar como órgano asesor en el diseño de contenidos de las acciones formativas específicas, jornadas científicas, etc.

- Actuar como referente para las comisiones hospitalarias contra la violencia en todos aquellos aspectos relacionados con violencia intrafamiliar.

Formación de profesionales

Para formar a los profesionales de atención especializada en materia de género e ir preparando a los profesionales de este nivel asistencial de cara a la implantación del protocolo de atención especializada, durante 2007 se realizó la siguiente actividad formativa:

- 12 Cursos orientados a profesionales de atención especializada en que han participado 513 profesionales.
- 4 Ediciones del curso Violencia de pareja hacia las mujeres: detección e intervención en los servicios de salud mental, dirigido específicamente a especialistas en salud mental con 144 profesionales formados. Esta actividad forma parte del objetivo de formar, al menos, un profesional de psiquiatría, enfermería, trabajo social y psicología de cada uno de los servicios de salud mental ambulatorios.
- Otros profesionales de atención especializada han participado en los 11 cursos dirigidos a todos los niveles asistenciales.

En total, la actividad formativa realizada durante 2007 en atención especializada fue de 16 cursos, 287 horas docentes y 657 profesionales formados (tabla 1).

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

Comisiones hospitalarias contra la violencia y Comisión Permanente de Coordinación y Seguimiento de Actuaciones en Violencia Doméstica en Atención Especializada

Las comisiones hospitalarias, tratadas ya en el apartado anterior, son estructuras organizativas de carácter permanente y multidisciplinario, constituidas en cada uno de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, que actúan como órgano de referencia para los profesionales de atención especializada que intervienen en la atención a la violencia de pareja hacia las mujeres, pues agilizan la gestión y el seguimiento de los casos detectados.

Estas comisiones tienen asignado un papel protagonista en la estrategia de atención especializada, tanto en lo que se refiere a formación como en los aspectos relacionados con la atención a mujeres maltratadas. Este rol les permite estar identificados como interlocutores por los restantes miembros de la organización, lo cual facilita el desarrollo de actuaciones homogéneas y el establecimiento de mecanismos de retroalimentación.

Además, analiza la asistencia prestada en un marco de mejora continua de la calidad ya que favorece la detección de posibles dificultades y la propuesta de mecanismos de corrección.

Por su parte, la Comisión Permanente de Coordinación y Seguimiento de Actuaciones en Violencia Doméstica en Atención Especializada es un órgano facilitador del intercambio de experiencias, dificultades y mecanismos de corrección. Este intercambio favorece la homogeneidad de la asistencia, el análisis de los posibles aspectos que entrañen alguna dificultad y la propuesta de mecanismos de corrección. Sus recomendaciones son de aplicación al resto de la organización de atención especializada.

Evaluación de la estrategia formativa en violencia de género

Durante 2007 se ha realizado el diseño metodológico de una evaluación intermedia de la línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria sobre violencia de género.

El propósito de esta evaluación es mejorar la estrategia de formación continuada de los profesionales de atención primaria en violencia de género y generar información que ilustre futuras acciones que deben realizarse en la formación en esta materia. Asimismo, pretende contribuir a mejorar la información existente sobre las dificultades de reconocimiento y asunción, por parte del sistema sanitario, de la prevención y tratamiento de la violencia de género como responsabilidad de los agentes sanitarios dado que se trata de un problema puesto de manifiesto por estudios previos.

Este diseño ha incluido la definición del objeto de la evaluación, la constitución del equipo evaluador, la elaboración de un cuestionario para la recogida de las necesidades de información de los implicados: gerentes de atención primaria, docentes, responsables de formación continuada de las gerencias de atención primaria, coordinadores y personal de los equipos de atención primaria. Asimismo, se ha llevado a cabo la definición de los correspondientes indicadores y la especificación de las fuentes de verificación primarias y secundarias. Finalmente, se ha diseñado el trabajo de campo cuyo desarrollo se realiza en 2008.

Programa ATIENDE

Este programa, financiado y puesto en marcha por la Consejería de Sanidad a través de la Oficina Regional de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, puede ser considerado un ejemplo de buenas prácticas por los siguientes motivos:

- Parte de un acuerdo interinstitucional entre la Consejería de Sanidad y la Dirección General de la Mujer.
- Oferta atención a mujeres con orden de protección y a los menores a su cargo que precisan atención en salud mental.
- Se trata de una atención integral prestada por un equipo multidisciplinario.
- Dispone de un servicio de citación directo desde el propio programa mediante llamada telefónica, sin lista de espera, con flexibilidad y atención tanto por la mañana como por la tarde.
- Deriva a los servicios de salud mental cuando es preciso un tratamiento continuado.
- Emite informes clínicos para su utilización en juicios y asistencia a juicios si se considera pertinente.

El detalle de la actividad realizada por este programa se recoge en el apartado sobre actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género en atención primaria y atención especializada

Se considera que la sostenibilidad de estas acciones se ve beneficiada por:

- La existencia de estructuras de coordinación intra e interinstitucional como la Comisión Técnica que, además de coordinar, realiza el seguimiento y estimula la participación de todos los niveles de actuación en el ámbito regional, y las comisiones hospitalarias ya apuntadas en los apartados anteriores.
- La formación de los profesionales, diseñada con objetivos precisos, adecuados a las actuaciones protocolizadas y a las necesidades del sistema sanitario, en coordinación con todos los actores implicados, está resultando un elemento imprescindible para la puesta en marcha de las acciones contenidas en los protocolos de actuación sanitaria en violencia de género y a buen seguro lo será para su continuidad.

- Lo anterior se refuerza con la existencia y aplicación de unos criterios de calidad para la formación de profesionales en materia de violencia de pareja hacia las mujeres.
- La formación de los equipos directivos de atención primaria y de atención especializada facilita la asunción de estas actuaciones, como objetivo de la organización y de los centros sanitarios.
- La evaluación de la estrategia de formación posibilita reorientar la formación y, por tanto, adecuar la atención a la violencia de género, y en consecuencia mejorar la calidad.
- Potenciar el papel que pueden desempeñar los profesionales de atención primaria por la proximidad con la población permite detectar y afrontar los casos, hecho que puede servir de estímulo para mantener las actividades puestas en marcha con ese objetivo.
- La adecuación de los protocolos de actuación a la realidad asistencial de los distintos ámbitos de trabajo de modo que sea capaz de plasmar las actuaciones de los profesionales en cuanto a violencia se refiere.
- El establecimiento de los flujos de comunicación para devolver a los profesionales de la salud retroalimentación positiva, la información que se deriva de sus intervenciones.
- La difusión de información sobre la existencia de recursos procedente de otras instituciones para la atención a las mujeres que sufren violencia (Dirección General de la Mujer, ayuntamientos, asociaciones ciudadanas de apoyo a las mujeres que sufren violencia de género, etc.).
- Establecer mecanismos que contribuyan a una adecuada conceptualización del fenómeno de la violencia de género y no como un problema privado de las mujeres.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

Programa ATIENDE

La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, en coordinación con la Dirección General de la Mujer, diseñó en su día el Programa ATIENDE como un recurso específico para dar cumplimiento a las medidas de asistencia establecidas en la Ley 27/2003, de 31 de julio, y en el Decreto 256/2003, de 27 de noviembre, para las mujeres afectadas por la violencia de género y sus hijos e hijas.

El Programa ATIENDE inicia su actividad el 15 de marzo de 2005 y tiene como objetivo general valorar la salud mental de las mujeres con orden de protección y de sus hijos e hijas con el fin de emitir el correspondiente informe clínico con anticipación de uso legal, así como la atención y seguimiento de los casos que lo precisen y la derivación al recurso más adecuado.

Desde su puesta en funcionamiento, el programa ATIENDE cuenta con un dispositivo específico formado por las consultas de referencia institucional, ubicadas en un hospital público madrileño.

La actividad realizada en este período ha sido la siguiente:

- Número de mujeres atendidas (casos nuevos): 213.
- Número de menores atendidos (casos nuevos): 98.
- Número total de mujeres e hijos e hijas integrados en el Programa, como casos nuevos: 311.
- Número de revisiones de menores: 764.

Dispositivo de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, dependiente de la Consejería de Sanidad, pone a disposición de los ciudadanos y las ciudadanas centros específicos de atención a mujeres drogodependientes. El acceso a éstos se efectúa a través de los centros de atención integral a las drogodependencias, según las necesidades detectadas y la valoración realizada por el equipo de tratamiento. Una de los motivos que debe valorarse para el ingreso en estos recursos es el maltrato, pues tienen prioridad las solicitudes originadas por esta causa.

Protocolo de atención primaria

El protocolo elaborado para este nivel asistencial advierte sobre la necesidad de prestar especial atención a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad: mujeres jóvenes, gestantes, discapacitadas e inmigrantes.

Formación

La formación incluye las actuaciones específicas para atender a mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género. Asimismo, dentro de la formación, se priorizan las peticiones de formación de la zona rural, aun con lo difícil que es reunir a los profesionales que trabajan muy alejados unos de otros.

Otras actuaciones de interés

Otras actividades formativas

- Además de las actuaciones llevadas a cabo con atención primaria y atención especializada se está realizando una línea formativa con los servicios de urgencias 112. Dada la alta prevalencia que los profesionales observan en su práctica diaria, se ha decidido desarrollar una actividad formativa específica cuyo objetivo principal es la sensibilización y la detección de los casos de violencia. En 2007 se realizaron un total de 2 cursos que representaron 20 horas lectivas y fueron formados 34 profesionales (tabla 1).
- En el marco del foro de trabajo de las escuelas universitarias de enfermería, se ha realizado el diseño y la coordinación de un taller sobre perspectiva de género y problemática de la violencia para el profesorado de dichas escuelas (tabla 1).
- Se han elaborado los criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres, lo que ha permitido incorporar unos criterios comunes de calidad para la formación básica, especializada y continua en materia de igualdad entre hombres y mujeres y de violencia de género del personal del Servicio Sanitario Madrileño. Estos criterios son coincidentes con los aprobados por el Consejo Interterritorial si bien en algunos aspectos tienen mayor desarrollo.
- Como apoyo a las acciones formativas y con el objetivo de contribuir a una mayor sensibilización del colectivo de profesionales se ha elaborado material pedagógico audiovisual en el cual, partiendo del discurso de las mujeres, se articulan los principales elementos necesarios para la comprensión del fenómeno de la violencia y la intervención profesional pertinente que de ellos se deriva. Este material ha sido elaborado en el seno de la Comisión Técnica de la Consejería de Sanidad con el apoyo de la Dirección General de la Mujer.
- Finalmente se ha elaborado el documento marco de referencia para la evaluación de la estrategia regional de acciones de salud frente a la violencia de pareja hacia las mujeres con la participación de todos los miembros de la Comisión Técnica de Violencia. En él se analiza la situación de la estrategia regional, las limitaciones de la evaluación, los ámbitos de evaluación prioritarios, tipología, temporalidad, actores implicados en la evaluación, objetivos de la evaluación y recursos necesarios.

Actuaciones de salud pública

En el año 2006 se constituyó en la Dirección General de Salud Pública y Alimentación un grupo de trabajo para la integración de la perspectiva de género en los programas de salud pública, específicamente de promoción de salud.

Entre las actividades realizadas por el mencionado grupo durante el año 2007 cabe destacar el análisis realizado de los programas adscritos al Servicio de Promoción de la Salud para incorporar de forma progresiva el enfoque de género.

Estos programas son los siguientes:

- Evaluación de factores socioculturales asociados con la educación para la salud.
- Apoyo y asesoramiento a grupos de ayuda mutua.
- Colectivos en situación de especial vulnerabilidad.
- Prevención y promoción de la salud de las personas mayores.
- Promoción de la salud en las mujeres.
- Atención sanitaria a la sexualidad juvenil.
- Prevención y control de la infección por VIH/sida.

Asimismo, en 2007 se elaboró una guía para la incorporación de la perspectiva de género en las acciones formativas solicitada por la Agencia Laín Entralgo, actividad que continúa en 2008, y se incluyó el enfoque de género en las siguientes actuaciones:

- Línea formativa de consulta joven de la Agencia Laín Entralgo.
- Proyecto técnico para la creación y desarrollo del Centro Joven de Salud de Rivas Vaciamadrid.
- Principales documentos técnicos y de divulgación del Servicio de Promoción de Salud, como:
 - Guía de prevención de accidentes en centros escolares.
 - Guía de prevención de accidentes en personas mayores.
 - Métodos anticonceptivos.
 - Cuadernos de trabajo para niños y niñas de 6 a 11 años (etapa de comunicación del diagnóstico) por VIH.
- Elaboración del capítulo *Violencia de género* en el Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid.



Informe Violencia de Género 2007

Murcia



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

Difusión de protocolos de violencia de género

El protocolo de detección y atención ante la violencia de género en atención primaria de la Región de Murcia ha sido presentado en el Consejo de Gestión (reunión de todos los coordinadores médicos y responsables de enfermería de todos los centros de salud y servicios de urgencias) a lo largo del 2007. Asimismo, se ha distribuido el documento a todos los centros de salud y servicios de urgencias.

El Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Consejo Interterritorial ha sido distribuido en las III Jornadas de Responsables de Violencia en Atención Primaria de Salud.

Informatización del protocolo de violencia de género en OMI-AP

Durante los primeros meses de 2007, profesionales de la Gerencia de Atención Primaria del Área I de Murcia, responsables de violencia doméstica, han colaborado con la Dirección General de Asistencia Sanitaria para incluir en OMI-AP (oficina médica informatizada en atención primaria) el protocolo de detección y actuación ante la violencia de género en atención primaria. Para ello, se han revisado los protocolos informatizados de violencia de género en otras comunidades autónomas, se ha adaptado el protocolo de violencia de género de Murcia para OMI-AP y se han incluido nuevos indicadores para registrar en dicho protocolo.

Este protocolo de actuación se ha instalado para un pilotaje en cuatro centros de salud para que sea utilizado por médicos de familia, comadronas, profesionales de enfermería y trabajo social. El pilotaje ha finalizado y en 2008, tras modificarse los problemas detectados, se difundirá al resto de equipos de atención primaria.

Formación

Las actividades de formación han sido organizadas en colaboración con el Instituto de la Mujer-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y son las siguientes:

- Primera edición del curso dirigido a centros de salud *Protocolo de detección y actuación ante la violencia de género en atención primaria de salud.*
- Segunda edición del curso dirigido a servicios de urgencias de atención primaria *Protocolo de detección y actuación ante la violencia de género en atención primaria de salud.*

Éstos son los objetivos de los cursos:

- Sensibilizar a los y las profesionales sobre la violencia de género y sus consecuencias en la salud de las mujeres.
- Difundir e implantar el protocolo de detección y atención de la violencia de género en atención primaria.
- Facilitar el hecho de que el compromiso institucional, con la elaboración del nuevo protocolo de actuación ante la violencia de género, se convierta en un compromiso personal y profesional en atención primaria.
- Procurar la formación necesaria a los y las profesionales para la transmisión de la información en sus equipos de trabajo.
- *III Jornadas de responsables de violencia doméstica en atención primaria de salud: violencia de género.*

Estaban dirigidas a todos los responsables de violencia doméstica del equipo de atención primaria y SUAP (Servicio de Urgencias de Atención Primaria) y profesionales interesados(as).

Sus objetivos eran los siguientes:

- Formar y sensibilizar a los responsables de centros de salud y SUAP sobre la violencia de género y el nuevo protocolo de actuación en violencia de género.
- Analizar dificultades y proponer soluciones que faciliten a los y las profesionales de la salud la implantación del protocolo como problema prioritario de salud pública.
- Continuar consolidando la red de responsables de violencia doméstica.

Información a la ciudadanía

Se llevó a cabo mediante difusión de campañas de información, difusión de carteles “Si te marcan, marca” y difusión de carteles de la celebración del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

Formación

Las actividades de formación en atención especializada son las siguientes:

- Segunda edición del *curso de formación de formadoras(es) para la prevención y atención a la violencia de género*, organizado por el Instituto de Salud Carlos III de Madrid. En él han participado profesionales responsables de violencia de género de los hospitales de la comunidad autónoma.
- *III Jornadas de responsables del protocolo de violencia doméstica*.
- Participación de los responsables de violencia en la planificación de actividades formativas sobre violencia de género dirigidas a personal de servicios de urgencias y de atención a la persona usuaria.
- Participación en las *Jornadas sobre programas para la prevención y detección de violencia de género* de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Participación en el *curso de formación en violencia de género para profesionales de atención hospitalaria*, organizado por el Instituto de la Mujer.

Organización

Se llevó a cabo según los modelos organizativos que a continuación se describen.

Punto de información en el área de urgencias

El protocolo de violencia de género pretende dar respuesta a la situación de violencia que sufren muchas mujeres y a la demanda social que está provocando por estos hechos.

La puesta en marcha del *punto de información en el área de urgencias* con un auxiliar sanitario en turnos de mañana y tarde ha mejorado la aco-

gida de la víctima a la vez que se agilizan los trámites que se precisan y que antes dependían del Servicio de Atención al Paciente (SAP).

Entre las acciones que pone en marcha el punto de información destacan por su importancia a la hora de facilitar la correcta atención de estas pacientes:

- El hecho de que la auxiliar detecta situaciones de violencia de género en víctimas que no acuden refiriendo este tipo de agresión.
- Intimidad y confidencialidad para comentar y relatar lo sucedido. La víctima se reúne con la auxiliar en un despacho habilitado para tal fin.
- El hecho de que el personal del punto de información sea exclusivamente femenino mejora la comunicación en estas situaciones.
- Favorecer la coordinación para las necesidades de valoración psiquiátrica o ginecológica.
- Favorecer los pasos siguientes indicados si quiere denunciar la agresión. Hay una persona destinada a explicar las actuaciones tras la agresión.
- Facilitar el contacto con la autoridades.
- Contactar con servicios sociales y de acogida.
- Facilitar el tratamiento ambulatorio que se precise, evitando citas iniciales en atención primaria.

Punto de atención en el Servicio de Atención al Usuario

En el transcurso de 2007 se ha llevado a cabo la revisión y adaptación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, aprobado por el Consejo Interterritorial y se ha adoptado el modelo organizativo centrado en el Servicio de Atención al Usuario en varios hospitales, y en este caso se establece un registro independiente centralizado en este servicio, de todos los casos detectados.

Diariamente, las atenciones relacionadas con violencia de género son revisadas por la trabajadora social para el trámite del expediente al juzgado y/o ampliar la información y apoyo a la víctima si se cree necesario.

Información a la ciudadanía

Se llevó a cabo mediante difusión de campañas de información, difusión de carteles “Si te marcan, marca” y difusión de carteles de la celebración del Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

Punto de información en el área de urgencias hospitalarias

Esta actuación ya se ha comentado en el apartado sobre actuaciones en atención especializada.

Pilotaje en OMI-AP del protocolo de detección y actuación ante la violencia de género

Esta actuación ya se ha descrito en el apartado sobre actuaciones en atención primaria.

Red de responsables de violencia doméstica

Se ha establecido una red de responsables de violencia doméstica en los centros de salud y servicios de urgencias y se les ha enviado documentación: libros sobre violencia de género editados por el Instituto de la Mujer y la Consejería de Bienestar Social y Promoción de la Igualdad del Ayuntamiento de Murcia; información sobre actividades organizadas por diferentes organizaciones y Administraciones, así como legislación actualizada sobre violencia de género. Con estos profesionales se mantiene un contacto y un seguimiento con consultas sobre casos que se producen en los centros sobre violencia doméstica y violencia de género. La III Jornada de responsables de violencia doméstica, celebrada en noviembre de 2007, se dirigió especialmente a estos profesionales.

Trabajo con grupos de mujeres en promoción de salud

Desde algunos centros de salud se está trabajando con grupos de mujeres en promoción de salud mediante grupos operativos, grupos de educación para la salud, que están dando resultados excelentes. En estos grupos participan mujeres derivadas por el equipo de atención primaria, con un perfil predeterminado, en los cuales se están incluyendo a mujeres que sufren maltrato.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género en atención primaria

Agentes facilitadores:

- Actividades de *sensibilización y formación* en violencia de género (cursos básicos, jornadas de responsables, etc.), incluidas en el plan de formación continuada, con un trabajo sobre valores y actitudes personales frente a los mandatos de género, subjetividad e identidad de género, desigualdades y diferencias de género, etc., que faciliten una reflexión y provoquen un cambio personal y profesional frente al problema de la violencia de género. Se lleva a cabo una formación específica del equipo multidisciplinario para un abordaje integral.
- *Difusión de documentación, legislación, etc.* entre los y las profesionales que han de atender a mujeres.
- *Coordinación intersectorial* con el resto de instituciones implicadas: Instituto de la Mujer, Justicia, servicios sociales, etc.
- Campañas de sensibilización para el personal sanitario en que se modifiquen estereotipos.
- Predisposición colaboradora en todo momento por parte de los y las profesionales.

Agentes que dificultan:

- Descoordinación interinstitucional.
- La violencia, en ocasiones, es aceptada como “normal” por parte de las mujeres y los profesionales tienen dificultades para detectarla.
- Es difícil intervenir sin hacer consciente a la mujer de que ha de adoptar una postura activa ante la situación de violencia.
- Existen conductas de evitación por parte de los y las profesionales al tener que abordar problemas para los cuales quizá no se consideran suficientemente formados y/o informados y de los cuales pueden derivar actuaciones judiciales.

Otras actuaciones de interés

Son las siguientes:

- Participación de un responsable de violencia en la Comisión Municipal de Seguimiento de la Violencia de Género del Ayuntamiento de Murcia.
- Participación en los grupos de trabajo para la elaboración del protocolo regional para la prevención y detección de violencia en la mujer mayor.
- Participación en el estudio de la Escuela Andaluza de Salud Pública de cara a identificar experiencias, estrategias de manejo e investigaciones sobre el maltrato a la mujer, al menor y a los ancianos.
- Puesta en marcha en uno de los hospitales de la comunidad autónoma de un cuestionario sobre valoración de la seguridad, como herramienta de apoyo a los profesionales sanitarios en la atención a las víctimas de malos tratos.
- Diseño de un proyecto de investigación sobre las actitudes de los y las profesionales de la salud sobre violencia de género.
- Asistencia a las Jornadas sobre Violencia de Género celebradas en Mahón.



Informe Violencia de Género 2007

Navarra



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Análisis general de la situación

Desde el *Departamento de Salud del Gobierno de Navarra*, conscientes de la importancia que tiene el maltrato en la mujer y debido a su prevalencia, se ha continuado trabajando en el desarrollo del acuerdo institucional para la atención integral a las mujeres víctimas de maltrato y/o agresiones sexuales con acciones encaminadas a incrementar el conocimiento, actitudes y habilidades en la detección y el abordaje en la violencia de género.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género

A continuación, se presentan las distintas actuaciones realizadas durante el año 2007 en materia de violencia de género por parte del Departamento de Salud.

Reunión de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial

Se celebró en septiembre del 2007. En dicho encuentro se presentó el Informe anual de Violencia de Género del año 2006, al cual el Departamento de Salud de la Comunidad Foral de Navarra realizó algunas alegaciones. En esa reunión de trabajo se presentaron dos documentos, elaborados por los grupos de trabajo constituidos a tal fin. El primer documento, *Calidad en la formación básica de profesionales sanitarios en materia de violencia de gé-*

nero, tiene como objetivo establecer una serie de criterios comunes para la formación en todo el sistema sanitario y el segundo documento, *Indicadores comunes para la violencia de género en el sistema sanitario*, se marca el objetivo de utilizar una serie de medidores que sean de utilidad para planificar la atención sanitaria en este ámbito, promover una atención de calidad, así como facilitar la colaboración e intercambio entre las Administraciones implicadas en este tema.

Reunión de la Subcomisión de Salud de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional

Se trató la atención integral a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales y se celebró en enero de 2007. En dicho encuentro se hallaban representados los distintos servicios sanitarios en que se atienden a las mujeres en esta situación y se revisó el documento elaborado en el Consejo Interterritorial, *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Dicho documento fue aprobado a mediados de 2007 con el fin de dotar a los profesionales sanitarios de unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia específica contra la mujer, no sólo para la atención y seguimiento de casos agudos, sino también para la prevención y detección precoz. Además de la existencia del protocolo de actuación sanitaria, en 2007 se valoró la necesidad de planificar actividades de formación para el personal sanitario ya que es una forma de mejorar y agilizar el diagnóstico.

Departamento de Salud

Desde el Departamento de Salud surgió la organización de la reunión *Aspectos médico-legales en la atención a las víctimas de la violencia de género*, en la cual el Dr. Miguel Lorente Acosta, actual Delegado del Gobierno para la Violencia de Género, realizó una exposición del tema y debatió con los 94 asistentes por espacio de 3 horas.

Atención primaria

En atención primaria se realizaron dos talleres: el primero de ellos fue una jornada básica que, a su vez, era requisito indispensable para participar en el segundo de los talleres.

En el primero de ellos, bajo el lema *La mejora en la prevención, la detección precoz y el abordaje de la violencia doméstica en atención primaria*, el objetivo que se pretendía con la organización de este evento era mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de los médicos y médicas, personal de enfermería y trabajadores(as) sociales de atención primaria en la detección y abordaje de las mujeres que podían estar padeciendo situaciones de violencia doméstica.

Para la consecución de dicha meta, se planteó una serie de logros que debían conseguirse, entre los cuales destacan:

- Aumentar los conocimientos y la comprensión global del fenómeno del maltrato.
- Aumentar la comprensión de las emociones y comportamientos de la mujer maltratada.
- Mejorar la actitud ante casos de sospecha de violencia doméstica.
- Mejorar la habilidad de detección precoz de maltrato doméstico y de realización de una adecuada entrevista clínica ante la sospecha de maltrato, evaluando su magnitud y valorando el riesgo inmediato físico, psicológico y social.
- Informar sobre los recursos sociosanitarios disponibles.

En el desarrollo del curso se compaginaron las exposiciones teóricas, el trabajo en grupos pequeños, discusiones y *role-playing*. Mediante esta metodología, las docentes desarrollaron los siguientes contenidos:

- Concepto y marco de la violencia doméstica. Factores de riesgo y vulnerabilidad. Habilidades para la detección precoz. Identificación de signos y síntomas de sospecha. Consecuencias a nivel psicológico, físico y social.
- Entrevista diagnóstica: exploración, valoración de lesiones y del riesgo inmediato.
- Aspectos médico-legales. Actuación en el contexto familiar.
- Recursos básicos sanitarios y sociales.

El taller de 6 horas de duración se celebró el día 26 de enero y contó con la participación de 20 profesionales sanitarios.

El segundo taller se denominó *Taller avanzado sobre violencia de género* y se planteó bajo la premisa de mejorar el conocimiento, la actitud y el manejo de las emociones que se producen en los profesionales de atención primaria en la atención a las mujeres que sufren violencia doméstica con objeto de mejorar la detección precoz y su abordaje. Para la consecución de dicho objetivo se planteó una serie de metas intermedias que pueden resumirse en:

- Mejorar el conocimiento de la actitud y las perspectivas de las mujeres víctimas de violencia doméstica.

- Mejorar la comprensión global de los procesos psicológicos y las condiciones de las mujeres que soportan situaciones de violencia doméstica.
- Mejorar el conocimiento de las dificultades que pueden tener las mujeres para revelar situaciones de violencia doméstica.
- Mejorar el análisis de las emociones que se pueden generar en el o la profesional ante situaciones de sospecha o confirmación de violencia doméstica.
- Mejorar en técnicas de autocontrol emocional en los y las profesionales ante situaciones de violencia doméstica.
- Mejorar las habilidades para la entrevista psicosocial ante sospecha de una mujer en situación de violencia doméstica.
- Mejorar las actitudes para el trabajo interdisciplinario ante situaciones de violencia doméstica.

El taller se llevó a cabo con los siguientes contenidos:

- Mitos y microviolencias.
- Maltrato de larga duración.
- Entrevista sobre el maltrato y apoyo.
- Proceso de recuperación de la experiencia de un maltrato.
- Participación de los y las profesionales en el problema.

Las docentes de ambos talleres fueron Ana Arillo Crespo, médica; Victoria Lorenzo Reparaz, enfermera, ambas profesionales de atención primaria, y la actriz María Jesús Jodar Cartujo.

Subdirección de Salud Mental

Desde la Subdirección de Salud Mental, en colaboración con el Inai (Instituto Navarro para la Igualdad), se han organizado unas sesiones bajo el título *Políticas públicas contra la violencia de género en la Comunidad Foral de Navarra* de hora y media de duración en los centros de salud mental. Dichas sesiones fueron realizadas por una técnica del Inai y una psicóloga clínica de la red de salud mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. El objetivo planteado ha sido ofrecer una información precisa sobre la incidencia de la violencia de género en Navarra y la respuesta institucional ante ella.

Centros de atención a la mujer

En relación con los centros de atención a la mujer, se realizaron 5 talleres con material didáctico para escolares de ESO (educación secundaria obligatoria) y programas y actividades en centros escolares para trabajar el tema de la igualdad y el buen trato.

Sistema de registro sanitario

En las sesiones de prevención y abordaje de la violencia doméstica en los equipos de atención primaria, se ha hecho hincapié en la importancia de codificar los casos de violencia de género detectados con los siguientes códigos:

- Z12: problemas de relación entre cónyuges. Incluye abuso psíquico/emocional.
- Z25: problemas derivados de la violencia/agresiones. Incluye abuso físico al hijo(a la hija)/cónyuge, violación y agresión sexual.

El diagnóstico de estos problemas derivados de violencia/agresiones requiere el acuerdo de la paciente acerca de la existencia del problema y el deseo de ayuda.

En *atención especializada*, los casos detectados como violencia de género se registran mediante la CIE-9 MC que recoge los siguientes códigos que indican malos tratos a personas adultas:

- Malos tratos físicos: 995.891.
- Malos tratos psicológicos/emocionales: 995.82.
- Violaciones a adultos: 995.83.
- Abandono de adultos (alimenticio): 995.84.
- Otros malos tratos y abandonos de adultos: 995.85.
- Malos tratos a adultos, sin especificar: 995.80.

En los *centros de salud mental* se está *incorporando el sistema informático* y se codifica con la CIE-10 que tiene un apartado “Otros procesos frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento”. Dentro de este apartado hay un grupo que se denomina “Homicidios y lesiones intencionalmente infligidas por otras personas”. Incluye los códigos de X85-Y09.

La recogida de los datos sobre violencia de género que se presentan en la tabla 1 procede de atención primaria, donde se observa el mayor número de casos *registrados*.

Con relación a los registros de atención especializada, se contempla la necesidad de entrar en contacto con los directores de los centros para sensibilizar al personal facultativo sobre el buen registro de los diagnósticos.

Dado que en los distintos centros asistenciales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se trabaja con historia clínica informatizada, para llevar a la práctica el registro de casos y el protocolo de actuación ante la violencia de género se contempla la necesidad de elaborar un protocolo como parte de la herramienta informática de uso habitual de los y las profesionales, que agrupe indicadores comunes e indicadores de detección precoz de violencia de género.

TABLA 1. Datos recogidos en atención primaria sobre violencia de género y evolución de las denuncias, 2007 (Navarra)

Código	Junio 2005-mayo 2006		Junio 2006-mayo 2007	
	Incidencia	Prevalencia	Incidencia	Prevalencia
Z12	368	1.102	337	1.412
Z25	511	770	633	1.361

Evolución de las denuncias							
	Año	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Maltrato físico		175	173	268	321	387	706
Maltrato psíquico		100	96	81	91	81	118
Malos tratos físicos y psicológicos		200	141	201	215	105	473
Abusos sexuales		17	7	3	16	15	-
Agresiones sexuales		61	23	31	25	26	-
Acoso sexual		1	2	1	2	1	-
Otros		86	75	128	184	206	262
Total		640	517	713	854	821	-



Informe Violencia de Género 2007

País Vasco



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



La violencia, todo tipo de violencia contra las personas, constituye un atentado contra su integridad física, psíquica o ambas y es un ataque directo contra su dignidad. La violencia contra las personas es una grave violación de los derechos humanos y un serio problema social que, para su erradicación, requiere la implicación de toda la sociedad. Hay que concertar, pues, una actuación global.

Ésta ha sido la idea directriz, propuesta ya en 2000 por el *lehendakari* y suscrita por todas las instituciones implicadas de algún modo en este proyecto, para dar respuesta a la violencia doméstica en concreto. Todas las instituciones coordinadamente se hallan comprometidas para prevenir en la medida de lo posible esta lacra social, atender y proteger a las víctimas de malos tratos y adecuar, si fuese preciso, la legislación existente a las necesidades sentidas hoy por toda la ciudadanía de forma que, así, toda la sociedad al unísono se comprometa a ofrecer una solución a esta lacra del siglo XXI.

Situación

En las tablas 1 y 2 se presentan los casos de malos tratos registrados en consultas de atención primaria y hospitales de Osakidetza en 2007.

TABLA 1. Casos de malos tratos registrados en consultas de atención primaria, 2004-2007 (País Vasco)

Año	2004	2005	2006	2007
Número de casos	113	110	193	243

TABLA 2. Casos de malos tratos registrados en la red hospitalaria, 2007 (País Vasco)

Mujeres		Hombres		Total	
Declarados	Sospechas	Declarados	Sospechas	Declarados	Sospechas
437	13	122	7	559	20

Caso declarado: persona que ha acudido a urgencias hospitalarias con lesiones *manifestando haber sido víctima* de violencia dentro del ámbito doméstico.

Caso sospechoso: persona que ha acudido a urgencias hospitalarias con lesiones que *hacen sospechar que ha podido ser víctima* de violencia en el ámbito doméstico.

Se continúa con el proceso de adecuación del sistema de recogida de información vía PCH (puesto clínico hospitalario) para disponer de datos más ajustados y de calidad en lo relativo, especialmente, a servicios de urgencias en hospitales de agudos. El paso a un nuevo sistema informatizado de recogida de información continúa presentando algunas dificultades a nivel técnico en cuanto a la recogida de datos, que obligan a revisar y retocar de forma constante dicho sistema. Por ello, es posible –más bien probable– que los datos recogidos no reflejen totalmente la realidad y continúen mostrando sólo la punta más extrema del iceberg. Por ello, es fundamental continuar trabajando para culminar el proyecto entre todas las instituciones que tienen responsabilidad en este campo para contar, lo antes posible, con una ficha tipo que permita una recogida homogénea de información y un conocimiento objetivamente más preciso de la situación, también desde el punto de vista sanitario.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en los servicios de salud. Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

Desde la publicación del *Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos* en diciembre de 2000, se ha estado subrayando, en reuniones *ad hoc* destinadas a profesionales de la salud en las comarcas sanitarias y hospitales, la importancia de cumplimentarlo sistemática y correctamente dentro de la rutina sanitaria, lo que conlleva atención especial en consulta a la detección precoz de casos, a su seguimiento y a otras actuaciones que de ello se derivan. Se indican, a continuación, las principales actuaciones para cumplir este objetivo.

Principales actuaciones realizadas en 2007

- Actuaciones sistemáticas para evaluar el cumplimiento del protocolo sanitario, tanto en el ámbito de las urgencias hospitalarias como en el de los centros de salud, promovidas mediante la cartera de servicios.

En 2007, en todos los hospitales de agudos se ha cumplimentado el protocolo vigente si bien en un caso aún no se dispone de resultados. Respecto a los centros de atención primaria, todos conocían el protocolo y, siempre que se han detectado “lesiones”, han derivado a las víctimas a servicios sociales municipales, y judiciales.

- Se han realizado cursos monográficos destinados a personal sanitario para mejorar el abordaje de la violencia doméstica hacia las mujeres. En concreto, se han realizado 12 cursos de formación. En 7 de ellos se ha tratado de forma monográfica sobre violencia doméstica hacia las mujeres; los 5 restantes se han enfocado hacia la violencia doméstica ejercida contra las mujeres y contra las personas mayores. Han acudido en total 206 personas (profesionales de matronería, enfermería y medicina de familia).
- Se ha analizado y discutido el protocolo sanitario, la casuística que se va presentando, las posibles vías de solución y otros asuntos en sesiones clínicas que se realizan en las comarcas sanitarias. En algunos casos se promueve como colofón una jornada interdisciplinaria a nivel comarcal.
- En la formación MIR (médico interno residente) de medicina de familia se ha incluido como materia el adiestramiento en habilidades ante casos de malos tratos.
- Se han revisado todas las actuaciones respecto a la violencia de género recogidas en el IV Plan para la Igualdad de Mujeres y de Hombres en la Comunidad Autónoma del País Vasco (2007). En dicha revisión han participado profesionales en representación de atención primaria y atención especializada, servicios de urgencias y salud mental, además de una representación de Justicia y Asuntos Sociales.
- Se ha continuado fomentando la participación de personal del Departamento de Sanidad y de Osakidetza en cursos promovidos por la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de la Mujer.
- Para mejorar la información a posibles pacientes, potenciar la detección precoz y fomentar las actuaciones pertinentes, se han distribuido materiales informativos entre la población que acude a los centros de salud y servicios de urgencias. Este tipo de actuaciones

se realizan en colaboración con el resto de instituciones y bajo el liderazgo de Emakunde, dentro del Acuerdo Interinstitucional para la Mejora en la Atención a las Mujeres Víctimas de Maltrato Doméstico y Agresiones Sexuales.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género

Factores facilitadores

Acuerdo interinstitucional

El 18 de octubre de 2001 se firmó el *I Acuerdo Interinstitucional* para la Mejora en la Atención a las Mujeres Víctimas de Maltrato Doméstico y Agresiones Sexuales, con el cual entraron en vigor los compromisos adquiridos en el *Protocolo Interinstitucional*, suscrito el 25 de noviembre de 2000.

Rubricado por las máximas autoridades de la Comunidad Autónoma del País Vasco, el Acuerdo establece unos procedimientos homogéneos de actuación que mejoran la atención prestada a las víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales, garantizando su protección integral en los ámbitos sanitario, policial, judicial y social.

Las instituciones firmantes son:

- Consejo General del Poder Judicial.
- Gobierno Vasco.
- Diputación Foral de Álava.
- Diputación Foral de Bizkaia.
- Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Eudel/Asociación de Municipios Vascos.
- Fiscalía.
- Consejo Vasco de la Abogacía.
- Consejo Médico Vasco.

El Acuerdo, además de establecer unas *pautas de actuación homogéneas* en toda la Comunidad Autónoma del País Vasco, crea una *Comisión de seguimiento*, como órgano encargado del control y evaluación de su ejecución.

En este contexto, a partir de 2005 se están incluyendo en la oferta preferente de la Cartera de Servicios del Departamento de Sanidad y Osakidetza indicadores que permiten valorar el grado de cumplimiento de dichas actuaciones.

Comisión de seguimiento

La creación de la Comisión de seguimiento tiene por objeto *garantizar la aplicación efectiva de las pautas y criterios* recogidos en el Acuerdo, así como *llevar a cabo el seguimiento de los compromisos* adquiridos por las instituciones implicadas. *Propone a las instituciones firmantes cuantas acciones se estimen convenientes* en orden a la aplicación efectiva de las medidas y pautas recogidas en el protocolo de actuación, *realiza propuestas de actuación conjunta*, etc.

La Comisión de seguimiento está presidida por la directora de Emakunde/ Instituto Vasco de la Mujer y, además, la componen representantes con rango de consejero o consejera o similar de las siguientes instituciones:

- Consejo General del Poder Judicial.
- Departamento de Presidencia.
- Departamento de Interior.
- Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales.
- Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social.
- Departamento de Sanidad.
- Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer.
- Diputación Foral de Álava.
- Diputación Foral de Bizkaia.
- Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Eudel/Asociación de Municipios Vascos.
- Fiscalía.
- Consejo Vasco de la Abogacía.
- Consejo Médico Vasco.

Desde su creación, la Comisión, en pleno o en subcomisiones para el estudio de temas específicos, ha mantenido entre dos y tres reuniones de trabajo al año desde 2001.

Cada año, la Comisión de seguimiento del Acuerdo Interinstitucional aprueba un informe de seguimiento y evaluación, en el cual se recogen, por un lado, las acciones que cada institución lleva a cabo durante el ejercicio en aplicación del Acuerdo y, por el otro, la valoración que dichas instituciones emiten con relación al grado de cumplimiento del protocolo de actuación previsto en el Acuerdo.

La Comisión de seguimiento del Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas del maltrato doméstico cada año aprueba un conjunto de medidas dirigidas a la difusión y aplicación efectiva del mencionado Acuerdo.

Dentro de este contexto interinstitucional liderado por el lehendakari y coordinado, en principio por Emakunde, dependiente directamente de Lehendakaritza, quedan encuadradas las actuaciones anuales comprometidas por el Departamento de Sanidad y Osakidetza.

Compromiso de actuación del Departamento de Sanidad y Osakidetza/SVS en 2007 dentro del Acuerdo Interinstitucional y Plan de Seguridad frente a Maltrato Doméstico a Mujeres

- Continuar con las evaluaciones realizadas vía oferta preferente en los contratos programa desde 2006 sobre difusión y adopción sistemática del protocolo sanitario ante malos tratos.
- Llevar adelante el proceso de adecuación del sistema de recogida de información –vía PCH (pliego de concreción de hechos)– que permita disponer de datos más ajustados y de calidad en lo relativo a servicios de urgencias en hospitales de agudos de Osakidetza.
- Revisión y adecuación del protocolo sanitario ante malos tratos domésticos.
- Publicación y distribución del nuevo protocolo una vez que se ha llevado a cabo la acción anterior.
- Reuniones periódicas con la dirección de Relaciones con la Administración de Justicia para detectar posibles desajustes en la implementación del protocolo sanitario del País Vasco y adoptar medidas para corregirlos.
- Diseño de módulos de formación (cursos, talleres y sesiones clínicas) destinados a profesionales de medicina y enfermería sobre detección precoz de maltrato y actuaciones sanitarias correspondientes.
- Compromiso de distribución del material consensuado por el grupo técnico interinstitucional y aprobado por la Comisión de seguimiento del Acuerdo Institucional al personal sanitario y, en su caso, a pacientes.
- Participación en la campaña 2007 del Día contra la Violencia a las Mujeres.
- Participación en la adopción e implantación de las medidas comunes a todas las instituciones.

Comisión Salud y Mujer

Dentro de la estructura del Departamento de Sanidad, una Comisión denominada Salud y Mujer tiene como misión analizar, proponer y evaluar las actuaciones que lleva a cabo el propio Departamento y Osakidetza en lo relativo a mujer; entre ellas se encuentra el tema de violencia doméstica. Dicha comisión está compuesta por cargos directivos del Departamento de Sanidad y de Osakidetza junto a profesionales de atención primaria y atención especializada, de servicios de urgencias y de salud mental, y también participan en ella profesionales del cuerpo forense.

A finales de 2007 se ha incorporado una profesional como asesora del consejero de Sanidad en lo referente a políticas sanitarias sobre la mujer.

Formación

Tal y como ya se ha indicado al tratar de las principales actuaciones realizadas en 2007, el tema de la formación de profesionales es uno de los ejes sobre los cuales gira el programa de atención a las mujeres víctimas de violencia doméstica. También, como consecuencia de ello, es evidente que está aumentando la conciencia y el deseo del personal sanitario por actuar cada vez con mayor implicación en la atención de estos casos.

Factores que dificultan

Todas estas actuaciones tienen como objetivo superar factores que son aún rémora por razones culturales, curriculares o sociales, que van desde “falta de tiempo en la consulta” hasta “falta de habilidades para afrontar esta problemática” o “dificultad de establecer un diagnóstico *objetivo* de cada situación, sobre todo, cuando la víctima no está dispuesta a adoptar medidas *extrasanitarias* que permitan una salida eficaz negociada”.

Actuaciones realizadas para la atención a mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

- En la *Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los servicios sociales* (2006), editada por el Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, las diputaciones forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, con la colaboración de Eudel, Asociación de Municipios Vascos, se *incluye un apartado relativo a aspectos que deben considerarse en la intervención con mujeres inmigrantes y mujeres con discapacidades*.
- En la labor que Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer lleva a cabo para el *asesoramiento técnico a entidades públicas y privadas* de cara a la organización de actividades formativas y de sensibilización en materia de violencia contra las mujeres se tienen en cuenta las especificidades de los colectivos que sufren múltiple discriminación.
- En los carteles que se elaboraron con ocasión de la campaña interinstitucional del 25 de noviembre, en la cual participaron varios departamentos del Gobierno Vasco y diputaciones forales, se incluyeron los números de fax del Servicio Vasco de Emergencias (112) a efectos de facilitar el acceso a éste de las *personas sordas y/o con discapacidades auditivas*.

- En los decretos de subvenciones de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer se incluyen *criterios de valoración* que priorizan, por un lado, la realización de actividades de prevención y eliminación de la violencia contra las mujeres y, por otro lado, la consideración de las necesidades específicas de las mujeres que sufren múltiple discriminación y se encuentran en riesgo o situación de exclusión social.
- Se ha elaborado un *modelo unificado para la recogida de datos* sobre maltrato doméstico y violencia sexual contra las mujeres en el ámbito de los servicios sociales, en que se incluyen indicadores relativos a mujeres que sufren múltiple discriminación (mujeres con discapacidad, inmigrantes, etc.).
- En el *IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres* , elaborado por Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, además de considerarse la violencia contra las mujeres como uno de sus cuatro ejes estratégicos, se incluye un objetivo dirigido a mejorar las condiciones y posiciones de las mujeres que sufren múltiple discriminación y se encuentran en situación de riesgo o exclusión.
- En el *estudio –realizado por parte de Emakunde– de evaluación de la eficacia y alcance de los recursos y programas* existentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de violencia contra las mujeres, por lo que respecta al ámbito de los servicios sociales, se ha tenido en cuenta la situación de las mujeres que sufren múltiple discriminación.

Otras actuaciones de interés: actividades desarrolladas en otros ámbitos dentro de la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de violencia contra las mujeres a partir de 2005

- Actualización, por parte de Emakunde, del *Informe Violencia contra las Mujeres* y de su página *web* , en los cuales se recogen las actividades desarrolladas en el marco del Acuerdo Interinstitucional para la Mejora en la Atención a Mujeres Víctimas de Maltrato Doméstico y Agresiones Sexuales, suscrito en el año 2001 por parte de todas las instituciones implicadas en la materia, así como otros documentos de interés.
- Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer ha colaborado en el *Master en intervención en Violencia contra las Mujeres, organizado por la Universidad de Deusto* , impartiendo docencia y concediendo becas al alumnado.

- Se han realizado numerosas *actividades formativas y de sensibilización* por parte de las instituciones competentes en materia de violencia contra las mujeres, dirigidas a diferentes profesionales del ámbito policial, sanitario, de la justicia, de los servicios sociales, de la educación, etc.
- Se ha informado al *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y a la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer* sobre las actuaciones llevadas a cabo por las distintas instituciones en el marco del Acuerdo Interinstitucional, mediante la elaboración de informes y la asistencia a reuniones de coordinación.
- Se ha aplicado el protocolo de *respuesta institucional ante casos de muerte por maltrato doméstico*, aprobado en el año 2003 en el marco del Acuerdo Interinstitucional.
- Se ha prorrogado el *convenio de colaboración suscrito entre Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Eudel, Asociación de Municipios Vascos*, basándose en el cual se constituye Berdinsarea, Red de Municipios Vascos por la Igualdad y contra la Violencia hacia las Mujeres, con el fin de promover en el ámbito local la implantación de programas y actuaciones dirigidas a promover la igualdad y a combatir la violencia contra las mujeres.
- Se ha publicado por parte de Eudel, Asociación de Municipios Vascos, una *Guía de pautas para la adopción de protocolos municipales y medidas para la mejora en la atención local a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales*.
- Programa “Nahiko”: programa para la prevención del maltrato doméstico en el ámbito escolar (Departamento de Educación, Universidades e Investigación).
- *Observatorio de la Violencia de Género en Bizkaia*: se han llevado a cabo diferentes actuaciones. Entre otras se encuentran las siguientes:
 - Un *mapa de recursos* sobre violencia contra las mujeres en el territorio histórico de Bizkaia.
 - Una propuesta de *selección de indicadores* para casos de maltrato doméstico en el ámbito de los servicios sociales.
 - Elaboración del documento *Cifras sobre atención a situaciones de violencia de género en el territorio histórico de Bizkaia*.
 - Recogida de *datos de países de la Unión Europea* sobre mujeres víctimas de malos tratos, así como sobre suicidios de personas agresoras tras cometer los asesinatos.
 - Creación de un *boletín informativo* en formato electrónico.

De toda esta serie de actuaciones coordinadas se puede tener referencia en la página *web*: www.emakunde.es/indice_c.htm

En resumen, la línea del Departamento de Sanidad y Osakidetza es:

- Continuar potenciando la participación de los centros sanitarios en la discusión de la casuística que vaya apareciendo en las comarcas sanitarias, mejorando, si es posible, lo que se ha estado realizando hasta ahora, promoviendo sesiones clínicas habituales, talleres formativos y cursos. Se trata, aparte de sensibilizar a todo el personal sanitario, de lograr que en cada centro haya, al menos, una persona responsable/facilitadora en este campo de la violencia de género. Esto permitirá tanto la detección precoz de casos, como el seguimiento, apoyo a la víctima y derivación a los servicios extrasanitarios si fuese necesario.
- Reforzar la actuación sanitaria correcta y sistemática, mejorando el sistema de registro de casos en atención primaria mediante la cumplimentación sistemática de los diagnósticos y registro de éstos a través de Osabide (*programa de historia clínica informatizada*).
- Completar la implantación de un sistema informatizado, mejorando el actual, para una recogida más ágil y fidedigna de casos de violencia doméstica, en el ámbito de las urgencias hospitalarias.
- Finalmente, reforzar la interacción con el resto de agentes que dentro de la Comunidad Autónoma del País Vasco están implicados en una actuación global para dar respuesta a la violencia doméstica en el País Vasco.



Informe Violencia de Género 2007

La Rioja



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009
MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Indicadores comunes de información para la violencia de género

Definición de caso

Mujer mayor de 14 años atendida por el sistema sanitario que reconoce por primera vez sufrir maltrato¹.

Magnitud

Casos detectados por 100.000 mujeres mayores de 14 años

- Mujeres mayores de 14 años: 132.732 mujeres².
- Casos: 126.
- Tasa: 94,9 por 100.000 mujeres.

Número de partes de lesiones emitidos

Se han emitido 126 partes de lesiones ya que todos los casos corresponden a los servicios de urgencias de los dos hospitales de La Rioja y a atención continuada de los centros de salud.

1 Esto implica que los casos son las mujeres que sufren maltrato y no los episodios de maltrato, sean por un mismo maltratador o distintos maltratadores.

2 Revisión del padrón municipal de habitantes de 2007 del Instituto Nacional de Estadística.

Por nivel de asistencia y fuente

Casos detectados en atención primaria

Hay 68 casos confirmados y con información de la asistencia sanitaria en los puntos de atención continuada.

Casos detectados en atención especializada

Hay 58 casos confirmados y con información de los servicios de urgencias de los dos hospitales: 50 casos del Hospital San Millán y 8 casos del Hospital Fundación de Calahorra.

Por características del maltrato

Casos detectados según tipo de maltrato

- Agresión sexual: 8 casos.
- Violencia física: 118 casos.

En muchos de los casos y previamente al inicio de la agresión física refieren haber recibido insultos y amenazas (ciclo de violencia).

Casos detectados según duración del maltrato.

No se dispone de esta información.

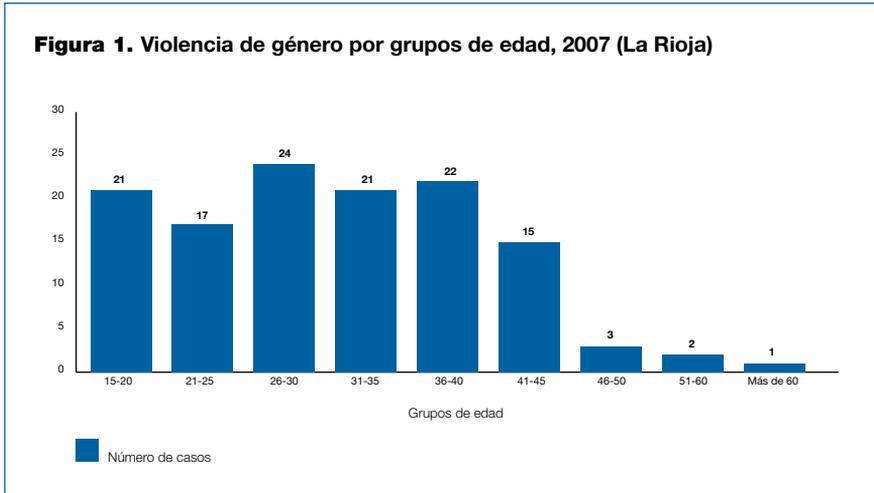
Casos detectados según la relación de convivencia con el maltratador

Del total de las 126 mujeres víctimas de violencia de género, en 122 el maltratador es la pareja; en una de ellas, el maltratador es la pareja de la madre; en otra, la pareja de la hermana, y en otra, un amigo. En una, no consta el parentesco o relación de convivencia del maltratador con la víctima.

Por características personales de la mujer maltratada

Casos detectados por edad

El mayor número de casos se produce en el grupo de edad de 26 a 30 años con 24 casos, seguido del grupo de 36 a 40 años con 22 casos y del de 15 a 20 años y del de 31 a 35 años con 21 casos cada uno de ellos. Estos resultados reflejan que la mayor parte de las agresiones se producen en mujeres de 15 a 40 años (fig. 1).



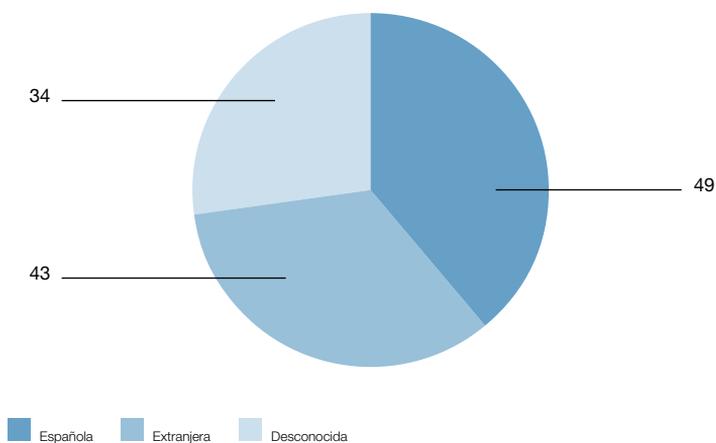
Casos detectados según nacionalidad

La información de este apartado aparece en la tabla 1 y en la figura 2.

TABLA 1. Violencia de género por nacionalidades, 2007 (La Rioja)

Nacionalidad	Número de casos
Argelia	1
Bolivia	6
Brasil	3
Colombia	4
Cuba	3
Desconocida	34
Ecuador	6
España	49
Marruecos	3
Perú	1
Portugal	1
Rumanía	8
Sudamericana (sin especificar)	6
Venezuela	1

Figura 2. Casos de violencia de género por nacionalidades, 2007 (La Rioja)



Casos detectados según situación laboral

No se dispone de esta información.

Casos detectados en mujeres embarazadas

Se han presentado dos casos en mujeres embarazadas.

Casos detectados en mujeres con discapacidad

Se ha presentado un caso de mujer discapacitada.

Por características del tipo de atención recibida³

Mujeres atendidas que han recibido información y apoyo de recursos sociosanitarios

Se han registrado 91 casos en el Protocolo de Malos Tratos, según el cual está establecido ofrecer información sobre recursos sociosanitarios.

Mujeres atendidas, con las cuales se ha realizado valoración de riesgo

Se han atendido cinco casos con solicitud de valoración de riesgo social.

3 Datos recogidos de la hoja de registro *Protocolo de Malos Tratos*.

Mujeres atendidas, con las cuales se ha elaborado un plan de seguridad

En 17 casos ha intervenido algún cuerpo de las fuerzas de seguridad (guardia civil, policía nacional o policía municipal) y en algunos de ellos se ha presentado denuncia en el juzgado de guardia.

Casos detectados derivados a atención primaria

Al menos, 38 mujeres que han sufrido violencia de género han sido derivadas desde los servicios de urgencias y de los puntos de atención continuada hacia su médico de atención primaria para realizar el seguimiento de sus lesiones.

Casos detectados derivados a atención especializada

Del total de mujeres que ha sufrido violencia de género, una tuvo que ser ingresada en el hospital por la gravedad de las lesiones.

Casos detectados derivados a atención social

Al menos a 13 de las mujeres atendidas de violencia de género se les ha derivado a recursos sociales.

Criterios para la formación básica de profesionales

Cobertura

Estos indicadores y los que siguen se proponen en consonancia con el sistema de indicadores y variables sobre violencia de género, sobre el cual se construirá la base de datos del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, cuya propuesta fue presentada por el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer el 28 de junio de 2007.

Cursos, talleres o seminarios dirigidos a profesionales

- Número de cursos básicos impartidos:
 - Detección y abordaje de la violencia de género. Aspectos diagnósticos y médico-legales.
 - Violencia de género. Aspectos clínicos, legales y sociales.
- Número de horas lectivas: 24.

Destinatarios de la formación

Detección y abordaje de la violencia de género. Aspectos diagnósticos y médico-legales

- Número de personas: 15.
- Sexo: 14 mujeres y 1 hombre.
- Tipo de profesionales: 13 médicos de atención primaria y 2 de atención especializada.

Violencia de género. Aspectos clínicos, legales y sociales

- Número de personas: 14.
- Sexo: mujeres.
- Tipo de profesionales: 1 médica, 3 diplomadas universitarias en enfermería, 3 auxiliares de enfermería y 7 trabajadoras sociales, todas ellas de atención primaria.

Profesorado

- Número de profesionales: 4 (el mismo profesorado para los dos cursos).
- Sexo: dos mujeres y dos hombres.
- Perfil (medicina, enfermería, derecho, etc.): 1 médico, 1 trabajadora social, 1 abogada y 1 abogado.

Criterios de calidad

Los dos cursos cumplen algunos de los criterios de calidad.



Informe Violencia de Género 2007

Ceuta



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



La importancia del personal de los servicios sanitarios para ayudar a las mujeres víctimas de violencia de género, como es bien sabido, puede ser crucial ya que los malos tratos afectan la salud de las mujeres y, consecuentemente, éstas acuden más a los servicios sanitarios, sobre todo los de atención primaria, urgencias, obstetricia, ginecología y salud mental.

Tal y como aparece recogido en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, las actividades recomendadas para la prevención de la violencia en el sistema sanitario son de los siguientes tipos:

1. *Profesional:*

- Formación continua del personal sanitario sobre aspectos en relación con la prevención, detección precoz y atención integral.
- Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- Realización de sesiones con otros y otras profesionales y con otras instituciones.

2. *En la atención a la salud integral de las mujeres:*

- Informar mediante carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el cual se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar, en la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales.
- Incluir, en las actividades de educación para la salud y en los grupos de educación maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.

3. En el ámbito comunitario:

- Colaborar con asociaciones comunitarias mediante talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia, explicando el papel del personal sanitario.
- Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

Por todo ello, en Ceuta, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, se ha realizado un gran esfuerzo dirigido a la implantación del protocolo de violencia de género, desarrollando actividades que permitan aunar las pautas de actuación en el abordaje de la violencia de género, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos de violencia de género detectados y su seguimiento, concienciando e implicando a los y las profesionales sanitarias de atención primaria y de atención especializada de Ceuta.

En primer lugar, se ha trabajado en la formación e información de los y las profesionales sanitarias y no sanitarias que pueden tener relación con la mujer y el abordaje de la violencia de género en el ámbito sanitario ya que sólo de esta forma los y las profesionales serán capaces, posteriormente, de adoptar actitudes y contar con las aptitudes necesarias para el abordaje de este problema en el ámbito de su trabajo.

Por todo ello, en atención primaria y en colaboración con Gema Prieto Sicilia, responsable de la Unidad de Coordinación contra la Violencia de Género de la Delegación del Gobierno de Ceuta, se impartieron charlas en todos los centros de atención primaria para difundir el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (tabla 1).

Se repitió el mismo seminario en cada uno de los centros de salud de atención primaria y se entregó al público asistente dos documentos: el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género y un segundo documento, un anexo con los recursos sociales y de atención a víctimas de violencia de género de la Ciudad Autónoma de Ceuta.

También se ha organizado formación continuada mediante la realización de cursos tanto desde la Comisión de Formación de Atención Especializada como desde atención primaria (tablas 2 y 3).

TABLA 1. Difusión del protocolo de violencia de género, 2007 (Ceuta)

Título	Horas lectivas	Número de alumnos	Categorías profesionales
Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género	6	Todo el personal de los tres centros de salud de atención primaria del área de Ceuta	Personal sanitario y no sanitario (médicos[as], diplomados universitarios en enfermería, comadronas, trabajadores[as] sociales, auxiliares de enfermería, etc.)

TABLA 2. Cursos realizados sobre violencia de género en atención primaria, 2007 (Ceuta)

Título	Horas lectivas	Fechas	Número de alumnos(as)	Categorías profesionales
Prevención y atención de violencia de género	10	Del 15 al 29 de octubre de 2007	18	Personal sanitario y no sanitario del centro de atención primaria Recinto
Prevención y atención de violencia de género	10	Del 4 al 19 de junio de 2007	25	Personal sanitario y no sanitario del centro de atención primaria Otero
Prevención y atención de violencia de género	10	Del 4 al 19 de junio de 2007	15	Personal sanitario y no sanitario del centro de atención primaria Tarajal

TABLA 3. Cursos realizados sobre violencia de género en atención especializada, 2007 (Ceuta)

Título	Horas lectivas	Número de alumnos(as)	Categorías profesionales
Atención de enfermería en el maltrato a la mujer para DUE	20	21	21 DUE
Atención de enfermería en el maltrato a la mujer para auxiliares de enfermería	20	38	38 Auxiliares de enfermería
Prevención y detección de la violencia de género	20	29	2 Facultativos 10 DUE 13 Auxiliares de enfermería 2 Celadores 2 Administrativos

DUE, diplomado universitario en enfermería.

A continuación, quedan detallados los cursos realizados en atención especializada. Dos de ellos se han organizado con personal propio y para un perfil concreto de profesionales y el último, *Prevención y detección de la violencia de género*, se organizó para profesionales sanitarios(as) y no sanitarios(as) de todo el área; éste fue impartido por dos docentes expertos en temas de violencia de género:

- Susana Romero Barbosa, socióloga y coordinadora del Punto Municipal del Observatorio Regional de la Violencia de Género de la Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste de la Comunidad de Madrid.

- Belén Cano López, psicóloga del Observatorio Regional de la Violencia de Género de la Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste de la Comunidad de Madrid.

Estos cursos se organizaron en colaboración con el Centro Asesor de la Mujer de Ceuta.

Estaban dirigidos a profesionales de los centros de atención primaria, tanto a personal sanitario (medicina, enfermería, etc.) como no sanitario (administrativos[as], celadores, etc.). Se repitió el mismo curso en los tres centros de salud del área, dentro del horario laboral, y fueron impartidos por dos técnicas del Centro Asesor de la Mujer, que trabajan de forma habitual en violencia de género:

- Ana Paloma Manzano Quesada (licenciada en sociología).
- Francisca Ortega Espejo (agente de igualdad).

Paralelamente, en el ámbito comunitario se decidió utilizar la celebración de las jornadas del área que todos los años se organizan con objeto de presentar y discutir alternativas para mejorar la prevención, así como para trabajar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales e instituciones, al mismo tiempo que se realizaba una labor divulgativa a la población general, con objeto de sensibilizar a la sociedad en su conjunto.

Por tanto, se celebraron las jornadas del área con un único tema: la violencia de género. Fueron unas jornadas de puertas abiertas con participación de población general, profesionales sanitarios y profesionales de otros ámbitos, como técnicos del Centro Asesor de la Mujer, personal sanitario militar, profesionales del ámbito de la policía y del ámbito judicial.

Se celebraron los días 23 y 24 de noviembre de 2007. Los objetivos propuestos fueron presentar y discutir alternativas para mejorar la prevención, así como trabajar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales e instituciones. Se abrieron tres mesas de debate:

- Primera mesa: *Atención, prevención y detección de la violencia de género en nuestra sociedad*, donde se trataron los siguientes temas:
 - “La violencia contra las mujeres entendida como problema social: características sociales y culturales”, impartido por Susana Romero Barbosa, socióloga y coordinadora del Punto Municipal del Observatorio Regional de la Violencia de Género de la Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste de la Comunidad de Madrid.
 - “Consecuencias de la violencia de género. Detección y atención desde los servicios sanitarios”, impartido por Belén Cano López, psicóloga del Observatorio Regional de la Violencia de Género de la Mancomunidad de Servicios Sociales del Sureste de la Comunidad de Madrid.

- “Secuelas psicológicas de las mujeres víctimas de violencia. Experiencias individuales y grupales en la atención desde un servicio especializado”, impartido por Pilar Blanco Prieto, médica de familia y experta en salud y género de Madrid.
- Segunda mesa: *Papel del personal sanitario en la violencia de género*, donde se trataron los siguientes temas:
 - “El Salvador (2003). Programa de apoyo de la ONU al fondo de protección de lisiados y discapacitados”, cuyo ponente fue Manuel Quiroga Gallego, teniente coronel médico, especialista en psiquiatría y jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar de Ceuta.
 - “Agresión a la mujer: protocolo de actuación médica”, cuyo ponente fue José Luis Romero Palanco, catedrático de medicina legal y médico forense.
- Tercera mesa: *Procedimiento judicial ante la Ley de Violencia de Género*, donde se trataron los siguientes temas:
 - “Análisis y novedades de la nueva Ley de Violencia de Género”, cuyo ponente fue Francisco Manuel Gutiérrez Romero, magistrado del juzgado de primera instancia e instrucción n.º 3 de Ceuta.
 - “Actuación policial ante los casos de violencia familiar”, cuyo ponente fue José María García Fernández, inspector jefe del Servicio de Atención a la Familia (SAF) de la brigada de la policía judicial de Ceuta.

Se hizo coincidir con el día contra la violencia de género de manera que en el descanso de las jornadas, del día 24, se invitó a los y las asistentes a unirse a la lectura del manifiesto que organizaba el Centro Asesor de la Mujer. Con este gesto se pretendía potenciar la conciencia de apoyo a las mujeres víctimas de violencia por parte de todas las instituciones.

Por último, desde el punto de vista estrictamente asistencial, pueden distinguirse dos facetas:

- Por una parte, la atención prestada desde los servicios de urgencias del Ingesa de Ceuta a los casos de mujeres víctimas de violencia que se han producido.
- Por otra parte, las medidas tomadas para la detección precoz de ésta en el ámbito sanitario.

En cuanto al primer punto, tanto en urgencias de atención primaria como en el hospital de Ingesa, se han atendido a todas aquellas mujeres que lo han precisado. Los datos del año 2007 aparecen reflejados en las tablas 4 y 5.

TABLA 4. Mujeres atendidas por violencia de género en los servicios de urgencias/emergencias de atención primaria, 2007 (Ceuta)

Casos por edad y por sexo			
Hombres		Mujeres	
Menor de edad	Mayor de edad	Menor de edad	Mayor de edad
0	1	0	9

Número total de casos atendidos en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria: 10.

TABLA 5. Mujeres atendidas por violencia de género en los servicios de urgencias de atención especializada, 2007 (Ceuta)

Casos por edad y por sexo					
Hombres			Mujeres		
Menor de edad	Mayor de edad	Total	Menor de edad	Mayor de edad	Total
1	4	5	3	56	59

Número total de casos en atención especializada: 64.

Derivación de pacientes							
Derivados a	Juzgado	Sólo juzgado	Centro Asesor de la Mujer	Centro Asesor de la Mujer-policía	Policía	Facultativos	Asistente social
Número de pacientes	64	38	4	8	11	2	1
Pacientes (%)	100	59,38	6,25	12,50	17,19	3,13	1,56

Número total de casos: 64.

Son casos atendidos tanto por el Servicio de Urgencias de Atención Primaria como por la Unidad de Emergencias Médicas (061). El 100 % se derivó al juzgado.

En cuanto a las intervenciones en el ámbito sanitario, se ha elaborado un protocolo integral de atención a la mujer con 5 ítems para la realización de un cribado para la detección precoz de la violencia de género en las consultas médicas y de enfermería de atención primaria.

Este protocolo se ha informatizado y está integrado en la aplicación informática con que se trabaja en atención primaria para que se realice una búsqueda activa de casos, con lo cual se ofrece una continuidad al servicio y se lleva a cabo un seguimiento a situaciones de especial vulnerabilidad.



Informe Violencia de Género 2007

Melilla



INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2009

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención primaria

El Ministerio de Sanidad y Consumo, las comunidades autónomas, la Delegación Especial para la Violencia de Género y el Instituto de la Mujer en 2007 aprobaron el primer protocolo sobre violencia de género que se propone para su aplicación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Tras su aprobación, dicho protocolo común fue *instalado en la intranet* tanto de atención primaria como de atención especializada para su difusión entre todos y todas las profesionales del Área de Salud de Melilla como herramienta que les proporcione unas pautas de actuación homogéneas tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y su seguimiento.

Para sensibilizar a los y las profesionales sanitarias y para facilitar el conocimiento de este protocolo, se programó una serie de *sesiones formativas e informativas*, que fueron impartidas por el jefe de la Unidad de Violencia de Género sobre la Mujer de la Delegación del Gobierno de la ciudad autónoma. Estas sesiones se llevaron a cabo a lo largo del mes de mayo de 2007 en los tres centros de salud existentes en la ciudad y estuvieron dirigidas a los cuatro equipos de atención primaria, unidades de área y servicios de urgencias y emergencias. En ellas, el jefe de la Unidad contra la Violencia de Género sobre la Mujer, D. Antonio Espínola Arias, hizo partícipe al personal sanitario y no sanitario del papel crucial que desempeñan para ayudar a las mujeres que sufren violencia, aportando la dirección médica, así como el resto de los asistentes, múltiples contribuciones y sugerencias para futuras actuaciones. Asimismo, se planteó la necesidad de mejorar la coordinación con los trabajadores y trabajadoras sociales con el fin de llevar a cabo una intervención multidisciplinaria.

Para mayor difusión y concienciación de los profesionales de la Sanidad y de la ciudadanía en general, el director territorial del Ingesa en Melilla y el jefe de la Unidad contra la Violencia de Género contra la Mujer celebraron una *rueda de prensa conjunta en que presentaron públicamente el mencionado protocolo común*. Esta presentación se celebró el 25 de mayo en el salón de actos de la Delegación del Gobierno en Melilla y en ella se expusieron los objetivos y el contenido del protocolo, así como la responsabilidad de los poderes públicos para prevenir, investigar y penalizar esta forma de violencia. La difusión en la prensa fue muy destacada.

Acciones para la implantación del protocolo de violencia de género en atención especializada

Todas las actuaciones que se han expuesto en el apartado anterior para la implantación del protocolo en atención primaria se han desarrollado igualmente en atención especializada (gerencia única de área): difusión del protocolo en la intranet, sesiones formativas e informativas impartidas por el jefe de la Unidad contra la Violencia de Género contra la Mujer y rueda de prensa.

Identificación de buenas prácticas respecto a la atención de la violencia de género en áreas o centros sanitarios

Desde la Dirección de Atención Primaria se inició en mayo el *diseño de un nuevo informe médico de asistencia* a las pacientes que acuden a consulta y/o urgencias. Para ello se sometió a valoración de profesionales, sanitarios y no sanitarios, así como a la del jefe de la Unidad contra la Violencia de Género contra la mujer de la Delegación del Gobierno, cuyo resultado se presenta en la figura 1.

Dicho informe se encuentra instalado en la intranet junto con el resto de los informes y documentos precisos para la actividad asistencial de los facultativos y facultativas del área. Se ha constatado la eficacia de este nuevo diseño y la mejora en la información contenida en los informes médicos.

Descripción de factores que facilitan o dificultan la sostenibilidad de las acciones programadas para implantar el protocolo de violencia de género

En la Ciudad Autónoma de Melilla, en los últimos años, se han ido encontrando ciertos problemas característicos a la hora de afrontar la violencia de género, el desarrollo de la Ley y la implementación del protocolo.

Figura 1. Informe médico por malos tratos, 2007 (Melilla)

<p style="text-align: right; font-size: small;">ATENCIÓN PRIMARIA DE MELILLA INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA</p> <p>D. _____ médico, colegiado en Melilla con el número _____ con ejercicio profesional en _____ (centro y lugar de trabajo)</p> <p>SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p>PARTICIPA A V.L.: que en el día de hoy, a las _____ horas, he atendido en _____ (denominación del Centro y lugar de trabajo, localidad, calle)</p> <p>Serv. Urgencias A.P. de Melilla, Alvaro de Bazán a Don/Doña _____ de años, con domicilio en (calle y número) _____; Código Postal y Localidad 52000 Melilla; Provincia Melilla Teléfono: _____ y le REMITE el informe médico por presuntos malos tratos, que se acompaña.</p> <p style="text-align: right;">Melilla, _____ de _____ de 2008 El MÉDICO DE SERVICIO</p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">ATENCIÓN PRIMARIA DE MELILLA INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA</p> <p>INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS</p> <p>1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y apellidos: _____ • Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre • Fecha de nacimiento: _____ • Estado civil: _____ • Dirección: _____ • Teléfono de contacto: _____ <p>2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA: (Reflejar fecha, hora y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie).</p> <p>3. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: (En relación con las lesiones).</p>
<p style="text-align: right; font-size: small;">ATENCIÓN PRIMARIA DE MELILLA INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA</p> <p>4.- EXPLORACIÓN FÍSICA: (Descripción de las lesiones, sin olvidar data aproximada).</p> <p>5.- ESTADO EMOCIONAL ACTUAL:</p> <p>6.- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: (Si las hubiera).</p> <p>7.- DIAGNÓSTICO:</p> <p>8.- TRATAMIENTO:</p> <p>9.- PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES:</p> <p style="text-align: right;">Melilla, _____ de _____ de 2008</p>	

Estos problemas están motivados por la especial idiosincrasia de la ciudad, pues desde hace algunos años la población de origen marroquí de la ciudad ha aumentado notablemente, diferenciando entre población documenta-

da e indocumentada. La población indocumentada ha crecido en los últimos años, por lo que es muy difícil llevar un registro fidedigno de esta población ya que no acuden a los centros sanitarios hasta que la situación es grave y se encuentran tres grandes problemas al intentar trabajar con esta población:

- Barrera del idioma.
- Escaso nivel formativo y cultural.
- Posibilidades de recibir asistencia en situaciones de urgencia.

Estos tres problemas hacen muy difícil la detección, concienciación y el tratamiento de la violencia de género. Con la población musulmana documentada, españoles o inmigrantes, comienza a ser más sencillo trabajar. Aunque depende de su nivel cultural, el principal problema continúa siendo la concienciación ya que se trata de una cultura dominada por los hombres, en la cual se considera a la mujer carente de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión.

Actuaciones realizadas para la atención de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

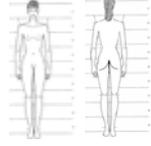
Tanto en atención primaria como en atención especializada, existe un protocolo local de actuación cuando se detecta un caso de violencia. Si el caso se detecta por parte del Servicio de Enfermería, se deriva rápidamente al médico o médica. El médico o médica mantiene una charla con la paciente y rellena el informe médico por malos tratos (fig. 1). Si, por el contrario, se descubre una agresión sugerente de violencia de género, se sustituye el documento anterior por el nuevo documento adjunto que mejora y amplía la información, tanto de la mujer agredida como del agresor (fig. 2), que está disponible en la intranet, ubicada en ella de forma muy accesible y del cual se imprimen tres copias, una para el juzgado, otra para el interesado y otra para la historia clínica. Seguidamente se rellena el impreso de información para el juez (fig. 3).

A continuación, el médico o médica deriva el caso al trabajador o trabajadora social, quien mantiene otra entrevista con la usuaria, mediante la cual se intenta que la paciente sea consciente de la conveniencia de interponer la correspondiente denuncia y de asistir a la Unidad de Salud Mental.

Una vez interpuesta la denuncia, desde la Unidad de Trabajo Social se entra en contacto con los organismos correspondientes para que la paciente pueda acceder a las medidas de protección.

Desde la Unidad de Trabajo Social se entra en contacto con la Jefatura Superior de Policía para que tengan conocimiento de que la paciente va a

Figura 2. Informe médico de lesiones por violencia de género, 2007 (Melilla)

INFORME MÉDICO DE LESIONES POR VIOLENCIA DE GÉNERO	
CENTRO Y PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA	
Hospital: <input type="checkbox"/> Centro de Salud: <input type="checkbox"/> Consultorio: <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias: <input type="checkbox"/>	
Otro: <input type="checkbox"/> (especificar: _____)	
DATOS DEL/DE LA PROFESIONAL QUE LO EMITE:	
Nombre y apellidos: _____ CIP o N.º de colegiado: _____	
DATOS DE LA VÍCTIMA	
DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:	
Nombre y apellidos: _____	
DNI o NIE (número de identificación de extranjero): _____ Fecha de nacimiento: _____ de _____ Edad: _____	
País de origen: _____	
Estado civil: _____	
Dirección: _____ Municipio: _____ Código postal o código INE: _____	
Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____	
LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS EN LA AGRESIÓN Y TIPO:	
Tipo de violencia ejercida: _____	
Uso de objetos en la agresión: _____	
Estado psíquico y emocional (describir los síntomas emocionales y la actitud de la mujer): _____	
SEÑALES DE MALTRATO PSICOLÓGICO:	
Síntomas de depresión: <input type="checkbox"/> Ansiedad: <input type="checkbox"/>	
Tendencias suicidas: <input type="checkbox"/> Somatizaciones: <input type="checkbox"/>	
Síndrome de estrés posttraumático: <input type="checkbox"/>	
SEÑALES QUE INDICAN EL ESTADO EMOCIONAL DE LA AGREDIDA:	
Confusa: <input type="checkbox"/> Huidiza: <input type="checkbox"/> Inquieta: <input type="checkbox"/>	
Temerosa: <input type="checkbox"/> Agresiva: <input type="checkbox"/> Hipervigilante: <input type="checkbox"/>	
Apática: <input type="checkbox"/> Inexpresiva: <input type="checkbox"/>	
	
MARCAR LESIONES SUPERFICIALES	
LESIONES FÍSICAS QUE PRESENTA:	
OTROS DATOS CLÍNICOS:	
<ul style="list-style-type: none"> Pruebas complementarias realizadas: Analítica: <input type="checkbox"/> Radiografías: <input type="checkbox"/> TAC: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> (especificar: _____) Exploraciones especiales: Muestra de exudado vaginal: <input type="checkbox"/> Alcobolemia: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> (especificar: _____) Medidas terapéuticas: _____ Prognóstico clínico: _____ 	
DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:	
ANTECEDENTES:	
Atende sola: <input type="checkbox"/> Acompañada: <input type="checkbox"/> de: _____ (especificar nombre y parentesco/relación)	
Agresión puntual: <input type="checkbox"/> Primera vez: <input type="checkbox"/> Reiteración de malos tratos: <input type="checkbox"/>	
Si las agresiones se venían sufriendo desde hace tiempo: _____	
<ul style="list-style-type: none"> Desde cuándo: _____; Describir las características de estas agresiones: _____ Tipo: _____; Frecuencia: _____; Cada vez peores: <input type="checkbox"/> Se ha realizado previamente alguna denuncia: <input type="checkbox"/> Evolución de estas: _____ 	
TESTIGOS: _____ (familiares, vecinarios, amigos, etc.)	
DATOS DEL AGRESOR	
DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR:	
Nombre y apellidos: _____	
Relación/parentesco con la persona agredida: _____	
Dirección: _____; Teléfono: _____; Teléfono móvil: _____; Localizable en: _____	
PLAN DE ACTUACIÓN:	
OTROS DATOS:	
OBSERVACIONES:	
ESTE INFORME MÉDICO DEBE LEERSE A LA MUJER ANTES DE SU REDACCIÓN DEFINITIVA Y FIRMA	
En Melilla, a _____ de _____ de 20____	
FPO: _____	

- LESIONES FÍSICAS QUE PRESENTA**
Las lesiones cutáneas: musculoesqueléticas, oculares, auditivas, genitales, internas, etc., se describen de manera detallada en cuanto a tipo, forma, dimensión, color y localización, con lo cual se facilitará su data o posible fecha de producción. Se recomienda hacer fotografías (preferiblemente en color) de las zonas con lesión, previo consentimiento de la mujer. Cuando exista la posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues sólo tras la realización de pruebas diagnósticas, a nivel hospitalario, se confirmarán éstas.
- DATOS RELACIONADOS**
En este apartado se reflejará cómo han ocurrido los hechos, utilizando entrecorridos, cuando sea posible, para las mismas palabras de la mujer. Además se recogerán:
Dirección, lugar de la agresión, fecha y hora del incidente.
Fecha/hora de la atención.
Origen que refiere la mujer acerca de las lesiones: física, psíquica y sexual.
Sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la mujer.
- OTROS DATOS**
Relacionados con aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados anteriores y precisen ser comunicadas al juzgado, como por ejemplo, si se ha puesto o no en conocimiento del Juzgado telefónicamente y si se ha hecho, especificar cuándo. Aspectos de seguridad y riesgo percibido por la mujer. Actitud de la mujer hacia la presentación de denuncia.
- MEDIDAS TERAPÉUTICAS**
Incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc.
- EVOLUCIÓN DE DENUNCIAS ANTERIORES**
Si la mujer tiene menores u otras personas dependientes a su cargo y además son víctimas de malos tratos, esto ha de ser notificado a pediatría y trabajo social del centro y si se estima conveniente, al Servicio de Protección de Menores correspondiente.
- PLAN DE ACTUACIÓN**
En su caso, incluir el alta o la derivación a otras especialidades y recursos, el ingreso hospitalario si ha sido necesario, y el seguimiento requerido.
- OBSERVACIONES**
En este apartado se recogerán aquellos datos que no han sido descritos anteriormente y que se consideren oportunos. Si bien los delitos relativos al maltrato son delitos públicos que serán perseguidos de oficio, se debe hacer constar en este apartado si la mujer ha manifestado que no quiere presentar denuncia y la causa (miedo al agresor, miedo a perder la custodia de los hijos, miedo a las reacciones familiares, dependencia económica, etc.), con el objeto de ofrecer al órgano judicial información sobre las circunstancias en que se encuentra la mujer, que podrían ser de utilidad para el abordaje del caso concreto. Si se tiene constancia de lesiones anteriores que pudieran apuntar al convencimiento o la sospecha fundada de que la mujer sufre malos tratos habituales, es importante reflejarlo en el parte de lesiones, porque éste es otro delito distinto del de lesiones. Se reflejará también la existencia de otras amenazas del agresor (verbales, anuncio de que utilizará en el futuro algún otro instrumento de agresión, etc.). Es conveniente disponer de varios EJEMPLARES: para la persona interesada/juzgado/centro sanitario (y/o historia clínica) y/o registro central sanitario.

Figura 3. Impreso de información para el juez, 2007 (Melilla)

Ilmo. Señor.:

**Siendo las horas del día ha sido asistido en
este Centro, por**

LESIONADO Médico asistente Dr. D.
 Colegiado núm. Especialidad
D. de años, domiciliado en
Calle núm.
DNI , estado civil , teléfono

LESIONES presenta
 el tratamiento ha consistido en
 el lesionado ha pasado a
 Según manifiesta

HECHOS Las lesiones se produjeron a las horas del día en
 ocasión de
 en
 En la localidad de
Fortuito Trabajo Tráfico Agresión
Intoxicación

OBSERVACIONES

Significando al juzgado que, tan pronto se conozcan los datos de los gastos
habidos, serán
remitidos para su unión a las actuaciones, a los debidos efectos.

Melilla, a El Médico

Fdo.: Dr.

ILMO. SR. JUEZ MAGISTRADO DECANO DE MELILLA

interponer la denuncia. Acto seguido se comunica con Cruz Roja Melilla para que le busquen acomodo en el piso de mujeres maltratadas que gestiona dicha ONG.

El caso se deriva a la Viceconsejería de la Mujer de la Ciudad Autónoma de Melilla para que, a través del Inem (Instituto de Empleo) y previa sentencia firme, la usuaria pueda percibir la RAI (renta activa de inserción), garantizando así su independencia económica.

En 2007, desde la Dirección Médica de Atención Primaria se han informado 52 casos de agresiones por violencia de género contra la mujer.

Otras actuaciones de interés

Con el fin de mejorar la coordinación de los niveles asistenciales, la detección de necesidades formativas y las relaciones intersectoriales en esta materia, se ha procedido al *nombramiento del coordinador del Área de Salud de Melilla contra la violencia de género sobre la mujer*, que recae en D. Jorge García Belmonte, trabajador social del Centro de Salud Zona Norte, cuyas funciones son:

- Elaborar planes de actuación para la detección precoz.
- Coordinar planes, protocolos de actuación y pautas de actuación sanitaria para la atención continuada de las mujeres que padecen la violencia de género.
- Fomentar la creación de programas de sensibilización y formación del personal sanitario.
- Potenciar actuaciones especiales para la prevención de la violencia de género entre los colectivos con mayor riesgo (minorías, inmigrantes, exclusión social o discapacidad).
- Fomentar planes, protocolos y otros mecanismos de coordinación entre Ingesa y otros sectores y servicios relacionados (ciudad autónoma, Delegación del Gobierno, fiscalía, etc.).
- Impulsar el diálogo entre los y las profesionales y los estamentos implicados.
- Fomentar la sensibilización y concienciación de la población.
- Realizar el seguimiento de los protocolos sanitarios y la coordinación de la red de recursos de Ingesa con las redes de apoyo local.
- Impulsar la creación de sistemas de registro y de información que beneficien el flujo de información entre los distintos estamentos implicados.
- Potenciar la elaboración de informes locales anuales sobre la violencia de género que permita a los y las profesionales de los distintos estamentos trabajar con mayor conocimiento.
- Fomentar la colaboración intersectorial.
- Participar en cuantas reuniones se realicen con el jefe de la Unidad contra la Violencia de Género contra la Mujer de la Delegación del Gobierno y los representantes de la Viceconsejería de la Mujer de la Ciudad Autónoma de Melilla.

Se continuará con las *sesiones* en los distintos servicios a los cuales acuden las mujeres víctimas de violencia de género: centros de salud, servicios

de urgencias, obstetricia y ginecología y salud mental. Para ello se cuenta con la disponibilidad y compromiso de la Unidad contra la Violencia de Género de la Delegación en Melilla. En líneas generales, la experiencia ha sido positiva. Se pretende repetirla, intentando implicar a otros estamentos de la ciudad. Asimismo, se pretende ampliar los objetivos generales, destacando la formación, aceptación, detección, prevención y concienciación.

Actualmente, se está analizando la organización de unas *jornadas* de Área sobre violencia contra la mujer

En el mes de octubre se distribuyó en todos los centros sanitarios dependientes de atención primaria un tríptico informativo sobre la existencia de la *teleasistencia para mujeres* afectadas por la violencia de género (fig. 4).

En las reuniones que se celebran con los diferentes equipos de atención primaria por parte de la gerencia y de la dirección médica se incluye como un punto del *orden del día* el seguimiento de la observancia del protocolo, recordando su gran utilidad para los y las profesionales de la sanidad ya que en este ámbito se tiene el contacto más inmediato y directo con las víctimas y su fundamental aportación para erradicar esta lacra social.

Figura 4. Tríptico informativo sobre la existencia de la *teleasistencia para mujeres* afectadas por la violencia de género, 2007 (Melilla)

