

# Informe Violencia de Género 2007

# Informe Violencia de Género 2007



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL

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



Informe elaborado por el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

©2009 Ministerio de Sanidad y Política Social

NIPO papel: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NIPO CD-Rom: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NIPO en línea: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Coordinador de la edición: Hubert Hanrath. Projectes editorials i comunicació

Diseño gráfico: estudi jordi sàries comunicació gràfica

## Coordinación del informe

*Observatorio de Salud de la Mujer*

Concha Colomer Revuelta  
Rosa María López Rodríguez  
Isabel Soriano Villarroel

*Colaboración*

Noelia Alvarez Díaz

## Integrantes de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

José Martínez Olmos (Secretario General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Política Social)  
Pablo Rivero Corte (Director General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social)  
Ildelfonso Hernández Aguado (Director General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Política Social)  
Josefa Ruiz Fernández (Andalucía)  
Manuel García Encabo (Aragón)  
José Ramón Riera Velasco (Asturias)  
Esther Mato Fondo (Baleares)  
Carmen García Paz (Baleares)  
Hilda Sánchez Janariz (Canarias)  
Santiago Rodríguez Gil (Cantabria)  
Ana María Hernando Monge (Castilla y León)  
Berta Hernández Fierro (Castilla-La Mancha)  
Dolors Costa Sampere (Cataluña)  
Manuel Escolano Puig (Comunidad Valenciana)  
Pedro García Ramos (Extremadura)  
María Isabel Graña Garrido (Galicia)  
María Belén Prado Sanjurjo (Madrid)  
José Manuel Allegue Gallego (Murcia)  
Francisco Javier Sada Goñi (Navarra)  
María Luisa Arteagoitia González (País Vasco)  
Pilar Díez Ripollés (La Rioja)  
Vivian Berros Medina (Ceuta)  
Sara Cristina Pupato Ferrari (Ingesa)  
Miguel Lorente (Delegación del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer)  
Begoña López-Dóriga Alonso (Instituto de la Mujer)  
Concha Colomer Revuelta (Subdirectora de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Directora del Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social)  
Rosa María López Rodríguez (Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Política Social)

## Apoyo técnico

*Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Red de Investigación en Salud y Género*

*Responsable*

Carmen Vives Cases

*Colaboración*

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

# Índice

<b>Presentación</b>	6
<b>Introducción</b>	8
<b>Violencia de género y desigualdad de género</b>	11
<b>Análisis de la situación (1998-2007)</b>	14
Distribución temporal y geográfica de las muertes por violencia de género en España	14
Casos detectados y atendidos en el sector sanitario	16
<b>Análisis de las acciones del sector sanitario realizadas en las comunidades autónomas</b>	19
Acciones para la implantación de protocolos de violencia de género en atención primaria y atención especializada	19
Iniciativas de interés en la atención a la violencia de género en los servicios de salud	25
Actuaciones específicas dirigidas a grupos de especial vulnerabilidad	27
Otras actuaciones	29
<b>Políticas en atención sanitaria a la violencia de género en el contexto internacional</b>	32
<b>Síntesis de las actividades desarrolladas en el Sistema Nacional de Salud</b>	39
<b>Bibliografía</b>	44

## Capítulos de las comunidades autónomas

<b>Andalucía</b>	<b>Comunidad Valenciana</b>
<b>Aragón</b>	<b>Extremadura</b>
<b>Asturias</b>	<b>Galicia</b>
<b>Baleares</b>	<b>Madrid</b>
<b>Canarias</b>	<b>Murcia</b>
<b>Cantabria</b>	<b>Navarra</b>
<b>Castilla y León</b>	<b>País Vasco</b>
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>La Rioja</b>
<b>Cataluña</b>	<b>Ingesa (Ceuta y Melilla)</b>

# Presentación

El Sistema Nacional de Salud aprobó la creación de la Comisión contra la Violencia de Género el 22 de septiembre de 2004. Éste fue el primer paso para la coordinación de los programas y las acciones sanitarias que en esta materia ya se estaban realizando en algunas comunidades autónomas<sup>i</sup>.

Posteriormente, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), a través de este órgano, ha ido asumiendo los compromisos específicos que establecía la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, para el desarrollo de acciones sanitarias.

El Informe anual 2007 sobre Atención Sanitaria a la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud (SNS) que se presenta en esta ocasión es el tercero elaborado por esta Comisión<sup>ii</sup>.

Tiene como objetivo fundamental ofrecer una visión general de las estrategias, planes y programas de atención sanitaria integral a la salud de las mujeres que se encuentran en situación de violencia de género, diseñadas en el seno de la Comisión y aprobadas por el CISNS, con una pauta de actuación homogénea y consensuada para todo el Sistema Nacional de Salud.

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en el diagnóstico, atención, seguimiento y recuperación de la salud en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres es el objetivo fundamental de dichas políticas.

Asimismo, se presenta una síntesis de los programas y acciones desarrollados por los servicios de salud en colaboración con las correspondientes consejerías para promover la sensibilización de sus profesionales y desarrollar su formación específica en este tema, en atención primaria y atención especializada, incluyendo sus respectivos servicios de urgencias.

En el año de ejercicio de este informe se publicó el *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género*<sup>iii</sup> y se promulgó la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, dos hitos en el avance hacia la igualdad y la erradicación de la violencia de género. Esta última contiene un eje específico en salud, en el

i La Secretaría de la Comisión se realiza desde el Observatorio de Salud de la Mujer.

ii Los informes anuales anteriores, 2005 y 2006, se encuentran editados por el Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo (en formato papel y CD). También están disponibles en versión electrónica en: [www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02\\_t03.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03.htm)

iii La versión electrónica está disponible en: [www.migualdad.es/violencia-mujer/index.html](http://www.migualdad.es/violencia-mujer/index.html)

cual se establece que “la violencia ejercida contra las mujeres constituye, en primera instancia, un atentado contra su salud física y psicológica; de este modo, los actores relacionados con este ámbito cobran un protagonismo muy relevante tanto en la detección del fenómeno como en la atención a las víctimas”.

Este informe pretende dar a conocer las acciones realizadas durante el año 2007 en materia de violencia de género (VG) desde el sector sanitario como continuación a las iniciadas en años anteriores y lograr mayor sensibilización ante el problema y promover la participación de las y los agentes implicadas(os) en la detección, prevención y seguimiento de este problema de salud desde el sistema sanitario, así como de los equipos de diseño, planificación y gestión de las correspondientes políticas sanitarias.

# Introducción

Se entiende por violencia de género “*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada*” (ONU, 1993)<sup>1</sup>.

La violencia contra las mujeres persiste en todos los países del mundo como una violación generalizada de los derechos humanos y es uno de los principales obstáculos para lograr la igualdad de género.

Esta violencia es inaceptable, ya sea cometida por el Estado y sus agentes, por parientes o por extraños, en el ámbito público o en el privado, en tiempo de paz o en tiempos de conflicto.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 se produjo una movilización mundial coordinada tendente a reafirmar los derechos de las mujeres como derechos humanos. Ese mismo año se adoptó la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* por parte de la Asamblea General<sup>2</sup> y se insistió en el hecho de que este tipo de violencia “constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre y han impedido el adelanto pleno de la mujer”.

Esta declaración pone de relieve los distintos escenarios de la violencia contra las mujeres: violencia en la familia, violencia en la comunidad y violencia cometida o tolerada por el Estado. También expresa preocupación por el hecho de que algunos grupos de mujeres, como las mujeres pertenecientes a minorías, las mujeres indígenas, las refugiadas, las indigentes, las recluidas en instituciones o detenidas, las niñas, las mujeres con discapacidades, las ancianas y las mujeres en situaciones de conflicto armado son particularmente vulnerables a la violencia.

Al tratar de violencia de género, se quiere señalar que esa violencia se ejerce contra las mujeres por el mero hecho de serlo para sustentar los mandatos de género. Es una violencia de carácter instrumental que tiene como principal objetivo mantener el control sobre las mujeres. En este sentido, la violencia de género se consagra como un grave problema social y se sitúa dentro del campo fundamental de los derechos humanos y la igualdad de oportunidades.



Enuncia una serie de medidas que deben adoptar los Estados para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer. Exige que los Estados condenen la violencia contra la mujer y no invoquen ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de eliminarla.

A partir de este momento y con el refuerzo de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la violencia de género se consagra como un grave problema social y se sitúa en el campo fundamental de los derechos humanos y la igualdad de oportunidades.

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública.

En 2006, la ONU presenta su *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*<sup>iv</sup>. El secretario general de la organización manifestaba que, mientras continúe existiendo la violencia contra las mujeres, no podrá afirmarse que se están logrando progresos reales hacia la igualdad, el desarrollo y la paz.

Una de cada tres mujeres sufre violencia, por lo menos, una vez en la vida. De los Estados miembros de las Naciones Unidas, 192 no tenían entonces leyes que castigasen a los autores de esta violencia y sólo 89 países tenían legislación sobre violencia familiar. Estudios sobre homicidios de mujeres en Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos mostraban que entre el 40 y el 70 % de las mujeres asesinadas lo son por parte de sus parejas o maridos.

Las pruebas reunidas por quienes investigan acerca de la difusión generalizada y las múltiples manifestaciones de violencia contra las mujeres, unidas a campañas de promoción, desembocaron en el reconocimiento del hecho que la violencia contra las mujeres era de carácter mundial y sistémica, y estaba arraigada en los desequilibrios de poder y la desigualdad estructural entre hombres y mujeres.

Este estudio también pone de manifiesto que los Estados tienen la obligación de proteger a las mujeres de la violencia, otorgarles recursos, responsabilizar a los culpables e impartir justicia. Para poner fin a todos los actos de violencia contra las mujeres, es preciso utilizar de manera más sistemática y eficaz la base de conocimientos e instrumentos elaborados en la última década para prevenirla y eliminarla.

Ello exige que, en los más altos niveles de dirección del Estado, exista una clara voluntad política y un compromiso declarado, visible e inquebrantable, que cuente con la determinación, la promoción y la acción práctica de las personas y las comunidades.

iv El texto completo está disponible en: [www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1160581505\\_SGstudyOnVAW\\_2006\\_spn.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1160581505_SGstudyOnVAW_2006_spn.pdf)

La violencia contra las mujeres tiene hondas raíces sociales y culturales imbricadas en la socialización diferencial de género que establece actividades, funciones, relaciones y poderes específicos para hombres y mujeres, creando identidades subjetivas y relaciones de poder tanto entre ellas y ellos como en la sociedad en su conjunto. Impone, a su vez, un orden moral diferenciado que mantiene el dualismo masculino-femenino, donde la masculinidad se reconoce en el desempeño del poder social y la femineidad en el ser pasivo y aletargado. La interacción de estos fenómenos facilita la aparición y el mantenimiento de la violencia contra las mujeres.

La violencia de género es, por tanto, el resultado y el modo de afianzar el dominio de las relaciones de poder basadas en la supremacía masculina y la subordinación femenina, relaciones que son posibles en las sociedades patriarcales gracias a las pautas de organización social que las permiten, las mantienen y las legitiman. Ciertamente, no parece posible entender el origen de la violencia y su mantenimiento durante siglos si la cultura dominante estuviera en contra de ella<sup>3</sup>.

En este sentido, aunque las relaciones de violencia son hechos concretos que se materializan en el comportamiento de un hombre que realiza un sometimiento o agresión sobre una mujer, es necesario situarlas también en una perspectiva más amplia, tratando de entenderla como un fenómeno social y global transversal en todas las clases sociales, todas las edades y todas las culturas.

La socialización diferencial de género, a pesar de las actuales políticas en pro de la igualdad de oportunidades, continúa vigente en nuestras sociedades, por lo que es necesario implementar políticas de coeducación a todos los niveles y en todos los ámbitos.

La violencia de género está íntimamente ligada a la desigualdad existente entre mujeres y hombres, y en este sentido, para conseguir erradicarla, es fundamental que, desde los poderes públicos y las diferentes Administraciones, se defiendan públicamente la igualdad entre mujeres y hombres, con el objetivo de ir desarticulando y deslegitimando poco a poco aquellos aspectos estructurales e individuales que buscan el sometimiento de las mujeres mediante la jerarquización entre los sexos.

# Violencia de género y desigualdad de género

La ONU propone la utilización del índice de desarrollo de género (IDG) para poner de manifiesto las desigualdades por sexo de un país, provincia o región<sup>4</sup> mediante indicadores sensibles al género, como las diferencias salariales o el nivel educativo, entre otros aspectos. Algunas autoras y autores incluso proponen la utilización del IDG como un indicador de las desigualdades de género en salud puesto que incluye la distribución por sexo de la esperanza de vida y de otros dos determinantes más de la salud<sup>5</sup>.

Con la información sobre el IDG correspondiente al año 2000<sup>6</sup> y datos de denuncias y muertes por violencia de género actualizados a diciembre de 2006, se observó que el riesgo de morir asesinada por violencia de género en provincias con un IDG por debajo de la media española (IDG = 0,895) era mayor respecto a las mujeres que viven en provincias con un IDG por encima de la media española (RR = 1,328 IC<sub>95%</sub> = [1,253-1,406]).

Asimismo, se observó que la posibilidad de denunciar por parte de las mujeres en situación de malos tratos en las provincias con un IDG por debajo de la media española también era mayor en comparación con aquellas provincias con un IDG por encima de la media española (RR = 1,468 IC<sub>95%</sub> = [1,462-1,474])<sup>7</sup>. Para la interpretación de este último resultado, cabe tener en cuenta la creciente concienciación social de que la violencia de género es un delito que se ha de denunciar. Por tanto, una posible interpretación de estos resultados reside en el hecho de que, con el paso del tiempo, las denuncias se van aproximando a la magnitud real del problema aunque todavía hay muchos casos silenciados.

Con datos de denuncias y muertes por violencia contra las mujeres en la pareja actualizados a 2007 y del IDG de las comunidades autónomas en el último año que ha podido ser actualizado (2005), puede obtenerse la clasificación que se presenta en la tabla 1 según si la puntuación del IDG está por encima o por debajo de la media española (IDG = 0,903).

En las comunidades autónomas con un IDG por debajo de la media española se identifica una tasa de denuncias por violencia de género (0,025) mayor que en las comunidades autónomas con un IDG por encima de la media española (0,016). Asimismo, en aquellas comunidades autónomas con un IDG por debajo de la media española, se ha registrado una tasa de mortalidad por 100.000 por VG (3,221) mayor que en las que tienen un IDG por encima de la media española (2,569).

**TABLA 1. Índice de desarrollo de género (IDG) por comunidades autónomas, 2005**

Andalucía	0,878	Comunidad Valenciana	0,899
Aragón	0,917	Extremadura	0,877
Asturias (Principado de)	0,900	Galicia	0,899
Baleares (Islas)	0,911	Madrid (Comunidad de)	0,936
Canarias	0,893	Murcia (Región de)	0,891
Cantabria	0,915	Navarra (Comunidad Foral de)	0,936
Castilla y León	0,916	País Vasco	0,938
Castilla-La Mancha	0,891	Rioja (La)	0,924
Cataluña	0,919	España	0,903

Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Población Activa e Indicadores Demográficos del Instituto Nacional de Estadística, Eurostat y Ministerio de Educación, 2005. Para el cálculo del IDG, se utilizaron la tasa de alfabetización de adultos, tasa bruta de matriculación combinada, producto interior bruto, diferencias salariales por sexo, tasa de participación masculina y femenina en el mercado laboral, renta familiar de los grupos más empobrecidos, niveles de desempleo de larga duración y esperanza de vida al nacer.

Por su parte, el riesgo de ser asesinada por violencia de género en comunidades autónomas con un IDG por debajo de la media española es mayor respecto a las mujeres que viven en comunidades autónomas con un IDG por encima de la media española ( $RR = 1,254$   $IC_{95\%} = [1,060-1,482]$ ). Asimismo, se ha observado que la posibilidad de denunciar malos tratos de las mujeres que viven en las comunidades autónomas con un IDG por debajo de la media española es mayor ( $RR = 1,566$   $IC_{95\%} = [1,556-2,575]$ ).

Por provincias<sup>v</sup>, se observa un ligero aumento en las puntuaciones de IDG de 2005 respecto a las registradas en el año 2000. La puntuación media de España también ha aumentado en los 5 años estudiados, pues en el año 2000 era 0,895 y en 2005, 0,903 (tabla 2).

Por provincias se observa lo mismo que por comunidades autónomas: las mujeres que viven en provincias con un IDG por debajo de la media española corren mayor riesgo de morir asesinadas por esta causa que las mujeres que viven en provincias con un IDG por encima de la media española ( $RR = 1,276$   $IC_{95\%} = [1,080-1,507]$ )<sup>vi</sup>.

v Las puntuaciones de IDG por provincias son las únicas que pueden compararse con los datos correspondientes al Informe Violencia de Género 2006 del SNS.

vi Sólo se dispone de datos actualizados de muerte por violencia de género.

**TABLA 2. Índice de desarrollo de género (IDG) a nivel provincial, 2005**

Provincia	2000	2005	Provincia	2000	2005
Álava	0,931	0,944	Lugo	0,879	0,894
Albacete	0,867	0,893	Lérida	0,904	0,920
Alicante	0,870	0,894	Madrid	0,940	0,937
Almería	0,874	0,888	Málaga	0,859	0,883
Asturias	0,890	0,900	Murcia	0,863	0,892
Ávila	0,889	0,902	Navarra	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
Cáceres	0,867	0,885	Rioja (La)	0,908	0,923
Cádiz	0,854	0,876	Salamanca	0,905	0,919
Cantabria	0,901	0,916	Santa Cruz de Tenerife	0,877	0,892
Castellón	0,887	0,909	Segovia	0,926	0,921
Ciudad Real	0,859	0,882	Sevilla	0,861	0,883
Córdoba	0,854	0,871	Soria	0,913	0,917
Coruña	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
Guipúzcoa	0,927	0,940	Vizcaya	0,925	0,937
Huelva	0,863	0,882	Zamora	0,877	0,898
Huesca	0,899	0,916	Zaragoza	0,910	0,918
Jaén	0,849	0,865			
León	0,900	0,911	España	0,895	0,903

IDG de 2000 de 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. IDG de 2005, elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Población Activa e Indicadores Demográficos del Instituto Nacional de Estadística, Eurostat y Ministerio de Educación, 2005.

Al comparar este resultado con los del Informe anual 2006 sobre Atención a la Violencia de Género del SNS, parece que la fuerza de la asociación disminuye. Esto pudiera explicarse por las mejoras en las puntuaciones del IDG registradas en el año 2005 respecto al año 2000 y por las variaciones en las tasas de mortalidad por violencia de género producidas en los años estudiados.

# Análisis de la situación (1998-2007)

## Distribución temporal y geográfica de las muertes por violencia de género en España

De las múltiples manifestaciones de la violencia de género, aquella perpetrada en la relación de pareja o ex pareja es de las más comunes en la vida de las mujeres españolas. En la última década, en España, la violencia ejercida por los hombres contra sus parejas ha provocado 555 muertes de mujeres según los datos proporcionados por la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. El Ministerio del Interior recoge en sus anuarios estadísticos la relación de delitos y faltas denunciados por mujeres en situación de maltrato ejercido por sus cónyuges o análogos –ex cónyuges, parejas o ex parejas– y de mujeres asesinadas por esta misma causa desde 1997. La Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas, por su parte, registra sólo los casos de mujeres muertas, basándose en el seguimiento exhaustivo de las noticias de prensa publicadas sobre el tema. Aunque las dos fuentes de información citadas proveen de datos de mujeres asesinadas por violencia de género, sólo en el caso de la página *web* de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas se proporciona información desagregada por edad, dato no disponible en las estadísticas del Ministerio del Interior<sup>7</sup>. Por estos motivos, se optó por utilizar los datos de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas.

Según los datos que se observan en la tabla 3, la distribución en el tiempo de estos casos se ha mantenido constante. Si bien los años 2003, 2004, 2006 y 2007 reúnen el mayor número de muertes, la mayor tasa de mortalidad por violencia contra las mujeres en la pareja es 0,36, correspondiente al pasado año 2007, y la menor, 0,22, que es la del año 1999.

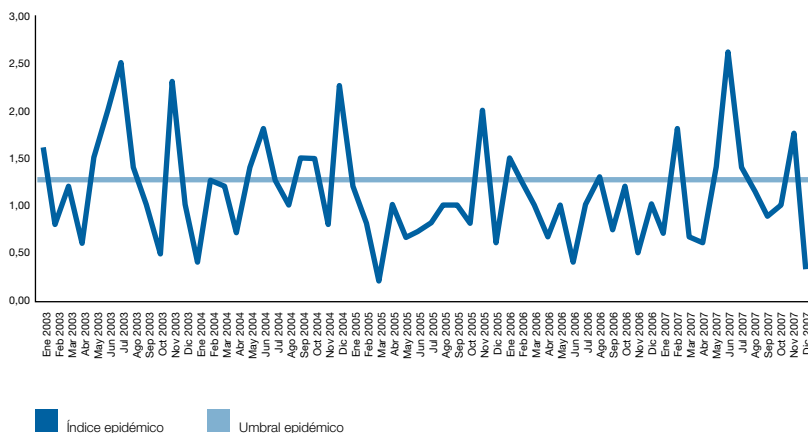
Tal y como se muestra en la figura 1, la mortalidad por violencia de género al comparar la situación por meses, parece que remite a partir de enero de 2005. En el año 2006, en general, esta tendencia continúa registrándose solamente 3 puntos por encima del umbral epidémico ( $>1,25$ ) en los meses de enero, febrero y agosto. Sin embargo, en 2007 se produjeron 5 puntos por encima del umbral epidémico ( $>1,25$ ), incluyendo la puntuación más alta obtenida del índice epidémico desde enero de 2003 que se produjo en junio de 2007 con un valor de 2,60. Entre agosto y octubre de 2007, el índice epidémico volvió a situarse por debajo del umbral epidémico ( $<1,25$ ) para repuntar nuevamente en el mes de noviembre con un valor mayor al umbral epidémico ( $>1,25$ ) y descender por debajo de este umbral en el mes de diciembre.

**TABLA 3. Frecuencias y tasas de mortalidad ajustadas por edad en mujeres españolas de 15 años o mayores, 1998-2007**

	Muertes	Tasa x 10 <sup>5</sup>	Intervalo de confianza al 95 %	
			Límite inferior	Límite superior
1998	46	0,26408	0,1878	0,3404
1999	40	0,22677	0,1565	0,297
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

Elaboración propia a partir de los datos sobre violencia contra la mujer en la pareja de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Estadísticas disponibles en: [www.separadasydivorciadas.org](http://www.separadasydivorciadas.org)

**Figura 1. Evolución del índice epidémico de muertes por violencia de género en España, 2003-2007**



Índice epidémico mensual de muertes por violencia de género en España: razón entre las muertes por violencia de género por meses y mediana de muertes de los meses correspondientes al quinquenio anterior al mes en que se calcula el valor del índice. Se considera incidencia media cuando el valor resultante se encuentra entre 0,76 y 1,24; incidencia baja si es menor o igual a 0,75, e incidencia alta si el valor es mayor o igual a 1,25. Se identifica el umbral epidémico en 1,25.

Disponible en: [www.e-leuis.net/Alerta\\_Violencia.htm](http://www.e-leuis.net/Alerta_Violencia.htm)

El estudio de la distribución geográfica de las muertes permite identificar diferencias en las tasas de mortalidad por violencia de género. Según los datos recuperados hasta 2007, Castilla y León, Asturias y Cataluña fueron las comunidades autónomas que registraron menores tasas de mortalidad por violencia de género (tabla 4).

**TABLA 4. Tasas de mortalidad por violencia de género ajustadas por edad y comunidad autónoma, 1998-2007**

	Casos	Tasas x 10 <sup>6</sup> (IC <sub>95%</sub> )		Casos	Tasas x 10 <sup>6</sup> (IC <sub>95%</sub> )
Andalucía	115	3,64 (2,77-4,52)	Comunidad Valenciana	71	3,85 (2,96-4,73)
Aragón	15	2,88 (1,45-4,31)	Extremadura	8	1,74 (0,53-2,94)
Asturias	12	2,55 (1,16-3,93)	Galicia	20	1,68 (0,97-2,39)
Baleares	22	5,39 (3,09-7,70)	Madrid	69	2,74 (2,09-3,39)
Canarias	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)
Castilla-La Mancha	26	3,65 (2,29-5,01)	Navarra	9	3,68 (1,29-6,07)
Castilla y León	24	2,24 (1,36-3,11)	País Vasco	15	1,61 (0,81-2,42)
Cataluña	76	2,69 (2,09-3,29)	La Rioja	3	2,53 (0,00-5,34)
Ceuta	1	3,11 (0,00-9,46)			

Elaboración propia a partir de los datos sobre violencia contra la mujer en la pareja de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Disponible en: [www.separadasydivorciadas.org](http://www.separadasydivorciadas.org)

## Casos detectados y atendidos en el sector sanitario

En diciembre de 2007, el CISNS aprobó los indicadores de vigilancia epidemiológica para la planificación y evaluación de las intervenciones sanitarias en violencia de género que se recogerán en el Informe anual 2008 sobre Atención Sanitaria a la Violencia de Género del SNS. No obstante, durante el año 2007 algunas comunidades autónomas han ido desarrollando metodologías de recogida de información propias que aportan datos de los casos de violencia de género atendidos en los servicios de salud y que han aportado en sus informes.

Así, se describirá la información relacionada con los casos detectados en los distintos niveles de atención sanitaria mediante programas específicos, protocolos o sistemas de registro propios de las comunidades autónomas.



En la Comunidad Autónoma de Andalucía, la información se ha obtenido de los partes judiciales emitidos desde los distintos dispositivos sanitarios que han permitido cuantificar para el año 2007 un total de 6.195 casos de maltrato físico y sexual, de los cuales 1.395 fueron atendidos en hospitales y 4.800 en atención primaria.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria se ha incluido en la cartera de servicios de atención primaria con el código de servicio 210 la “detección y atención a la violencia contra la mujer” (dentro de la historia clínica informatizada). Desde finales de 2005 hasta principios de 2008 se ha preguntado a 52.305 mujeres mayores de 14 años sobre la posible existencia de maltrato y 3.595 de ellas han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja o ex pareja en la actualidad y/o en el pasado.

En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se diseñó el módulo informático que incluye el protocolo de violencia de género en atención primaria, que se incorporará 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 han utilizado el módulo y han dado de alta un total de 92 casos. Además, desde este Servicio de Salud se han derivado 131 casos a los centros de la mujer y 48 a los servicios jurídicos.

El informe aportado por la Comunidad Autónoma de Cataluña hace referencia a la utilización de distintos sistemas de registro que aportan información sobre los casos detectados, atendidos y diagnosticados de sus principales regiones sanitarias. En el período comprendido entre el 30 de junio de 2006 y el 31 de diciembre de 2007, el total de mujeres detectadas, diagnosticadas y atendidas por violencia de género en los servicios de atención primaria de toda Cataluña fueron 449 y en atención hospitalaria, 3.476.

Según datos aportados en el informe correspondiente a la Ciudad Autónoma de Ceuta, en el último año un total de 9 mujeres fueron atendidas por los servicios de urgencias de atención primaria, todas mayores de edad. Además, aportan 59 casos de mujeres atendidas en los servicios de urgencias de atención especializada por esta misma causa. La mayoría de estos casos fueron derivados a los juzgados.

Según la información remitida por la Comunidad Autónoma del País Vasco, en el año 2007 se atendieron 243 casos de malos tratos en consultas de atención primaria. En este mismo año, las mujeres que declararon estar en situación de malos tratos en la red hospitalaria de esta comunidad autónoma fueron 437. Además, se aporta información sobre 13 mujeres que acudieron a urgencias hospitalarias con lesiones que hacen sospechar que podían estar en situación de malos tratos.

En el informe de la Comunidad Autónoma de La Rioja se facilita información sobre el número de mujeres mayores de 14 años atendidas por

el sistema sanitario que reconocen por primera vez sufrir malos tratos. En el año 2007, se detectaron 126 casos, 68 de los cuales proceden de atención primaria y 58, de atención especializada. Esta información es analizada en el documento correspondiente a La Rioja por características de maltrato, características personales de las mujeres en situación de maltrato y por el tipo de atención recibida.

La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, en coordinación con la Dirección General de la Mujer, en su día diseñó 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 en situación de maltrato por violencia de género y sus hijos e hijas. En este período se han atendido a 213 mujeres (casos nuevos), 98 menores y 311 mujeres e hijos/hijas.

En el caso de la Comunidad Autónoma de Navarra, se menciona que en los centros de salud mental se está incorporando un sistema informático que codifica con la CIE-10 que tiene un apartado “otros procesos frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento”. Asimismo, se aportan los casos registrados en atención primaria. De junio de 2006 a mayo de 2007 se observó una incidencia de 337 y 633 (correspondiente a los códigos Z12 y Z25, respectivamente) y una prevalencia de 1.412 y 1.361 (correspondiente a los códigos Z12 y Z25, respectivamente).

# Análisis de las acciones del sector sanitario realizadas en las comunidades autónomas

## Acciones para la implantación de protocolos de violencia de género en atención primaria y atención especializada

El 27 de abril de 2007 se presentó oficialmente el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, aprobado por consenso de todas las comunidades autónomas. Dicho documento se elaboró a partir de los protocolos y experiencias existentes en las diferentes comunidades autónomas (tabla 5).

La actual fase de implantación del protocolo común conllevará la adopción, en las nuevas ediciones de los protocolos de las comunidades autónomas, de los mínimos consensuados.

Una de las líneas de acción en la cual más han incidido todas las comunidades autónomas es la formación y sensibilización de los equipos de atención primaria aunque algunas comunidades, como Aragón y Madrid, también están formando al personal de atención especializada y los servicios de urgencias.

La formación contribuye a la implantación del protocolo en la medida en que entrena a las y los profesionales implicados en habilidades de detección precoz e intervención ante casos de violencia de género. Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Madrid y Murcia mencionan la existencia de planes de formación continuada.

Para el desarrollo de las actividades formativas (cursos, talleres, jornadas, mesas redondas y encuentros provinciales) en general se ha contado con una colaboración interinstitucional, tanto estatal (Instituto de la Mujer, Escuela Nacional de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo y SESPAS [Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria]) como autonómica (institutos autonómicos de la mujer, centros asesores de la mujer, departamentos o consejerías de salud, EASP [Escuela Andaluza de Salud Pública], Instituto de Estudios de la Salud en Cataluña, Instituto para Administraciones Públicas Adolfo Quesada en Asturias y Agencia Laín Entralgo en Madrid). En la Comunidad Valenciana ha participado en esta iniciativa la Caja de Ahorros del Mediterráneo.

**TABLA 5. Protocolos y otros documentos autonómicos sobre violencia de género, 2007**

Comunidad autónoma	Nombre del protocolo autonómico	Año de edición
Andalucía	Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos	2001
Aragón	Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica	2005
Asturias	Protocolo sanitario para mejorar la atención de las mujeres víctimas de violencia de género	2007
Canarias	Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico	2004
Cantabria	Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos	2005
Castilla-La Mancha	Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos	2005 (1.ª ed)
Cataluña	Protocolo para el abordaje de la violencia hacia las mujeres en el ámbito de la salud	En fase de aprobación
Comunidad Valenciana	Protocolo sanitario de violencia de género en la Comunidad Valenciana	2007 (pendiente de edición)
La Rioja	Programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario público	2005
Madrid	Protocolo de atención primaria <i>Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres</i>	2007
	Protocolo de atención especializada <i>Guía de actuación en atención especializada en violencia de pareja hacia las mujeres</i>	En elaboración
Murcia	Protocolo de detección y atención ante la violencia de género en atención primaria de salud	2007
Navarra	Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos, físicos, psicológicos y/o agresiones sexuales	Vigente en la actualidad
País Vasco	Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos	2000
Ingesa (Ceuta)	Protocolo integral de atención a la mujer: 5 ítems para la realización de un cribado para la detección precoz de violencia de género en consultas médicas y de enfermería de atención primaria	

## Difusión de los protocolos

La difusión de los protocolos de violencia de género ha constituido un factor clave para fomentar el conocimiento de su existencia y contenidos entre las y los profesionales, y así lo han hecho Canarias, Aragón, Murcia, Castilla-

La Mancha, Castilla y León, Cantabria, Baleares, País Vasco e Ingesa. Se ha distribuido a todos los centros de salud y a las y los profesionales de manera individual. Estas comunidades autónomas, junto con la Comunidad de Madrid, Andalucía, Asturias, Navarra, Comunidad Valenciana y Cataluña, también se han encargado de difundir otra información sobre los recursos existentes para profesionales y para las mujeres en situación de maltrato, por ejemplo, mediante la distribución en los centros de atención primaria de trípticos informativos (p. ej., en Ingesa-Melilla sobre teleasistencia).

## Informatización

Asimismo, Murcia, Cantabria e Ingesa-Ceuta han trabajado en la informatización del protocolo, para lo cual también se han constituido grupos de trabajo. Castilla-La Mancha lo ha incluido en un módulo informático (historia clínica informatizada) diseñado especialmente para que sea utilizado por los equipos de atención primaria y atención especializada; Canarias lo ha incorporado al sistema informático Drago-AP, y el protocolo de Andalucía recoge directrices para registrar en la historia clínica la información relacionada con posibles situaciones de violencia. Navarra prevé informatizar la historia clínica en un futuro.

## Registros

Los programas de recogida de datos de las mujeres atendidas en los centros de salud posibilitan el seguimiento de los casos. En Aragón se ha creado una pantalla específica para ello, en la Comunidad Valenciana se hace mediante el análisis de copias de los informes sanitarios de presunta violencia de género y en Andalucía el registro de parte de lesiones recoge el número de partes emitidos por cada nivel asistencial. Cantabria, Madrid, Murcia, Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, País Vasco y Navarra mencionan la existencia de un registro informático de todos los casos detectados en cada nivel asistencial (en Asturias recibe el nombre de Registro Vimpa, Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias).

## Cartera de servicios

Andalucía y otras comunidades autónomas han incluido el protocolo en otros servicios ya existentes de los centros de salud; por ejemplo, en la cartera de servicios de atención primaria, para dar soporte a otros servicios, como

el servicio de detección del riesgo de maltrato familiar en la Comunidad de Madrid, el servicio de detección del riesgo de violencia de género en mujeres a partir de 15 años en Castilla y León o el Servicio 210 de detección y atención a la violencia de género en Cantabria. En Canarias se introdujo el protocolo en la cartera de servicios sobre detección y abordaje de la violencia doméstica y también en el programa de gestión convenida; en Cantabria, en el contrato de gestión, y en Andalucía, en el contrato programa. El País Vasco ha incluido en la Cartera de Servicios del Departamento de Sanidad y Osakidetza indicadores para valorar el cumplimiento del protocolo.

En el transcurso del año 2007 se ha adoptado un modelo organizativo centrado en el servicio de atención para las mujeres en situación de maltrato en los centros de salud y hospitales de Murcia, Castilla y León, Cataluña y Asturias, puntos de atención continuada en La Rioja y Galicia y puntos de información en Cataluña.

## Instrumentos para la detección y parte de lesiones

Algunas comunidades autónomas, como la Comunidad Valenciana, han trabajado en la validación de instrumentos que permitan a las y los profesionales sanitarios guiar la detección de violencia de género o valorar el riesgo de seguridad de las mujeres en situación de maltrato. Estas guías o escalas han sido incluidas en los protocolos para orientar actuaciones de prevención y abordaje integral.

De acuerdo con las necesidades planteadas en el protocolo común, en Andalucía, Galicia e Ingesa-Melilla se ha diseñado un nuevo modelo del tradicional parte de lesiones, que en Andalucía ha sido sustituido por el término “parte judicial” para evitar la asociación con lesiones físicas. Castilla y León menciona mayor agilidad en su aplicación y también ha adaptado los formatos que deben cumplimentarse en las unidades móviles de emergencias. En la Comunidad Valenciana se ha modificado el informe médico de presunta violencia de género/doméstica (adultos) y en Cantabria e Islas Baleares se ha elaborado un parte específico de violencia de género, que en esta última comunidad se ha incorporado al sistema informático de atención primaria e-SIAP.

## Evaluación

También ha formado parte de la estrategia llevada a cabo por las comunidades autónomas editar informes periódicos y evaluar la implantación y cumplimiento del protocolo (tabla 6), como en Asturias, Cantabria, Castilla

y León y Madrid; Cataluña lo menciona como previsión y País Vasco ha creado una comisión de seguimiento para ello.

**TABLA 6. Implantación y cumplimiento del protocolo, 2007**

<b>Asturias</b>	Elaboración de informes semestrales (2007) y/o anual (2006) a partir del Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias (Registro Vimpa)
<b>Cantabria</b>	Informe de evaluación de la implantación del protocolo. Convenio 2007 de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad
<b>Castilla y León</b>	Evaluación de la implantación del protocolo en su fase de pilotaje con objeto de introducir mejoras en relación con las aportaciones propuestas por los y las profesionales y ante los problemas detectados para su desarrollo
<b>Cataluña</b>	Eje 1 del Plan de Salud. Incluye un apartado con propuestas estratégicas, como la 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
<b>Madrid</b>	Documento marco de referencia para la evaluación de la estrategia regional de acciones de salud frente a la violencia de pareja hacia las mujeres, elaborado con la participación de todos los miembros de la comisión técnica correspondiente
<b>País Vasco</b>	Creación de una comisión de seguimiento como órgano encargado del control y evaluación de la ejecución del protocolo

## Obstáculos que dificultan la implantación de los protocolos

Las comunidades autónomas han incluido una relación de factores que, según la apreciación de cada una, dificultan o facilitan en la práctica sanitaria el proceso de implantación del protocolo. Aquellos aspectos que obstaculizan la sostenibilidad de las acciones programadas para su implantación son, sobre todo:

- Sobrecarga asistencial y escasez de personal sanitario, por ejemplo, para sustituir a quienes asisten a cursos de formación (Cataluña, Andalucía, Castilla y León, Canarias, Galicia, Baleares y País Vasco).
- Las particulares circunstancias de algunas comunidades autónomas: escasa disponibilidad de recursos económicos, limitaciones territoriales o predominancia del medio rural (Cataluña, Aragón y Baleares). Por ejemplo, Ingesa resalta la dificultad de detección y registro en el caso de la población indocumentada.
- Dificultad en la coordinación interinstitucional e interpersonal eficiente, por ejemplo, relacionada con criterios de derivación entre los ámbitos asistenciales y/o servicios de salud, servicios sociales, policía y justicia (Cataluña, Murcia, Andalucía, Aragón y Extremadura).

- Aspectos ético-legales implicados en la práctica clínica, como la polémica entre la emisión sistemática del parte de lesiones o no (Murcia, Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Baleares y Extremadura).
- Dificultad inicial en la intervención con mujeres en situación de maltrato y en ofrecer una solución adecuada (Murcia, Comunidad Valenciana y País Vasco).
- Mayores necesidades de sensibilización y formación específica por parte de los y las profesionales para ofrecer una atención integral a las mujeres en situación de maltrato, poniendo en práctica acciones concretas y adecuadas (Andalucía, Cataluña, Canarias, Baleares, Galicia, Murcia y Extremadura).
- Falta de un sistema de información integral (Aragón).
- Resistencias de la propia socialización de género en las y los profesionales que acuden a la formación en materia de violencia de género (Andalucía).

## Oportunidades que favorecen la implantación de los protocolos

Asimismo, la continuidad de las acciones puestas en marcha en pro del protocolo se ve beneficiada por:

- Sensibilización y asunción de las actuaciones en violencia de género como objetivo de los centros sanitarios, al concebirse como un problema de salud pública con consecuencias en la salud de las mujeres (Madrid, Cataluña, Murcia, Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y País Vasco).
- Predisposición favorable de las y los profesionales sanitarios en la asistencia a cursos de formación y el cumplimiento de los objetivos de formación establecidos en la Comisión contra la Violencia de Género del CISNS (Murcia, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Galicia y País Vasco).
- Adecuación de la actuación profesional al proporcionar pautas para el afrontamiento de la violencia mediante guías de atención y recursos para la derivación (Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana).
- Facilidad de acceso y utilización por parte del personal sanitario del módulo de registro de la historia clínica informatizada (Castilla-La Mancha y País Vasco).
- Colaboración entre los distintos dispositivos que intervienen en el proceso de la atención integral de las mujeres, estableciendo una red consolidada de actuación y la existencia de estructuras de coordinación intra e interinstitucional, como la Comisión Técnica y las Comisiones Hospitalarias (Madrid, Murcia, Aragón, Castilla y León y País Vasco).



- Mejora paulatina de la atención a las mujeres al implantar comisiones de trabajo en violencia de género en el ámbito de la salud e intersectoriales en los diferentes niveles territoriales (local, provincial, autonómico y estatal), que permitan unificar criterios, líneas de actuación y compromisos (Andalucía, Madrid y Extremadura).

## Iniciativas de interés en la atención a la violencia de género en los servicios de salud

Entre las iniciativas de interés llevadas a cabo por las comunidades autónomas durante el ejercicio de 2007, destacan aquéllas dirigidas a ofrecer una actuación integral y coordinada en la atención sanitaria, social y judicial a las mujeres en situación de maltrato. Éstas se concretan en programas específicos de atención a la violencia de género (tabla 7).

**TABLA 7. Programas de atención a la violencia de género por comunidades autónomas, 2007**

Aragón	Programa de atención integral a la mujer (dependiente del Departamento de Salud y Consumo)
Cantabria	Plan de actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007
	Línea prioritaria de actuación 4: violencia de género
Castilla y León	Servicio de Atención a la Violencia de Género
Cataluña	Programa de atención a las víctimas de violencia intrafamiliar
	Programa para el abordaje integral de las violencias hacia las mujeres
Extremadura	Comisión Permanente para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer
Galicia	En el Plan de la Mujer, 2 proyectos de mejora de la atención y asistencia sanitaria a mujeres en situación de violencia de género
Madrid	Programa Atiende
Navarra	Indicadores comunes para la violencia de género en el sistema sanitario
País Vasco	Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales
La Rioja	Acuerdo interinstitucional para la mejora de la atención a víctimas de maltrato doméstico, violencia de género y agresiones sexuales

Las comunidades autónomas que mencionan la existencia de recursos específicos para abordar las agresiones sexuales son: Navarra, La Rioja, País Vasco, Cataluña (programas de atención especializada en salud mental en

violencia de género y abusos sexuales), Baleares (protocolo autonómico de coordinación en caso de agresiones sexuales) y Cantabria (protocolo de actuación sanitaria en víctimas de agresiones/abusos sexuales, 2006).

Junto a los observatorios de violencia de género y las unidades de detección de violencia de género autonómicas, ha sido relevante el trabajo de los institutos autonómicos de la mujer en el desarrollo de programas para la prevención y erradicación de la violencia de género, materializados en protocolos de intervención coordinada contra la violencia de género, que implican a los sectores de la sociedad con competencias en la atención a las mujeres en situación de maltrato. Además de los citados en la tabla anterior, destacan los que aparecen en la tabla 8.

**TABLA 8. Protocolos de intervención coordinada contra la violencia de género por comunidades autónomas, 2007**

Andalucía	Procedimiento de coordinación institucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Andalucía, 2005
Aragón	Procedimiento de coordinación interinstitucional (en fase de borrador)
Asturias	Protocolo interdepartamental para mejorar la atención de las mujeres víctimas de violencia de género
Castilla y León	Protocolo Marco de actuación profesional para casos de violencia de género en Castilla y León para la actuación coordinada de las distintas instituciones implicadas en actuaciones contra la violencia de género
Cataluña	Plan interdepartamental coordinado por el Instituto Catalán de las Mujeres y las unidades de atención integral de la violencia de género
	Protocolo Marco y circuito nacional para una intervención coordinada contra la violencia hacia las mujeres
Extremadura	Protocolo interdepartamental para la erradicación y prevención de la violencia contra la mujer, 2001
Navarra	Acuerdo institucional para la atención integral a las mujeres víctimas de maltrato y/o agresiones sexuales
País Vasco	Protocolo de respuesta institucional ante casos de muerte por maltrato doméstico

La creación de grupos de trabajo intersectoriales en las comunidades autónomas de Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia y Madrid avanza en el desarrollo de buenas prácticas, por ejemplo, al integrar la perspectiva de género en salud pública en la promoción de salud, diseñar indicadores comunes para la violencia de género en el sistema sanitario o elaborar unos criterios de calidad para evaluar la estrategia formativa en violencia de género de cada comunidad autónoma.

Destaca la iniciativa de Andalucía y Madrid de crear mesas o comisiones técnicas de salud a nivel local, intersectoriales y con una composición multidisciplinaria, que ya existen en algunas provincias y/o municipios. Estas unidades tienen como objetivo facilitar la coordinación entre los diferentes organismos y garantizar la continuidad asistencial, aumentando la eficacia en la atención prestada. En esta línea, es reseñable la participación de una persona responsable del ámbito sanitario en las comisiones municipales de seguimiento de la violencia de género en los ayuntamientos en la comunidad de Murcia.

Cabe mencionar que todas las comunidades autónomas participaron en los cursos organizados por el Observatorio de Salud de la Mujer en colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III), así como en las I Jornadas sobre programas para la atención a la violencia de género celebradas en octubre de 2007.

Los protocolos de atención sanitaria a la violencia de género también han sido distribuidos a los distintos centros de la mujer, recursos sociales, fuerzas y cuerpos de seguridad y a varios ayuntamientos. En ocasiones, los servicios de salud provinciales han participado en cursos universitarios para dar a conocer el protocolo común de violencia de género o en mesas redondas sobre género y salud organizadas por ayuntamientos con representantes de las fuerzas judiciales y de seguridad.

Iniciativas que sobresalen en este sentido son la celebración en Cataluña del *Circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres* para impulsar la difusión y coordinación interdepartamentales, y el nombramiento en Ingesa de un coordinador (trabajador social) del área de salud de Melilla contra la violencia de género sobre la mujer.

En el ámbito de la formación destaca la modalidad de formación de formadores(as) impartida por las comunidades autónomas de Castilla y León, Galicia, Comunidad Valenciana, Madrid y Murcia con el objetivo de facilitar la formación continuada en materia de violencia de género. Galicia y Andalucía también mencionan la futura realización de cursos *on line* en coordinación con el Instituto de la Mujer.

## Actuaciones específicas dirigidas a grupos de especial vulnerabilidad

La Ley Orgánica 1/2004 en el artículo 32.4 establece que “[...] se considerará de forma especial la situación de las mujeres que, por sus circunstancias personales y sociales, puedan tener mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en esta Ley, tales como las pertenecientes a minorías, las inmigrantes, las que se encuentran en situación de exclusión social o las mujeres con discapacidad”.

Con la finalidad de orientar actuaciones concretas que aborden las necesidades y expectativas especiales de las mujeres pertenecientes a grupos de población especialmente vulnerables que sufren violencia de género, comunidades autónomas, como Andalucía, Castilla-La Mancha, Madrid e Ingesa-Melilla han tratado de coordinar recursos específicos de prevención y protección a estos colectivos, por las singulares dificultades en que se encuentran; Madrid contempla para ellas programas de prevención y promoción de la salud.

Ejemplo de ello es la mejora de la atención a estos colectivos, agilizando los mecanismos de derivación entre atención primaria y atención especializada, sobre todo en la atención psicosocial y con los centros de la mujer y los servicios jurídicos. Atendiendo a grupos de edad, en comunidades autónomas, como Murcia, se cuenta con protocolos específicos para prevención y detección de violencia en mujeres de más de 65 años, y en otras, como Cataluña, se trabaja en su creación. Esta comunidad autónoma tiene prevista la elaboración de documentos operativos que aborden la atención sanitaria de mujeres en riesgo de exclusión e Ingesa-Ceuta realiza el seguimiento a situaciones de especial vulnerabilidad gracias a una aplicación informática.

Además, en el II Plan de Atención a las Personas con Discapacidad 2006-2009 de La Rioja se contemplan objetivos y medidas para la prevención y atención de la violencia doméstica en personas discapacitadas y de riesgo. También la *Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los servicios sociales* (2006) del País Vasco incluye un apartado relativo a la intervención con mujeres con discapacidades e inmigrantes.

Se han formado grupos de trabajo intersectoriales para establecer criterios de actuación según la situación de vulnerabilidad de las mujeres en situación de maltrato. Los programas de formación incluyen actuaciones específicas para la detección y atención de casos de violencia de género en mujeres en situación de especial riesgo, especialmente en aquellas zonas de salud que tienen mayor necesidad por su composición social.

Algunas comunidades autónomas, como Aragón y Andalucía, han iniciado el desarrollo de planes concretos de inmigración o han creado mesas específicas de trabajo sobre salud e inmigración, en las cuales se abordan las necesidades y expectativas de las mujeres inmigrantes que sufren violencia de género. Para abordar la atención a la violencia de género, Andalucía ha celebrado reuniones y ha establecido convenios de colaboración con asociaciones de inmigrantes y asociaciones de mujeres gitanas.

En Madrid destacan los centros específicos de atención a mujeres drogodependientes y los programas de promoción de la salud para mujeres en situación de especial vulnerabilidad, así como en Cataluña el Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Madrid y Castilla y León investigan factores

de riesgo psicosocial en estos colectivos y, al igual que Andalucía, reparan en la formación del personal para la efectiva atención a estos grupos sociales en desventaja.

La Comunidad Valenciana incluye en el protocolo un apartado específico para mujeres embarazadas e investiga la *Violencia familiar contra las mujeres durante el embarazo: contexto social y abordaje por el personal sanitario*, con ayuda del Instituto de Salud Carlos III. El protocolo de atención primaria de Madrid advierte sobre la necesidad de prestar especial atención a estas mujeres y en Cataluña la existencia de un Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva permite el cribado proactivo de casos de violencia de género en el control y seguimiento del embarazo. Ingesa-Ceuta incluye contenidos de sensibilización y prevención en los grupos de educación maternal.

En los casos en que no se han diseñado acciones específicas para estos colectivos, se prevé un apartado específico en los futuros protocolos de atención sanitaria a las mujeres en situación de maltrato.

## Otras actuaciones

En el año 2007, algunas comunidades autónomas han promulgado leyes autonómicas para la prevención, tratamiento integral y protección frente a la violencia de género (tabla 9).

Algunas comunidades autónomas hacen referencia a los planes autonómicos aprobados contra la violencia de género (tabla 10).

En general, se ha fomentado 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 la violencia, etc.).

Asturias resalta haber implementado programas de inserción laboral, 15 centros asesores de la mujer que brindan asistencia jurídica y social y un centro de atención integral para las mujeres que sufren violencia de género. Esta comunidad autónoma y Murcia mencionan redes de casas de acogida para las mujeres en situación de maltrato. Aragón ha promovido nuevos recursos, como pisos y taxis, específicos para las mujeres en situación de maltrato y en La Rioja existe una red de apoyo vecinal a las mujeres en situación de maltrato.

Castilla y León dispone de un servicio específico para la prevención y atención a la violencia de género en los servicios de salud de Castilla y León y el Servicio de Atención a las Mujeres en Situación de Maltrato de la Junta de Castilla y León.

**TABLA 9. Legislación aprobada en relación con la violencia de género, por comunidades autónomas, 2007**

Andalucía	Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género
Baleares	Ley 12/2006, de 20 de septiembre, para la mujer de las Islas Baleares
Cantabria	Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas
Castilla y León	Ley 1/2003, de 3 de marzo, de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de Castilla y León
	Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de autonomía. Reconocimiento al derecho de no discriminación por razón de género
Cataluña	Proyecto de ley del derecho de las mujeres para la erradicación de la violencia machista, aprobada por el Gobierno de la Generalitat el 17 de julio de 2007
Comunidad Valenciana	Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
Galicia	Ley 11/2007, de 27 de julio, para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género
Madrid	Ley 5/2005, de 20 de diciembre, contra la violencia de género en la Comunidad de Madrid
Murcia	Ley 7/2007, de 4 de abril, para la igualdad entre mujeres y hombres y de protección contra la violencia de género en la Región de Murcia
Navarra	Ley Foral 33/2002, de 28 de noviembre, de fomento de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de Navarra
País Vasco	Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la igualdad de mujeres y hombres del País Vasco

**TABLA 10. Planes autonómicos contra la violencia de género, 2007**

Asturias	Plan del Principado de Asturias para avanzar en la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, 2002-2004
	Programa de Estrategias para avanzar en la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, 2005-2007
Cantabria	Plan de Actuación: Salud para las Mujeres, 2004-2007. Línea prioritaria de actuación 4: violencia de género
Castilla y León	II Plan contra la Violencia de Género en Castilla y León, 2007-2011
	IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla y León, 2007-2011
Extremadura	Plan de Actuación del Gobierno Extremeño para avanzar en la Erradicación y Prevención de la Violencia contra la Mujer
	III Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres en Extremadura, 2006-2009 (prevención de la violencia de género)
Madrid	Plan Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid 2005-2008
País Vasco	IV Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres: eje estratégico de violencia de género
La Rioja	III Plan Integral contra la Violencia de Género 2006-2009

Cantabria y Cataluña mencionan el desarrollo de programas de diagnóstico y tratamiento al maltratador con el objetivo de evitar la reincidencia.

La promoción de la investigación mediante proyectos y la participación en estudios en Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia permite identificar experiencias, estrategias de manejo y actitudes existentes sobre la violencia de género, tanto en el ámbito sanitario como fuera de él. Destaca la colaboración con el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), el Instituto de Salud Carlos III, la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), el Instituto de Estudios de la Salud en Cataluña y la Escuela Andaluza de Salud Pública.

En Navarra se ha impartido formación en igualdad de oportunidades en el nivel de enseñanza secundaria obligatoria y Cataluña trabaja en introducir la perspectiva de género en la formación pre y posgrado. Ingesa-Ceuta incluye contenidos de prevención de la violencia de género en el ámbito escolar y actividades de educación para la salud y el País Vasco cuenta con un programa específico –Programa Nahiko–. Por su parte, Extremadura contempla la prevención de la violencia de género en el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura, 2007-2012.

Asimismo, Madrid incluye un capítulo de violencia de género en los informes del estado de salud de la población y también resulta significativo que los planes de salud de las comunidades autónomas sitúen el abordaje de la violencia de género entre sus prioridades, y así lo indican Andalucía y Extremadura. Incluso se han desarrollado planes específicos de la salud de las mujeres (tabla 11).

**TABLA 11. Planes de salud de las mujeres, por comunidad autónoma, 2007**

Cantabria	Plan de actuación: Salud para las Mujeres, 2004-2007
Cataluña	Plan de acción y desarrollo de las políticas de las mujeres en Cataluña, 2005-2007
Galicia	Plan de Atención Integral a la Salud de las Mujeres de Galicia
La Rioja	III Plan Integral de la Mujer, 2006-2009

# Políticas en atención sanitaria a la violencia de género en el contexto internacional

La violencia ejercida contra las mujeres es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo<sup>8</sup>. Desde la celebración en 2003 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, constituye una preocupación de las políticas públicas y, por ello, las políticas de salud deben tener en cuenta las desigualdades de género e integrar la perspectiva de género<sup>9</sup>. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en el Artículo 27 establece que es necesaria la integración del principio de igualdad en la política de salud.

Las políticas, estrategias y programas de salud se concretan de forma explícita en documentos públicos<sup>10</sup> que pueden recibir distintos nombres y que, en este documento, se denominan planes de salud. Incluyen una definición estratégica de objetivos en salud para un período determinado y son un instrumento clave para el análisis de las necesidades en salud de cada entorno, así como para la planificación y evaluación de la oferta de servicios y para la coordinación interinstitucional<sup>11</sup>.

Los planes nacionales de salud definen las orientaciones estratégicas con la finalidad de sustentar una voluntad nacional. Establecen prioridades consensuadas, objetivos y actividades para el sector sanitario a la luz de las políticas adoptadas, de las intervenciones seleccionadas y de las limitaciones de los recursos, y ofrecen, a la vez, un enfoque integrador que fomenta la coordinación de los múltiples sectores que contribuyen a la salud.

Es importante que los planes de salud contemplen la igualdad de oportunidades y la violencia de género entre sus objetivos estratégicos porque se ha reconocido internacionalmente como un problema de salud pública y los sistemas sanitarios suelen ser el primer punto de contacto con las mujeres en situación de maltrato. Los planes incorporan la participación de las y los profesionales y de la ciudadanía, configurando un elemento de compromiso con ella y el sector sanitario<sup>11</sup>, y es necesario que éste se sienta partícipe de su implicación en la prevención y abordaje de la violencia de género.

En este apartado se ha desarrollado un análisis de los planes nacionales de salud disponibles de los países de la Unión Europea y el continente americano (n = 48 países) con el objetivo de comprobar si incluyen entre sus objetivos prioritarios el afrontamiento de la violencia de género concebida como un problema de salud pública.



Para la realización del análisis de los planes de salud de los países de América y Europa, se ha efectuado una búsqueda sistemática de los documentos oficiales de los países seleccionados a través de las páginas *web* de los diferentes ministerios de sanidad. Para la recuperación de dichos planes de salud, se han utilizado dos bases de datos que recopilan los enlaces a los ministerios de salud de todos los países: la página *web* de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología ([www.enfermeriaencardiologia.com/enlaces/ministerios.htm](http://www.enfermeriaencardiologia.com/enlaces/ministerios.htm)) y del portal de salud de Cuba ([www.sld.cu/temas.php?idv=15432](http://www.sld.cu/temas.php?idv=15432)).

Para la búsqueda concreta en las páginas *web* de los ministerios se utilizaron las siguientes palabras clave: plan, programa, estrategia o política nacional de salud y *national health plan, programme, strategy o policy*.

Una vez que se recopilaron los documentos, se procedió a seleccionarlos de acuerdo con unos criterios de inclusión y exclusión (tabla 12).

**TABLA 12. Criterios de inclusión de planes de salud internacionales, 2007**

Planes con acceso completo a través de internet

Planes que procedan de una institución oficial sanitaria

Planes escritos en español, inglés, francés, portugués, italiano, rumano y/o polaco

Planes en cuyo contenido se especifique que la violencia de género constituye un problema de salud

Las barreras lingüísticas impidieron acceder a aquellos planes que no pudieran ser comprendidos mediante lectura o traductor (polaco y rumano). Dado que los planes de salud son de carácter plurianual y fijan los objetivos a largo plazo, en caso de encontrar más de una versión, se escogieron aquellos vigentes en la actualidad o los pertenecientes al último período disponible. El período que se ha cubierto a partir de los datos recolectados ha sido de 20 años, desde 1995 el más antiguo para el caso de Cuba hasta la previsión de 2015 para los casos de Polonia, Nicaragua y República Dominicana.

De acuerdo con los criterios de inclusión, se identificaron un total de 43 países con disposición de programas de salud, planes de salud, políticas o estrategias concretas previstas para el ámbito sanitario (tabla 13 y figs. 2 y 3).

Una vez que se hubo revisado el contenido de los documentos oficiales obtenidos y de acuerdo con los objetivos planteados, se realizó una selección de los planes en cuya formulación, desarrollo o evaluación se incorporase el abordaje de la violencia de género y se integraran las medidas necesarias para su abordaje. Se eliminaron 21 países de acuerdo con este criterio de exclusión (tabla 14).

**TABLA 13. Planes nacionales de salud buscados según continente, 2007**

	n	Disponibles	No disponibles
Europa	27	21	6
América	22	22	0
Total	49	43	6

**Figura 2. Países de la Unión Europea con disponibilidad de planes de salud.**



**Figura 3. Países de América con disponibilidad de planes de salud.**



**TABLA 14. Inclusión de la violencia de género entre los objetivos sanitarios de los planes nacionales de salud según continente, 2007**

	Incluye	No incluye
Europa	7	14
América	15	7
Total	22	21

Por tanto, se obtuvieron para un posterior análisis un total de 22 países con sus respectivos documentos oficiales de políticas de salud.

En la lectura de los planes se ha observado el uso de diferente terminología para referirse al fenómeno de la violencia de género (tabla 15), lo que evidencia la diferente conceptualización que se hace de éste.

**TABLA 15. Terminología empleada para referirse a la violencia de género, 2007**

	Países
Violencia de género	España, República Dominicana y Uruguay
Violencia doméstica	Finlandia, Irlanda, Polonia y Portugal
Violencia familiar o intrafamiliar	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, El Salvador, Estados Unidos, Francia, Hungría, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela
Violencia contra la mujer	Paraguay
Violencia conyugal	Canadá
Total	21*

\*Haití sólo hace referencia a la violencia sexual.

En Europa está generalizada la expresión violencia doméstica y España es el único país que emplea la expresión violencia de género para definir este tipo específico de violencia. República Dominicana y Uruguay también han incorporado el término género, pero los países de América son más proclives a emplear el término violencia familiar o intrafamiliar, entre cuyas principales afectadas incluyen a las mujeres junto a otros miembros de la familia.

Algunos países utilizan otros términos, como violencia conyugal (Canadá) o violencia contra la mujer (Paraguay).

De los 22 países que contemplan la violencia de género como un objetivo prioritario de salud pública, 4 de ellos lo hacen de manera indirecta. Éste es el caso de Francia, Hungría, Estados Unidos y Haití.

Hungría y Estados Unidos conciben la violencia de género como un problema de salud, pero lo hacen desde la perspectiva del abuso de sustancias nocivas, como alcohol o drogas, es decir, como una consecuencia directa de otro problema de salud concreto, pero no como entidad independiente que requiera atención específica.

Francia relaciona la violencia con el sector familiar e incluye el objetivo de abordar la violencia desde un enfoque global de promoción de la salud, con la implicación de los responsables de otros sectores (salud mental, empleo, vivienda, familia, etc.). Por último, el plan de salud de Haití sólo hace referencia a la violencia sexual.

En caso de disponer de una estrategia nacional para abordar la violencia de género desde el ámbito sanitario, se han clasificado los planes de salud según las intervenciones previstas para el abordaje de la violencia de género en función de su nivel de prevención: primaria, secundaria y terciaria (tablas 16-18).

Respecto a la clasificación de los niveles de intervención desde la perspectiva de la salud pública, 9 de los 22 países cuyos planes de salud han sido analizados se enmarcan dentro de la prevención primaria, pues contemplan intervenciones dirigidas a evitar que se produzca la violencia.

**TABLA 16. Nivel de prevención primaria en la estrategia nacional para abordar la violencia de género, 2007**

País	
Argentina	Acciones de promoción de la salud dirigidas a los niños en edad escolar y a los adolescentes, que incluye los aspectos de la salud sexual y violencia
Canadá	Actividades dirigidas a la prevención de la violencia en jóvenes, como el desarrollo de habilidades sociales y la promoción de comportamientos pacíficos
	Campañas de sensibilización e información destinadas a la sociedad en general para la prevención de todo tipo de violencia
	Campañas de comunicación social dirigidas a menores, adolescentes y adultos sobre la prevención de la violencia conyugal y las agresiones sexuales
Colombia	Estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque étnico-cultural para la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual
	Promoción de iniciativas con enfoque comunitario orientadas a mejorar la convivencia de los individuos, las familias y la comunidad. Estas iniciativas incluyen promoción de la salud mental y la prevención de la violencia intrafamiliar
El Salvador	Actividades para la promoción de la salud mental a adolescentes para la prevención de violencia familiar
México	Campaña de comunicación y prevención de la violencia familiar en coordinación con autoridades e instituciones de los todos los sectores gubernamentales
Nicaragua	Campañas educativas para reducir las formas de violencia intrafamiliar y sexual
	Capacitación del personal de salud para la atención integral de las víctimas
	Actividades para la promoción de conocimientos, actitudes y hábitos saludables en las personas, la familia y la comunidad
Panamá	Creación de redes internacionales para la prevención de la violencia intrafamiliar
República Dominicana	Desarrollo de estrategias para prevenir las lesiones por violencia intrafamiliar mediante la promoción de una cultura sin violencia
	Actividades para fortalecer el desarrollo de redes programáticas (nacionales, provinciales y locales) de prevención y control de salud mental y violencia familiar
Venezuela	Realización de talleres de inducción relacionados con la prevención de la violencia contra la mujer y la familia, y la prevención de maltratos contra niños y adolescentes

**TABLA 17. Nivel de prevención secundaria en la estrategia nacional para abordar la violencia de género, 2007**

País	
Canadá	Capacitación a personal clínico/médico para la detección de los signos de agresión sexual y violencia conyugal
España	Actividades para mejorar la prevención, la detección y la atención del Sistema Nacional de Salud a las mujeres en riesgo o que sufren la violencia de género
Uruguay	Atención sanitaria para las víctimas de la violencia doméstica (mencionan la situación privilegiada del sector sanitario para la detección de la violencia doméstica)

**TABLA 18. Nivel de prevención terciaria en la estrategia nacional para abordar la violencia de género, 2007**

País	
Brasil	Servicios de atención a mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar
Irlanda	Programa de apoyo a las víctimas, que incluye: financiar casas de acogida, centros y otros organismos para apoyar a las víctimas de violación y violencia doméstica
México	Actividades para la ampliación del acceso a atención médica y psicológica especializada a personas que vivan situaciones o sufran las consecuencias de la violencia familiar
Paraguay	Programas de atención a las víctimas de la violencia intrafamiliar y de género (política nacional 2005-2008)
Portugal	Programas de apoyo a las víctimas de la violencia
Venezuela	Programas para la atención de las víctimas de la violencia intrafamiliar y violencia sexual

España y Canadá se han clasificado en el nivel de la intervención secundaria, con medidas centradas en las primeras respuestas una vez que se ha producido la violencia. No obstante, España también contempla actividades preventivas aunque no especifica cuáles.

Los 6 países restantes mencionan intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, lo cual pertenece al ámbito de la prevención terciaria.

# Síntesis de las actividades desarrolladas en el Sistema Nacional de Salud

## Actuaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de violencia de género durante el año 2007

Durante el año 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Observatorio de Salud de la Mujer, ha desarrollado gran número de acciones en relación con la violencia de género.

En este apartado se destacan las más relevantes, que están enmarcadas en:

- Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Investigación y formación.

### Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Tal y como está recogido en informes anteriores, el 17 de noviembre de 2004, con anterioridad a la fecha de publicación de la Ley Orgánica 1/2004, de 1 de diciembre de 2004, se crea la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). La secretaría de dicha Comisión le corresponde al Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). La Comisión está presidida por la Secretaría General de Sanidad de este Ministerio.

Esta Comisión se encargará de asesorar al CISNS en todas las cuestiones relativas a la actuación de los servicios sanitarios frente al fenómeno de la violencia de género, actuando como órgano de apoyo técnico y proponiendo medidas concretas tras el consenso previo de las comunidades autónomas.

Para llevar a cabo las actuaciones que se requieren del ámbito sanitario a partir del capítulo III de la Ley Orgánica 1/2004, la Comisión constituye en su seno una serie de grupos de trabajo técnico. Estos grupos están integrados por representación de las comunidades autónomas, la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Instituto de la Mujer y la Delegación Especial del Gobierno para la violencia contra las

mujeres. Asimismo, teniendo en cuenta la temática abordada en cada grupo, se encuentran representantes de diferentes instituciones de investigación y académicas que asesorarán técnicamente a estos grupos (Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III, Escuela Andaluza de Salud Pública, Universidad de Alicante y Centro Reina Sofía de Valencia).

Los ejes que guiarán el trabajo de la Comisión durante el año 2007 se enmarcan en el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia contra las Mujeres, editado el 15 de diciembre de 2006 por la delegación especial del gobierno contra la violencia sobre las mujeres, al cual se aludía en la Ley Orgánica 1/2004. Para el ámbito sanitario establece, de forma específica, la formación de profesionales y el desarrollo de los criterios comunes para la atención sanitaria a la violencia de género en relación con el ámbito de la salud.

Teniendo en cuenta estas nuevas demandas, en la reunión de la Comisión de 30 de enero de 2007 nace oficialmente un quinto grupo de trabajo especializado en la formación de profesionales sanitarios(as) en materia de violencia de género. Por tanto, la organización de la Comisión durante el año 2007 queda establecida en los grupos de trabajo de la siguiente manera:

- Sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la violencia de género.
- Protocolos y guías de actuación sanitaria.
- Aspectos éticos y legales de la actuación sanitaria contra la violencia de género.
- Evaluación de actuaciones sanitarias.
- Formación de profesionales sanitarios en materia de violencia de género.

Tal y como está recogido en el Informe Violencia de Género 2006, para formar parte de los grupos de trabajo, cada comunidad autónoma tiene la opción de designar a una persona técnica por cada uno, procurando estar presente al menos en dos de ellos. El objetivo último de los grupos es ir estableciendo criterios comunes para la mejora de la calidad de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud a las mujeres en situación de maltrato, así como a sus hijas e hijos en caso de tenerlos. En este sentido, la metodología de funcionamiento de los grupos se basa en el contacto permanente a través del correo electrónico y la realización de reuniones presenciales periódicas en el Ministerio de Sanidad y Consumo. En dichas reuniones se aporta información sobre la situación de las diferentes comunidades autónomas y se intercambian datos y buenas prácticas con el fin de confeccionar los productos específicos que cada grupo presentará al Pleno de la Comisión para su revisión y posterior aprobación.



Durante este año suceden tres hitos que merece la pena resaltar. Por un lado, se edita el Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, y por el otro, se aprueban los criterios de calidad para la formación básica y los indicadores comunes de monitorización de la violencia de género en el sistema sanitario. A continuación se detalla todo ello con más detenimiento.

Tal y como ya se ha ido comentando en informe anteriores, fruto del trabajo realizado desde mediados de 2005 por los grupos de la Comisión, en la reunión del CISNS de 12 de diciembre de 2006 la Ministra de Sanidad, Elena Salgado, presentó al Pleno del CISNS un informe sobre las actuaciones desarrolladas por la Comisión, en el cual destacaba el borrador del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Dicho protocolo tiene en cuenta las características de los distintos niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada y urgencias) y ofrece a los y las profesionales de cada uno de estos servicios recomendaciones específicas para detectar y atender los casos de violencia de género que surjan en el ámbito sanitario. También se incluyen recomendaciones para elaborar correctamente el parte de lesiones y pautas para la prevención de la violencia de género en el marco del SNS. El protocolo se cierra con un plan de aplicación, que pretende asegurar su desarrollo cohesionado en el SNS y la promoción de contactos entre las distintas comunidades autónomas.

Así, el 23 de abril de 2007 se presenta oficialmente el *Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género* con el valor añadido de estar consensuado por el conjunto de las comunidades autónomas.

En la reunión de la Comisión de 26 de septiembre de 2007 se aprobó por consenso la relación de criterios básicos de calidad para la formación en materia de violencia de género para profesionales sanitarios en el SNS, que serían aplicables en las acciones formativas relacionadas con esta problemática. Del mismo modo, se aprobaron los objetivos educativos y formativos necesarios para cubrir dichos criterios de calidad y una propuesta de indicadores de evaluación de la formación.

En la misma reunión se aprobó igualmente la relación de indicadores comunes epidemiológicos y sanitarios en violencia de género para todo el SNS, los cuales fueron elaborados teniendo en cuenta la propuesta de indicadores generales que remitió el Observatorio Estatal de Violencia contra la Mujer.

Posteriormente, en la reunión del 14 de diciembre de 2007 del CISNS, se aprobaron y presentaron oficialmente ambas propuestas.

Por último, dados los puntos comunes en la actividad del personal sanitario y los equipos forenses a la hora de tratar la violencia de género, se estudia la posibilidad de colaborar entre ambos colectivos. Para ello, se propone la creación de un *protocolo común de coordinación con las unidades*

*forenses de valoración integral* que llevará a cabo el grupo de aspectos éticos y legales con la colaboración de profesionales de la medicina forense especialistas en violencia de género.

## Investigación y formación

Además de las tareas propias de la Secretaría de la Comisión contra la Violencia de Género, el Observatorio de Salud de la Mujer (OSM), dentro de sus líneas estratégicas de actuación, incluye promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud.

El abordaje de la investigación y la formación en el ámbito sanitario para mejorar la calidad de la atención a las mujeres que sufren violencia de género y sus hijos e hijas son el fundamento de varios de los productos y actuaciones del OSM. A continuación se expone, de forma esquemática, el conjunto de todos aquéllos llevados a cabo durante el año 2007, incluidos los aprobados por la Comisión contra la Violencia de Género del CISNS:

### Investigación

- Quince años de experiencia del CARRMM (Centro de Atención y Recuperación y Reinserción de la Mujer Maltratada) en la recuperación integral de mujeres, niñas y niños víctimas de violencia de género (1991-2006). Se trata de un informe sociológico.
- Selección de lecturas clave sobre medición de la magnitud, distribución y etiología de la violencia de género para la elaboración de materiales educativos. Informe y anexo metodológico.
- Realización de una antología de artículos científicos clave sobre la atención y detección de la violencia de género en la asistencia sanitaria.
- Informe 2006 sobre atención a la violencia de género en el SNS.
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.
- Indicadores comunes para la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud.

### Formación

En colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III) y el Instituto de la Mujer se han desarrollado las siguientes acciones formativas:

- Formación de Formadoras y Formadores para la Prevención y Atención a la Violencia de Género, 3.<sup>a</sup> ed.

- Prevención y Atención a la Violencia de Género para Equipos de Salud Mental, 2007, 4.ª ed.
- I Jornadas sobre programas para la prevención, detección y atención de la Violencia de Género.

En colaboración con las Sociedades Científicas de Profesionales:

- Congreso estatal de Semergen (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria). Presentación y difusión de publicaciones del Observatorio de Salud de la Mujer 2005-2007, incluidos los Informes sobre Violencia de Género 2005 y el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.
- XXI Congreso Estatal semFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria) 2007. Salamanca, 9 de noviembre de 2007. Mesa redonda sobre políticas de salud y atención sanitaria a la violencia de género. Experiencias internacionales, nacionales y locales.

Por último, en las Jornadas Pre-IV Foro sobre Mujeres, Salud y Género, organizadas en el Ministerio de Sanidad y Consumo, se llevó a cabo el seminario Metodologías sobre la evaluación de las políticas sanitarias en violencia de género, dirigido al personal técnico que colabora en los grupos de trabajo de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

# Bibliografía

1. ONU. Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas, 1993.
2. ONU. Asamblea General de la ONU. Resolución 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 (accedido el 10 de octubre de 2005). Disponible en: <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, C Álvarez-Dardet, Mercedes Carrasco-Portiño, Jordi Torrubiano-Domínguez. El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. Gac Sanit 2007; 21(3):242-246.
8. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (accedido el 27 de junio de 2008). Disponible en: [www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://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. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco Estratégico para la Mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL

[www.msp.es](http://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)**

The figure shows two pages of a form titled 'PARTE JUDICIAL Mod. P.016' from the 'JUNTA DE ANDALUCÍA'.

**Page 1/2:**

- Header:** JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJO DE ISLAS, PARTE JUDICIAL Mod. P.016
- Form Fields:**
  - Identificación de la mujer consultante:** Nombre, Apellido, Sexo (M/F), Edad.
  - Identificación por el médico:** Nombre, Apellido, Sexo (M/F), Edad.
  - Identificación del paciente:** Fecha de nacimiento, Sexo, Fecha ingreso, Estado (Estable, Grave).
  - Historia de lesiones:**
    - Abuso:  No,  Sí
    - Agresión sexual:  No,  Sí
    - Violencia:  No,  Sí
- Text Area:** Several horizontal lines for notes.
- Footer:** Nota de asociación con los sucesos que afectan a la Asistencia, según corresponda.

**Page 2/2:**

- Header:** JUNTA DE ANDALUCÍA, CONSEJO DE ISLAS, PARTE JUDICIAL Mod. P.016
- Form Fields:**
  - Atenciones de detección:**
    - Sí,  No
    - Sí,  No
    - Sí,  No
    - Sí,  No
  - Observaciones:** A large rectangular box for additional notes.

## 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)**

<b>Objetivo general:</b> 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:

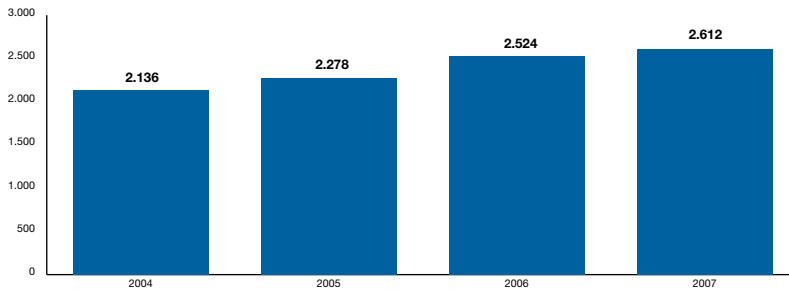
- *Falta de formación.* Existe la sensación de que no se sabrá tratar el problema y de que las recomendaciones que se hagan serán a título personal y no basadas en conocimientos.
- *Falta de tiempo y recursos.* En las consultas de atención primaria falta tiempo y la persona comprometida tiene la impresión 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).

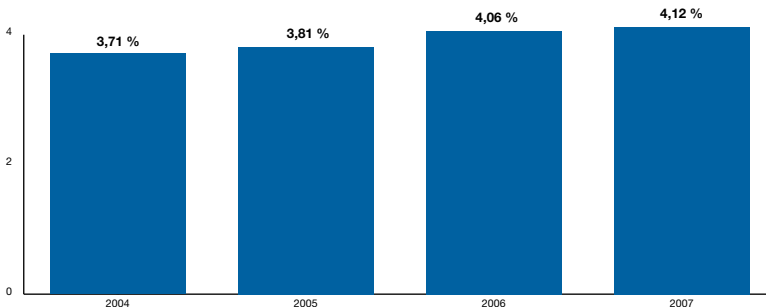
Una de las actuaciones más relevantes iniciadas a lo largo de 2006 fue la implantación de un protocolo de violencia de género. Estas actuaciones se han continuado desarrollando a lo largo de 2007 con las siguientes acciones concretas:

- 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.<sup>a</sup> 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
<b>Total</b>		<b>288</b>	<b>572</b>

## 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.

<b>TABLA 2. Programa de formación en violencia de género, 2007 (Cantabria)</b>	
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 funcionariado 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 <sup>1</sup>	Mossos d'Esquadra <sup>2</sup>	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.

<sup>1</sup> Denuncias por maltratos producidos por la pareja o ex pareja.

<sup>2</sup> 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.

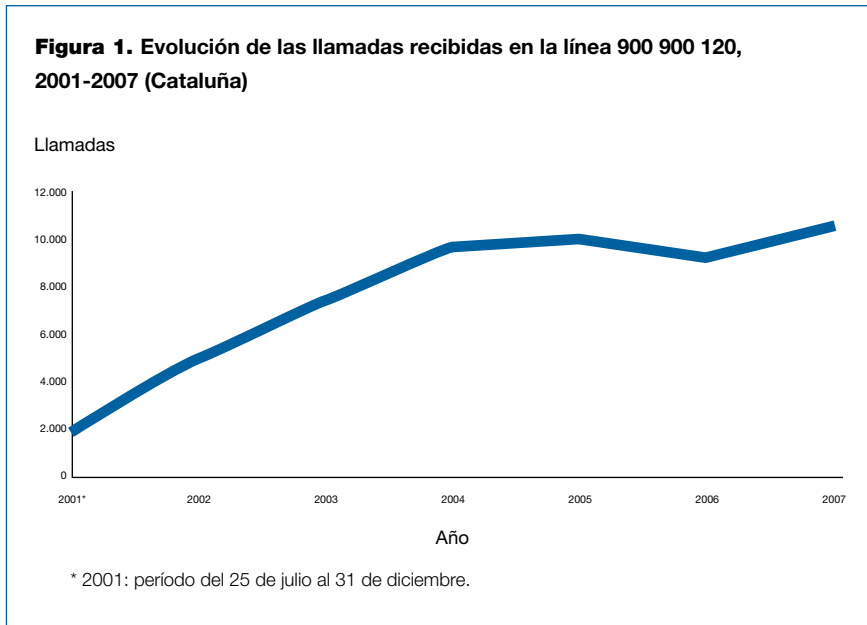
**TABLA 4. Evolución de las llamadas recibidas en la línea de atención a las mujeres en situaciones de violencia (900 900 120), 2008 (Cataluña)**

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
	<b>Total</b>	<b>5.390</b>	<b>100,0</b>
Por sexo	Mujeres	4.961	92,0
	Hombres	287	5,3
	Asociaciones y entidades	142	2,7
	<b>Total</b>	<b>5.390</b>	<b>100</b>
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
	<b>Total</b>	<b>5.390</b>	<b>100,0</b>

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 <sup>1</sup>	Pareja	4.757	88,3
	Familiar	402	7,5
	Laboral	29	0,5
	Social o comunitario	202	3,7
	<b>Total</b>	<b>5.390</b>	<b>100</b>
Formas de violencia machista <sup>1</sup>	Física	2.506	46,5
	Psíquica	4.438	82,3
	Sexual	163	3,0
	Económica	230	4,3

<sup>1</sup> 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 sanitarias<sup>1</sup> 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 continúo 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 primero<sup>2</sup> 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.

<b>TABLA 1. Formación de profesionales en materia de violencia de género, 2007 (Madrid)</b>		
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 deriven. 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](http://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 maltrato<sup>1</sup>.

### Magnitud

Casos detectados por 100.000 mujeres mayores de 14 años

- Mujeres mayores de 14 años: 132.732 mujeres<sup>2</sup>.
- 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.

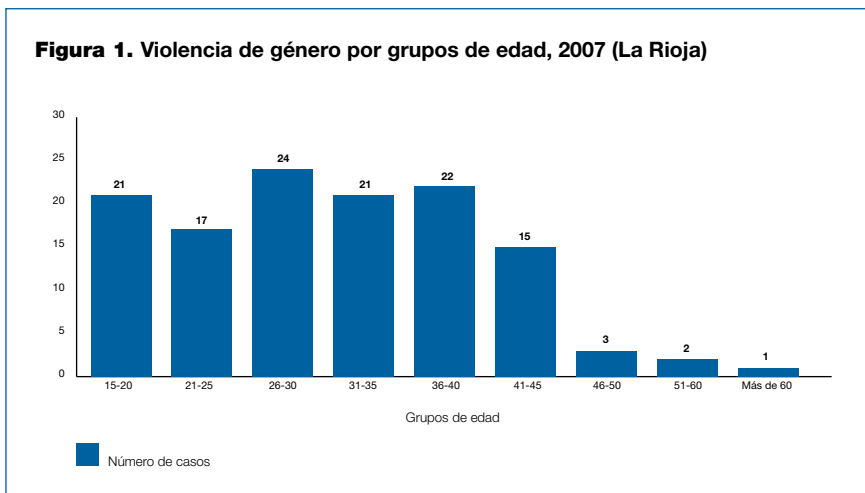
Casos detectados según la relación de convivencia con el maltratador

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).



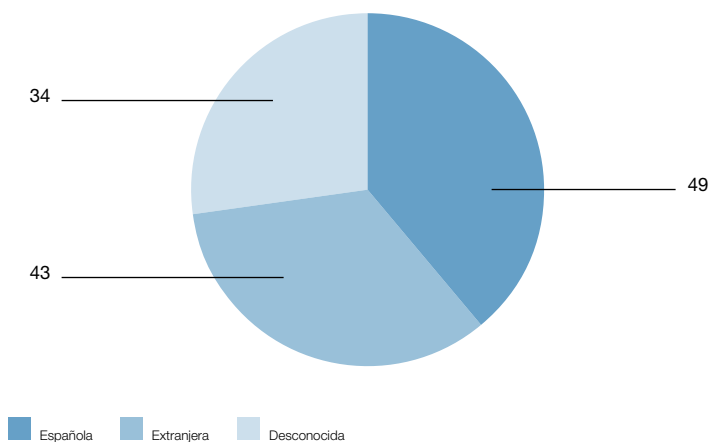
Casos detectados según nacionalidad

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 recibida<sup>3</sup>

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><b>SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA</b></p> <p><b>PARTICIPA A V.L.:</b> que en el día de hoy, a las _____ horas, he atendido en _____ (denominación del Centro y lugar de trabajo, localidad, calle)</p> <p><b>Serv. Urgencias A.P. de Melilla, Alvaro de Bazán</b> a Don/Doña _____ de años, con domicilio en (calle y número) _____; Código Postal y Localidad 52000 Melilla; Provincia Melilla Teléfono: _____ y le <b>REMITE</b> 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 style="text-align: center;"><b>INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS</b></p> <p><b>1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y apellidos: _____</li> <li>• Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre</li> <li>• Fecha de nacimiento: _____</li> <li>• Estado civil: _____</li> <li>• Dirección: _____</li> <li>• Teléfono de contacto: _____</li> </ul> <p><b>2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:</b> (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><b>3. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS:</b> (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><b>4.- EXPLORACIÓN FÍSICA:</b> (Descripción de las lesiones, sin olvidar data aproximada).</p> <p><b>5.- ESTADO EMOCIONAL ACTUAL:</b></p> <p><b>6.- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:</b> (Si las hubiera).</p> <p><b>7.- DIAGNÓSTICO:</b></p> <p><b>8.- TRATAMIENTO:</b></p> <p><b>9.- PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES:</b></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

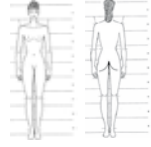
Tanto en atención primaria como en atención especializada, existe un protocolo local de actuación cuando se detecta un caso de violencia. Si el caso se detecta por parte del Servicio de Enfermería, se deriva rápidamente al médico o médica. El médico o médica mantiene una charla con la paciente y rellena 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)**

<b>INFORME MÉDICO DE LESIONES POR VIOLENCIA DE GÉNERO</b>	
<b>CENTRO Y PERSONAL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA ASISTENCIA</b>	
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: _____)	
<b>DATOS DEL/DE LA PROFESIONAL QUE LO EMITE:</b>	
Nombre y apellidos: _____ CIP o N.º de colegiado: _____	
<b>DATOS DE LA VÍCTIMA</b>	
<b>DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:</b>	
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: _____	
<b>LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS EN LA AGRESIÓN Y TIPO:</b>	
Tipo de violencia ejercida: _____	
Uso de objetos en la agresión: _____	
Estado psíquico y emocional (describir los síntomas emocionales y la actitud de la mujer): _____	
<b>SIGNOS DE MALTRATO PSICOLÓGICO:</b>	
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"/>	
<b>SIGNOS QUE INDICAN EL ESTADO EMOCIONAL DE LA AGREDIDA:</b>	
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"/>	
	
<b>MARCAR LESIONES SUPERFICIALES</b>	
<b>LESIONES FÍSICAS QUE PRESENTA:</b>	
<b>OTROS DATOS CLÍNICOS:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas complementarias realizadas: Analítica: <input type="checkbox"/> Radiografías: <input type="checkbox"/> TAC: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> (especificar: _____)</li> <li>Exploraciones especiales: Muestra de exudado vaginal: <input type="checkbox"/> Alcobolemia: <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> (especificar: _____)</li> <li>Medidas terapéuticas: _____</li> <li>Pronóstico clínico: _____</li> </ul>	
<b>DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:</b>	
<b>ANTECEDENTES:</b>	
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"> <li>Desde cuándo: _____; Describir las características de estas agresiones: _____</li> <li>Tipo: _____; Frecuencia: _____; Cada vez peores: <input type="checkbox"/></li> <li>Se ha realizado previamente alguna denuncia: <input type="checkbox"/> Evolución de estas: _____</li> </ul>	
<b>TESTIGOS:</b> _____ (familiares, vecinarios, amigos, etc.)	
<b>DATOS DEL AGRESOR</b>	
<b>DATOS DEL SUPUESTO AGRESOR:</b>	
Nombre y apellidos: _____	
Relación/parentesco con la persona agredida: _____	
Dirección: _____; Teléfono: _____; Teléfono móvil: _____; Localizable en: _____	
<b>PLAN DE ACTUACIÓN:</b>	
<b>OTROS DATOS:</b>	
<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>ESTE INFORME MÉDICO DEBE LEERSE A LA MUJER ANTES DE SU REDACCIÓN DEFINITIVA Y FIRMA</b>	
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 entrecorriado, 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)

