

ANEXO 5.

ÁMBITO SANITARIO

PRÓLOGO

Las mujeres que sufren violencia de género usan los servicios de salud más que las que no sufren abusos. Esa es una de las razones por las que los servicios sanitarios son una pieza esencial en la detección de este problema, por la oportunidad de detectarlo, y en la atención subsiguiente a las víctimas.

Este Protocolo que se ha actualizado de acuerdo al aprobado en 2012 por el CISNS, contempla algunas mejoras de importancia, sobre el existente hasta ahora en Asturias. Específicamente se añaden aquí las referencias a los niños y niñas hijos de las víctimas, un capítulo de protección de la infancia de gran impacto en salud, también se introduce el protocolo de agresión sexual, se actualizan las competencias de Salud Mental en materia de atención psicosocial y se evocan otros tipos de violencia como son la mutilación genital femenina o la trata con fines de explotación sexual entre las formas de violencia de género que afloran en la sociedad.

La violencia de género es un problema grave de salud pública que se presenta en todos los entornos y grupos socioeconómicos, religiosos y culturales. Su magnitud a nivel internacional, llevó a la Organización Mundial de la Salud en 1996 a declarar la violencia contra las mujeres como un problema prioritario en salud pública en todo el mundo. Los datos ilustran la capacidad para generar muerte, enfermedad, discapacidad y handicap social de la violencia de género. Desde entonces, muchas instituciones señalan la magnitud y la trascendencia de este fenómeno, desde la OMS al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Consejo General del Poder Judicial.

A nivel nacional cada año se reciben en el 016 más de 13200 llamadas pertinentes, 1259 desde Asturias en 2014. En el Principado el 6% de las mujeres de 30-64 años de edad declaran haber sufrido maltrato continuado alguna vez a lo largo de su vida. Cada año se producen miles de denuncias a nivel nacional, 2486 en Asturias en 2014, y en España son asesinadas un promedio de 40 mujeres anualmente, entre las que se incluyen 1 o dos víctimas mortales asturianas a manos de sus parejas.

Cuando hay niños expuestos a la violencia en la pareja el número de víctimas en términos de morbilidad o de muertes se agrava. Entonces la protección y la intervención profesional debe incluir también intervenciones con y sin la presencia de la madre que fortalezcan la seguridad y acompañen el adecuado desarrollo psico social de los hijos e hijas.

Los datos también indican que la mayoría de las mujeres maltratadas no son víctimas pasivas, sino que a menudo adoptan estrategias para potenciar al máximo su seguridad y la de sus hijos. La falta de acción de una mujer para denunciar, puede de hecho ser resultado de un trastorno generado por el ambiente de violencia, pero con frecuencia, puede inter-

pretarse que ella ha evaluado la manera de protegerse a sí misma y a sus hijos. Muchas mujeres pueden permanecer en relaciones violentas por temor, falta de apoyos, preocupación por los hijos, inexistencia de red social, miedo a perder la custodia asociado al divorcio y también por permanencia en la esperanza del amor romántico.

Cualesquiera que sean las motivaciones de las víctimas, se destaca en este protocolo la necesidad de mejorar las competencias para ejercer una actuación de los profesionales sanitarios efectiva en la detección, el apoyo, el seguimiento y la colaboración con otras instituciones para afrontar cada situación individual. El Instituto de Asturiano de la Mujer ha desarrollado el Protocolo Interdepartamental en que se integran las actuaciones de todos los cuerpos profesionales e instituciones a nivel local o regional. Es importante tener en cuenta que la violencia contra las mujeres es un problema complejo, y como tal requiere la colaboración de profesionales de la seguridad, policiales, judiciales, de servicios sociales, además de los sanitarios a los que se dirige este protocolo.

Para la Dirección General de Salud Pública constituye una gran preocupación aportar los medios para ayudar a los profesionales a poner lo mejor de si mismos en la lucha contra este gran reto social. La historia de trabajo constante desarrollado desde el año 2003 hasta la fecha con la implicación de un grupo importante de profesionales de salud y de trabajo social, me consta que está dando sus frutos. El proceso de incorporación a la historia clínica electrónica de OMI-AP en particular, pero también de otras aplicaciones, ha de continuar mejorando, integrando este nuevo protocolo y reforzando los registros (VIMPA) y los sistemas de evaluación existentes.

No obstante, aún queda un gran reto por delante para que se elimine esta realidad. La violencia de género se origina en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones que trata de perpetuar la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo. La desigualdad consiguiente a este sistema niega la autonomía de las personas, con consecuencias tan graves para la vida humana y la salud que constituye una rémora para la paz y la convivencia en libertad y, a todos debe implicar su prevención.

Antonio Molejón Iglesias
Director General de Salud Pública

ÍNDICE

ANTECEDENTES	1
1. PRINCIPIOS ÉTICOS QUE DEBEN GUIAR LA ACTUACIÓN PROFESIONAL	2
2. OBJETIVOS Y ALCANCE	5
3. CRITERIOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN	7
4. ACTUACION INTEGRAL	8
5. GUÍA DE RECURSOS	47
6. EVALUACIÓN	50
7. REVISIÓN	50

GRUPO COORDINADOR

Elvira Muslera Canclini

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados
Servicios Centrales del SESPA

María Luisa García Menéndez

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados
Servicios Centrales del SESPA

Marta González Sánchez

Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados
Servicios Centrales del SESPA

Dolores Martín Rodríguez

Dirección General de Salud Pública

Julio Bruno Bárcena

Dirección General de Salud Pública

La actualización de este protocolo se ha basado prácticamente en la información recogida en el Protocolo Común Para La Actuación Sanitaria Ante La Violencia De Género.2012 – Informes, Estudios E Investigación 2012 - Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad

ANTECEDENTES

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública que afecta a su salud física y psíquica y que tiene consecuencias sobre quien la sufre, sus hijos e hijas, sus familiares y personas cercanas; y de forma indirecta sobre el conjunto de la sociedad.

La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud incluye entre sus servicios la detección y atención a la violencia de género. Los servicios sanitarios son, a menudo, los primeros en identificar que una mujer está sufriendo violencia. Aunque su principal misión sea la atención a la salud de las víctimas, este carácter de puerta de entrada supone el inicio de un proceso asistencial que abarca desde la detección a la atención de las víctimas y que, sólo será posible con una estrategia integrada de actuación de todos los estamentos implicados.

Los y las profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la resolución de los problemas derivados de la violencia, procurando, por una parte, la recuperación de la salud mediante una actuación global, integrada y coordinada y, por otra, contribuyendo a la prevención a través de la correcta coordinación con la intervención de profesionales de otras instituciones. Este proceso ha de facilitar que la mujer tome conciencia de su situación y del significado de los hechos y participe de forma más activa en el proceso de resolución.

Desde esta perspectiva los protocolos suponen un gran apoyo al personal sanitario 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 las y los profesionales sanitarios en el proceso completo y garantiza la información adecuada a la mujer de los recursos a su alcance. Los protocolos permiten al mismo tiempo, como 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.

Para las mujeres la existencia de protocolos supone ventajas innegables en el sentido de que la definición del proceso completo supondrá evitar intervenciones inútiles o repetidas, peregrinaciones innecesarias por el sistema, facilitará su atención y supondrá la percepción de la implicación de las instituciones y de la sociedad en la lucha contra la violencia a las mujeres.

La ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en su artículo 19 garantiza el derecho a la asistencia social integral de las mujeres víctimas de violencia de género y recoge la obligación de actuación coordinada de los servicios de atención a la víctima con los cuerpos de seguridad, jueces de violencia sobre la mujer, servicios sanitarios y las instituciones encargadas de prestar la asistencia jurídica a las víctimas.

Con el fin de garantizar la ordenación de las actuaciones de prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, la ley recoge en el artículo 32 la obligación de los poderes públicos de elaborar planes de colaboración, que deben implicar a las administraciones sanitarias con la administración de justicia, las fuerzas y cuerpos de seguridad, los servicios sociales y los organismos de igualdad.

Estos planes se articularán mediante protocolos de actuación que aseguren una actuación global e integral de las distintas administraciones y servicios implicados y que garantice la efectividad de los procesos que se sigan.

Dentro del ámbito sanitario, la Ley prevé que las administraciones con competencias sanitarias promuevan la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas concretas de actuación sanitaria.

Dichos protocolos deben contemplar explícitamente las relaciones con la administración de justicia, en aquellos casos en los que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos.

Señala la Ley, asimismo, que debe tenerse en cuenta de forma especial la situación de las mujeres que por circunstancias personales y sociales puedan tener mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en la Ley, en especial las pertenecientes a minorías, inmigrantes, las que se encuentran en situación de exclusión social o las mujeres con discapacidad.

En el ámbito del Principado de Asturias se realizó el primer protocolo de asistencia sanitaria ante la violencia contra las mujeres en el año 2003 con el fin de garantizar pautas de actuación homogéneas en toda la comunidad autónoma. En el año 2007 se hace una revisión del mismo. El presente protocolo constituye una actualización completa, adecuándolo a la Ley Orgánica en el sentido antes indicado y al Protocolo Común del Ministerio de 2012; constituye además uno de los componentes del Protocolo Interdepartamental de Asistencia a Víctimas de Violencia de Género del Principado de Asturias.

1. PRINCIPIOS ÉTICOS QUE DEBEN GUIAR LA ACTUACIÓN PROFESIONAL

En la atención a las mujeres en situaciones de violencia de género, al igual que en cualquier intervención sanitaria, las y los profesionales deben tener siempre presentes los principios éticos de actuación y los derechos que las mujeres tienen como pacientes, reconocidos en la **Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente** y en todos los códigos deontológicos profesionales. Las características específicas de la situación de maltrato y la vulnerabilidad de las

mujeres que viven en estas relaciones, así como de sus hijas e hijos, requieren poner especial atención en estos aspectos.

1.1. Velar por la vida y el beneficio de la salud (principio de beneficencia)

La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario con las mujeres que viven en situaciones de violencia de género es la restitución de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

El maltrato pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y, en su caso, la de sus hijas e hijos y otras personas de su entorno, por lo que el personal sanitario tiene que tener en cuenta que entre sus tareas se encuentran la coordinación con otros sectores para su protección. La comunicación del maltrato a las autoridades judiciales mediante el parte de lesiones e informe médico, permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además evita que el delito quede impune. Por el contrario, si no se emite un parte de lesiones en los casos necesarios, tal como se indica en los procesos de actuación que contempla este Protocolo, no estaremos atendiendo al principio de beneficencia.

1.2. Evitar perjuicios con las intervenciones, minimizando los daños (principio de no maleficencia)

Siempre que se atienda a una mujer maltratada es necesario informarla previamente, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo. En caso de que ella manifieste su deseo de que no se emita el parte de lesiones, si no se indagan las razones de su negativa, ni se exploran cuáles son sus miedos, sus necesidades, sus riesgos, se estaría desatendiendo el principio de no maleficencia.

Cuando se sospeche que de la emisión del parte de lesiones puede derivar un grave riesgo para la vida de la mujer, sus hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo, se debe plantear de forma prioritaria con la mujer un plan que le permita superar esa situación y tener las debidas garantías de seguridad para su integridad.

Asimismo, es imprescindible cuidar el lenguaje y evitar preguntas que la culpabilicen, contribuyendo a su victimización secundaria.

Cuando la gravedad de las lesiones lo requiera, se puede solicitar al Juzgado de Guardia por escrito o telefónicamente, la presencia en el centro sanitario de profesionales de las Unidades de Valoración Forense Integral para que las exploraciones y pruebas se realicen en un

solo acto, muy especialmente en situaciones de agresiones sexuales, intentando no someter a la mujer a una doble victimización.

En la intervención sanitaria con hijas e hijos de mujeres en situaciones de violencia de género, los profesionales sanitarios del sistema sanitario público pueden ser requeridos como testigos o como peritos en relación a la detección, consecuencias para la salud o circunstancias sanitarias del caso. Al respecto conviene conocer que no procedería peritar como expertos en salud sobre la existencia del llamado Síndrome de Alienación Parental (SAP), puesto que no es aceptado por la comunidad científica como entidad clínica.

1.3. Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional

Es importante tener presente en la actuación sanitaria la legislación que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y la Ley de Protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

En todos los códigos deontológicos se recoge el secreto profesional como un derecho de las y los pacientes y un deber profesional, por lo que este compromiso es extensible a todo el equipo sanitario que participa o interviene en la atención: profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología, administración, personal celador.

El compromiso de confidencialidad implica:

- **El registro confidencial de la información.** Es muy importante que el personal sanitario sea consciente de la finalidad de la información que registra y valore cuidadosamente el contenido y la forma como quedará recogida en la historia clínica, así como quién tendrá acceso profesional a la misma (por ejemplo: garantizar que no aparezca el maltrato como antecedente en caso de emitirse un parte de interconsulta en papel).
- **Preservar la privacidad de los datos personales** que pudieran permitir la identificación y localización de las mujeres, poniendo en riesgo su seguridad. También el personal administrativo debe ser especialmente consciente de la necesidad de garantizar la confidencialidad de los datos identificativos. Conviene tener en cuenta que, en general, en medicina de familia y enfermería, el personal sanitario es el mismo para todos los miembros de la unidad familiar.
- Garantizar un **ambiente de intimidad** durante las entrevistas, sin la presencia de familiares u otras personas de su entorno, y en la realización de pruebas u otras intervenciones sanitarias.

- No compartir información sobre la mujer con miembros del equipo en espacios que no sean estrictamente profesionales.
- En caso de emitir un parte de lesiones, no adjuntar nunca la historia clínica y recoger en el informe médico la información estrictamente necesaria y relacionada con la historia de maltrato, siendo conscientes de que si se inicia un procedimiento judicial, la parte denunciada tendrá acceso a toda la información remitida.

1.4. Respetar la autonomía de la mujer

En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y potenciar la autonomía de la mujer. Para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y ser protagonistas de su propio proceso de recuperación, han de ser informadas de las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, de las consecuencias probables de actuar o no actuar, de los beneficios y riesgos esperados, también y además, como medida para garantizar su seguridad. Por otra parte, no podemos perder de vista la condición de sujetos de derecho de las mujeres reconocida en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, así como en la legislación sanitaria y especialmente en la Ley de Autonomía del Paciente.

También es importante recordar que es preciso solicitar su consentimiento para la realización de fotografías y para ser reconocida por el equipo forense.

2. OBJETIVOS Y ALCANCE

2.1. Objetivos

Fijar las pautas de actuación comunes para profesionales del ámbito sanitario que garanticen:

- La atención sanitaria adecuada a las mujeres que han sido víctimas de violencia.
- La aportación de las pruebas precisas para que el delito pueda ser perseguido y castigado.
- La atención social integral de las mujeres víctimas de violencia en coordinación con el resto de las administraciones y servicios implicados.

2.2. Población diana

La población diana del protocolo son las mujeres víctimas de violencia y sus hijas e hijos, según la definición de la ONU de 1993: **Violencia contra las mujeres es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño, sufrimiento físico, sexual, o psicológico para la mujer, así como las amenazas de**

tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada.

Esta definición es la recogida en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género aprobado por la Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el año 2012. Esta definición de la población diana incluye a la de la Ley integral: acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad, ejercida por quienes sean o hayan sido sus cónyuges o quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

2.3. Definición del caso

Se incluyen en este protocolo las mujeres que acuden a un centro sanitario con daños físicos o psíquicos en los que existe la constatación o sospecha fundada de que han sido causados por agresiones o abusos.

Incluye la atención a cualquier forma de violencia de género en mujeres con independencia de la relación con el agresor y los daños causados.

Excluye agresiones a niñas, que deben ser contempladas como maltrato infantil. El límite establecido, de 14 años, es el que corresponde al límite de la edad pediátrica, aunque es posible que a criterio profesional se encuentren excepciones que hayan sido identificadas individualmente, con independencia de este límite arbitrario.

2.4. Ámbito de actuación

El presente protocolo de atención sanitaria a mujeres víctimas de violencia es único para la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, y debe utilizarse, al menos, en atención primaria, atención hospitalaria, servicios de urgencias y servicios de salud mental, así como otros dispositivos públicos o privados donde profesionales sanitarios asistan a mujeres que sufren maltrato.

Este protocolo se aplica a mujeres que acuden a cualquier centro sanitario con daños físicos o psíquicos en los que se constate o exista una sospecha fundada de que han sido causados por agresión.

3. CRITERIOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN

La acogida de las mujeres que sufren violencia por parte de los servicios sanitarios ha de basarse en la escucha activa, ser abierta y acogedora y mostrar hacia ellas empatía, comprensión, aceptación, confianza y apoyo en la atención a sus problemas.

Se garantizará en todo momento la intimidad y la privacidad de la atención.

Durante la entrevista y exploración clínica se mantendrá la intimidad, evitando la presencia de personas allegadas, incluyendo la pareja, ya que en ocasiones la mujer acude acompañada por el agresor o por una persona cómplice (persona de la familia que encubre la situación).

Se invita a una mayor indagación profesional durante la entrevista clínica, que facilite a la víctima la expresión de sus sentimientos y emociones.

Se deberá informar permanentemente a la mujer de todas las exploraciones que se le van a realizar y de la finalidad de las mismas solicitando su consentimiento y aceptación y comentando en todo momento lo que se está haciendo.

En el caso de que la víctima sea menor de edad, deberá avisarse a los padres o madres antes de darle el alta. Si no colaborara para su localización, se le informará de que el juzgado citará a sus progenitores en el momento de recibir el parte.

Actitudes a evitar en la entrevista:

- Dar la impresión de que el problema tiene una fácil solución
- Dar falsas esperanzas
- Asumir actitudes paternalistas
- Crear sensación de culpabilidad en la mujer

Actitudes que ayudan cuando la mujer niega el maltrato:

- Dejar claro que el maltrato es un problema de salud y que se puede hablar de ello en la consulta
- Dejar la puerta abierta a futuras consultas
- Informar a la mujer de los recursos existentes

4. ACTUACIÓN INTEGRAL

4.1. DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Existen múltiples dificultades para reconocer la violencia de género, tanto por las mujeres que la sufren, como por parte de profesionales del sistema sanitario. Tienen que ver con factores sociales, como son los mitos y estereotipos creados por la cultura, con factores psicológicos como el temor a enfrentar los miedos y el dolor emocional y además, en profesionales, se puede sumar la falta de formación en esta materia.

Las dificultades son todavía mayores en el caso de mujeres con discapacidades que dependen de su pareja incluso para su cuidado, en el de mujeres inmigrantes en situación administrativa irregular o con barreras idiomáticas, o en caso de vivir en el medio rural, donde el acceso a los recursos y a la protección puede estar más limitado; también en las mujeres mayores de 65 años y especialmente las ancianas, en mujeres con enfermedad mental grave, en mujeres que ejercen la prostitución, mujeres drogodependientes y cualquier otra circunstancia que las coloque en situación de exclusión social.

POR PARTE DE LAS MUJERES

- 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.
- Estar viviendo una situación de especial vulnerabilidad.
- Ser dependiente económicamente. Estar fuera del mercado laboral.
- Sentimientos de vergüenza y humillación.
- Deseo de proteger a la pareja.
- Desconfianza en el sistema sanitario.
- Minimización de lo que le ocurre.
- Aislamiento y falta de apoyo familiar y social.
- Tener incorporados creencias y valores sexistas.
- Estar acostumbradas a ocultarlo.
- Percepción del maltrato como algo «normal» dentro de la relación.
- Bloqueo emocional por trauma físico y psíquico.

POR PARTE DE LOS HIJOS O HIJAS

- Considerar la violencia como una forma de conducta normalizada.
- Negar la violencia como mecanismo de defensa.
- Miedo a ser castigados/as o sufrir daños si cuentan la situación.
- Tener sentimiento de responsabilidad y culpa.
- El niño o niña viven un conflicto de lealtades entre su madre y su padre.
- Dificultad para exteriorizar sentimientos al ver a la madre cargada de dolor y angustiada.

POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
- Haber internalizado mitos y estereotipos sobre la violencia de género.
- No considerar la violencia como un problema de salud.
- Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia.
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- Intento de racionalización de la conducta del agresor.
- Miedo a ofender a la mujer, 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).
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.
- Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de violencia de género.
- Creer que la situación de maltrato, si no es directa, no está afectando a la salud de los menores.

EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA

- Falta de privacidad e intimidad, interrupciones durante la consulta.
- Sobrecarga asistencial.
- Acceso de la mujer a la consulta acompañada de su pareja.

EN EL ÁMBITO SANITARIO

- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos.
- Insuficiente trabajo interdisciplinar y de equipo.
- Insuficiente alcance de programas de formación en Violencia de Género, a la totalidad de profesionales de servicios sanitarios.
- Insuficiente desarrollo de mecanismos facilitadores del acceso a los cursos de formación sobre Violencia de Género al personal sanitario.
- Escasez de traductores/as y mediadores/as interculturales para facilitar la comunicación.

Mitos y estereotipos

La violencia de género está llena de mitos, estereotipos y prejuicios sobre los hombres que la ejercen, sobre las mujeres que la sufren y sobre el proceso en sí mismo. Son ideas preconcebidas y erróneas que han formado parte del imaginario social y de la cultura durante siglos, como creencias y explicaciones sobre los malos tratos que por lo general restan responsabilidad a los hombres y culpabilizan a las mujeres, predisponen negativamente a las y los profesionales ante las mujeres que sufren violencia e impiden actuar de forma efectiva, tanto en la detección precoz como en la intervención sociosanitaria.

En los últimos años, en gran medida a través de los programas de formación, cada vez más profesionales sanitarios identifican estos estereotipos y son conscientes, por ejemplo, de que los malos tratos se producen en todos los niveles socioeconómicos y culturales, que no existe un perfil de mujer maltratada o de hombre violento, por lo que cualquier mujer que acude a consulta, independientemente de su aspecto, su profesión, nivel de estudios o status socioeconómico, puede encontrarse en una relación de maltrato. Aún así, todavía siguen presentes algunas ideas erróneas, como que el embarazo es una etapa feliz, en la que no puede producirse violencia o que, incluso en una relación de maltrato, la violencia disminuye durante el embarazo. O como pensar que las hijas e hijos de mujeres en relaciones de violencia, al no estar presentes durante las agresiones o no sufrirlas directamente, no padecerán sus efectos.

Debido a la influencia de los estereotipos en la detección e intervención, es importante que el personal sanitario los conozca, se haga consciente de ellos y formen parte de los programas de formación.

Las mujeres víctimas de violencia que acuden a los servicios sanitarios presentan diferentes necesidades de atención, que deben identificarse para adecuar la atención integral a cada caso y circunstancias.

4.2 INDICADORES DE SOSPECHA Y SITUACIONES DE VULNERABILIDAD

Existen una serie de signos y síntomas que pueden hacer pensar que una mujer sufre violencia de género. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos.

4.2.1. Indicadores en los antecedentes y características de la mujer

1. Antecedentes de violencia:

- Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja.
- Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.

2. Antecedentes personales y de hábitos de vida

- Lesiones frecuentes.
- Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación.
- Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.

3. Problemas gineco-obstétricos

- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados)
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.
- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.
- Historia de abortos repetidos.
- Hijos con bajo peso al nacer.
- Retraso en la solicitud de atención prenatal.

4. Síntomas psicológicos

- Insomnio.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Intentos de suicidio.
- Baja autoestima.
- Agotamiento psíquico.
- Irritabilidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Labilidad emocional.

5. Aspectos Sociales

- Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.

6. Síntomas físicos frecuentes

- Cefalea.
- Cervicalgia.
- Dolor crónico en general.
- Mareos.
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal).
- Molestias pélvicas.
- Dificultades respiratorias.

7. Utilización de servicios sanitarios

- Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).
- Incumplimiento de citas o tratamientos.
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias.
- Frecuentes hospitalizaciones.
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.

8. Situaciones de mayor vulnerabilidad

Situaciones de cambio vital:

- Embarazo y puerperio.
- Noviazgo.
- Separación.
- Jubilación propia o de la pareja.

Situaciones que aumentan la vulnerabilidad:

- Tener hijas o hijos y personas dependientes a su cargo.
- Aislamiento tanto familiar como social.
- Migración, tanto interna o nacional como extranjera.
- Enfermedad discapacitante.
- Dependencia física o económica.
- Dificultades laborales y desempleo.
- Ausencia de habilidades sociales.
- Situaciones de exclusión social (prisión, prostitución, pobreza).
- Infección por el VIH.

9. Información de que la mujer está siendo víctima de malos tratos a través de:

- Familiares.
- Amistades.
- Profesionales del sistema sanitario u otras instituciones.

4.2.2. Indicadores de sospecha durante la consulta

1. Características de las lesiones

- 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, brazos o muslos.
- Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal).
- 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.

2. 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.

3. Actitud de la pareja

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

Durante el embarazo:

- Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- Consulta frecuente por disminución de la percepción del movimiento del bebé.
- Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada o minimización de su importancia.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Embarazo en la adolescencia.
- Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación para la maternidad y paternidad.
- Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.

Durante el puerperio:

- Desgarros y deshiscencia de la episiotomía.
- Mala o lenta recuperación post parto.
- Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales.
- Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.
- Depresión post parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé.
- Retraso en la visita neonatal.

Quando el personal sanitario sospecha que una mujer puede ser víctima de maltrato, se deberá intentar confirmar o descartar la situación de violencia. Para ello es preciso realizar una **entrevista clínica específica**. Se presentan algunas recomendaciones para crear un clima de confianza que la facilite.

4.2.3. Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer

4.2.3.1. Ante sospecha de maltrato

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. En el caso de que tenga hijos e hijas, velar para que no estén presentes en la entrevista.
- 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.

4.2.3.2. En caso de que reconozca sufrir malos tratos

- Hacer sentir a la mujer que NO es culpable de la violencia que sufre.
- Aceptar el relato de 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 recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- NO prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer, y cuando sean necesarios, hacerlo con estricto control médico.
- NO adoptar una actitud paternalista.
- NO imponer criterios o decisiones.

4.2.4. Ejemplos de preguntas generales que podrían utilizarse en la consulta, para la búsqueda activa de situaciones de maltrato en caso de 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 ó 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 eso 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 ó 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?

En el caso de sospecha en situaciones de especial vulnerabilidad:

- Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas o conflictos de pareja ¿se encuentra usted en esta situación? ¿cómo vive su pareja el embarazo? ¿se siente apoyada por él?
- Se ha visto que al estar lejos del país pueden aumentar los problemas en la pareja ¿cómo va su relación? ¿se siente sola?
- Se sabe que, en ocasiones cuando hay algún tipo de discapacidad se puede ver afectada la relación de pareja ¿cómo van las cosas en casa?

Asimismo, en la detección hay que tener presente especialmente las situaciones y contextos de vulnerabilidad:

- **Embarazo** Es importante que en el proceso de atención sanitaria, desde las fases iniciales del seguimiento del embarazo, se contemple esta posibilidad por parte del personal sanitario y, en caso de sospecha se aborde el problema garantizando la confidencialidad.
- **Discapacidad** Son más vulnerables a la Violencia de Género y otros tipos de violencia y habitualmente acuden a la consulta acompañadas por su pareja o acude únicamente él. Por ello, tanto en la consulta como en la atención en el domicilio, puede ser necesario tener un espacio de intimidad sin la presencia de su pareja y valorar la posibilidad de que esté sufriendo maltrato.
- **Mujeres mayores** Pueden ser víctimas de Violencia de Género y sin embargo no tenerlo identificado como tal; su tolerancia a estas situaciones puede ser alta al tener más asumida históricamente esta conducta tradicional sobre la mujer. En algunos casos, aun cuando son conscientes de la situación de maltrato que sufren, es mucho más difícil para ellas decidir cambios o la posibilidad de ruptura con la pareja.

- **Mujeres inmigrantes** Pueden estar en situación irregular administrativa y tener un temor especial a revelar su situación.
- **Medio rural** Donde puede existir menor accesibilidad a los recursos, mayor dificultad para la protección y más control social.
- **Infección por el VIH** Pueden tener un temor especial a que se haga público su estado serológico, ya que la infección por VIH continúa siendo una enfermedad estigmatizante, que provoca numerosas situaciones de discriminación en diferentes ámbitos. Este mismo estigma se superpone al relacionado con la violencia de género, lo que puede hacer más difícil su detección.

4.3. VALORACIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Una vez que la mujer reconoce estar en una situación de maltrato o presenta indicadores de sospecha, se debe proceder a realizar:

- Una valoración integral que incluya: exploración minuciosa de las lesiones, de su estado emocional y de su situación social, informándole de las exploraciones que se realizan y de su finalidad.
- Se evaluará si se encuentra en situación de peligro inminente.
- Se explorarán las expectativas de la mujer y la situación en la que se encuentra en relación a la toma de decisiones de cambios en su vida, aspectos que son muy importantes de cara a adaptar la intervención a la situación de la mujer.

La coordinación entre profesionales de los equipos de atención primaria con los hospitales, con los servicios sociales y los cuerpos de seguridad o justicia, es necesaria en el abordaje de cualquier caso de Violencia de Género, sobre todo en el caso de mujeres en situación de especial vulnerabilidad. Así por ejemplo, en el caso de mujeres embarazadas, el conjunto de profesionales de salud sexual y reproductiva en atención primaria ha de mantener en todo momento una comunicación fluida con los equipos profesionales de los servicios de ginecología y obstetricia en el ámbito hospitalario y otros agentes que pueden intervenir en la atención, seguimiento y recuperación de estas mujeres.

Se recomendará que acuda para seguimiento a su centro de salud, cuando la mujer hubiera sido atendida en un punto distinto al centro de salud que le corresponde, como por ejemplo en un servicio de urgencias.

El apoyo de mediadores o agentes comunitarios/as vinculados a las organizaciones no gubernamentales puede ser de gran utilidad en la actuación con las mujeres inmigrantes.

4.3.1. Tipos de Valoración

BIOPSIICOSOCIAL

- Lesiones y síntomas físicos.
- Situación emocional.
- Situación familiar.
- Situación económica, laboral y ocupacional.
- Red de apoyo social de la mujer.

DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA

- Tipo de violencia, desde cuándo la sufre, frecuencia e intensidad de la misma.
- Comportamientos de la persona agresora a nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares
- Mecanismo de afrontamiento desarrollado por la mujer.
- Fase del proceso de motivación para el cambio en la que se encuentra (Ver Tabla pág. 21).

DE LA SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DEL RIESGO

Determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo, entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas. Indicadores de peligro extremo. Esta valoración se hará conjuntamente con la mujer:

- Amenazas con armas o uso de las mismas.
- Amenazas o intentos de homicidio a ellas y sus hijos o hijas.
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.
- Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia.
- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
- Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Trastornos paranoides, celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene
- Aislamiento creciente.
- Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

Considerar la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de peligro extremo.

Criterio profesional tras la valoración conjunta (fundamentada en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada).

Si se detecta una situación de peligro preguntar:

- ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora?
- ¿Están sus hijos/as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor?
- ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?

4.3.2. 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?
- ¿Se niega a utilizar preservativo o le impide o controla el método anticonceptivo que usted desea utilizar?

Violencia psicológica

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a las hijas o hijos, a otras personas o a los animales domésticos?
- ¿La insulta, ridiculiza o menosprecia, a solas o delante de otras personas?
- ¿Se pone celoso sin motivo? ¿Le impide o dificulta ver a su familia o a sus amistades?
- ¿La culpa de todo lo que sucede?
- ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuenta de los gastos?
- ¿Le impide trabajar fuera de casa o estudiar?
- ¿La amenaza con quitarle a los hijos o hijas si le abandona?
- ¿Ignora sus sentimientos, su presencia, etc.?

Violencia Ambiental

- ¿Maltrata a las mascotas?
- ¿Da golpes en las paredes, puertas?
- ¿Destruye objetos queridos por usted?

Sobre la intensidad, frecuencia y ciclo de la violencia:

- ¿Desde cuando sufre esta situación?
- ¿Con que frecuencia se producen los episodios violentos?
- ¿Hay momentos en que el es cariñoso y la trata bien?
- ¿Después de una agresión le pide perdón, le hace un regalo, o se comporta como si nada hubiera pasado?
- ¿La intensidad, frecuencia, gravedad de la violencia ha ido aumentando en el tiempo?

En caso de que tenga hijos/as:

- ¿Suelen presenciar la violencia?
- ¿La violencia física, emocional o sexual también se dirige directamente hacia ellos/ellas?
- ¿Cómo cree que esta violencia les está afectando?

4.3.3. Valoración de la seguridad

Es preciso valorar, antes de que la mujer abandone el centro sanitario si existe riesgo de nuevas agresiones.

Para valorar el riesgo se explorará la sensación de seguridad que tiene la mujer, considerando que la situación es de riesgo si:

- Tiene miedo de regresar al domicilio.
- Ha sido amenazada de muerte, ella, sus hijas/hijos o personas a su cargo.
- Ha sido amenazada o agredida con armas, ella, sus hijas/hijos o personas a su cargo.
- Presenta heridas que manifiestan la violencia de las agresiones.
- No cuenta con apoyos sociales ni familiares a quienes acudir en el caso de sentirse amenazada.

En el caso de detectarse situación de riesgo para la víctima, se solicitará la presencia policial, bien directamente o a través del 112. La policía adoptará las medidas de protección adecuadas a la situación de riesgo que concurra en el supuesto concreto, según lo establecido en el Protocolo de Actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de Coordinación con los Órganos Judiciales para la Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica y de Género.

Si la víctima ya acude acompañada de las fuerzas y cuerpos de seguridad corresponderá a estos la identificación del riesgo.

4.4. INTERVENCIÓN INTEGRAL

La finalidad última de la intervención desde el sistema sanitario con las mujeres que viven en situaciones de violencia de género es la restitución de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.

El maltrato pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres y, en su caso, la de sus hijas e hijos y otras personas de su entorno, por lo que el personal sanitario tiene que tener en cuenta que entre sus tareas se encuentran la coordinación con otros sectores para su protección. La comunicación del maltrato a las autoridades judiciales mediante el parte de lesiones e informe médico, permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y además evita que el delito quede impune. Por el contrario, si no se emite un parte de lesiones en los casos necesarios, tal como se indica en los procesos de actuación que contempla este Protocolo, no estaremos atendiendo al principio de beneficencia.

La confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer no pone fin a la actuación del personal sanitario, sino que a partir de ese momento se debe desarrollar una importante labor de información a la mujer, de atención y trabajo en la consulta así como derivación cuando las características del caso lo requieran.

La respuesta de las mujeres ante una situación de violencia de género está condicionada por el grado y las características de la violencia, por el daño producido y el impacto en su salud, por los recursos psicosociales de los que dispone y los apoyos que tiene a su alcance, así como si tiene hijas e hijos y otras personas a su cargo. Es más frecuente el intento de abandono de la situación si las mujeres tienen autonomía económica, apoyo familiar y social y relaciones más igualitarias fuera del ámbito doméstico. Las mujeres que continúan en una relación donde hay maltrato, no lo hacen porque consientan o quieran, sino por otros muchos motivos psicológicos, culturales, de apoyo social, económicos, que les dificultan la ruptura con esta relación.

Es importante conocer el proceso interno por el que atraviesan las mujeres desde el momento en el que toman conciencia de su situación y se plantean iniciar un proceso de cambio, así como las pautas de actuación por parte del equipo de atención en cada una de estas etapas de cambio. Cabe resaltar que este proceso no es lineal, por lo que se pueden esperar tanto avances como retrocesos.

Asimismo, es fundamental comprender que es probable que algunas mujeres cuando llegan a la consulta ya hayan realizado un trabajo interno, incluso tomado decisiones, por lo que debemos prestar detenida atención al momento de cambio en el que se encuentra cada mujer, con el fin de no cometer errores en la intervención.

4.4.1. Planes de actuación sanitaria según el proceso de cambio y los niveles de riesgo para la mujer

La actuación del personal sanitario se orientará de forma diferenciada en función de la fase del cambio en la que se encuentra la mujer y del riesgo que corre.

EL PROCESO DE CAMBIO EN LAS MUJERES Y LA ACTUACIÓN PROFESIONAL	
FASES EN EL PROCESO DE CAMBIO DE LAS MUJERES.	ACTUACIÓN PROFESIONAL
Ausencia de conciencia de la situación de violencia o negación de la misma.	Relacionar su sintomatología con la situación de violencia. Ofrecer criterios para que pueda analizar lo que es maltrato y buen trato.
Empieza la toma de conciencia de la violencia que vive, pero no siente que la situación pueda cambiar o que ella pueda intervenir haciendo cambios.	Facilitar la expresión de emociones, miedos, expectativas, dificultades. Identificar apoyos y fortalezas. Analizar el ciclo de la violencia con ella.
Empieza a pensar que no puede seguir viviendo así, pero no sabe cómo cambiar. Analiza pros y contras para un cambio que no se plantea realizar todavía.	Apoyar cada iniciativa de cambio y establecer con ella el plan más adecuado para conseguirlo. Analizar sus dificultades. Motivarla para buscar otros apoyos profesionales y recursos como el trabajo grupal.
Inicia cambios en su vida y planes para la ruptura, aún en medio de sentimientos contradictorios como la autoconfianza, la culpa, el miedo a enfrentarse a lo desconocido.	Valorar sus progresos, reforzar sus decisiones, acompañándola con citas frecuentes, coordinación con otros recursos sociosanitarios.
El camino de salida de la violencia no es lineal, como todo proceso de cambio puede tener momentos de abandono y retrocesos hasta lograr consolidar y mantener su autodeterminación.	Ayudarla a entender que los retrocesos y las inseguridades forman parte del proceso. Analizar con ella los motivos y situaciones que la llevaron al retroceso.
Consolidado el proceso de cambio, se plantea nuevos proyectos de vida.	Potenciar su participación en actividades y redes sociales, en la creación de vínculos saludables, en el desarrollo de su autoestima y autoconfianza.

Así, se presentan las 3 situaciones posibles para las cuales habrá que plantear pautas de actuación diferentes:

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.

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

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada incluida la valoración de vulnerabilidad y riesgo.
- Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra.
- Trabajo en la consulta – seguimiento:
 - Establecer una relación de confianza.
 - Trabajar con la mujer la toma de conciencia acerca de las relaciones de maltrato y el impacto en su salud.
 - Atención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Planificar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
 - Proponer, si existe la posibilidad y se considera adecuado, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).

4. 4. 1. 2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo

- Registrar en la historia clínica, incluyendo la valoración de la vulnerabilidad y el riesgo.
- Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación en la que se encuentra.
- Trabajo en la consulta - seguimiento:
 - Trabajar con la mujer la toma de conciencia del impacto en la salud de la relación de maltrato que está viviendo.
 - Mención integral/interdisciplinar de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema

- Establecer un plan de consultas de seguimiento para:
 - Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación.
 - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación.
 - Prevenir nuevas situaciones de violencia.
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro ú otros recursos de la zona).
- Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer):
 - Al personal de trabajo social del centro sanitario.
 - A los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer.
- Emitir parte de lesiones cuando proceda.
- En aquellos casos en que la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos ó psíquicos (no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones), se recomienda comunicar a la Fiscalía dicha situación, tal como establece el precepto legal. La Fiscalía decidirá en base a los indicios que se puedan aportar ó ampliar, cual es la situación procesal adecuada
- Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera.

4. 4. 1. 3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo

- Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas en función de la situación de riesgo físico o psíquico, suicidio, etc. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta.
- Informar a la mujer de la valoración que hace el/la profesional de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola.
- Emitir el parte de lesiones e informe médico, y remitirlo al juez con carácter inmediato (FAX, Email) entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.
- Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas, teléfono 112 (Emergencias), centros asesores de la mujer, Guardia Civil (EMUME), Policía Nacional (SAF) en su caso, actuar siguiendo el protocolo de coordinación interdepartamental.

No obstante lo descrito hasta aquí, ante cualquier actuación sanitaria en casos de Violencia de Género, es importante recordar siempre:

- Registrar en la historia clínica la sospecha y las actuaciones realizadas. Puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
- Informar a la mujer del plan de actuación sanitaria y de las posibles consecuencias de las medidas que se van a tomar.

- Informarle acerca de sus derechos y de los recursos con los que puede contar.
- No verificar el testimonio de la mujer hablando con su agresor.
- Siempre que se emita un parte de lesiones, previamente hay que valorar la seguridad de la mujer y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo.
- Leer siempre a la mujer el parte de lesiones emitido.
- Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia o personas allegadas.
- Si hay hijos o hijas a su cargo, ponerse en contacto con pediatría para valorar el alcance del maltrato.
- Es necesario tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad.
- No recomendar nunca terapia de pareja o mediación familiar.
- Mantener estrecha coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios.
- Es necesario que las personas profesionales de salud realicen sus propios procesos y la formación sea también vivencial, tomando conciencia de sus propias actitudes, estereotipos, procesos personales, modos de relación, conflictos y del impacto de los mandatos patriarcales en sus vidas.
- Promover en las mujeres su participación en grupos terapéuticos y/o de desarrollo personal, tanto en los centros de salud como en los servicios especializados.

4.4.2. Detección y valoración en hijas e hijos

Las y los profesionales de pediatría juegan un importante papel en la detección, atención y prevención ante situaciones de violencia de género.

Cuando una mujer esté viviendo una relación de maltrato, y en el caso de que tenga hijas e hijos en edad de asistencia pediátrica, es importante la coordinación de medicina de familia con pediatría para que realice una valoración de la repercusión de esta situación en los hijos e hijas expuestos a la misma.

Asimismo, en la atención sanitaria a niñas y niños, la sospecha de que la problemática de salud que presentan puede ser consecuencia de estar expuestos/as a la violencia de género, posibilitará también la detección y la intervención con las mujeres en relaciones de maltrato.

La intervención de profesionales de trabajo social del centro de salud puede ser de gran ayuda para la valoración psicosocial y, en caso necesario, se puede solicitar la colaboración de otros profesionales, como equipos de salud mental infanto-juvenil, equipos de atención psicológica a menores de los servicios sociales, y equipos de atención psicopedagógica del sistema educativo.

4.4.3. Salud Mental. Atención Psicosocial

La atención psicológica especializada, forma parte de la cartera de servicios del SNS y se presta de manera efectiva a través de la red de servicios de Salud Mental.

Para la atención psicosocial a las víctimas de violencia de género existen profesionales de referencia designados en todas las Áreas Sanitarias con el fin de garantizar la proximidad del servicio y la asistencia psicológica con una adecuada especialización.

Los Servicios de Salud Mental dispondrán de los formularios de evaluación y registro de información incorporados en la Historia Clínica electrónica. Deberán estar definidos los criterios de seguridad de datos, acceso de los diferentes niveles profesionales y otras características de garantía de confidencialidad, así como los consentimientos informados que sean precisos. El seguimiento de las actuaciones puestas en marcha desde los servicios contarán con un plan de seguimiento y evaluación periódica.

El procedimiento específico para la atención a víctimas de violencia de género será implantado e informado en todos los equipos de Salud Mental a través de las Direcciones de las Áreas de Gestión Clínica. Las Direcciones de cada Área Sanitaria establecerán los mecanismos de coordinación de Salud Mental y Atención Primaria de Salud para la atención a víctimas de violencia de género, en el marco de las previsiones de este Protocolo.

El procedimiento contemplará en cada área las relaciones de cooperación necesarias con los recursos sociales y de rehabilitación psicosocial disponibles.

Se establecerán asimismo los mecanismos necesarios para facilitar el acceso ambulatorio de las mujeres víctimas de violencia de género.

4.5. OBLIGACIONES LEGALES

4.5.1. Obligaciones del personal sanitario

En la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres *«por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia»* tiene la consideración de delito en los términos previstos en el Código Penal.

En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo según dispone la Ley de Enjuiciamiento Criminal en su artículo 262:

El artículo 355 de esta Ley menciona de modo explícito la obligación de las y los profesionales de la medicina:

También el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en su Anexo II, apartado 6.6.3. y en el Anexo IV, apartado 2.8, recoge como una función del personal sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género.

En caso de sospecha de maltrato ejercida por parte de la pareja o ex pareja, se comunicará al juzgado de guardia mediante el parte de lesiones o informe médico. La información del hecho a las autoridades judiciales permite prevenir situaciones de riesgo vital y poner en marcha las medidas dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune.

En la Ley Orgánica estatal se articula un conjunto de medidas para proporcionar una respuesta global a la violencia ejercida sobre las mujeres por parte de su pareja o ex pareja, abarcando aspectos de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, social, asistencial y de atención, así como normas procesales, penales y civiles.

A su vez, la mayoría de Comunidades Autónomas han desarrollado sus propias legislaciones en materia de violencia de género.

En nuestro ámbito de salud, otras formas y manifestaciones de la violencia contra las mujeres pueden llegar a la consulta sanitaria, como la mutilación genital femenina, las agresiones y abusos sexuales, el acoso sexual en el ámbito laboral o, la trata con fines de explotación sexual, que si bien son consideradas delito en nuestro ordenamiento jurídico, se encuentran reguladas en el Código Penal y en La Ley de Enjuiciamiento Criminal.

En el caso de otras situaciones de violencia hacia la mujer no cometidas por su pareja o ex pareja, se emitirá también el parte de lesiones, pero no bajo el epígrafe de violencia de género, y se enviará también al juzgado de guardia.

4.5.2. La función pública y profesional de las/los sanitarios. Dilemas

Una de las situaciones de mayor dificultad y conflicto a la que se enfrentan las y los profesionales sanitarios derivan de la interpretación de las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario.

Esto ocurre especialmente **cuando las mujeres manifiestan el deseo de no denunciar**, por lo que los sanitarios se ven ante la disyuntiva de cumplir con lo que sienten como un deber público a que la ley obliga y el respeto a la autonomía de las mujeres y a sus decisiones, así como su derecho a la confidencialidad. **Emitir un parte de lesiones sin el consentimiento de la mujer** sitúa a los y las profesionales ante un conflicto ético cuando, en el cumplimiento de sus obligaciones públicas, consideran estar violando el secreto profesional y la posible pérdida de confianza de la paciente.

La ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la **confidencialidad no es una obligación absoluta** y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial. Existe deber general de denuncia previsto en el párrafo 1 del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal ejercitable conforme al artículo 544 ter de dicha Ley (ante el juez de guardia o el Ministerio Fiscal): *«Sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de esta Ley las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de los hechos mencionados en el apartado anterior (delitos contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2, del Código Penal) deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez de Guardia, o del Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la Orden de Protección.»*

No se está amparado por el secreto profesional al estar específicamente excluida tal posibilidad por desarrollo legal específico como así apuntan los art. 2 y 8 de la LO 1/82 de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen en relación con lo previsto en la Ley de Protección de Datos, al ser precepto expresamente regulado en disposición legal específica (L.E.CR.)

Teniendo en cuenta que cada caso es singular y que se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación en que se encuentra cada mujer, se recomienda seguir las actuaciones que se han expuesto en los capítulos correspondientes.

El personal sanitario, en ocasiones, puede tener dudas sobre la veracidad del relato, temiendo poner en marcha el mecanismo judicial cuando sólo hay sospechas. En este caso pueden comunicarlo al Ministerio fiscal.

Es importante saber que el sistema judicial garantiza el no enjuiciamiento de las y los profesionales por emitir un parte de lesiones y pueden ser llamados a declarar únicamente en calidad de testigos o peritos.

Algunos/as profesionales pueden tener temor a las represalias del supuesto agresor tanto por ser acusados/as de calumnias en vía judicial, como por la posibilidad de sufrir represalias

físicas o de otro tipo (ciberacoso, amenazas a través de medios electrónicos). Esto se observa más en profesionales de atención primaria, ya que en muchos casos es el mismo profesional el que atiende a la mujer y al agresor, lo que posibilita su identificación.

En caso necesario, existe la posibilidad de activar mecanismos de protección de testigos, como por ejemplo prestar declaración detrás de un biombo sin ser visto por el presunto agresor (Ley Orgánica 19/1994 de Protección a Testigos y Peritos en causas criminales).

1.1.1 El apoyo de la Fiscalía

Según establece la Ley de Enjuiciamiento criminal, la Fiscalía podrá, con carácter previo a la acción judicial, ordenar la realización de diligencias preprocesales para recabar más datos e información acerca de los hechos denunciados.

La comunicación a la Fiscalía desde los servicios sanitarios puede ser un recurso útil para las y los profesionales en aquellos casos en que no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones, existiendo evidencias, la mujer no reconoce el maltrato o se niega a denunciar y el personal sanitario tenga sospechas de un caso de violencia de género, pero no certeza suficiente como para emitir un parte de lesiones.

Más adelante se presenta un modelo tipo con datos básicos que podría contener la comunicación a la Fiscalía.

4.5.2.1. Parte de lesiones e informe médico

El parte de lesiones es un **documento sanitario** mediante el que se traslada a la autoridad judicial lo que el saber profesional ha permitido conocer. Su finalidad es poner en conocimiento la posible existencia de una agresión real o potencial, pero **no es una denuncia**.

La importancia de la emisión del parte de lesiones radica en que, a veces, es el único instrumento con el que cuentan los juzgados, la única prueba de un posible delito, ya que hay lesiones que con el tiempo desaparecen. Servirá también para avalar la declaración realizada por la mujer y sobre todo para activar medidas de protección.

4.5.2.2. Recomendaciones para la cumplimentación del parte de lesiones

El parte de lesiones e informe médico deberán ser cumplimentados por el personal facultativo responsable de la asistencia, siguiendo las recomendaciones que se señalan más adelante y con remisión obligatoria al Juzgado de Guardia.

Es importante tomarse el tiempo necesario para su cumplimentación. En caso de que el modelo de parte de lesiones todavía no esté informatizado, se debe cumplimentar con letra clara, legible y sin tachaduras (pueden interpretarse como manipulación). En ocasiones, la ilegibilidad de los partes impide conocer el alcance exacto de las lesiones, de las exploraciones complementarias y otros datos de interés, y en consecuencia, de la gravedad de la agresión. Ello dificulta la posterior evaluación pericial por parte del médico/a forense y también la valoración por parte del juez/a. Es recomendable conocer bien el Parte de Lesiones y, como ante cualquier otra intervención sanitaria, adiestrarse en su cumplimentación antes de que se presente algún caso y no rellenar de forma irreflexiva y casi automática la información que se solicita.

Es necesario cuidar el lenguaje que utilizamos en el parte de lesiones. No deben usarse los términos víctima ni agresor, sino paciente y presunto agresor. Sí es muy importante detallar el parentesco del presunto agresor con la mujer, porque el proceso judicial que se desencadene no será el mismo. Identificar los casos de violencia de género dentro del ámbito competencial de la Ley Orgánica 1/2004, facilita que el Decanato de los juzgados tenga conocimiento de que ha de tramitar la causa a un juzgado con competencias en violencia de género. De otro modo, se podría remitir a un Juzgado sin competencias en esta materia, que tendría que inhibirse, retrasando la tramitación en perjuicio de la mujer.

Es relevante reflejar los antecedentes médicos que pudieran estar relacionados con el maltrato con el fin de dar la visión cronológica de la historia de violencia y la posible existencia de maltrato habitual, relacionando los datos recogidos con la Historia Clínica. La historia clínica no debe ser adjuntada con el parte de lesiones en el momento de su remisión inicial al Juzgado de Guardia. Toda la documentación que llega al juzgado, incluida la información clínica, va a ser incorporada al expediente judicial y conocida también por la parte demandada, por la Fiscalía y el personal funcionario.

En caso de que sea el juzgado quien reclame la Historia Clínica, hay obligación de remitirla.

El modelo de parte de lesiones e informe médico, estará disponible en todos los centros sanitarios. Una vez confeccionado, se entregará un ejemplar:

- **A la persona interesada** siempre que no comprometa su seguridad (puede venir acompañada por el presunto agresor o puede que al llegar a casa el agresor descubra la copia). En tal caso, se le puede indicar que si teme llevar la copia consigo, se puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza.
- **Al Juzgado de Guardia por correo.** En los casos en que exista urgencia en la notificación se realizará vía fax o en formato electrónico (hay CCAA que ya tienen informatizado su envío o que lo están haciendo). Asimismo, en algunos municipios que disponen de protocolos de coordinación interinstitucional, es la policía local la

que se encarga del traslado del parte de lesiones, así como del acompañamiento de las mujeres en caso de que formulen denuncia.

- **Se archivará en la historia clínica** de la mujer en el centro sanitario donde se la atendió, por lo que es muy importante la confidencialidad de los datos
- En Asturias se enviará una copia al registro VIMPA específico para el registro de casos de violencia de género atendidas por los servicios sanitarios frl principado de Asturias (SESPA).

La información que se ha de recoger está incluida en el parte de lesiones que se reproduce más adelante. Esta información contendrá al menos los datos del agresor, los de filiación de la mujer, los hechos que motivan la asistencia, los de fecha y lugar de la agresión, la existencia de menores y otros antecedentes. Habrá que reflejar también los planes de derivación al alta y de seguimiento de la paciente.

4.5.2.3. Itinerario que sigue el parte de lesiones

Una vez cumplimentado el Parte de Lesiones, debe salir con urgencia por la vía más rápida posible para ser presentado en el Juzgado de Guardia. Su envío no se puede demorar. Por ello, es importante sistematizar las vías de remisión del Parte de Lesiones, dejando claro qué profesional debe encargarse en la práctica de enviarlo (médico/a, personal administrativo, enfermería, etc.) y a través de qué medio debe ser remitido (fax, correo electrónico, correo postal, policía).

El envío del parte de lesiones a la autoridad judicial supone, generalmente, su registro de entrada y remisión al Decanato de los Juzgados. Una vez tiene lugar el registro de entrada del parte de lesiones en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma (vecindad, amistad).

En el Decanato se determinará cual será el Juzgado que conocerá del asunto teniendo en cuenta, en primer lugar, la clase de Juzgado competente de acuerdo con la legislación vigente. En segundo lugar, y si en ese partido judicial existe más de uno de la misma clase, conocerá aquel al que le corresponda de acuerdo con la aplicación de unas normas de reparto que son previamente aprobadas por la Junta de Jueces de cada partido judicial.

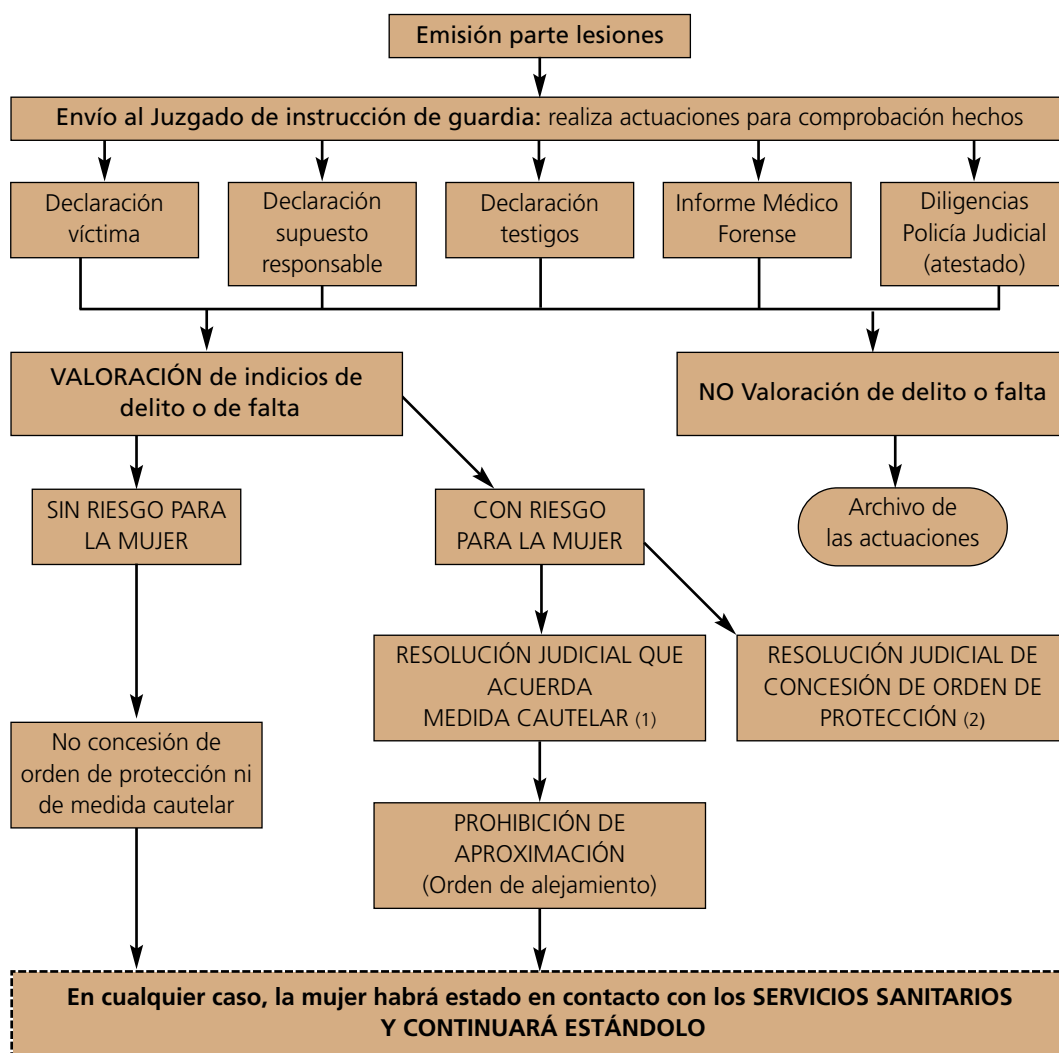
ES IMPORTANTE RESALTAR QUE:

- El parte de lesiones, y/o en su caso, el informe médico que se adjunte al mismo, debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva.

SIEMPRE SE DEBE INFORMAR A LA MUJER DE:

- Los pasos que sigue el parte de lesiones y las consecuencias que se derivan del mismo.
- Que en el caso en que se hubiera solicitado una orden de protección, el juzgado de guardia puede convocarla a una audiencia urgente, que se celebrará en un periodo máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud, tras la cual, el órgano judicial resolverá si concede la orden de protección.
- Que el presunto agresor también será llamado a declarar y, en caso de peligro, puede ser detenido para ser trasladado ante el/la juez/a.
- Si la mujer no declara o no confirma los hechos relatados en el parte de lesiones, el juez puede archivar la causa o puede instruir el procedimiento más oportuno en su caso si hay sospechas consistentes de Violencia de Género y hay ocultación por la mujer por miedo u otras causas.
- Si los confirma, el juzgado puede ordenar la continuación del procedimiento y acordar en su caso una orden de protección con medidas penales y civiles, pudiendo llegar a celebrarse juicio y dictarse sentencia.

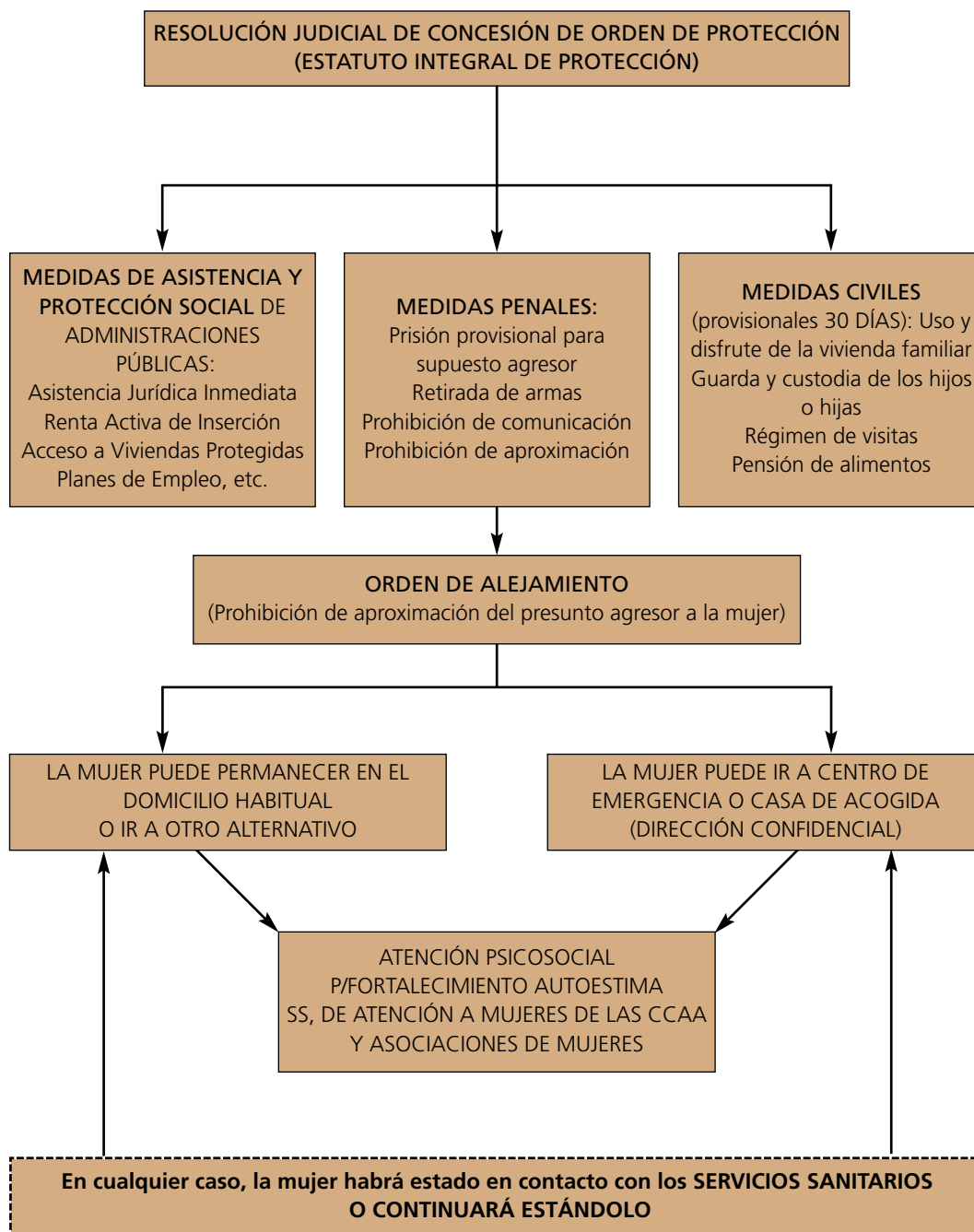
A continuación se presentan dos esquemas en los que se describen las diferentes posibilidades derivadas de las decisiones judiciales a partir de la emisión del parte de lesiones sanitario. Es importante conocerlas ya que las mujeres continuarán manteniendo relación con el ámbito sanitario, ya sea el habitual u otro alternativo a causa de un traslado de domicilio.



(1) A veces, la resolución judicial que acuerda una medida cautelar permite el acceso a algunas medidas de asistencia y protección social establecidas por las Administraciones Públicas

(2) Con carácter general, además de la Orden de Protección, se admite como título acreditativo como víctima de VG y para acceder a los derechos reconocidos en la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, el informe del Ministerio Fiscal que indique la existencia de indicios de violencia de género

Medidas derivadas de la concesión de una Orden de Protección:



4.5.3. Derechos que la legislación reconoce a las mujeres en situaciones de violencia de género

En su Título II, la Ley Orgánica 1/2004 reconoce los siguientes **derechos a todas las mujeres víctimas de violencia de género** infringida por sus cónyuges o ex cónyuges de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia, con independencia de su origen, religión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social y, en su caso, a sus hijas e hijos y personas dependientes a su cargo:

- Derecho a una atención especializada y adecuada a sus necesidades, a servicios sociales de atención, emergencia, apoyo, acogida y recuperación integral. La atención multidisciplinar implicará: información sobre sus derechos y los recursos, atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de los derechos.
- Derecho a protección y seguridad, a solicitar una orden de protección, a la defensa jurídica, inmediata y especializada y, en su caso, gratuita.
- Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social, derechos sociales y económicos, apoyo a la formación e inserción laboral.
- Derecho, como colectivo prioritario, al acceso a la vivienda protegida y residencias públicas para mayores.

Desde el sistema sanitario debemos asegurarnos que las mujeres van a disponer de la información relativa a sus derechos, en formato accesible y comprensible, con traducción al lenguaje de signos, en su caso, o en las diferentes lenguas para mujeres procedentes de otros países.

En cuanto a la atención de las hijas e hijos de las mujeres en situaciones de violencia de género, es necesario tener en cuenta en las actuaciones sanitarias la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (Ley Orgánica 1/1996, de 15 enero, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Asimismo, es importante conocer que la Ley Orgánica 10/2011, de 27 de julio, modifica los artículos 31 bis y 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, y contempla la concesión automática, ya no potestativa, de la autorización provisional de residencia y trabajo a las mujeres extranjeras en situación administrativa irregular que denuncien por maltrato, y hayan obtenido una orden de protección o se haya emitido informe del Ministerio Fiscal en el que se aprecie la existencia de indicios de violencia de género, y hace extensivo este derecho a sus hijos e hijas hasta que se emita la resolución judicial relativa a la denuncia que se haya interpuesto. Esta Ley Orgánica también amplía los derechos de protección de las mujeres víctimas de trata a sus hijos e hijas y otras personas que mantengan vínculos familiares o de cualquier otra índole con ellas.

4.6. INFORMACIÓN Y ASISTENCIA JURÍDICA

Debe informarse a la mujer de la importancia de realizar la denuncia. Siempre se debe tener presente que la violencia contra las mujeres está tipificada en el código penal como delito.

Deberá explicarse a la víctima que, aunque no desee presentar denuncia, es obligatorio para el personal sanitario remitir parte / informe al juzgado en caso de sospecha de violencia. Este parte es independiente de la decisión de la mujer de presentar denuncia, aunque constituye un documento de apoyo a la acción judicial cuando la presente.

El asesoramiento jurídico y el acceso a los servicios existentes es fundamental para el inicio de la recuperación de la mujer

Antes de dar de alta a la víctima, recibirá información sobre el centro asesor de la mujer que le corresponde según su domicilio. En el centro asesor de la mujer recibirá el asesoramiento jurídico e información de los recursos existentes para garantizar su seguridad y para poner a su disposición una atención integral que facilite su recuperación.

Con la finalidad de que la víctima cuente con asesoramiento jurídico previo a su citación por el juzgado, se remitirá al centro asesor correspondiente al domicilio de la misma notificación, mediante fax, de la existencia de un parte de lesiones, junto con la información necesaria para que pueda concertarse una cita de forma urgente. A tal fin existirá un anexo al parte / informe que debe remitirse al centro asesor de la mujer de su zona, en el que constará nombre, teléfono y horario de contacto que la mujer facilite.

Anexo al parte / informe de lesiones para informar al centro asesor de la mujer de forma que éste pueda concertar una cita con la mujer, previa a la citación por el juzgado.

Modelo de comunicación al centro Asesor de la Mujer

CENTRO ASESOR DE LA MUJER DE

El díaa lashoras, se ha atendido a
Dª

emitiéndose un parte / informe al Juzgado de.....

Teléfono/s de contacto de la mujer:

Horario de contacto:

Remitir por Fax al CAM de

Número Fax:

Firma del profesional

El artículo 32.4 de la Ley establece que debe ponerse especial atención a la situación de vulnerabilidad en el caso de mujeres inmigrantes, con discapacidad, pertenecientes a minorías étnicas y en situación de exclusión social.

Para los casos en los que se identifique una situación de especial vulnerabilidad, que determine que pueda haber mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en la Ley, las mujeres deben acudir a la unidad de trabajo social del centro, para lo que se tramitará una cita lo antes posible.

CENTROS ASESORES DE LA MUJER EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DIRECCIONES Y TELÉFONOS DISPONIBLES EN:

<http://institutoasturianodelamujer.com/iam/servicios-2/centros-asesores-de-la-mujer/>

4.6.1. Registro de las actuaciones

Las actuaciones realizadas y las incidencias relacionadas con la atención deberán quedar recogidas en la historia clínica.

En atención primaria deberán utilizarse los códigos Z12 y/o Z25 (de la CIAP-2) para registrar el motivo de consulta de este episodio. En salud mental se utilizarán los códigos Y07 y/o Y05 de la CIE-10, y en urgencias hospitalarias se incluirá una referencia a la violencia en el motivo de consulta, ya que este se registra como literal.

El diagnóstico de violencia en el registro del episodio de atención es fundamental para la identificación de los casos.

Tanto la historia clínica de atención primaria como la de hospital cuentan con protocolo y formulario específico para registrar esta situación.

4.6.2. Registro de atención sanitaria en violencia contra las mujeres del Principado de Asturias (VIMPA)

EL Servicio de Salud del Principado de Asturias se dispone de un Registro Sanitario de Casos de Violencia contra las Mujeres que elabora los informes anuales, además de servir de fuente para investigaciones ad hoc.

Para mejorar la declaración al registro y asegurar la exhaustividad se nombrará una persona responsable en cada área sanitaria, que se encargará de recoger, enviar las copias correspondientes al registro y verificar el correcto cumplimiento de los datos de identificación.

El parte / informe al juzgado consta de cuatro hojas autocopiativas: el ejemplar para el juzgado, el ejemplar para la mujer, por último el ejemplar para el registro y el ejemplar para la historia clínica. En el sistema de información OMI AP solo se deben imprimir los tres primeros.

Todas las hojas deberán llevar la firma del facultativo y el sello del centro sanitario.

ELEMENTOS DEL PARTE/INFORME

CENTRO SANITARIO..... ÁREA SANITARIA.....
Nº HISTORIA CLÍNICA.....

DATOS DEL/LA PROFESIONAL

D./Dña , con
Nº Colegio Profesional/CIPSA con ejercicio profesional en el centro:
..... domiciliado en la C/.....

DATOS DE LA MUJER

Participa que Dª
con Nacionalidad DNI/NIE/PASAP..... nacida
en..... el/...../..... Edad..... domiciliada en la localidad
de C/..... nº.....
C.P..... y teléf. con trabajo remunerado SI NO ha sido
atendida a las h. del día/...../.....

DATOS DEL PRESUNTO AGRESOR

Ha sido agredida por: D.....
con domicilio en la localidad de.....
de..... C/..... Nº C.P..... y
tfno.:
Relación de parentesco/vínculo con la mujer:
(Marido – Exmarido, Pareja – Expareja, Novio – Exnovio, Padre, Hijo, Hermano, Otro familiar,
Conocido no familiar, Desconocido, Compañero de trabajo)

DATOS DEL/LA ACOMPAÑANTE

Acude acompañada por D./Dª
con domicilio en la localidad de C/.....
..... nº C.P..... y teléf.
Tipo de acompañante:
Cuerpos de seguridad Familiares Otros agentes sociales Otros:

Le remite el presente informe por presunta agresión.

I. HISTORIA DE LA AGRESIÓN

EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA:

Tipo de agresión: Física ☐ Psicológica ☐ Sexual ☐

Lugar, día y hora de la agresión:

Actuaciones previas que pudieran eliminar pruebas:

ANTECEDENTES DE MALTRATO:

Agresión única Agresiones repetidas Número de agresiones previas:

Inicio del maltrato: < 1 año:.....meses.....; > 1 año:.....años.....

Secuelas de maltratos anteriores (depresión, intento de suicidio, uso de medicamentos ...)

OTROS DATOS RELATIVOS A LA MUJER:

Si tiene alguna discapacidad, tipo y grado:

Si tiene hijas o hijos a cargo, cuantos y edades:

Embarazo:

Si tiene personas dependientes a cargo:

Otras situaciones especiales de riesgo, especificar:

ESTADO EMOCIONAL:

(Crisis de ansiedad, llanto, estado sereno, agitación, estupor, temblor, miedo, apatía, confusión, nerviosismo ...)

EXPLORACIÓN:

General: Tipo de lesiones (contusiones, erosiones, quemaduras...) Características de las lesiones (posible fecha de las lesiones, tamaño, localización, coexistencia de lesiones de antigüedad diferente...) Exploración por aparatos (si procede).

Ginecológica:

Pruebas complementarias (Rx, analítica, consulta especialista...)

DIAGNÓSTICOS:

II. ACTUACIÓN INTEGRAL

PRONÓSTICO CLÍNICO:

Leve ☐

Menos grave ☐

Grave ☐

Muy grave ☐

PLAN DE ACTUACIÓN

Tratamiento:

Revisiones:

Ingreso hospitalario:

Urgencias hospitalarias:

DERIVACIONES A OTROS AGENTES:

Centro asesor de la mujer.....

Trabajo social del mismo centro.....

Se solicita asistencia policial.....

Se solicita asistencia forense.....

Fdo.:

ILMO. SR. JUEZ o ILMA. SRA. JUEZA DEL JUZGADO DE.....

La hoja del parte / informe para el registro se debe remitir en sobre cerrado con la inscripción **CONFIDENCIAL** a:

Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa)
Registro VIMPA
A/A
Coordinación Asistencial y Cuidados
Plaza del Carbayón 1 y 2, 2ª planta
33001 Oviedo

EL ejemplar para el juzgado se remitirá al juzgado de guardia correspondiente al domicilio del centro sanitario.

4.7. Protocolo de Agresión Sexual

En los casos de agresión sexual la exploración ginecológica debería ser realizada simultáneamente por el personal sanitario forense y el de ginecología en el momento en que la paciente acude al centro sanitario. Para ello, el centro sanitario y/o el ginecólogo o ginecóloga debe solicitar al juzgado de guardia la presencia del personal forense e informar de la situación, para coordinarse y asistir conjuntamente a la paciente. La función del ginecólogo o ginecóloga será la atención propiamente sanitaria que precise la paciente, como es la exploración ginecológica y el tratamiento de las lesiones que pudieran existir (sutura, curas, etc.) así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del embarazo. El personal forense, con la ayuda del de ginecología si lo requiere, tendrá la responsabilidad de obtener las pruebas médico-legales que considere oportunas e indicará cómo desea que se conserven las muestras. La coordinación de profesionales de ambos ámbitos es fundamental para la atención integral a las víctimas.

En caso de que la agresión sexual sea recibida en atención primaria será derivada al servicio de ginecología correspondiente, una vez cumplimentado el parte / informe.

La violencia sexual contra las mujeres puede ser ejercida por su pareja o por otros hombres. En general las mujeres consultan cuando el agresor no es la pareja, siendo poco frecuente que lo hagan por agresión sexual dentro de la pareja. Es en estos casos cuando la violencia sexual suele permanecer oculta, y resulta difícil detectarla.

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, sin que medien lavados ni cambios de ropa. En caso de una felación forzada, es importante en la medida de lo posible, evitar la toma de líquidos o

alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital. Cuando la atención se preste lejos de un hospital (centro rural) la mujer puede exigir lavarse la boca. En ese caso, puede hacerse toma bucal con un hisopo estéril en seco (2 muestras) y posteriormente recogida del enjuague bucal con suero fisiológico en tubo estéril para análisis. Si se hace este procedimiento debe realizarse ante un testigo y luego proceder al cierre seguro del tubo y rotulación, asegurando la custodia de las muestras por el profesional hasta la entrega al forense.

Es necesario propiciar un trato comprensivo hacia la mujer, creando un ambiente que facilite la comunicación, la confidencialidad así como la mayor intimidad posible, debiendo recoger la información con el mayor tacto, sensibilidad y cuidado del lenguaje, no forzando a la mujer a responder si no lo desea. Si la víctima lo desea, puede estar presente alguien de su confianza.

Es preciso informar 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 necesario.

En esta cuestión resulta evidente que deben reducirse al menor número posible los impactos psíquicos que sufra la mujer tras la agresión. Por eso no sólo está justificado, sino que es recomendable, que la evaluación ginecológica y la médico forense se realicen en un solo acto, con independencia entre las actuaciones sanitarias y las periciales, pero procurando que no se precisen nuevos reconocimientos. Por ello, y por no existir impedimento legal ni ético –más bien al contrario– para que los reconocimientos en casos de agresiones sexuales se realicen de manera simultánea y coordinada, es necesaria la comunicación inmediata a través del teléfono con el Juzgado de Guardia, que acordará la asistencia del médico forense ó encomendará al médico de guardia la recogida de muestras de interés legal*.

* Para proceder penalmente por los delitos de agresiones sexuales será precisa la denuncia de la persona agraviada, de su representante legal ó querrela del Ministerio Fiscal (cuando la víctima sea menor de edad, incapaz ó una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal). 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 en el que disponer de medidas de investigación y aseguramiento necesarias por si el resto de los legitimados, o la propia mujer en el futuro, quisieran ejercer la acción penal.

A continuación, se reflejan las actuaciones generales dependientes de cada profesional en estos casos:

4.7.1. Actuaciones desde la medicina clínica:

- Recogida inicial de datos, anamnesis y antecedentes personales.
- Solicitar la actuación de la medicina forense, a través del juzgado de guardia, y colaborar en su trabajo.
- Valoración del estado general físico y psíquico.
- Exploración física.
- Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmisión sexual. Puede ser necesaria la toma de muestras de la cavidad anal o bucal en función del tipo de agresión sufrida.
- Petición de analítica sanguínea.
- Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas.
- Asistencia psicológica.
- Prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluida la profilaxis post-exposición frente al VIH.
- Profilaxis del embarazo.
- Emisión del parte de lesiones.
- Información a la mujer de los recursos existentes.

4.7.2. Actuaciones desde la medicina forense:

- Toma de muestras de interés legal.
- Señalar la localización e importancia de las lesiones (fotografiar lesiones).
- Realización del Informe Médico Forense para el Juzgado.

A continuación se describen detalladamente las actuaciones a realizar en los casos de agresiones sexuales desde los servicios de Urgencias:

4.7.2.1. Registro en la historia clínica

- Puede servir como prueba importante en el proceso Judicial.
- Transcribir los hechos referidos por la paciente en relación con la agresión (fecha, lugar, hora, tipo de agresión sexual) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (aseo personal, toma de alimentos o medicación, etc.).
- Antecedentes de enfermedades, intervenciones, medicaciones, consumo asociado de alcohol y otras drogas, etc.
- Antecedentes de violencia, si los hubiera.
- Historia ginecológica: menarquia, ciclo menstrual, fecha de última menstruación, método anticonceptivo, última relación sexual.

4.7.2.2. Exploración general

Examen de la superficie corporal:

- La mujer deberá desnudarse sobre una sábana blanca, de forma que puedan recogerse las ropas y restos (tierra, pelos, etc.) que pueda tener.
- La exploración sistemática debe comenzar de arriba abajo, en la postura como sea más completa y cómoda para la mujer: de pie primero o decúbito en la camilla.
- Describir el tipo de lesiones: aspecto, forma, color. 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.

4.7.2.3. Exploración ginecológica

Exploración ginecológica:

- La Inspección vulvo-vaginal se realizará estando la mujer en la camilla ginecológica: detallar heridas, hematomas, contusiones, consignando en su caso, la no existencia de las mismas. En los casos de agresiones sexuales en mujeres que no han tenido previamente relaciones coitales, resulta de interés hacer constar la posible existencia y localización de los desgarros himeniales, que ponen de manifiesto la existencia de penetración.
- No utilizar un material exploratorio que pueda ser agresivo o lesivo sin antes haber comprobado el estado general de la víctima; ya que puede existir desgarros o roturas en vagina, recto o tabique rectovaginal. Se tendrá especial cuidado con los micro-traumatismos que puedan producirse durante las maniobras exploratorias.
- Tacto bimanual-ecográfico: NO se aconseja de manera sistemática salvo movilización uterina dolorosa con espéculo en la exploración vaginal o imposibilidad de exploración vaginal).

Toma de muestras

- La toma de muestras es de vital importancia para al esclarecimiento de los hechos y debe realizarse lo más pronto posible. La mujer debe acudir al centro sanitario sin lavarse ni cambiarse de ropas tras la agresión.
- Las muestras deben ser minuciosamente envasadas y etiquetadas, detallando el nombre de la paciente, fecha y firma del profesional. Las distintas muestras se introducirán en un sobre con el nombre de la mujer y dirigido a Medicina Forense del Juzgado de Guardia.

De no ser realizada la toma por el Médico Forense, asegurar la cadena de custodia para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, esto es, 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.

Muestras de Interés legal:

—SEMEN:

- Tomas vaginal, anal o bucal con hisopos secos y estériles para investigación de espermatozoides y estudio de ADN para proceder a la identificación del agresor. Se guardarán en sus fundas sin incluirlos en ningún conservante, se mantendrán refrigerados (4-8°C), y se rotularán. Se recomienda hacer la toma con, al menos, dos hisopos.
- Lavado vaginal, anal o bucal, con 10cc. de suero fisiológico estéril para la recogida de posibles restos de semen. El lavado se recogerá en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente y se rotulará. Se mantendrá refrigerado (4-8°C). El lavado vaginal será posterior a la toma de muestras para el cribado de infecciones de transmisión sexual.
- Ropas de la paciente relacionadas con la supuesta agresión, colocando cada prenda en bolsa independiente y rotulada.
- Tomas de hisopo humedecidas en suero fisiológico en los casos de agresión anal u oral, de las correspondientes cavidades colocando en tubo el hisopo, para sellar y rotular.

—UÑAS:

- Recortes de uñas (posibilidad de encontrar piel del agresor), se puede realizar durante la exploración general, se debe envasar cada uña independientemente indicando en cada envase a qué dedo y qué mano corresponde.

—PELO PUBIANO:

- Peinado púbico de la mujer agredida (posible vello del agresor). Se puede realizar mediante un cepillo ginecológico, antes de comenzar la exploración ginecológica.

—SANGRE (mediante ANALÍTICA):

- Determinar grupo sanguíneo y Rh de la paciente, para contrastar los resultados, descartar que los grupos sanguíneos y ADN pertenecen al agresor.
- Estudio de Infecciones de transmisión sexual: VIH, Hepatitis B y C, Sífilis.
- Prueba de tóxicos.

—ORINA:

- Prueba de embarazo.

—EXUDADO:

- Cultivo para detección de gonorrea, clamidias, monillas y tricomonas.
- Frotis citológico: No aporta nada al diagnóstico de infecciones vaginales si se hacen los cultivos adecuados.

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 Forense, asegurar la **cadena de custodia** para que las muestras obtenidas tengan valor jurídico, esto es, 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.

4.7.2.4. 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: Las mujeres que han sufrido una agresión sexual tienen sentimientos de ansiedad, culpa, humillación, vergüenza, que requieren ayuda. Es importante derivar con carácter preferente a la mujer a una consulta de psiquiatría o psicología o a equipos de atención psicológica a víctimas de agresiones sexuales.

Prevención de infecciones de transmisión sexual:

- Debe utilizarse tratamiento preventivo para la gonococia, clamidia y sífilis en posible incubación.
- La necesidad de profilaxis post-exposición frente al VIH: El riesgo de transmisión del VIH puede ser elevado si el agresor tiene infección por el VIH, padece otras infecciones de transmisión sexual y el riesgo es aún más elevado si la violación es múltiple o repetida y hubo eyaculación. Considerar la profilaxis siguiendo las *Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre profilaxis post-exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños*.
- La necesidad de profilaxis frente al virus de Hepatitis B se valorará individualmente.

Profilaxis del embarazo:

- En el caso en que la mujer esté utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesaria la profilaxis.
- Contracepción postcoital hormonal, si han transcurrido menos de 72h desde la agresión.

- Si han transcurrido entre 72 hs. y menos de 5 días de la agresión el procedimiento anterior no se considera eficaz y se debe proceder a la colocación de un dispositivo intrauterino (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.

4.7.2.5. 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 la 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 su CCAA o provincia.

Derivación:

- Es importante la derivación y coordinación con atención primaria y trabajo social, asegurando la atención psicológica, social y jurídica de la mujer, según la organización y recursos propios de su CCAA o provincia.

4.7.2.6. Recomendaciones

- No mantener relaciones sexuales coitales hasta la siguiente valoración.
- Seguimiento adecuado de todo el proceso de atención integral a su salud.

4.7.2.7. Notificación al juzgado

- Emitir el parte de lesiones e informe médico al juzgado de guardia*

(*) En el informe médico han de recogerse los resultados de todas las pruebas realizadas y recomendadas en este protocolo.

A continuación se presenta un modelo tipo con datos básicos que podría contener la comunicación a la Fiscalía:

Modelo de Comunicación a Fiscalía

ASUNTO: POSIBLE SUPUESTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

DATOS DEL PERSONAL FACULTATIVO

Nombre:

Centro sanitario:

Número de colegiado/a:

DATOS PERSONALES DE LA MUJER

Nombre:

Domicilio:

Teléfono de contacto:

RELACIÓN DE DATOS EN QUE SE FUNDA LA POSIBLE EXISTENCIA DE UN SUPUESTO CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

DOCUMENTACIÓN QUE SE REMITE:

Lo que pongo en su conocimiento al amparo de lo previsto en el artículo 773.2 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y por si considera oportuna la incoación de diligencias de comprobación.

Firmado en

a

de

de

5. GUÍA DE RECURSOS

La Ley Orgánica 1/2004 en su Título II reconoce a todas las mujeres víctimas de violencia de género y a sus hijas e hijos, con independencia de cualquier condición o circunstancia personal, el derecho a recibir información, asesoramiento, atención de emergencia, de apoyo, de acogida y recuperación integral a través de los servicios, organismos u oficinas de las Administraciones Públicas.

Como se ha señalado repetidamente a lo largo del protocolo, **la coordinación y colaboración intersectorial** (recursos sociales, laborales, de igualdad de oportunidades, jurídicos, policiales, etc.) es esencial en la atención a las mujeres que sufren malos tratos. En Asturias existe el protocolo Interdepartamental del Instituto Asturiano de la Mujer para la actuación coordinada y la colaboración entre los servicios sanitarios, los Cuerpos de Seguridad, los Juzgados y las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica y atención integral a las mujeres.

Es importante que cada profesional tenga a su alcance información acerca de los protocolos, los recursos y servicios específicos que hay disponibles a nivel nacional, autonómico, provincial y municipal y sus características, con el fin de orientar adecuadamente a la mujer en su utilización y derivación.

No existe un perfil concreto de mujer víctima de violencia de género, la situación psicosocial de cada mujer es singular y tiene unas necesidades diferentes, tampoco existe un itinerario-tipo a través de los recursos disponibles. En todos los casos, se debe realizar un análisis y valoración individual de la situación en que se encuentra cada mujer, adaptándose a las necesidades personales y los tiempos que cada mujer necesite teniendo en cuenta, además, las situaciones de especial vulnerabilidad. Corresponderá a cada profesional decidir qué recurso es más apropiado en cada momento, para lo cual es muy importante contar con un equipo interdisciplinario.

Es importante que el personal sanitario tenga presente que no está solo y que en sus intervenciones en situaciones de violencia de género debe contar con otros profesionales, disponibles tanto en los equipos de atención primaria como en la atención hospitalaria.

En este sentido, en el sistema público de salud, las y los **profesionales de trabajo social del centro sanitario** representan una figura de enlace esencial en el proceso de atención psicosocial, y pueden participar en el seguimiento y derivación de los casos que requieran otros dispositivos y/o recursos, con los profesionales sanitarios que tienen la responsabilidad de la atención en salud a la mujer en situación de violencia de género.

Es fundamental tener en cuenta también que la derivación a un recurso no debe ser considerada como el fin de la actuación, y que el seguimiento de las mujeres en la consulta es esencial. Se recomienda, en todo caso, seguir las actuaciones que se han expuesto en los capítulos correspondientes.

5.1 Servicios de Información Telefónica: servicios gratuitos disponibles las 24 horas:

ÁMBITO ESTATAL

016 — Servicio de información y de asesoramiento jurídico, telefónico y on line, a las mujeres víctimas de violencia de género. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género.

900 116 016 — Servicio de información y de asesoramiento jurídico sobre violencia de género para personas con discapacidad auditiva y/o del habla. Acceso a través de los siguientes medios: Teléfono de texto (DTS); Teléfono móvil (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE); PDA (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE). Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

900 191 010 — Servicio de información del Instituto de la Mujer.

900 152 152 — Servicio de información del Instituto de la Mujer Especializado en la atención a mujeres con discapacidad auditiva y/o del habla:

- A través del Móvil: es necesario que el teléfono desde el que se llama tenga dispositivo DTS.
- A través de Internet: conexión con la página web Telesor a través de ordenador o de móvil.

112 —Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias.

COMUNIDAD AUTÓNOMA

Teléfono de Urgencia: **112**

Servicio de Atención a la Familia. Policía Nacional: **985 967 100**

Equipo Mujer / Menor. Guardia Civil: **985 280 204**

Servicio de Atención a la Víctima de Oviedo: **985 968 937**

Servicio de Atención a la Víctima de Gijón: **985 197 204**

Servicio Inmediato y Permanente de Asistencia Jurídica Gratuita (Servicio jurídico gratuito de 24 horas de asesoramiento, apoyo, asistencia jurídica y atención psicológica a mujeres maltratadas)

Colegio de Abogados de Oviedo: **985 212 370**

Colegio de Abogados de Gijón: **985 170 268**

(Fuera de las horas de oficina, a través de la Comisaría de Policía, Guardia Civil, Policía Local, Juzgado de Guardia o Centros de Asistencia).

Centros Asesores de la Mujer (CAM). Promovidos por el Principado de Asturias y gestionados por Ayuntamientos y Mancomunidades prestan información y asesoramiento gratuito a todas las mujeres residentes en el Principado de Asturias en cualquier materia jurídica. Asimismo prestan asesoramiento jurídico de forma específica a las víctimas de violencia de género, actuando como responsables del caso y realizando un seguimiento de las medidas puestas en marcha por la Administración para el apoyo, acogida y recuperación integral de las víctimas. Se coordinan con el resto de organismos que intervienen en la atención: Turno de Oficio de Violencia de Género, Servicio Público de Empleo, Servicio Público de Salud, Servicios Sociales y Red Regional de Casas de Acogida. Pueden acompañar y asesorar a la víctima durante todo el proceso judicial, ejerciendo la acusación particular en su nombre si así lo desea.

5.2. Páginas WEB:

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

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm

Enlace a diferentes documentos de Interés para profesionales del Sistema Nacional de Salud (protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género del SNS, indicadores epidemiológicos, criterios de calidad de la formación, objetivos, contenidos y materiales educativos, Informes anuales de Violencia de Género del SNS, enlaces a otros organismos europeos e internacionales, etc.).

- **Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (Apartado violencia de género). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:**

<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/home.htm>

- **Web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (W.R.A.P.) Delegación del Gobierno para la Violencia de Género**

<http://wrap.seigualdad.gob.es/recursos/search/SearchForm.action>

A través de este enlace, se puede acceder directamente a la web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género con modalidad Google Maps, que agiliza la búsqueda de recursos (policiales, judiciales, información, atención y asesoramiento) que las administraciones públicas y las entidades sociales han puesto a disposición de la ciudadanía y de las víctimas de violencia de género.

- **Observatorio contra la violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial.**

<http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Guias-y-Protocolos-de-actuacion/>

- **Instituto Asturiano de la Mujer**

<http://institutoasturianodelamujer.com/iam/violencia-de-genero/>

6. EVALUACIÓN

El protocolo interdepartamental cuenta con un órgano colegiado de evaluación constituido por representantes de todos los organismos que velará por la adecuada coordinación de las actividades.

El registro VIMPA elabora un informe anual, que se distribuye en toda la red sanitaria con el propósito de validar la información y de devolverla a las fuentes.

Se revisará anualmente la frecuencia con la que se registran en la historia clínica aquellos episodios que generan partes

Este protocolo incluye una hoja de sugerencias para recoger las aportaciones de los profesionales que lo utilicen

7. REVISIÓN

El presente protocolo deberá ser revisado de rutina cada dos años y siempre que las necesidades de sus potenciales usuarias o los avances en el conocimiento científico lo recomienden.

HOJA DE SUGERENCIAS

Profesión:.....

Centro de trabajo:.....

Área Sanitaria.....

Con el fin de adecuar la información a sus necesidades, le agradeceríamos que nos hiciera llegar las sugerencias que considere oportunas.

1. Valore la información contenida en este protocolo en relación con aspectos fundamentales del Programa de Detección y Atención a la Violencia de Género.

2. ¿Ayuda a la toma de decisiones ante diferentes situaciones que se pueden dar en relación con la asistencia a los casos de maltrato?

3. Información más relevante contenida en el protocolo.

4. Información menos relevante contenida en el protocolo.

5. ¿Le gustaría recibir más información sobre el Programa de Detección y Atención a la Violencia de Género?

6. ¿Cómo le gustaría recibir esa información? (formato, frecuencia, medio).

7. Otros comentarios.

Puede remitir esta hoja a:

Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa)
Registro VIMPA
A/A
Coordinación Asistencial y Cuidados
Plaza del Carbayón 1 y 2, 2ª planta
33001 Oviedo

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.

ANEXO 5.