



Protocolo
actuación sanitaria ante la
violencia
de género
en Extremadura

ÍNDICE

1	CONCEPTOS GENERALES	8
■	1.1 Definición	8
■	1.2 Causas	10
■	1.3 Mitos y creencias	11
■	1.4 El proceso de violencia	12
■	1.5 Consecuencias en la salud	14
■	1.6 Importancia de los servicios sanitarios	15
■	1.7 Dificultades para identificar la violencia de género	17
■	1.8 Recomendaciones para la prevención de la violencia en el sistema sanitario	18
2	ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA	20
■	2.1 Detección y Valoración. Algoritmo de actuación	20
■	2.2 Identificación y Valoración	21
■	2.3 Actuación y Seguimiento	22
	1.- Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.	
	2.- Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.	
	3.- Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.	
■	2.4 Actuación legal.	23
■	2.5 Notificación al Sistema de vigilancia epidemiológica de indicadores de violencia de género.	23
3	ACTUACIÓN DE URGENCIAS	24
■	3.1 Actuación de detección de violencia	24
■	3.2 Actuación asistencial	25
■	3.3 Actuación legal	27
■	3.4 Notificación al Sistema de vigilancia epidemiológica de indicadores de violencia de género.	27

4	ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES	28
■	4.1 Recomendaciones generales	28
■	4.2 Actuación clínica	29
■	4.3 Atención y Seguimiento	32
■	4.4 Información y Derivación	33
■	4.5 Notificación al Juzgado	33
5	SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO.	34
■	5.1 Objetivos.	34
■	5.2 Estrategia.	34
■	5.3 Tratamiento de datos.	35
■	5.4 Actuaciones por parte de los profesionales sanitarios.	35
■	5.5 Definición de caso de violencia de género a notificar.	36
6	ANEXOS	38
7	BIBLIOGRAFÍA	52
8	GRUPO DE TRABAJO	53
9	EQUIPO COORDINADOR	53
10	COLABORACIÓN	53

PRESENTACIÓN

La violencia de género constituye en la actualidad un importante problema de salud pública, tanto por su prevalencia como por las consecuencias para la salud de la víctima, que va a pasar por la consulta médica sin que en muchas ocasiones esta situación sea detectada.

En 1998 la Organización Mundial de la Salud declaró la violencia de género como una prioridad internacional para los servicios de salud.

El sistema sanitario, y en particular, la atención primaria de salud constituye en muchas ocasiones el primer lugar de atención social donde acuden las víctimas. Los servicios de salud y sus profesionales no pueden mantenerse al margen de este importante problema de salud pública, debiendo asumir la parte que les corresponde como sanitarios, abordando el problema de forma integral y coordinando su actuación con otros profesionales e instituciones.

Para llevar a cabo esta tarea por parte de los servicios de salud, primeramente se hace necesario la sensibilización y la formación de todas las personas que trabajan en el Servicio Extremeño de Salud. Por otra parte, consideramos que es preciso contar con un instrumento operativo que defina claramente las líneas principales de actuación, haciendo que las intervenciones del personal sanitario y sociosanitario de Extremadura sean más efectivas y homogéneas.

El protocolo de actuación que presentamos, se basa en el Protocolo Común del Ministerio de Sanidad y Dependencia, para así mantener la coherencia y evaluación de actuaciones, adaptándolo a la situación específica de nuestra Comunidad Autónoma y del Servicio Extremeño de Salud.

Esperamos que el presente Protocolo Común contra la Violencia de Género dirigido a profesionales de la salud de nuestra Comunidad Autónoma, contribuya a mejorar y potenciar las actividades que en su control y prevención se están desarrollando desde el ámbito sanitario.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es un importante problema social y de gran relevancia sobre la salud pública. Las actuaciones desde los servicios sanitarios, precisan de acciones complementarias desde otros estamentos, que ayuden a erradicar y a garantizar la protección de aquellas mujeres que han sido -o puedan ser en un futuro objeto de la misma-, así como de sus entornos familiares.

Los datos, en los últimos años, de la violencia de género en Extremadura son los siguientes:

EXTREMADURA Violencia de Género

	2007	2008	2009	2010
Denuncias VG	938	1047	1096	1125
Detenidos VG	781	871	890	952
Órdenes Protección concedidas	696	732	779	756
Mujeres con alejamiento en vigor al 31 de diciembre de cada año	1059	1181	1317	1476

Fuente: CNP y Guardia Civil



Desde distintos ámbitos, tanto internacionales como nacionales y autonómicos, vienen marcándose periódicamente las directrices a seguir en la lucha contra la VG. La ONU en 1993 definió la violencia contra las mujeres -estableciendo los objetivos estratégicos de su lucha en 1995- declarándola prioridad internacional para los servicios de salud en 1998. La OMS la considera como una prioridad de salud pública desde 1996, lo que dió origen a la elaboración de un plan de acción para su estudio y prevención en 1997.

En Extremadura, ya en 1999 se creó la Comisión Permanente para la Erradicación y Prevención de la Violencia Contra la Mujer, de cuyos trabajos partió un protocolo interdepartamental con el objetivo de coordinar las acciones de las distintas instituciones implicadas, asegurando así una respuesta eficaz, rápida y homogénea.

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género, es el marco legal que viene a regular todos los dispositivos dirigidos a la atención de mujeres víctimas de violencia de género.

En el ámbito sanitario en 2004 el Consejo Interterritorial del SNS, creó una Comisión contra la violencia de género, que elaboró un Protocolo Común para la Actuación sanitaria ante la Violencia de Género, editado en 2007, y que cada Servicio de Salud debe implementar dentro de su Comunidad. Para ello se hace necesario el adecuarlo a las características intrínsecas de cada Autonomía, dando origen a la elaboración del presente protocolo.

El SES con la implantación del mismo, dará además continuidad a las líneas estratégicas sobre violencia de género definidas en el Plan de Salud de Extremadura, y que junto a las actuaciones más concretas definidas en su Cartera de Servicios, configuran el marco general para dar soluciones desde los servicios sanitarios a los problemas del maltrato a la mujer.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Establecer pautas comunes al personal de atención sanitaria del Servicio Extremeño de Salud (SES) para la atención integral —física, psicológica, emocional y social— a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario.

Objetivos Específicos:

- 1.Reconocer la violencia de género como un problema de salud publica que el Sistema Sanitario de Extremadura debe abordar y prevenir.
- 2.Sensibilizar a los/as profesionales del SES sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud.
- 3.Contribuir desde el SES a la sensibilización de la población en general sobre este problema.
- 4.Dotar a los/as profesionales del SES de los conocimientos, habilidades e instrumentos necesarios y adecuados para la detección precoz, la atención integral (física, psicológica, emocional y social) y seguimiento.
- 5.Establecer dispositivos de coordinación entre profesionales, que tienen responsabilidad a la hora de abordar la violencia de género y generar niveles de atención para dar una respuesta eficiente a la VG como problema de salud.
- 6.Establecer un sistema de vigilancia epidemiológica para la obtención de indicadores que permitan conocer la magnitud, situación, tendencias y características de la violencia de género en la Comunidad Autónoma.

1

CONCEPTOS GENERALES

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. En el análisis realizado en el marco del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, se ha recurrido a un modelo ecológico que tiene en cuenta numerosos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la violencia. En el informe se emplea una tipología que divide los comportamientos violentos en categorías, dependiendo de quién ha cometido el acto, quién es la víctima y a qué tipo de violencia ha sido sometida: violencia colectiva, suicidio y violencia autoinfligida, y violencia interpersonal. Dentro de esta última destaca la diferenciación de tres subcategorías: la violencia familiar o doméstica, hace referencia a la que se produce sobre los miembros de la familia y que, por lo general, sucede en el hogar; la violencia comunitaria, es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar; y la violencia de género, se refiere a todos aquellos actos violentos que se producen dentro de una relación de pareja o expareja, fundamentalmente del hombre contra la mujer.

1.1 - DEFINICIÓN

“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 la mujer, así como la amenaza 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”.

(Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993)

■ Violencia física

Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.

■ Violencia sexual

Ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas.

Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de éstas se encuentra la violación: cuando la agresión sexual consiste en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (por ejemplo los dedos) por vía vaginal o anal. Pero también existe agresión sexual cuando se atenta contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor (obligarla a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con terceros).

Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación. Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

En el ámbito laboral, el acoso sexual es también una forma de violencia contra la mujer. Existe cuando se solicita a la mujer (para sí, o para un tercero) favores de naturaleza sexual, provocando con ello en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

Los delitos contra la libertad e identidad sexual se hallan tipificados en el título VIII del Libro II del Código Penal.

Existen además otras formas de violencia sexual menos estudiadas en nuestro país que no pueden obviarse, como por ejemplo las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres o el turismo sexual, entre otras. Estas formas de violencia también son violencia de género.

■ Violencia psicológica

Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el

abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

Además, en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o ex pareja, debe tenerse en cuenta la reiteración de los actos violentos¹

Finalmente, no debemos olvidar que existen colectivos de mujeres que por sus características personales o por su situación social o legal, necesitan una atención específica que dé respuesta a sus necesidades concretas para un seguimiento adecuado. Tal es el caso de las mujeres con discapacidad física, psíquica o sensorial, inmigrantes, de entornos rurales o mujeres en situación de exclusión social -como mujeres en prostitución o drogodependientes- La vulnerabilidad en que se encuentran estos colectivos, en lo que al maltrato se refiere, obliga al personal sanitario a prestar una atención especial.

1.2 - CAUSAS

Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombres y mujeres y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos.

■ **La violencia contra las mujeres es estructural.** La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo.

Hasta hace no muchos años, la restricción en el desarrollo personal y social de las mujeres, la exigencia de su dedicación exclusiva a la familia, su deber de acatar la autoridad masculina, eran consideradas como algo normal y natural, validado por las costumbres y la ley. En ese contexto se toleraba socialmente que los hombres utilizaran la violencia para afianzar la autoridad.

¹ En la actual regulación penal de la violencia de género no se exige la reiteración de los actos violentos para entender cometido un delito de esta índole, con independencia de que la existencia de esa reiteración pueda tener trascendencia penal en orden a la agravación de la responsabilidad penal.

Actualmente existe una menor tolerancia social hacia la violencia. Sin embargo, demasiadas mujeres todavía soportan un alto grado de violencia, tanto en sus relaciones de pareja como fuera de ellas. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos.

En definitiva, el factor principal de riesgo para la violencia contra las mujeres es, precisamente, el hecho de ser mujer.

■ **La violencia contra las mujeres es además instrumental.** El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado, requiere de algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, la violencia contra las mujeres es el modo de afianzar ese dominio. La VG más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social. Y en este caso se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción del sometimiento femenino.

Los hombres maltratadores han aprendido a través del proceso de socialización -que es diferente para mujeres y hombres- que la violencia es la mejor forma de conseguir el control y dominar a la mujer.

1.3 - MITOS Y CREENCIAS

Se ha argumentado que el consumo de alcohol y otras drogas es la causa de las conductas violentas. Aunque el consumo de alcohol y otras sustancias se asocia con frecuencia a situaciones de violencia, también hay hombres que abusan del alcohol sin que por ello manifiesten un comportamiento violento. Además, muchas agresiones contra las mujeres se ejercen en ausencia de alcohol.

También se ha asociado el maltrato a mujeres con un estatus social, pero sabemos que se da en todos los estatus sociales,

Se ha argumentado también que ciertas características personales de las mujeres que padecen VG podrían ser la causa del maltrato.

Por ejemplo, algunas corrientes han recurrido a características de masoquismo o de patologías como la histeria o el trastorno de personalidad dependiente, para explicar por qué algunas mujeres permanecen o regresan a una relación de maltrato. En la actualidad existe suficiente conocimiento documentado que demuestra que

no existen características psíquicas diferentes antes del inicio del maltrato entre las mujeres que lo sufren y las que no, sino que los trastornos y problemas psicológicos de las mujeres maltratadas son una consecuencia del maltrato y no la causa.

1.4 - EL PROCESO DE LA VIOLENCIA

En el caso de violencia de pareja, lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico en el inicio de la relación, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer.

Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor, como por ejemplo el control sobre la ropa, las amistades o las actividades.

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, y suele ser difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa. **La Teoría del Ciclo de la Violencia de Leonor Walker** plantea que este fenómeno comprende tres fases:

■ **Acumulación de tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física.

Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.

■ **Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.

■ **Calma o reconciliación o luna de miel:** En esta fase el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos.

Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza pero donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física. Esta llamada «forma moderada de violencia» sería más difícil de detectar que las formas más severas de abuso.

A lo largo del proceso de la violencia, la mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, y pierde también las esperanzas de cambio de la situación, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor.

Para el hombre maltratador será la ratificación de que su estrategia funciona. Todo esto hace difícil que la mujer rompa la relación.

Por eso, cuando una mujer pide ayuda, debe recibir en todas las ocasiones apoyos concretos para cambiar su situación, respetando y no culpabilizándola por sus decisiones. Es importante que comprenda que la violencia continuará e irá en aumento, y que no podrá corregir la conducta de su agresor, para que sea consciente del peligro que corre.

1.5 - CONSECUENCIAS EN LA SALUD

CONSECUENCIAS FATALES

Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

- Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras,... que pueden producir discapacidad
- Deterioro funcional
- Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas)
- Peor salud

CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD

- Dolor crónico
- Síndrome del intestino irritable
- Otros trastornos gastrointestinales
- Quejas somáticas

CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado.
- Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA

- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos del sueño
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Intento de suicidio
- Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos

CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL

- Aislamiento social
- Pérdida de empleo
- Absentismo laboral
- Disminución del número de días de vida saludable

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral
- Sentimientos de amenaza
- Dificultades de aprendizaje y socialización
Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
- Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre
Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia. La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella

1.6 - IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La especial relación, basada en la confianza y en la necesidad de ayuda, que mantiene la población con los profesionales de la salud, permite a estos últimos el poder alcanzar un elevado grado de conocimiento sobre la situación familiar e incluso sobre sus problemas más íntimos, constituyendo esto un valor añadido en el abordaje de la violencia de género. La frecuencia y la cercanía con la que los pacientes acuden a la Atención Primaria, hacen de éste el nivel asistencial más idóneo para detectar, prevenir y actuar sobre la mujer maltratada.

Para muchas mujeres los servicios sanitarios pueden ser el único lugar donde poder recibir apoyo e información, por lo que aumentan las visitas a los mismos, dispuestas a revelar el maltrato a la mínima pregunta que se les haga de forma directa. Pero difícilmente esto lo harán de forma espontánea, pues sienten miedo o vergüenza, pudiendo incluso llegar a autoinculparse.

Se precisa de una coordinación intersectorial capaz de dar una respuesta integral ante este tipo de situaciones y de una atención multiprofesional con la implicación activa de todos los dispositivos asistenciales, sobre todo de atención primaria, servicios de urgencia, salud mental y de obstetricia y ginecología.

Casi todas las mujeres acuden al centro sanitario en el año siguiente a la agresión, por lo que es necesario mantener una constante vigilancia.

DECÁLOGO DE FUNCIONES A REALIZAR DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD:

- Preguntar con regularidad por la existencia de violencia en el ámbito familiar
- Alerta y seguimiento ante signos y síntomas por probable maltrato
- Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia clínica
- Ayudar a comprender su malestar y problemas de salud en estas situaciones
- Informarlas y remitirlas a los recursos disponibles en la Comunidad
- Mantener y asegurarles la privacidad y confidencialidad
- Estimular y apoyar a la mujer durante el proceso, respetando su propia decisión
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras, que puedan inducir su aislamiento
- Coordinarse con otras instituciones y otros profesionales implicados
- Registrar los casos para conocer la magnitud del problema

(Modificado de las funciones mínimas del Sistema Sanitario definidas por la OMS)

1.7 - DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

POR PARTE DE LA MUJER

- Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos...)
- Baja autoestima, culpabilización
- Padecer alguna discapacidad, ser inmigrante, vivir en el mundo rural o de exclusión social
- Dependencia económica. Estar fuera del mercado laboral
- Vergüenza y humillación
- Deseo de proteger a la pareja
- Resistencia a reconocer lo que le está pasando
- Desconfianza en el sistema sanitario
Minimización de lo que le ocurre (a veces no son conscientes de su situación y les cuesta identificar el peligro y su deterioro)
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar
- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también)
- Están acostumbradas a ocultarlo
El trauma físico y psíquico las mantiene inmovilizadas, desconcertadas, alienadas

POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad
- No considerar la violencia como un problema de salud
- Experiencias personales respecto a la violencia
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente
- Intento de racionalización de la conducta del agresor
- Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato)

- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales)
- Frecuentes actitudes paternalistas

EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA

- Falta de privacidad e intimidad
- Dificultad en la comunicación (por ejemplo el idioma en el caso de mujeres inmigrantes)
- La mujer viene acompañada de su pareja.
- Sobrecarga asistencial
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica

EN EL ÁMBITO SANITARIO

- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos
- Ausencia de trabajo en equipo
- Deficiente formación en violencia

1.8 - RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO

Las actividades de prevención de la violencia pueden agruparse en tres áreas:

PROFESIONAL:

- Inclusión en la formación continuada del SES de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral en VG
- Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- Realización de sesiones entre profesionales sanitarios y con otras instituciones.

EN LA ATENCIÓN A LA SALUD INTEGRAL DE LAS MUJERES

- Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar, a través de 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, prestando especial importancia a la etapa adolescente como colectivo de gran vulnerabilidad.
- 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.

EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

- Colaborar con las diferentes asociaciones a través de talleres, jornadas y charlas sobre prevención de la violencia explicando el papel del personal sanitario.
- Participar con las Comisiones de Participación Comunitaria en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

2 ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Aunque el problema de la Violencia de Género necesita un abordaje multisectorial, el papel de las personas que trabajan en los servicios sanitarios es fundamental. Cuando las víctimas de la Violencia de Género son identificadas de forma temprana, los servicios sanitarios pueden ayudarles a romper su aislamiento y coordinados con otras disciplinas, hacerles entender sus opciones; apoyarlas para tomar decisiones, vivir con más seguridad dentro de la relación sentimental o si lo deciden, dejar la relación de una forma segura, intentando así reducir la morbilidad y mortalidad. Las personas que trabajan en salud deben tener siempre presente la posibilidad de malos tratos como un diagnóstico diferencial más. No se deben prejuzgar los hechos ni entrar en valoraciones sobre la etiología de las lesiones o las circunstancias en las que se produjeron.

2.1 - DETECCIÓN Y VALORACIÓN

Actividades de Prevención y Promoción

A toda las mujeres al realizar la historia clínica se le realizará entrevista de cribado sobre la existencia de violencia en el ámbito familiar, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas:

Preguntas de abordaje psicosocial. Entrevista de cribado de malos tratos: Preguntas generales. **Anexo I.**

Educación para la salud a grupos

En aquellas mujeres que se valore riesgo se hará educación para la igualdad

QUIÉN

Profesional de Medicina de Familia, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, y otras especialidades, Equipos de Salud Mental. Trabajador/a Social, Enfermería, Matronería.

Sistema de registro: Historia clínica

Diagnóstico precoz

En aquellas mujeres que se valore riesgo en la entrevista de cribado, investigar si sufre violencia.

En las consultas de otro tipo, estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento:

- Antecedentes de malos tratos
- Conflictos familiares
- Límites generacionales débiles
- Aislamiento familiar

Anexo I. Entrevista de cribado de malos tratos: Preguntas para valorar la situación y tipo de violencia.

QUIÉN

Profesional de Medicina de Familia, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, y otras especialidades, Equipos de Salud Mental, Trabajador/a Social, Enfermería, Matronería.

Sistema de registro

Historia clínica; es importante el registro de todas las actuaciones en la historia, porque puede servir de prueba en caso de proceso judicial, también en caso de historia informatizada se puede valorar escribir con bloqueo informático para mantener la confidencialidad.

2.2 - IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN

A las mujeres víctimas de malos tratos o con alta sospecha se les hará:

■ Valoración inicial

- Lesiones físicas
- Situación familiar
- Situación socioeconómica
- Situación psico-emocional

■ Valoración del riesgo

- Valoración de la seguridad
- Determinar si se encuentra o no en peligro extremo ANEXO II
- Percepción de peligro por parte de la mujer
- Criterio profesional ANEXO III

■ Actuación legal

- Parte de lesiones e informe médico
- Información y derivación a la mujer

2.3 - ACTUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La actuación del personal sanitario será distinta si la mujer reconoce o no el maltrato, y según la situación de peligro en el que se encuentre:

■ 1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.

- Valoración integral
- Informar a la mujer de la situación en la que se encuentra y de los recursos disponibles.
- Ofertar visitas de seguimiento
- Acompañar a la mujer (si ella accede) en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones de manera empática
- Valorar situaciones de riesgo de las mujeres ,menores y personas dependientes a su cargo
- Comunicar al trabajador/a social ofrecer apoyo social
Informar a pediatría si tiene hijos/as
- Remitir a servicios especializados, de la Red de dispositivos para la atención a la VG, existentes en Extremadura, si es necesario
- Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales

■ 2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.

- Valoración integral
- Acompañar a la mujer (si ella accede) en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones de manera empática
- Informar a la mujer de la situación en la que se encuentra y de los recursos disponibles
- Favorecer la toma de decisiones para prevenir nuevas situaciones de violencia
- Derivar al trabajador/a social
Informar a pediatría si tiene hijos/as
- Establecer visitas de seguimiento con citas programadas. para nuevas valoraciones
- Remitir a servicios especializados, de la Red de dispositivos para la atención a la VG, existentes en Extremadura, si es necesario
- Atender otros problemas que puedan afectar al entorno familiar
- Ofertar, (si es posible) la participación en intervenciones grupales
- Hacer parte judicial.

■ 3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo

- Tratar los problemas físicos y hacer parte de lesiones
- Abordar los problema psíquicos
- Informar de la situación de peligro en la que se encuentra y los recursos existentes
- Derivar urgente al trabajador/a social o a los servicios de emergencia.
- Actuación con los hijos e hijas u otra persona dependiente si procede
- Contactar con el juzgado de guardia
- Seguimiento programado en consultas de Atención Primaria

2.4 - ACTUACIÓN LEGAL

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del parte de lesiones e informe médico que le acompaña, informando previamente a la mujer afectada de la remisión del mismo y registrándolo en la historia clínica.

QUIÉN

Profesional de Medicina de Familia, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, y otras especialidades, Equipos de Salud Mental. Trabajador/a Social, Enfermería, Matronas.

Sistema de registro

Historia clínica

Parte de lesiones

Informe Médico

Algoritmo IV

2.5. - NOTIFICACIÓN AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Ante la detección de un nuevo caso de violencia de género en el ámbito sanitario, el profesional que atienda y/o detecte el caso, debe notificarlo al sistema de vigilancia epidemiológica de violencia de género, tal como se especifica en el apartado 5. Las mujeres que sufren violencia de género pueden acudir a los servicios de urgencias, tanto del ámbito de la atención primaria como de especializada.

3

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

La mayoría de las actuaciones comentadas en el capítulo anterior podrán ser también las recomendadas para urgencias, a excepción de las actuaciones referidas al seguimiento en la consulta. En los servicios de urgencias es frecuente que las lesiones y síntomas de las pacientes sean más graves.

Las mujeres que acuden a urgencias por este problema, pueden reconocer haber sufrido malos tratos o no.

3.1 - ACTUACIÓN DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA

- Salvo en el caso de que la mujer acudiera por malos tratos en el servicio de urgencias ya sea primaria o especializada, mantener una actitud de alerta y prestar atención a los signos y síntomas que pueden hacer pensar que la paciente sufre malos tratos. Identificación de familias vulnerable para sufrir malos tratos. Anexo VI
Indicadores de sospecha durante la consulta. **Anexo VII**
- En los casos en que se sospeche que es así, realizar una entrevista clínica específica para detectar los malos tratos. Identificación. Ejemplos de preguntas ante sospecha. **Anexo III**
- Atender a la mujer en un clima de confianza adecuado. Identificación. Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato. **Anexo I**

Una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales, se realizarán las actuaciones de información y derivación oportunas en función del caso.

3.2 - ACTUACIÓN ASISTENCIAL

En aquellas mujeres que se valore riesgo se le hará:

■ Valoración inicial

- Lesiones físicas
- Situación familiar
- Situación socioeconómica
- Situación psico-emocional

■ Valoración del riesgo

- Valoración de la seguridad
- Determinar si se encuentra o no en peligro extremo **ANEXO II**
- Percepción de peligro por parte de la mujer
- Criterio profesional **ANEXO III**

■ Actuación legal

- Parte de lesiones e informe médico
- Información y derivación a la mujer

En cualquier caso, la actuación sanitaria dependerá de 5 situaciones diferentes que se pueden encontrar:

- 1.- Mujer de la que sospechamos que puede estar sufriendo Violencia de Género, pero ella no lo reconoce.
- 2.- Mujer que reconoce sufrir Violencia de Género pero que no se encuentra en peligro extremo.
- 3.- Mujer que reconoce sufrir Violencia de Género y se encuentra en peligro extremo.
- 4.- Mujer que sufre Violencia de Género, casos agudos.
- 5.- Mujer que ha sufrido agresión sexual.

QUIÉN

Profesional de Medicina de Familia, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, y otras especialidades, Equipos de Salud Mental. Trabajador/a Social, Enfermería, Matronería.

Sistema de registro

- 1.- Historia clínica, es importante el registro de todas las actuaciones en la historia, porque puede servir de prueba en caso de proceso judicial, también en caso de historia informatizada se puede valorar escribir con bloqueo informático para mantener la confidencialidad, registrando según el caso la situación concreta con la que nos encontramos.
- 2.- Si procede, parte judicial e informe de lesiones
- 3.- Hoja de interconsulta.
- 4.- Notificar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia de Género

3.3 - ACTUACIÓN LEGAL

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del parte de lesiones e informe médico que le acompaña, informando previamente a la mujer afectada de la remisión del mismo y registrándolo en la historia clínica.

3.4 - NOTIFICACIÓN AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Ante la detección de un nuevo caso de violencia de género en el ámbito sanitario, el profesional que atienda y/o detecte el caso, debe notificarlo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de violencia de género, tal como se especifica en el apartado 5.

4 ACTUACIÓN ANTE AGRESIONES SEXUALES

La agresión sexual es una de las formas de violencia contra las mujeres que más habitualmente se oculta. Puede ser ejercida por su pareja o por otros hombres. Está última es la que habitualmente se denuncia. Cuando es ejercida por su pareja, suele permanecer oculta y resulta muy difícil detectarla. Sin embargo, todas ellas deberían ser atendidas como se indica en el siguiente protocolo.

Las pautas de actuación ante las agresiones sexuales tienen unas particularidades que justifican que sean descritas en un apartado independiente a lo recogido anteriormente.

4.1 - RECOMENDACIONES GENERALES

El personal sanitario de Atención Primaria -o de otro dispositivo sanitario no hospitalario- que atienda una agresión sexual, y salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a tratamiento médico inmediato, remitirá a la víctima lo más rápidamente posible y en ambulancia al hospital más cercano donde exista atención ginecológica, sin que medien lavados ni cambios de ropa. En caso de felación es importante, en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.

Es necesario un trato especialmente exquisito hacia la mujer, comprensivo, con ambiente tranquilo, de modo que se facilite la comunicación, confidencialidad e intimidad. Si la mujer lo desea, puede estar acompañada de una persona de confianza. No deben realizarse preguntas comprometidas, debiendo recoger los datos que la mujer quiera dar.

La exploración no puede hacerse de forma precipitada. Se debe disponer del tiempo necesario y del lugar adecuado, tranquilo y suficientemente equipado. El personal será el mínimo, imprescindible para asegurar la intimidad. Es recomendable la presencia de más de un profesional sanitario procurando que al menos uno sea mujer. Es preciso dar explicaciones, a la mujer de todas las exploraciones que se le van a hacer y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo, y recabando el consentimiento cuando sea preciso.

Dado el impacto psicológico, es recomendable que esté presente el médico/a forense, realizándose en un solo acto la atención ginecológica y forense. Para ello es necesaria la comunicación telefónica inmediata al Juzgado de Guardia, que acordará la asistencia del médico/a forense o encomendará al médico/a de guardia la recogida de muestras de interés legal.

Para proceder penalmente contra los delitos de agresiones sexuales es necesaria la denuncia de la persona agredida, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal, en los casos de menores, incapacidad o desvalía.

Aunque la mujer manifieste su deseo de no presentar denuncia en ese momento, deben comunicarse los hechos al Juzgado de Guardia, a fin de que pueda incoar el oportuno procedimiento judicial.

4.2 - ACTUACIÓN CLÍNICA

- Recepción y acogida.
- Registrar en la historia clínica:
- Pueden servir como prueba importante en el proceso judicial:
 - Todos los hechos referidos por la mujer (fecha, hora, lugar, tipo de agresión sexual) y las actuaciones posteriores que puedan afectar a la recogida de muestras (lavados, cambio de ropa, ingesta en caso de felación, toma de alimentos o de medicación, etc.).
 - Antecedentes personales, intervenciones, medicaciones, consumo asociado de alcohol y otras drogas, etc., así como otros episodios de violencia, sexual o no.
 - Anamnesis ginecológica: menarquia, ciclo menstrual, fecha de última regla, método anticonceptivo, última relación sexual consentida, posibles enfermedades de transmisión sexual, etc. Descartar posible embarazo preexistente, por si afecta al plan ulterior del tratamiento y seguimiento.

Exploración general y ginecológica:

Ropa:

En primer lugar, se le pide a la mujer que se desnude sobre una sábana. Se recogerá la ropa que pudiera estar manchada de sangre, semen u otros fluidos. Se introducen en bolsas independientes que se rotularán convenientemente. Si las ropas están mojadas, es necesario dejarlas secar antes de introducirlas en las bolsas.

Examen de la superficie corporal:

Detallar localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones) consignando en su caso la no existencia de las mismas. En caso de haberlas, es conveniente la realización de fotografías -previo consentimiento de la mujer- con las medidas que impidan que pueda ser identificada (tapar el rostro, tapar los ojos, etc.). Explorar también la boca en caso de contacto buco-genital. Explorar también las uñas, recortarlas, rasparlas e introducir los trozos en bote hermético identificado y etiquetado.

Muestras de interés legal:

Tomar muestras de semen, sangre u otros fluidos en superficie corporal, mediante hisopo estéril ligeramente humedecido en agua destilada, colocando las muestras en tubo para sellar, rotular y mantenerlo refrigerado (4-8° C).

Exploración ginecológica:

Cepillado del vello púbico. Con un cepillo o peine nuevo. Etiquetar.
Examen de genitales externos: vulva, ano e introito vaginal. Examen del himen, describiendo los posibles desgarros actuales o antiguos.
Tacto bimanual: para determinar tamaño, forma, consistencia y movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexial. Eventualmente puede precisarse una ecografía.

Toma de muestras de interés legal:

Dependerán del tipo de violación sufrido.
Todas las muestras se recogen en bote hermético, se etiquetan e identifican, incluido el orden de recogida.

En caso de penetración vaginal:

Toma vaginal con hisopo en seco para esperma.
Toma vaginal con hisopo de algodón estéril en medio de transporte para tricomonas.
Toma endocervical con hisopo de algodón estéril, previa limpieza exterior del cérvix, para gonorrea y clamydias.
Lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma.
El lavado se realizará con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

En caso de Penetración anal:

Toma anal con hisopo en seco para investigación de esperma.
Toma anal con hisopo de algodón estéril en medio de transporte para gonococo y clamydias.
Lavado anal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

En caso de Penetración bucal:

Toma con hisopo en seco por toda la boca, especialmente por detrás de los incisivos y premolares, para investigación de esperma.

Toma faríngea con hisopo en seco para investigar esperma.

Toma faríngea con hisopo de algodón estéril para gonorrea y clamydias.

Lavado bucal con suero fisiológico estéril para investigar esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml de suero fisiológico estéril y se recogerá en bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

Analítica:

Determinar grupo sanguíneo y Rh de la mujer.

Prueba de tóxicos.

Prueba de embarazo (Beta-HCG).

Infecciones de transmisión sexual:

Cultivo despistaje de gonorrea y clamydias: inicial y a los 7 días.

Sífilis: inicial y a las 6 semanas.

VIH: inicial, a las 6 semanas, y a los 3 y 6 meses.

Hepatitis B (HBsAg, AntiHBc, AntiHBs) si no tiene vacunación previa: inicial y a las 6 semanas.

Frotis citológico.

La rotulación de las muestras se hará con nombre de la paciente, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en sobre con nombre de la mujer dirigido a medicina forense del Juzgado de Guardia.

De no ser realizada la toma por el Médico/a Forense, asegurar la cadena de custodia para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, es decir, el responsable de la toma y el del transporte de la muestra hasta el servicio médico-forense del Juzgado de Guardia, deben plasmar documentalmente su identidad, la relación exacta de las muestras obtenidas y remitidas, quedando constancia de la persona a la que se realiza la entrega en las dependencias médico-forenses.

4.3 - ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Tratamiento de las lesiones físicas y secuelas psicológicas:

Traumatismos físicos: tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y, si precisa, hacer profilaxis del tétanos.

Traumatismos psicológicos: en general derivar con carácter preferente a la mujer a una consulta de Salud Mental. Normalmente, las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación y vergüenza, que requieren ayuda.

Prevención de enfermedades de transmisión sexual:

Debe utilizarse tratamiento preventivo para gonococia, clamidia y sífilis en posible periodo de incubación.

Profilaxis VIH:

Valorar la posibilidad de derivar a la consulta de Enfermedades Infecciosas del Hospital de referencia, donde se valorará la terapia preventiva para VIH y se informará del riesgo/beneficio. El tiempo máximo del inicio de la terapia será de 48 horas, siendo más efectivo cuanto antes se indique.

Profilaxis de Hepatitis B:

En el caso que no tenga vacunación previa, se administra en urgencias una dosis de gammaglobulina antiHB y la primera dosis de vacuna de hepatitis B.

Profilaxis de embarazo:

Aunque la posibilidad de que ocurra un embarazo después de una agresión sexual con penetración vaginal es muy baja (3-6 %), si esto ocurriera, las consecuencias son terribles, por lo que se deberá realizar en todos los casos la profilaxis de embarazo.

En el caso que la mujer esté utilizando un método anticonceptivo efectivo, no será necesaria la profilaxis.

Si han transcurrido menos de 72 horas de la agresión, se administrará levonorgestrel, 1,5 mg en dosis única.

Si han transcurrido entre 72 horas y 5 días de la agresión, el procedimiento anterior no es eficaz, y se debe proceder a la colocación de un DIU.

Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 2-3 semanas. Informar a la mujer que en caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales.

Recomendar no mantener relaciones sexuales hasta la siguiente valoración, en consulta ginecológica a los 7-15 días. Se entregarán los resultados de las pruebas iniciales, se repetirán los que corresponda como se ha señalado anteriormente.

Recomendar seguimiento adecuado de todo el proceso de atención integral a su salud.

4.4 - INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN

■ Informar a la mujer sobre:

La agresión sexual es un delito y la mujer tiene derecho a denunciarlo.

Analizar con ella las repercusiones en salud física y emocional.

Informarle de que la legislación protege sus derechos e integridad y de que si desea puede solicitar una Orden de Protección.

Informarle de la red de recursos y dispositivos sociales (preferiblemente por escrito) para la atención a las mujeres que sufren Violencia de Género, según estén organizados en nuestra Comunidad Autónoma.

■ Derivación:

Importancia de la derivación y coordinación con Atención Primaria y Trabajador/a Social, asegurando la atención psicológica, social y jurídica de la mujer, según la organización y recursos propios de nuestra Comunidad Autónoma.

4.5 - NOTIFICACIÓN AL JUZGADO

Mediante el parte de lesiones judicial

Sistema de Registro

Informe médico recogiendo los resultados de todas las pruebas médicas realizadas y recomendadas en este protocolo.

Emitir el parte de lesiones e informe médico al Juzgado de Guardia.

QUIÉN

Profesional de Medicina de Familia, Urgencias, Ginecología, Medicina Interna, Traumatología, y otras especialidades, Equipos de Salud Mental. Trabajador/a Social, Enfermería, Matronería.

5 SISTEMA DE VIGILANCIA DE INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de violencia de género regula el procedimiento para la notificación, por parte del personal sanitario asistencial, de los casos incidentes de violencia de género que puedan detectar durante el desarrollo de su actuación profesional, independientemente del resto de actuaciones a realizar recogidas en este Protocolo.

5.1 - OBJETIVOS

Objetivo general:

- El objetivo básico del sistema de información es conocer la magnitud, características y de la violencia de género, y consecuencias en la salud y en el sistema sanitario.

Objetivos específicos:

- Facilitar la planificación de la atención sanitaria a la violencia de género al conocer su magnitud y las características de las mujeres que la padecen.
- Promover la mejora de la calidad y la equidad en la atención sanitaria integral a la violencia de género mediante la valoración del impacto de las actuaciones implantadas por las Administraciones sanitarias, especialmente las relacionadas en el Protocolo Común.
- Favorecer la colaboración y el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre las administraciones implicadas en la atención sanitaria a las mujeres que padecen violencia.

5.2 - ESTRATEGIA

Para conseguir los objetivos propuestos se establece un sistema de información basado en el **registro de todos los casos de violencia de género que sean detectados** por el sistema sanitario público de Extremadura, independientemente del motivo de la detección o de la atención requerida, en la población de mujeres mayores de 14 años (15 años cumplidos y más).

5.3 - TRATAMIENTO DE DATOS

Como en cualquier otro sistema de información basado en un registro de caso será necesario identificar cada caso unívocamente, a fin de poder depurar los duplicados, máxime cuando el sistema pretende conocer la “incidencia”, haciendo necesario poder establecer cuando un caso es incidente o prevalente (ya notificado con anterioridad).

El tratamiento de los datos registrados se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que garantiza y protege las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, especialmente en lo concerniente a su honor e intimidad personal y familiar, que en su Título II, en su artículo 6 referente al consentimiento de los afectados, dice en el apartado 2: “*No será preciso el consentimiento cuando los datos de carácter personal se recojan para el ejercicio de las funciones propias de las Administraciones públicas en el ámbito de sus competencias*”; así como por lo previsto en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, que aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los Ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

5.4 - ACTUACIONES POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIOS

Ante la identificación de un caso de violencia de género (ver definición de caso), ya sea porque la mujer haya demandado asistencia sanitaria específicamente por ello o porque se haya detectado precozmente de forma activa por el personal sanitario por los indicadores de sospecha con posterior confirmación de la situación de violencia (según establece el Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género), o cualquier otro método, **quien lo haya detectado lo notificará** a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud.

La notificación podrá realizarse en soporte papel, utilizando la “Ficha de notificación de cado de violencia de género” en soporte papel, o en soporte magnético a través del Portal del SES en el sistema JARA, una vez se encuentre activo el sitio específico del mismo. En todo caso, siempre quedará constancia de la notificación en la historia clínica de la mujer con la incorporación a la misma de una copia de la ficha.

Una vez cumplimentada la Ficha de notificación en papel se procederá del siguiente modo:

1º.- El centro, unidad o profesional que notifica el caso enviará el original a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud, mediante juegos de “doble sobre confidencial”: la ficha de notificación se introducirá en el sobre marcado como “confidencial” y éste se introducirá en un segundo sobre franqueado y marcado como “registros especiales” dirigido a la Subdirección,

2º.- El centro, unidad o profesional que notifica el caso conservará la copia autocopiativa para adjuntarla a la historia clínica de la mujer.

Cuando se haga uso de la versión informática registrando el caso en el sistema JARA, no será necesario ningún otro trámite.

Nada de esto es incompatible con la utilización de otro medio de comunicación que se estime necesario.

5.5 - DEFINICIÓN DE CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO A NOTIFICAR

A efectos de vigilancia epidemiológica se entiende como caso de violencia de género a notificar el siguiente:

Definición de caso:

Mujer **mayor de 14 años** atendida por el **Sistema Sanitario** de Extremadura que **reconoce por primera vez** sufrir maltrato por violencia de género, entendiendo como tal todo acto de violencia física y/o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, amenazas, coacciones, privación de libertad, entre otras, ejercida sobre la mujer por parte de quien sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado a ella por relaciones de afectividad o parentesco, aún sin convivencia.

Según lo anterior, sólo se notificará cada caso una vez, la primera en la que sea atendido e identificada la situación de violencia de género, no siendo necesario notificarlo en las sucesivas atenciones que pueda necesitar derivadas de la misma situación de violencia ya notificada.

ANEXO I - Entrevista de cribado. Preguntas generales y específicas

PREGUNTAS GENERALES

- ¿Cómo van las cosas en casa?
- ¿Está usted contenta con la relación con su pareja?
- ¿Quién marca las normas en casa?
- La encuentro algo intranquila. ¿Le preocupa algo?
- Las relaciones con su pareja son a veces violentas. ¿Qué ocurre cuando tiene una pelea en casa? ¿Cómo son esas peleas? ¿Pelean a veces físicamente?

PREGUNTAS PARA VALORAR LA SITUACIÓN Y TIPO DE VIOLENCIA

■ Violencia física:

- ¿Su pareja le empuja o agarra?
- ¿Su pareja le golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?

■ Violencia sexual:

- ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?

■ Violencia psicológica:

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a los niños, o a otras personas o a los animales domésticos?
- ¿Le insulta, ridiculiza o menosprecia?
- ¿Se pone celosa sin motivo?
- ¿Le humilla frente a los hijos u otras personas?
- ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuentas de los gastos?

EN CASO DE QUE LO RECONOZCA

- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
- Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- NO dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- NO dar falsas esperanzas.
- NO criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: «¿Por qué sigue con él?; Si usted quisiera acabar, se iría...».
- NO infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- NO recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer.
- NO utilizar una actitud paternalista.
- NO imponer criterios o decisiones

RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA A LA MUJER ANTE SOSPECHA DE MALTRATO

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

ANEXO II - Valoración de seguridad / riesgo

VALORACIÓN DE SEGURIDAD / RIESGO

Una vez que la mujer reconozca estar sufriendo Violencia de Género, hay que valorar conjuntamente la situación de peligro.

Criterios de valoración

- Percepción por la mujer de estar en peligro para su vida o integridad física y/o para sus hijos e hijas y/o familiares a su cargo.
- Lesiones graves o que requieran hospitalización.
- Abandono de la relación o convivencia en el último año.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separadas.
- Repetición del ciclo de violencia de forma continuada.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos o Agresiones sexuales repetidas.
- Posesión de armas.
- Amenazas con armas o uso de las mismas.
- Amenazas de muerte y/o intentos de homicidio a ella, sus hijos e hijas o familiares
- Amenazas o intentos de suicidio.
- Malos tratos a hijos e hijas u otros miembros de la familia.
- Comportamiento violento del agresor.
- Celos extremos, control excesivo de las actividades de la mujer.
- Aislamiento creciente. Consumo de alcohol/drogas por parte del agresor.
- Disminución o ausencia de arrepentimiento del agresor

ANEXO III - Ejemplos de preguntas ante sospecha

En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente:

- He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted.
- Veo que...(relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?,
- La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿cree que todo está relacionado?
- En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso?
- En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico..., preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.

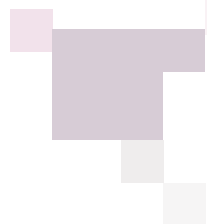
En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:

- Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo... ¿es éso lo que le ha ocurrido?
- ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?
- ¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual).

En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:

- Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía...): ¿Desde cuándo se siente usted así?, ¿A qué cree usted que se deben?, ¿Los relaciona con algo?
- ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja?
- ¿O con sus hijas o hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo?
- Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?
- ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?

ANEXO V - Cuestionario para medición de malos tratos



PREGUNTAS: Su marido o pareja:

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1.- ¿Respeta sus sentimientos?					
2.- ¿La ha insultado, avergonzado o humillado?					
3.- ¿Les ha amenazado a usted, a sus hijos e hijas o a alguna otra persona querida?					
4.- ¿Ha roto alguna vez cosas o algún objeto de la casa?					
5.- ¿Ha intentado controlar su vida o sus movimientos?					
6.- ¿Le ha pegado?					
7.- ¿Ha llegado a producirle heridas?					
8.- ¿La ha obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted?					
9.- ¿La ha amenazado con un arma?					
10.- ¿Ha llegado a herirla con un arma o con otro objeto?					



ANEXO VI - Identificación de familias vulnerables para sufrir malos tratos

- Antecedentes de malos tratos en generaciones precedentes
- Conflictos matrimoniales
- Límites generacionales débiles
- Aislamiento familiar

ANEXO VII - Indicadores de sospecha durante la consulta

Características de las lesiones y problemas de salud

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución
- Lesiones en genitales
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas
- Lesión típica: rotura de tímpano

Actitud de la mujer

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza
- Autoestima baja
- Sentimientos de culpa
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones
- Falta de cuidado personal
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas
- Si está presente su pareja:
 - Temerosa en las respuestas
 - Busca constantemente su aprobación

Actitud de la pareja

- Solicita estar presente en toda la visita
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo, intentando banalizar los hechos
- Excesivamente preocupado o solícito con ella
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional

ANEXO VIII - Ejemplos de preguntas ante sospecha

En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente:

- He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted.
- Veo que... (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar o problema de salud?,
- La encuentro algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿Cree que todo está relacionado?
- En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como... (relatar algunos de los identificados, los más significativos), suelen ser a causa de que están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de alguien, por ejemplo su pareja, ¿es éste su caso?
- En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico..., preguntar acerca de si sus relaciones afectivas y sexuales son satisfactorias o no.

En el caso de sospecha por las lesiones físicas que presenta:

- Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un empujón, golpe, corte, puñetazo... ¿es éso lo que le ha ocurrido?
- ¿Su pareja o alguna otra persona utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?
- ¿Alguna vez la han agredido más gravemente? (palizas, uso de armas, agresión sexual).

En el caso de sospecha por los síntomas o problemas psíquicos encontrados:

- Me gustaría conocer su opinión sobre esos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía...): ¿Desde cuándo se siente usted así?, ¿A qué cree usted que se deben?, ¿Los relaciona con algo?
- ¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que le tenga preocupada o triste? ¿Tiene algún problema quizás con su pareja? ¿O con sus hijas o hijos? ¿Con alguien de su familia? ¿En el trabajo?
- Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?
- ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o familiares? ¿Qué le impide hacerlo?

ANEXO IX - Modelo unificado de parte judicial de lesiones del SES



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

Parte judicial de lesiones. Nº: _____ Hoja 1 de 2.

Personal facultativo que emite el parte	Nombre	Fecha: / /
	CIAS:	Área de Salud:
	Centro/Unidad:	Hora:

Datos de filiación de la víctima	Nombre y apellidos:		DNI: NIE: PASAPORTE:	CIP:
	Sexo: <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> Otra situación	Fecha nacimiento: / /	Edad	Telf:
	Dirección:		Municipio (C.P.):	

Lesiones presumiblemente producidas por:	<input type="checkbox"/> Violencia de género: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Delito contra libertad sexual	<input type="checkbox"/> Agresión
	<input type="checkbox"/> Maltrato: <input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Persona mayor <input type="checkbox"/> Persona dependiente	<input type="checkbox"/> Intoxicación	
	<input type="checkbox"/> Accidente: <input type="checkbox"/> Doméstico <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Otro mecanismo (especificar):	
	<input type="checkbox"/> Otros accidentes (especificar):		

Lesiones que presenta (describir el tipo de lesiones, descripción, localización y posible fecha de las mismas)

Estado psíquico y emocional (describir los síntomas emocionales y la actitud de la víctima):

Pruebas complementarias realizadas (especificar):

Medidas terapéuticas (incluir medias profilácticas, tratamientos farmacológicos, curas locales, tratamientos quirúrgicos, etc.):

Pronóstico clínico, salvo complicaciones: Leve Moderado Grave Muy grave

Plan de actuación (incluir el alta o la derivación a otras u otros especialidades y recursos, los ingresos, si han sido necesarios, y el seguimiento requerido)

Datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia, según manifiesta:

Dirección o lugar de la agresión o del incidente:		
Localidad:	Fecha: / /	Hora:
Ha usado objetos en la agresión: <input type="checkbox"/> NO, <input type="checkbox"/> SI, especificar:		
Amenaza con hacerlo: <input type="checkbox"/> NO, <input type="checkbox"/> SI, especificar:		
<input type="checkbox"/> Conoce a la persona agresora? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, especificar:		
.....		
.....		
.....		



Relación o parentesco con la persona agresora en caso de violencia de género:

compañero íntimo actual (marido, novio, compañero...)

ex compañero íntimo (ex marido, ex novio, ex compañero...)

padre, padrastro o compañero de la madre

hermano, tío u otro hombre del ámbito familiar

un hombre que NO pertenece al ámbito familiar (amigo, compañero de trabajo, desconocido, etc.)

Otras víctimas de en el mismo incidente: NO SI, **RELACION:**

Acude Solo/o Acompañada/o nombre: _____ parentesco/relación: _____

por: _____

Parte judicial de lesiones.

Nº: _____

Hoja 2 de 2.

Observaciones relacionadas con los hechos (relacionar como han ocurrido los hechos, utilizando y entrecorriendo, cuando sea posible, las palabras de la víctima):

Se sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la víctima

Antecedentes de interés en caso de agresión:

Es la primera vez que sufre agresión

Ha sufrido agresión anteriormente:

Indicar desde cuando y describir las características de estas agresiones y la evolución de las mismas:

Denuncias previas NO, SI

Hay testigos de esas agresiones: NO, SI, especificar:

Había otras víctimas en esas agresiones: NO, SI, especificar:

No refiere información en este sentido

Observaciones de interés en caso de agresión:

¿Tiene menores u otras personas a su cargo? NO, SI, especificar:

Otros datos de interés para el órgano judicial (no quiere presentar denuncia, miedo al agresor, a perder la custodia de menores, a las reacciones familiares, porque no tiene dinero, presencia forense, etc...)

Se contacta telefónicamente con otros recursos: Cuerpos y fuerzas de seguridad, Servicios sociales, Información mujer Otro, especificar:

Se pone en conocimiento del Juzgado telefónicamente: NO SI, especificar a que hora:

Otras observaciones:

ANEXO X - Modelo de ficha de notificación de caso



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA VIOLENCIA

DATOS DE LA MUJER:

Nombre..... Apellidos.....

DNI CIP

Dirección.....

CP Municipio Provincia

Teléfono para comunicaciones Fecha de nacimiento:/...../..... Edad

Nacionalidad: Española Otra), especificar:; País de origen.....

Estado civil: Soltera Viuda Casada Separada/divorciada Pareja conviviente Pareja no conviviente

Nivel de estudios: Sin estudios Básicos Graduado escolar Bachillerato/FP Superiores

Situación laboral: Trabajo remunerado Trabajo no remunerado Ningún tipo de trabajo

Nº de hijos: Nº de personas que conviven en el hogar:

INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA:

Tipo de maltrato: Físico Psíquico Sexual

Identificación del maltrato: .. Refiere sufrir malos tratos Reconoce malos tratos tras detectar indicadores de sospecha

Presenta indicadores de sospecha (ver indicadores al dorso): No Sí

Los indicadores de sospecha se obtuvieron: En consulta (entrevista) De la historia clínica

Duración del maltrato: Episodio aislado Menos de 1 año Entre 1-4 años Entre 5-9 años Más de 10 años

Frecuencia del maltrato: Ocasional Frecuente Habitual

Tipo de relación con el agresor: Compañero íntimo actual Ex compañero íntimo Padre, padrastro, compañero de la madre Hermano, tío, hombre del ámbito familiar Hombre no perteneciente al ámbito familiar

¿Convive con el agresor? No Sí

¿Tiene menores a su cargo? No Sí

Antecedentes patológicos: Depresión Ansiedad Angustia Fobias Otros, especificar:

Trastorno de estrés postraumático Trastorno conductual Consumo de sustancias Problemas de alimentación

Abortos Infecciones de transmisión sexual Problemas cronicados

Vivencia de situaciones estresantes: No Sí

Violencia en su familia de origen: No Sí

Situación de vulnerabilidad: No Sí, especificar el motivo de vulnerabilidad, por:

Embarazo Discapacidad Exclusión social Conflictos matrimoniales Otros, especificar:

Desfavorecimiento sociocultural Límites generacionales débiles

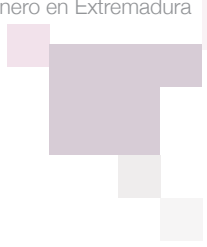
Red de apoyo: Ninguna Familiar Amigos Otra, especificar:

Información y apoyo de recursos sanitarios: No Sí, especificar el tipo de información:

Sobre consecuencias para su salud Sobre consecuencias para la salud de sus hijos Consejos de seguridad

Teléfonos de interés Juzgado Fuerzas de Seguridad

Instituto de la Mujer Casas de Acogida



DE GÉNERO - FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN PRESTADA:

Fue derivada a Atención primaria DESDE:

- Atención especializada (excepto Salud mental)
- Salud Mental
- Urgencias
- Otros, especificar:
- Servicios Sociales
- Instituciones judiciales

Fue derivada a Atención especializada DESDE:

- Atención primaria
- Urgencias
- Otros, especificar:
- Atención social
- Instituciones judiciales

Especialidad a la que fue derivada:

- Salud mental
- Ginecología y obstetricia
- Otros, especificar:
- Traumatología
- Urgencias hospitalarias

Especialidad a la que fue derivada:

- Atención primaria
- Atención especializada (excepto Salud Mental)
- Salud Mental
- Otros, especificar:
- Traumatología
- Urgencias hospitalarias

Necesidad de actuación con los hijos..... No Sí, especificar la modalidad de actuación con los hijos:

- Derivación a Atención primaria
- Derivación a Atención especializada (excepto Salud Mental)
- Derivación Salud Mental
- Derivación a Atención Social
- Derivación a Atención Educativa

Valoración del riesgo:

- NO se ha realizado
- SÍ se ha realizado

Valoración de la situación de peligro:

(ver indicadores de peligro al dorso)

- NO está en situación de peligro extremo
- SÍ está en situación de peligro extremo

Plan de seguridad:

(ver plan de Seguridad al dorso)

- NO se ha elaborado Plan de Seguridad
- SÍ se ha elaborado Plan de Seguridad

INFORMACIÓN SOBRE LA SITUACIÓN DEL AGRESOR:

Trastornos psicopatológicos:

- Agresividad
- Consumo de sustancias
- Otros, especificar:
- Trastorno mental
- Trastornos celotípicos

¿Tiene denuncias previas por malos tratos a la misma víctima?: No Sí

¿Tiene orden de protección o de alejamiento para con la víctima?: No Sí

DATOS DEL NOTIFICADOR:

CIAS Nombre: Área de salud

Centro/unidad Fecha de notificación:/...../.....

Introducir el original de la ficha en el sobre marcado como "confidencial". Introducir ese primer sobre en el segundo sobre franqueado marcado como "registros especiales" dirigido a la Subdirección de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud,

Conservar la copia de la ficha en la historia clínica de la mujer

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Comisión Contra la Violencia de Género. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007
- Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud. Atención al Individuo y la Familia. Volumen I; 2007
- Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2009-2012
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género; 2008
- Delegación Provincial de Salud de Granada. Guía de Actuación para la Atención Sanitaria a Mujeres Víctimas de Violencia de Género; 2007
- Instituto de la Mujer de Extremadura (IMEX) Consejería de Igualdad y Empleo. Junta de Extremadura. Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia contra la Mujer. 2001
- Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm.313 de 29 diciembre 2004
- Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE núm.71 de 23 de marzo 2007.

EQUIPO DE TRABAJO

GRUPO DE TRABAJO

Yolanda Álvarez Gallego. (Médica de Familia)

Jesús Miguel García Ortiz (Médico. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública)

M^a Pilar Guijarro Gonzalo (Médica. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública)

Eulalia Hernández Fernández (Trabajadora Social)

Inmaculada Moralo Bejarano (Enfermera)

José Fernando Pérez Castán (Médico de Familia)

Inmaculada San Andrés Hernández (Médica)

Encarna Trejo García (Enfermera)

EQUIPO COORDINADOR

Blanca Pérez García. Médica.
Coordinadora Técnica de la D. Gerencia del Servicio Extremeño de Salud

Elisa Muñoz Godoy. Médica.
Coordinadora Técnica de la D. Gerencia del Servicio Extremeño de Salud

Raquel Rodríguez Llanos. Enfermera
Coordinadora Enfermería Atención Sociosanitaria. Servicio Extremeño de Salud

COLABORACIÓN

Julián Mauro Ramos Aceitero
Subdirector Epidemiología

Consejería de Igualdad y Empleo. Junta de Extremadura. Instituto de la Mujer de Extremadura (IMEX)



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia