

Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña

Documento marco

Violencia en el ámbito familiar y de la pareja

Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña

Documento marco

Violencia en el ámbito familiar y de la pareja



Generalitat de Catalunya
Gobierno de Cataluña

Herramienta de trabajo y consulta digital

Este documento está pensado para ser utilizado como texto de referencia y consulta, pero también como herramienta de trabajo en red. A lo largo del texto aparecen elementos señalados en color que indican fragmentos de texto que contienen un hipervínculo y que dirigen directamente a una página web, descargan automáticamente otro documento, etc.

Esta publicación ha recibido el apoyo del Instituto Catalán de las Mujeres, del Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya, responsable de impulsar un modelo de abordaje de cualquier forma de violencia machista en el ámbito de la salud de Cataluña.

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha promovido la sensibilización de las líneas fundamentales en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género y ha concedido una subvención que ha contribuido a hacer posible la publicación de este documento.

© Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud
Travessera de les Corts, 131-159 - Pabellón Ave Maria
08028 Barcelona
www.gencat.cat/salut <<http://www.gencat.cat/salut>>

Edita: Departamento de Salud
Dirección General de Planificación y Evaluación
Primera edición: Barcelona, diciembre de 2009

Asesoramiento lingüístico: Sección de Planificación Lingüística
del Departamento de Salud
Coordinación editorial: Dirección General de Planificación y
Evaluación
Diseño gráfico de la colección: eggeassociats
Maquetación: Treballs Gràfics, S. A.
ISBN: 978-84-393-8319-2

Índice

Presentación	5
Introducción	7
Objetivos.....	10
Conceptos básicos sobre la violencia machista	12
• Definición	13
• Magnitud y consecuencias	19
Actuación en los servicios sanitarios.....	21
Diagrama de actuación de los servicios sanitarios para una intervención coordinada frente a la violencia machista	23
1. Prevención	24
2. Detección	24
<i>Pautas para la entrevista clínica.....</i>	<i>24</i>
<i>Indicadores de ayuda para la detección.....</i>	<i>28</i>
<i>Valoración.....</i>	<i>29</i>
3. Atención y recuperación.....	31
<i>Mujer que presenta indicadores de sospecha pero que manifiesta no padecer violencia</i>	<i>32</i>
<i>Mujer que afirma padecer violencia pero que no se encuentra en peligro extremo.....</i>	<i>33</i>
<i>Mujer que afirma padecer violencia y que se encuentra en peligro extremo</i>	<i>34</i>
<i>Mujer que padece una agresión sexual.....</i>	<i>37</i>
Anexo 1. Recursos y servicios de información y atención	39
Anexo 2. Proceso de elaboración: una herramienta participativa	50
Anexo 3. Circuito nacional para una intervención coordinada contra la violencia machista .	56
Anexo 4. Marco normativo	58
Anexo 5. Glosario	64
Anexo 6. Bibliografía	67
Anexo 7. Profesionales que han participado	72

Presentación

Presentación

La violencia contra las mujeres no es un fenómeno nuevo, es un problema social histórico que afecta a alrededor del 9 % de las mujeres en Cataluña y que, tal como muestran los últimos informes de la Organización Mundial de la Salud, tiene un impacto incuestionable sobre su salud.

El Plan de Salud de Cataluña en el horizonte del 2010, como marco de referencia de todas las actuaciones públicas del Gobierno de la Generalitat en el ámbito de la salud, ya reconoce la violencia contra las mujeres como un problema de salud que hay que abordar y recoge estrategias prioritarias para hacerlo.

El compromiso del Gobierno de la Generalitat de Catalunya en la lucha contra la violencia machista se concretó en la aprobación de la Ley 5/2008, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista. Esta ley, pionera en el Estado español, garantiza el abordaje integral por parte de todos los agentes implicados en la prevención, detección, atención y recuperación de las mujeres. Sin embargo, hace años que, con el impulso del Instituto Catalán de las Mujeres, trabajamos de forma coordinada y conjuntamente en la detección y tratamiento de esta lacra. El documento que presentamos se enmarca en el contexto de esta colaboración.

El Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento marco nace con la voluntad de convertirse en una herramienta práctica que facilite la intervención de los y las profesionales contra la violencia machista, entendiendo la intervención como un concepto amplio que va más allá de la atención y el seguimiento de casos graves. Además, con el fin de dar respuesta a necesidades específicas, a grupos en una situación más vulnerable y a otras realidades y situaciones relacionadas con la violencia machista, el documento marco se complementará con herramientas más específicas.

Finalmente, querría destacar y agradecer el esfuerzo y dedicación de todas las personas que han participado en la elaboración de los diferentes documentos, con el convencimiento de que este protocolo contribuirá a mejorar y hacer más ágil y efectiva la atención global a la violencia y se convertirá en un documento de referencia para el conjunto de profesionales de la salud de toda Cataluña.

Marina Geli i Fàbrega
Consejera de Salud

Introducción

El [Departamento de Salud](#) tiene el compromiso de elaborar el Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña, así como un conjunto de circuitos territoriales que deben permitir la aplicación efectiva del protocolo en el territorio.

Esta actuación da cumplimiento a la [Ley 5/2008 de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista](#) (DOGC n.º 5123, 2-5-2008), concretamente al artículo 85, que dice que «Los protocolos para una intervención coordinada contra la violencia machista deben incluir un conjunto de medidas y mecanismos de apoyo, coordinación y cooperación destinados a las instituciones públicas y otros agentes implicados, que definen las formalidades y la sucesión de actos que se deben seguir para ejecutarlos correctamente», y se enmarca en el [Plan de Gobierno 2007-2010 de la Generalitat de Cataluña](#), que explicita más de trescientas actuaciones principales y compromisos específicos, entre los cuales incluye avanzar hacia un nuevo contrato social entre mujeres y hombres que garantice la igualdad de oportunidades y la erradicación de la violencia machista. Se trata de un compromiso que pertenece al primer eje del Plan de Gobierno, sobre actuaciones para reforzar el Estado del bienestar y conseguir una sociedad más justa y cohesionada.

En este sentido, el [Plan de Políticas de Mujeres del Gobierno de la Generalitat 2008-2011](#), liderado por el Instituto Catalán de las Mujeres, contempla en uno de sus ejes la «Intervención integral contra la violencia machista». El mencionado plan supone la continuidad del Plan de Acción y Desarrollo de las Políticas de Mujeres en Cataluña 2005-2007 y el Programa para el Tratamiento Integral de las Violencias contra las Mujeres. En este marco se ha elaborado el Protocolo marco y circuito nacional para una intervención coordinada contra la violencia machista (anexo 3), con la finalidad de dar un nuevo impulso al circuito de coordinación estable interdepartamental e interdisciplinario que pretende garantizar la eficacia de las actuaciones (prevención, detección, atención y recuperación) contra la violencia machista.

El [Protocolo marco y circuito nacional para una intervención coordinada contra la violencia machista](#) se convierte en un modelo consensuado que se debe adaptar desde cada ámbito concreto de actuación de los distintos departamentos e instancias (salud, justicia, servicios sociales, etc.) y a cada territorio de forma particular. El modelo planteado es pionero al abordar cualquier forma de violencia machista (física, psicológica, sexual, económica), en los diferentes ámbitos en los que se puede producir, a partir de la capacidad de adaptación a las especificidades concretas referentes al fenómeno y a los servicios que deben intervenir.

De esta forma, el trabajo de adaptación y aplicabilidad da lugar a diversos protocolos específicos (generales y sectoriales), como el *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña* que presentamos.

El sistema sanitario, a través del conjunto de profesionales que lo forman, ocupa un lugar privilegiado para prevenir y detectar precozmente la violencia machista al tratarse, en muchos casos, del primer punto de contacto con las mujeres que la padecen. Por otro lado, los servicios sanitarios disfrutan de un potencial único que deben aprovechar: la mayoría de las mujeres acceden en algún momento de la vida al sistema sanitario. Tomando en consideración esta posición, se ha elaborado este protocolo, dado que la intervención de los servicios sanitarios tiene una importancia trascendental para la detección y el diagnóstico de las lesiones psicológicas y físicas de la violencia.

Además, la elaboración de este documento del Departamento de Salud también se ha apoyado en las propuestas realizadas a través del [Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género](#), que ofrece una orientación práctica al personal sanitario para que pueda prestar una atención integral a las mujeres maltratadas que acuden a cualquier centro sanitario, coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y elaborado consensuadamente con las comunidades autónomas para unificar y mejorar la atención que se ofrece en los servicios sanitarios de todo el Estado.

También se debe mencionar, como antecedente, el documento de [Recomendaciones para la atención sanitaria a las mujeres maltratadas](#), fruto del desarrollo de las medidas en materia de salud recogidas en el Plan Integral de Prevención de la Violencia de Género y de Atención a las Mujeres que la Padecen 2002-2004, y reconocer el trabajo realizado por las

diferentes instituciones, entidades locales, regiones sanitarias, proveedores, colegios profesionales, sociedades científicas, asociaciones, etc., tanto de Cataluña como del resto de comunidades autónomas, de Europa y del resto del mundo para establecer protocolos y la realización de estudios que abordan este problema, ya que la revisión de todo este material ha servido para enfocar el tratamiento de la atención a las mujeres que padecen violencia machista o que se encuentran en peligro de padecerla.

Finalmente, y dado que son particularmente alarmantes los casos de violencia en el ámbito familiar y de la pareja, por la frecuencia y la gravedad que tienen, el protocolo que ahora presentamos fija las pautas de actuación en este ámbito para el conjunto de profesionales de la salud. La violencia machista que se puede manifestar en otros ámbitos, como el laboral, el social o el comunitario, o la relacionada con los principales factores de riesgo, se abordan en otros documentos que se están elaborando y que complementan éste, denominados documentos operativos. Estos documentos determinarán la orientación de las actuaciones, el tratamiento específico y proactivo de la atención sanitaria a las mujeres que padecen violencia, ante la gran heterogeneidad de realidades, situaciones y necesidades específicas de las mujeres, grupos más vulnerables y otras realidades y situaciones relacionadas con la violencia machista. En este sentido, los principales documentos operativos son los siguientes:

- Embarazo
- Drogodependencias
- Salud mental
- Violencia sexual
- Mutilación genital femenina
- Inmigración
- Infanto-juvenil
- Personas mayores
- Discapacidades
- VIH/sida

Objetivos

Objetivos

En este contexto, y en el ámbito familiar y de la pareja, el Departamento de Salud se propone la elaboración del Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña, con los objetivos siguientes:

- Facilitar al conjunto de profesionales de la salud unas pautas de actuación para la prevención, detección, atención y recuperación de las mujeres que han padecido o padecen violencia y a las que corren riesgo de padecerla; así como unas pautas de actuación con hijos e hijas o personas dependientes que puedan convivir con la mujer y sean testigos y víctimas de la violencia.
- Crear y establecer las bases, mecanismos y circuitos para llevar a cabo una correcta actuación en casos de violencia machista.
- Unificar los criterios de las instituciones y los ámbitos sanitarios implicados en la atención a las mujeres que han padecido o padecen violencia o que corren el riesgo de padecerla, así como hijos e hijas o personas dependientes que puedan convivir con la mujer y sean testigos y víctimas, con el fin de actuar de forma conjunta y coordinada, teniendo en cuenta el necesario respeto a la autonomía personal.

Conceptos básicos sobre la violencia machista

Conceptos básicos sobre la violencia machista

Definición

La [resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1933](#) estableció que la violencia machista es «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada».

Todo acto de violencia constituye una manera coercitiva de ejercer el poder. Se utiliza para obligar a la persona a hacer alguna cosa que no quiere hacer. En nuestra sociedad, la violencia machista es, sin duda, una expresión de poder de los hombres sobre las mujeres. Además, en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o la expareja, hay que tener en cuenta dos elementos a la hora de definirla: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para la sumisión y el control de la víctima.

Para comprender el sentido profundo de las violencias ejercidas sobre las mujeres hay que considerar el peso de la cultura patriarcal –conocida con el término genérico de [patriarcado](#)– sobre las mujeres y sobre los hombres. Esta cultura, que podemos encontrar de forma transversal en casi todas las sociedades, va acompañada de la asignación de unos roles y unos estereotipos que encajan dentro del sistema sexo-género.

Todas las sociedades construidas sobre una base patriarcal definen unas expectativas que se deben cumplir en lo que respecta a los roles de género. Estos roles tienen una cierta diversificación y una valoración desigual, están integrados de manera natural en el contexto cultural en el que se desarrollan y, por tanto, son aceptados como propios por las personas que forman parte de ese contexto. Cada sociedad define una serie de premios y castigos sociales que sirven como dispositivos de control para asentar el mantenimiento de los papeles asignados. El contexto social se impregna así de una normativa disciplinaria a la cual se deben adecuar hombres, mujeres y niños y que, de manera más explícita o más implícita, establece una estricta jerarquía precisamente en este orden.

Sin embargo, como sabemos, todo orden puede ser alterado. Por esta razón, en el momento en el que se percibe una transgresión de los papeles asignados y, por tanto, una ruptura de esta jerarquía, se siguen una serie de castigos que configuran lo que conocemos como [violencia simbólica](#). Esta violencia se puede producir a una escala más general, desvalorizando y criticando todo aquello que signifique una infracción o una transgresión de las reglas establecidas, o bien a una escala más específica, estigmatizando los sectores femeninos que cuestionan estas reglas o que quieran alejarse de ellas. Esta forma de violencia no siempre es explícita o visible, y con mucha frecuencia se manifiesta de forma soterrada, pero aparece a menudo como base de legitimación para ejercer otras formas más evidentes de violencia. Nos referimos pues a una violencia que se manifiesta por medio de distintos grados de sutileza y que goza de una gran tolerancia social, dada su atávica penetración y aceptación cultural, lo cual provoca que siga siendo difícil de identificar a pesar de presentar una alta incidencia.

A lo largo de las últimas décadas se ha realizado un trabajo ingente de estudios de género. Las aportaciones de estos estudios, junto con las experiencias femeninas en la cultura de la paz, han situado al imaginario patriarcal como eje central para el análisis de las causas de la violencia machista, cuyo objetivo es evitar el desarrollo de la autonomía femenina y, en consecuencia, impedir también el desarrollo libre de las sociedades.

La violencia de género es un producto de la cultura patriarcal, la máxima expresión de la cual se construye alrededor de lo que conocemos como [machismo](#). En este sentido, la [Ley 5/2008, de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista](#) ha optado por emplear la denominación *violencia machista*, entendiendo el machismo como la

Conceptos básicos sobre la violencia machista

imposición de un modelo de masculinidad que busca instaurar conductas de dominio, control y abuso de poder de los hombres sobre las mujeres.

«Artículo 3 – Concepto de *violencia machista*

A efectos de esta ley, se entiende por *violencia machista* la violencia que se ejerce contra las mujeres, como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que, ejercida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, intimidaciones o coacciones, tenga como resultado un daño a sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado.»

La violencia machista es, por tanto, *estructural* y *multicausal*. La violencia no se debe a características singulares o patológicas de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una manera cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia machista se da en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo.

La violencia machista es, además, *instrumental*. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, un rasgo básico del patriarcado, requiere algún mecanismo de sumisión. En este sentido, la violencia se convierte en el instrumento que sirve para consolidar este dominio. La violencia no es un fin en sí mismo, sino un instrumento de dominación y control social y, en este caso, se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción de la sumisión femenina. De esta forma, el factor principal del riesgo de violencia machista y de género es, precisamente, el hecho de ser mujer. Y es que los hombres maltratadores han aprendido que la violencia es la mejor manera de conseguir el control y dominar a la mujer.

Actualmente hay bastante documentación que demuestra que no existen características psíquicas diferentes entre las mujeres maltratadas y las no maltratadas antes del inicio de la violencia, sino que los trastornos y problemas de las mujeres maltratadas son una consecuencia y no la causa de la violencia. Este hecho pone en entredicho los enunciados de algunas corrientes que han recurrido a patologías como la histeria o el trastorno de la personalidad dependiente para explicar por qué algunas mujeres continúan una relación de violencia o vuelven a ella.

Finalmente, no debemos olvidar que existen grupos de mujeres que, por sus características personales o por su situación social o legal, necesitan una atención específica que dé respuesta a unas necesidades concretas de salud. Éste es el caso de las mujeres con discapacidad física o psíquica, las mujeres drogodependientes, las mujeres inmigrantes, las mujeres en situación de exclusión social, las mujeres que ejercen la prostitución, las mujeres de entornos rurales o las mujeres mayores, entre otras. La vulnerabilidad de estos colectivos, en lo que respecta a la violencia, obliga al conjunto de profesionales de la salud a prestarles una atención especial.

Formas de violencia machista

La violencia tiene graves repercusiones, tanto inmediatas como tardías, afecta al bienestar físico, mental y social, y llega a destruir la dignidad y la autoestima. De la misma forma, es un obstáculo para conseguir los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, viola los derechos humanos y las libertades fundamentales para la vida e impide el desarrollo de la igualdad entre hombres y mujeres.

La violencia, desde una perspectiva global, se puede definir como la acción u omisión innecesaria, lesiva o destructiva de una persona hacia otra. El componente principal de esta

forma de violencia es el abuso o la agresión, es decir, la acción o la intención que produce daño a otras personas. En el ámbito de la pareja o familiar, se produce en el marco de una relación afectiva, lo cual dificulta la identificación de la violencia, así como salir de la situación. La violencia sobre las mujeres, especialmente en el ámbito de la pareja, puede presentarse de diversas formas según la [Ley 5/2008, de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista](#):

Violencia física. Comprende cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de una mujer u omisión de socorro, intencional o negligente, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño.

Suele consistir en agresiones físicas, como por ejemplo dar golpes, pegar, cortar, pinchar, quemar, etc. En esta forma de violencia se presentan ocasiones de máximo riesgo para las mujeres, en las que puede peligrar su integridad física y pueden sufrir riesgo de muerte. También comprende cualquier omisión de socorro, intencional o negligente, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño.

Violencia psicológica. Comprende toda conducta u omisión intencional que produzca en una mujer una minusvaloración o sufrimiento, por medio de amenazas, humillación, vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción verbal, insultos, aislamiento o cualquier otra limitación de su ámbito de libertad.

El abuso siempre presenta un componente de tipo psicológico y emocional, que acompaña a toda agresión de cualquier tipo. Asimismo, los efectos de la violencia son difíciles de superar, ya que van mermando la autoestima de la mujer. La violencia psicológica es, por tanto, la conducta de una persona que atenta contra la integridad y la dignidad de otra.

- Minusvaloraciones frecuentes (por ejemplo: críticas y humillaciones permanentes).
- Posturas y gestos amenazadores (por ejemplo: amenazas de violencia o de llevarse a los hijos).
- Conductas de restricción (por ejemplo: control de las amistades, limitación de dinero, restricción de las salidas de casa).
- Conductas destructivas (por ejemplo: referidas a objetos de valor económico o afectivo o al maltrato de animales domésticos).
- Culpabilización de la mujer por las conductas violentas del hombre.

Violencia sexual y abusos sexuales. Comprende cualquier acto de naturaleza sexual no consentido por las mujeres, incluida la exhibición, la observación, la imposición por medio de violencia, intimidación, prevalencia o manipulación emocional de relaciones sexuales, con independencia de que la persona agresora tenga o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la mujer o la menor.

Es el establecimiento forzado de relaciones sexuales o la imposición de conductas sexuales percibidas como degradantes por la víctima. Actitudes reconocidas pueden ser: violarla, obligarla a determinadas formas de coito, forzarla a la prostitución, tomar represalias por insatisfacción, obligarla a mantener relaciones delante de los hijos u otras personas y utilizar el sexo para denigrarla o para iniciar discusiones.

Violencia económica. Consiste en la privación intencionada y no justificada de recursos para el bienestar físico o psicológico de una mujer y, si se da el caso, de sus hijas o hijos, así como la limitación de la disposición de los recursos propios o compartidos en el ámbito familiar o de pareja.

Conceptos básicos sobre la violencia machista

Ámbitos en los que se manifiesta la violencia machista

Se trata del establecimiento y mantenimiento de una dependencia económica forzada. Se puede negar a la mujer el derecho a la autonomía económica, a la busca o la aceptación de trabajos remunerados o al acceso a los medios de conocimiento y formación para conocer estos derechos.

Tal como expone la [Ley 5/2008 de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista](#) –el texto de la cual reproducimos a continuación en cursiva– la violencia machista también se puede manifestar en los ámbitos siguientes:

Violencia en el ámbito de la pareja. Consiste en la violencia física, psicológica, sexual o económica ejercida sobre las mujeres y realizada por parte del hombre que es o ha sido su cónyuge o persona vinculada por relaciones similares de afectividad.

Violencia en el ámbito familiar. Consiste en la violencia física, sexual, psicológica o económica, ejercida sobre las mujeres y las menores de edad, que se produce en el seno de la familia y que perpetrar miembros de la misma familia y que están determinadas por el marco de las relaciones afectivas y vínculos del entorno familiar. No se incluye la violencia ejercida en el ámbito de la pareja, definida en el apartado anterior.

Violencia en el ámbito laboral. Consiste en una violencia física, sexual o psicológica, que se puede producir tanto en el centro de trabajo y durante la jornada laboral, como fuera del centro y de las horas de trabajo, siempre que tenga relación con el trabajo, y puede adoptar dos formas:

- *Acoso por razón de sexo. Lo constituye un comportamiento no deseado relacionado con el sexo de una persona y con motivo del acceso al trabajo remunerado, la promoción en el lugar de trabajo, la ocupación o la formación, que tenga como propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de las mujeres y de crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo.*
- *Acoso sexual. Lo constituye cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado de índole sexual que tenga como objetivo o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una mujer o de crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, ofensivo o molesto.*

Violencia en el ámbito social o comunitario. Comprende las manifestaciones siguientes:

- *Agresiones sexuales. Consisten en el uso de la violencia física y sexual ejercida contra las mujeres y las menores de edad y determinada por el uso premeditado del sexo como arma para demostrar poder y abusar de él.*
- *Acoso sexual.*
- *Tráfico y explotación sexual de mujeres y niñas.*
- *Mutilación genital femenina o riesgo de sufrirla. Incluye cualquier procedimiento que implique una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o que produzca lesiones en ellos, aunque haya consentimiento expreso o tácito de la mujer.*
- *Matrimonios forzados.*
- *Violencia derivada de los conflictos armados. Incluye todas las formas de violencia contra las mujeres que se produzcan en estas situaciones, como por ejemplo el asesinato, la violación, el esclavismo sexual, el embarazo forzado, el aborto forzado y la esterilización forzada, la infección intencionada de enfermedades, la tortura o los abusos sexuales.*

- *Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como, por ejemplo, los abortos selectivos y las esterilizaciones forzadas.*

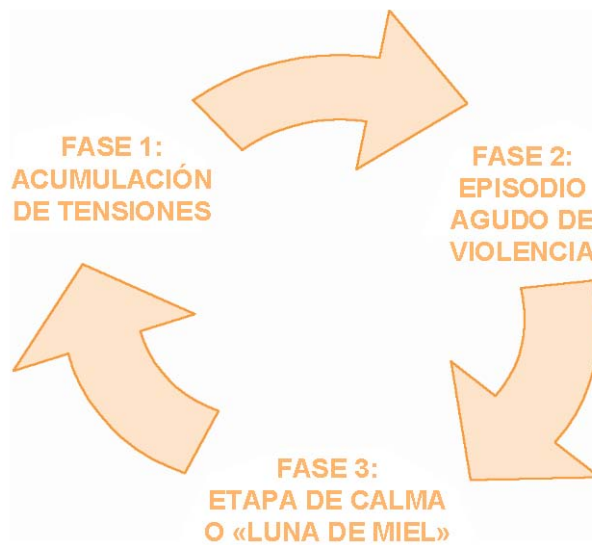
Cualesquiera otras formas análogas de violencia que lesionen o sean susceptibles de lesionar la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres.

El proceso de la violencia en el ámbito de la pareja

En concreto en la violencia de pareja (figura 1) –una de las más frecuentes–, el maltrato suele comenzar al inicio de la relación con conductas de abuso psicológico. Acostumbran a ser conductas restrictivas y controladoras con la intención de minimizar las capacidades de decisión y autonomía de la mujer, como por ejemplo el control sobre la ropa, las llamadas telefónicas, las amistades o las relaciones familiares.

A menudo, el proceso de los maltratos obedece al aumento progresivo de la violencia, que puede extenderse durante un largo periodo de tiempo, y suele ser difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el cual está inmersa. Algunas autoras plantean la teoría del *ciclo de la violencia*¹, o también *espiral de la violencia*², que afirma que este fenómeno se produce en un ciclo con tres fases: acumulación de tensiones, episodio grave de violencia y etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel, últimamente denominada de *manipulación afectiva*. Aun así, como comentaremos más adelante, también se indica que el proceso de la violencia es un ciclo continuo y que los maltratos no se acaban nunca.

Figura 1. Ciclo de la violencia



Fuente: Walker L. The battered woman syndrome. Nueva York: Springer; 1984.

Fase 1. Acumulación de tensiones

Al principio de la relación es muy difícil que aparezca violencia física. Durante este periodo se muestra un comportamiento positivo. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda, así como el estrés. Hay un aumento del comportamiento agresivo, de forma más habitual con los objetos que con la pareja (dar golpes a la puerta, lanzar objetos, romper cosas, etc.). La violencia se traslada de los objetos a la pareja. Puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico. El agresor responsabiliza a la mujer de los abusos, aduciendo motivos diversos que justifiquen

¹ Walker L. The battered woman syndrome. Nueva York: Springer; 1984.

² Garro, E. Apuntes sobre el proceso de la violencia. En: CEMUJER. En el camino de una vida sin violencia. San Salvador:Malintzin; 1996. p. 15-21.

Conceptos básicos sobre la violencia machista

su conducta agresiva. Este hecho dificulta la identificación del abuso y confunde a la mujer. La persona que padece el abuso intenta modificar su comportamiento para evitar la violencia. Por ejemplo, mantener la casa cada vez más limpia, a los niños en silencio, dejar de relacionarse con amistades y familiares, etc. El control por parte del agresor se incrementa en un intento de aislar cada vez más a la mujer.

Fase 2. Descarga de la violencia o episodio grave de violencia

Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas. El abusador decide el tiempo y el lugar para desarrollar el episodio de violencia, realiza una elección consciente de la parte del cuerpo que golpeará y cómo lo hará. Como resultado del episodio, la tensión y el estrés desaparecen en el maltratador. Si hay intervención policial, él se muestra relajado, mientras que la mujer aparece confundida y excitada a causa de la violencia sufrida. Cuanto más ininterrumpidamente se complete el ciclo, más violento será.

Fase 3. Etapa de calma, arrepentimiento o «luna de miel»

Se caracteriza por ser un periodo de calma, no violento, de muestras de amor y de afecto, de manipulación afectiva. En esta fase puede suceder que el maltratador se haga cargo de una parte de la responsabilidad y dé a la pareja la esperanza de algún cambio de situación en el futuro. Actúa como si no hubiera pasado nada, promete buscar ayuda, no volver a hacerlo, etc. Si no hay intervención y la relación continúa, existe una alta probabilidad de que se produzca una escalada de la violencia y de que la gravedad de la agresión aumente. Esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a reproducir el ciclo.

Cuanto más tiempo continúe el ciclo de manera ininterrumpida, más corta será la tercera etapa. Por otro lado, cuantas más veces se complete todo el ciclo, menos tiempo tardará en volver a iniciarse; es decir, se producirá con más frecuencia. Así, al inicio de la relación, las tres etapas del ciclo pueden tardar uno o dos años en completarse. Diez años después, estas mismas etapas se completan en un mes o quizás menos. Si analizamos las tres fases de la violencia, podemos ver que no se acaba por sí sola, que es un ciclo difícil de romper y que puede llevar a una situación mortal. Aun así, y a pesar de que el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja en las que se da violencia física, no se observa en todos los casos.

Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta, denominada *forma moderada de violencia*³, en la que se da una situación continua de frustración y amenaza pero sólo de manera ocasional aparece agresión física. Ésta sería más difícil de detectar que las formas más graves de abuso.

A lo largo del proceso de la violencia, las mujeres sufren una pérdida progresiva de autoestima y las esperanzas de cambiar la situación, y aumenta la sumisión y el miedo al agresor. Para él supone la ratificación de que su estrategia funciona. Todo esto hace difícil que la mujer rompa la relación. Por ello, cuando una mujer pide ayuda, debe recibir en todos los casos apoyos concretos para cambiar su situación, y no se la debe culpabilizar por sus decisiones. Es importante que comprenda que la violencia continuará y que irá en aumento, y que la conducta de su agresor no depende de ella, para que sea consciente del peligro que corre.

³ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

Magnitud y consecuencias

En el año 2008 murieron 11 mujeres en Cataluña⁴ —86 en el conjunto del Estado español⁵— a manos de sus parejas, exparejas o familiares y se interpusieron 29.961 denuncias por violencia de género⁶, 63.347 en el conjunto del Estado⁷. No obstante, se estima que estas denuncias representan únicamente entre el 5 % y el 10 % de los casos reales de mujeres afectadas por violencia de género.

El **Instituto de la Mujer** ha efectuado tres macroencuestas⁸ poblacionales telefónicas sobre violencia machista en los años 1999, 2002 y 2006. Según los resultados, la prevalencia de las mujeres «técnicamente» maltratadas (según criterios definidos por el equipo investigador) fue de 12,4 %, 11,1 % y 9,6 % para cada uno de los periodos definidos. Aun así, sólo el 4,2 %, 4,0 % y 3,6 %, respectivamente, se definen como maltratadas. Esta diferencia entre prevalencias según la definición técnica o la declaración de las mujeres se podría explicar por la falta de reconocimiento como maltrato de algunas conductas violentas.

En el ámbito sanitario, algunos estudios han detectado que entre el 20 % y el 48 % de las mujeres que visitan los servicios de salud mental o de atención primaria o que son atendidas en urgencias hospitalarias sufren violencia.^{9,10,11}

La mayor vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes se debe, sobre todo, a la precariedad económica, la invisibilidad legal y la falta de red de apoyo. Los datos del año 2008 referentes a la tasa de mujeres muertas en el Estado español por millón de mujeres a causa de violencia por parte de la pareja o expareja según origen también son muy reveladores: 14,60 mujeres muertas por millón de mujeres extranjeras frente a 1,87 mujeres españolas.¹² Muchas de estas mujeres con otros orígenes tienen en común patrones culturales marcadamente patriarcales, desconocimiento de la lengua local, situación administrativa irregular, aislamiento, cambios de rol, etc.

Los embarazos no deseados, los abortos, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, los dolores abdominales crónicos, la esterilidad y la incapacidad de negociar la anticoncepción o el uso de preservativo, entre otros, son manifestaciones de la vulnerabilidad de las mujeres en el contexto de la salud sexual y reproductiva.

Todas estas cifras sólo aportan una visión orientativa de la problemática, ya que, con frecuencia, este tipo de violencia se mantiene en secreto y muchas mujeres niegan que sean víctimas de ella. Aún hay demasiadas mujeres que soportan en su vida cotidiana un alto grado de violencia, tanto dentro como fuera de las relaciones de pareja. Asimismo hay que resaltar que este fenómeno se da en todas las clases sociales, religiones, culturas y niveles de educación, y repercute, además, en otras personas dependientes que conviven con la mujer, como por ejemplo los hijos e hijas.

El cuadro 1 muestra las posibles consecuencias en la salud debidas a la violencia:

⁴ Instituto Catalán de las Mujeres, 2008.

⁵ Instituto de la Mujer; 2008a.

⁶ Dones en xarxa; 2008.

⁷ Instituto de la Mujer; 2008b.

⁸ Instituto de la Mujer; 2008c y 2008d.

⁹ Aguar-Fernández, et al.; 2006.

¹⁰ Usaola; 2001.

¹¹ Alonso, et al.; 2004.

¹² http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/muertes_tablas.htm

Conceptos básicos sobre la violencia machista

Cuadro 1.
Consecuencias en la salud debidas a la violencia

FATALES
<ul style="list-style-type: none">• Muerte inmediata (por homicidio o suicidio).• Muerte por consecuencias tardías o crónicas (lesiones, suicidio, VIH/sida, etc.).
SALUD FÍSICA
<ul style="list-style-type: none">• Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc., que pueden llegar a causar incapacidad.• Deterioro funcional.• Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefaleas).• Peor salud subjetiva.• Obesidad o delgadez extrema.
CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD
<ul style="list-style-type: none">• Dolor crónico.• Síndrome del intestino irritable.• Otros trastornos gastrointestinales.• Quejas somáticas.• Trastornos cardiovasculares.• Trastornos metabólicos o endocrinológicos.• Incumplimiento de los tratamientos.• Desinterés por el cuidado personal.• Dolor pélvico.
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
<ul style="list-style-type: none">• Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, sangrado y fibrosis vaginal, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado, aborto, etc.• Por violencia durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, embarazo de riesgo, parto prematuro, bajo peso al nacer, etc.
SALUD PSÍQUICA
<ul style="list-style-type: none">• Depresión.• Ansiedad.• Trastornos del sueño.• Trastorno por estrés postraumático.• Trastornos del comportamiento alimentario.• Intento de suicidio.• Uso, abuso y dependencia de alcohol, drogas y psicofármacos.
SALUD SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento social.• Pérdida de ocupación.• Absentismo laboral.
SALUD DE LOS HIJOS E HIJAS
<ul style="list-style-type: none">• Riesgo de alteración del desarrollo integral.• Sentimientos de amenaza.• Dificultades de aprendizaje y socialización.• Adopción de comportamientos violentos con los compañeros y compañeras.• Aumento de la frecuencia de enfermedades psicosomáticas.• Con frecuencia son víctimas de violencia por parte del padre.• Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia.• La violencia puede afectar también a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella.• Comportamientos de riesgo como el uso de drogas y alcohol.

Actuación en los servicios sanitarios

Actuación en los servicios sanitarios

Los servicios sanitarios, en concreto a través del conjunto de profesionales de la salud de los equipos de atención primaria, el de los programas de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR) y el de las consultas de atención especializada, como por ejemplo obstetricia y ginecología, salud mental y adicciones o traumatología, urgencias hospitalarias, entre otros, se encuentran en una situación privilegiada para llevar a cabo la prevención, detección, atención y recuperación de mujeres en situación de violencia machista. Las características de accesibilidad, contacto directo y continuidad con los diversos colectivos de mujeres y el hecho de contar con equipos multidisciplinares hacen de las consultas sanitarias un contexto idóneo para detectar a las mujeres en situación de violencia, así como para prevenir y frenar las consecuencias de la violencia en la salud y el bienestar de las mujeres.

Es muy importante mantener una actitud de atención activa ante la posibilidad de que las mujeres que visiten los servicios sanitarios padezcan una situación de violencia, la hayan padecido o corran el riesgo de padecerla, el reconocimiento del hecho de que esta situación es un problema de salud pública.

La actuación en los servicios sanitarios se estructura en las dimensiones siguientes:

1. Prevención

2. Detección

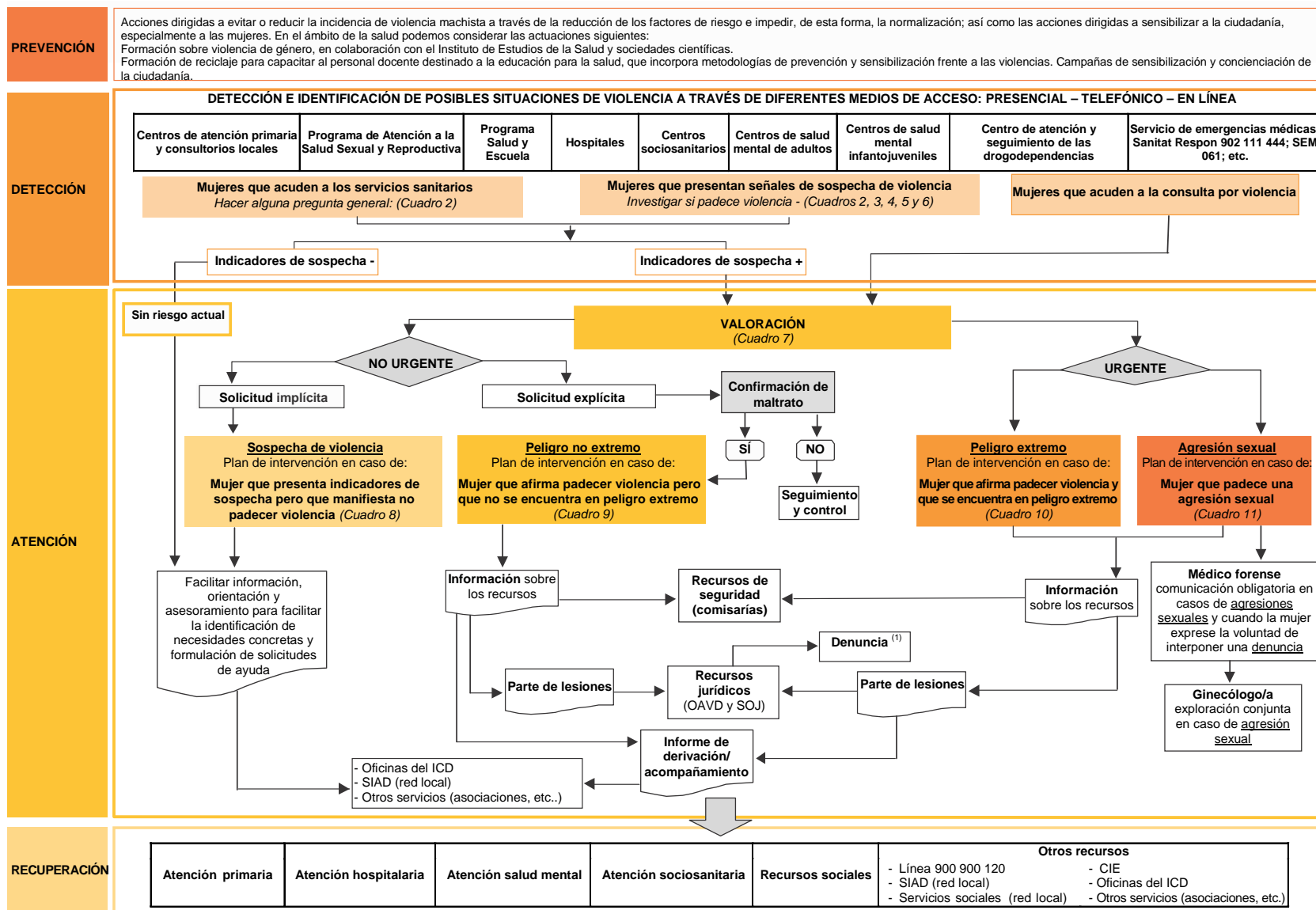
- Pautas para la entrevista clínica.
- Indicadores de ayuda para la detección.
- Valoración.

3. Atención y recuperación

- Información sobre el problema.
- Trabajo en la consulta y seguimiento.
- Derivación.
- Registro en la historia clínica.
- Actuación con los hijos e hijas, así como otras personas dependientes, si las hubiera.
- Emitir, cuando sea procedente, el parte de lesiones y el informe médico correspondiente.

A continuación se presenta el diagrama de actuación en los servicios sanitarios, que se centra en la violencia ejercida contra las mujeres por su pareja o expareja, así como por otros miembros de la misma familia (figura 2).

Figura 2. Diagrama de actuación en los servicios sanitarios para una intervención coordinada frente a la violencia machista



⁽¹⁾ Instrumento formal de denuncia, comunicación a la Fiscalía, solicitud de orden de protección, etc.

Fuente: Adaptado de: – *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud, 2007.
 – *Protocolo marco y circuito nacional para una intervención coordinada contra la violencia machista*. Barcelona. Instituto Catalán de las Mujeres, 2009.

Actuación en los servicios sanitarios

1. Prevención

La prevención, de acuerdo con la Ley 5/2008, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista, consiste en el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir la incidencia de violencia machista a través de la reducción de los factores de riesgo e impedir, de esta forma, la normalización; así como las acciones dirigidas a sensibilizar a la ciudadanía, especialmente a las mujeres, en el sentido de que ninguna forma de violencia es justificable ni tolerable. Las actuaciones preventivas deben considerar tanto las situaciones en las que aún no se ha producido abuso, para permitir identificarlas, especialmente entre la población joven, como los casos en los que ya se han dado situaciones de violencia, para evitar que se vuelvan crónicas.

Se entiende por *sensibilización*, el conjunto de acciones pedagógicas y comunicativas dirigidas a generar cambios y modificaciones en el imaginario social que permitan avanzar hacia la erradicación de la violencia machista.

En el ámbito de la salud podemos considerar las actuaciones siguientes:

- Programa de formación sobre violencia de género, en colaboración con el Instituto de Estudios de la Salud.
- Propuesta de un plan de formación de reciclaje para capacitar al personal docente destinado a la educación para la salud, que incorpora metodologías de prevención y sensibilización frente a las violencias.
- Actuaciones de sensibilización y concienciación de la ciudadanía.

2. Detección

Pautas para la entrevista clínica

La Organización Mundial de la Salud insistía en 1996 en la importancia de mejorar la respuesta del sector sanitario ante la violencia familiar mediante el uso del cribado universal para mujeres y niños. Se recomendaba preguntar habitualmente a todas las usuarias si habían sido objeto de violencia sexual o física, así como la creación de protocolos de acción escritos que definieran, para un entorno específico, los procedimientos que se debían seguir para identificar y responder apropiadamente a las víctimas de violencia.

Entre los entornos sanitarios ha existido tradicionalmente cierta controversia sobre la utilidad del cribado con relación a la violencia machista por parte de sus parejas. Con todo, hay que apuntar que se está produciendo un importante incremento del reconocimiento de su importancia como medio apropiado y efectivo para identificar y poder dar respuesta a estos casos de violencia, más allá del hecho de que éstos se presenten en los servicios de urgencias o en los servicios de atención primaria.

El hecho de que no contemos con amplias evidencias para recomendar el cribado universal en el caso de la violencia machista no significa que existan suficientes evidencias para *no* recomendarlo¹³. La Canadian Task Force on Preventive Health Care¹⁴ señala que «a pesar de que aún no existe suficiente evidencia para recomendar o desaconsejar el uso del cribado, la prevalencia y el daño social asociado a la violencia doméstica son motivos suficientes para mantener un grado elevado de sospecha cuando se valora a las mujeres». Otras organizaciones médicas y organismos recomiendan el cribado o la entrevista rutinaria en los servicios de salud sobre la posible existencia de situaciones de violencia contra las mujeres. La naturaleza oculta del problema de la violencia contra las mujeres, tal y como se representa mediante la metáfora del iceberg,¹⁵ nos llevaría a considerar el cribado como un método eficaz, ya que nos puede permitir

¹³ U.S. Preventive Services Task Force; 2004.

¹⁴ MacMillan, et al.; 2001.

¹⁵ La metáfora del iceberg de la violencia familiar pretende subrayar el hecho de que la gran mayoría de víctimas son socialmente invisibles, están sumergidas y ocultas tras la línea de flotación de su propio silencio y del silencio del entorno social que las rodea. (Gracia, 2002).

descubrir casos ocultos de violencia y ayudar a romper el silencio, la inhibición y la tolerancia social que rodea a las personas que padecen estas situaciones. Además, se pueden destacar algunos beneficios del cribado rutinario:¹⁶ incremento de la consciencia respecto a la violencia machista entre el conjunto de profesionales de la salud y la comunidad en general; mayor presión para incrementar los recursos y la calidad de la formación del conjunto de profesionales de la salud; mejora del conocimiento integral de la salud de las mujeres; generación de habilidades y actitudes más sensibles frente a este problema en el cuerpo sanitario técnico y profesional, etc. Todos estos beneficios potenciales pueden contribuir a coordinar respuestas con el fin de descubrir los casos ocultos de violencia en el ámbito de la pareja o familiar, reducir el silencio, la tolerancia y la inhibición social que rodea a las mujeres que se encuentran en estas circunstancias y, de esta forma, fundir progresivamente el iceberg de la violencia ejercida contra las mujeres. Pero también hay otras voces que no consideran el cribado poblacional como un método eficaz para la detección de la violencia contra las mujeres.¹⁷

En este protocolo, por tanto, se recomienda mantener una actitud de atención activa ante la posibilidad de que las mujeres que visiten los servicios sanitarios padezcan una situación de violencia, la hayan padecido o corran el riesgo de padecerla.

En el momento en que un o una profesional de la salud sospecha que una mujer puede estar viviendo una situación de violencia, el siguiente paso es tratar de confirmar o descartar esta situación. Por eso es preciso realizar una entrevista clínica.

El cuadro 2 presenta ejemplos de preguntas generales que podrían utilizarse en la consulta para una investigación activa de casos de violencia en el ámbito de la pareja o familiar. El cuadro 3 recoge algunas recomendaciones para la entrevista clínica de la mujer ante la sospecha de violencia en este ámbito. El cuadro 4 recoge ejemplos de preguntas en caso de sospecha. Finalmente, el cuadro 5 incluye ejemplos de preguntas para valorar la situación y tipos de violencia en el caso específico de la pareja. ÷

Cuadro 2.
Preguntas generales para una investigación activa de casos de violencia

Según el conocimiento que se tenga de la mujer y el clima de confianza existente, puede ser necesario contextualizar previamente las preguntas y hacer una introducción como las siguientes:

- La violencia en la vida de las mujeres es un problema muy común y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria, pregunto sobre este tema a todas las mujeres que vienen a la consulta...
- Ya sabe que ahora se habla mucho de violencia, es un problema muy común y puede ser muy grave....
- Muchas mujeres experimentan algún tipo de violencia durante su vida...

Posteriormente, es conveniente seguir con aspectos generales a través de preguntas más dirigidas:

- ¿Cómo van las cosas en casa?
- ¿A qué cree que se debe su malestar o problema de salud?
- La encuentro un poco intranquila. ¿Le preocupa alguna cosa?
- ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?
- Las relaciones de pareja a veces son violentas. ¿Qué pasa cuando tiene una riña en casa? ¿Cómo son estas riñas? ¿Luchan a veces físicamente?
- ¿Ha padecido o padece violencia psicológica, física o sexual por parte de su pareja? ¿De qué tipo? Si la respuesta es afirmativa: ¿Desde cuándo? ¿Con qué frecuencia?

¹⁶ Bradley, *et al.*; 2002; Ramsay, *et al.*; 2002; Jewkes; 2002.

¹⁷ Ramsay J, Richardson J, Carter YH., *et al.* «Should health professionals screen for domestic violence? Systematic review.» *BMJ* 2002;325:314.

Cuadro 3.

Recomendaciones para la entrevista clínica de la mujer ante la sospecha de violencia

- Verla a solas, asegurándole confidencialidad.
- Observar las actitudes y el estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitarle la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Expresar claramente que la violencia nunca está justificada en las relaciones humanas.
- Hacerle sentir que la mujer no es culpable de la violencia sufrida.
- Creerla sin poner en duda su interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando hacerle perder el miedo por haber revelado el abuso.
- Ayudarla a pensar y a ordenar las ideas.
- Alertarla de los riesgos y aceptar su elección.
- Seguir una secuencia lógica: de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- No imponerle criterios o decisiones. La mujer es quien toma las decisiones y quien determina el tiempo de sus acciones. No hacerle creer que todo se arreglará fácilmente.
- No darle falsas esperanzas.
- No criticar la actitud o ausencia de respuesta con frases como: « ¿Por qué sigue con él? Si quisiera ponerle fin a la situación, se iría».
- No infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- No recomendarle terapia de pareja ni mediación familiar.
- No prescribirle fármacos que disminuyan la capacidad de reacción.
- No adoptar una actitud paternalista.

Cuadro 4.

Preguntas ante la sospecha

En caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y las características de la mujer:

- He repasado su historial y hay algunas cosas que me gustaría comentarle. Veo que... (relatar los hallazgos). ¿A qué cree que se debe? ¿Qué me puede decir de esto? ¿Cree que está todo relacionado?
- En muchos casos las mujeres que tienen problemas como los suyos, como por ejemplo... (mencionarle algunos de los identificados, los más significativos), están sufriendo algún tipo de violencia por parte de alguien, por ejemplo su pareja. ¿Es éste su caso?

En caso de sospecha por antecedentes como dispareunia, dolor pélvico:

- ¿Ha sido forzada alguna vez a mantener relaciones o prácticas sexuales cuando no quería hacerlo?

En caso de sospecha por lesiones físicas que presenta:

- Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un golpe fuerte/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 de forma más grave? (palizas, uso de armas, agresión sexual).

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

- Me gustaría conocer su opinión sobre estos síntomas que me ha contado (ansiedad, nerviosismo, tristeza, apatía...): ¿Desde cuándo se siente así? ¿A qué cree que se debe? ¿Los relaciona con alguna cosa? ¿Cómo va la relación de pareja?
- ¿Ha sucedido últimamente alguna cosa en su vida que le haga estar preocupada o triste? ¿Tiene quizás algún problema con su pareja? ¿Con los hijos e hijas? ¿Con algún miembro de la familia? ¿En el trabajo?
- Parece como si estuviese asustada, en alerta. ¿De qué tiene miedo?
- ¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amistades o a su familia? ¿Qué se lo impide?

Cuadro 5.

Preguntas para valorar la situación y el tipo de violencia en el caso específico de la pareja

Violencia psicológica

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

Violencia física

- ¿La empuja o agarra su pareja?
- ¿Su pareja la golpea, le da bofetadas o la agrede de cualquier otra forma?

Violencia sexual

- ¿La obliga su pareja a mantener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿La fuerza a realizar alguna práctica sexual que no desee?

Indicadores de ayuda para la detección

Hay una serie de signos y síntomas que pueden hacer pensar que la mujer padece violencia machista. Es importante que el conjunto de profesionales de la salud los conozca y mantenga una actitud de alerta en la consulta, ya que la detección de estos signos puede permitir intervenir en las situaciones de violencia.

La forma más frecuente de abuso es la psicológica o emocional que, aunque es la violencia más invisible a primera vista, va dejando marcas profundas en la salud física y mental de las mujeres que la padecen. Tiene un carácter insidioso que hace que perdure en el tiempo, y su reiteración va destruyendo de forma progresiva la autoestima de la mujer, hasta el punto de que en muchos casos le cuesta identificarse como *mujer maltratada*. Incluso en los casos en que la violencia es física, son una minoría las mujeres que acuden al sistema sanitario con una queja explícita de haberla vivido o de estar viviéndola.

No hay consenso respecto a quiénes son los indicadores de sospecha para identificar a una mujer que no revela espontáneamente la violencia. En este protocolo se recomienda que se considere esta situación a la hora de hacer diagnósticos diferenciales, prestando atención especialmente a los aspectos siguientes:

Cuadro 6.
Indicadores de ayuda para la detección

Antecedentes conductuales de la mujer

- Haber sufrido o presenciado maltratos en la infancia (se debe preguntar sobre este aspecto).
- Información sobre situaciones de maltratos pasados o presentes por parte de familiares, amistades u de otros profesionales o instituciones.
- Historial de abuso de medicación, principalmente psicofármacos.
- Historial de conductas de evasión: abuso de alcohol y drogas.
- Historial de intento/s de suicidio.
- Historial de accidentes repetidos (domésticos, caídas, haciendo deporte...).
- Trastornos de la conducta alimentaria.

Antecedentes gineco-obstétricos

- Lesiones en los genitales, abdomen o pechos (principalmente durante el embarazo).
- Dispareunia, dolor pélvico e infecciones genitales repetidas.
- Ausencia de control de la fecundidad: embarazo no deseado o no aceptado.
- Retraso en la solicitud de atención prenatal.
- Historia de abortos o IVE repetidas.
- VIH+ o sida.

Motivos de consulta

- No se encuentra un diagnóstico que justifique los síntomas.
- Síntomas somáticos repetidos: principalmente dolores crónicos, molestias gastrointestinales.
- Síntomas psicológicos repetidos: trastornos del sueño, crisis de pánico y angustia, depresión y ansiedad.

Utilización de los servicios sanitarios

- Hiperfrecuentación o alternancia de hiperfrecuentación con periodos de largas ausencias.
- Incumplimiento de citas y de tratamientos.
- Presencia constante de la pareja o de alguna persona acompañante en la consulta.
- Utilización repetitiva de los servicios de urgencias.
- Hospitalizaciones frecuentes sin diagnósticos que lo justifiquen.

(Continúa en la página siguiente)

Cuadro 6.
Indicadores de ayuda
para la detección
(Continuación)

<p>Presentación de lesiones durante la consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraso en la demanda de asistencia por lesiones físicas. • Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación del motivo. • Distribución central de las lesiones, o lesiones en zonas del cuerpo normalmente escondidas por la ropa. • Lesiones en genitales. • Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara y cabeza, cara interna de los brazos y piernas. • Lesiones en diferentes momentos de curación (violencia a lo largo del tiempo). • Lesiones por defensa (por ejemplo, cara interna del antebrazo). • Lesiones de sospecha de pasividad extrema: quemaduras por cigarrillos. <p>Actitud o estado de la mujer durante la consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rasgos depresivos y de desánimo con baja autoestima y culpabilidad inexplicables. • Actitud de temor o evasión, dificultad para explicarse e incomodidad. • Vergüenza, comunicación difícil y evitación de la mirada. • Estado de ansiedad o angustia, indignación fuera de contexto, agresividad con el o la profesional que la atiende. • Aislamiento: ausencia de relaciones con otras personas. • Falta de cuidado personal. • Justificación de las lesiones o intento de quitarles importancia. • Si está presente la pareja: busca aprobación y denota temor en las respuestas. <p>Actitud de la pareja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicita estar presente durante toda la visita. • Control sobre todo lo que dice la mujer: contesta él o la interrumpe para precisar o matizar su relato. • Necesidad de demostrar un exceso de preocupación o cuidado. • Puede presentarse nervioso, e incluso hostil o agresivo, con ella o con el o la profesional.
--

Valoración

En el caso de que los indicadores de sospecha sean positivos, se debe someter cada caso a una minuciosa valoración. La valoración nos debe ayudar a determinar si sólo se trata de una mera sospecha de violencia, si nos estamos enfrentando a un caso de violencia que aún no presenta peligros extremos para la salud de la mujer, o bien si nos encontramos ante una mujer cuya salud o incluso su vida se encuentran en peligro extremo.

Existen escalas publicadas para valorar el peligro que corre la mujer¹⁸ teniendo en cuenta el tipo de violencia. Sin embargo, ninguna de estas escalas sustituye el juicio de los y las profesionales y, sobre todo, la percepción de la mujer. Por lo tanto, si la mujer se siente en peligro, así debe considerarse.

Actualmente, en el contexto de referencia común del Protocolo marco para una intervención coordinada contra la violencia machista, hay un grupo de trabajo interdepartamental, liderado por el Instituto Catalán de las Mujeres, que está trabajando para consensuar una herramienta de valoración del riesgo en el ámbito de la pareja, común a todas las áreas de intervención, en una situación de violencia machista.

¹⁸ Salber P, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. Barcelona: Cedecs; 2000.

Cuadro 7.
Indicadores para la
valoración

Valoración biopsicosocial

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

Valoración de la situación de violencia

- Tipo, duración, frecuencia e intensidad de la violencia.
- Comportamiento familiar y social de la persona agresora; si ha habido agresiones a otras personas o familiares.
- Mecanismo de adaptación desarrollado por la mujer.
- Fase del proceso de violencia en la que se encuentra.

Valoración de la seguridad y evaluación del riesgo

- Hay que determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo, entendiendo por peligro extremo la situación actual de sufrir una agresión inminente con riesgo indudable para la vida de la mujer o la de sus hijos e hijas. Indicadores de peligro extremo (esta valoración se hará de forma conjunta con la mujer):
 - Amenazas con armas o uso de armas.
 - Amenazas o intentos de homicidio de la mujer o de sus hijos e hijas.
 - Amenazas o intentos de suicidio de la mujer.
 - Violencia con los hijos e hijas u otros miembros de la familia.
 - Lesiones graves, que incluso requieran hospitalización.
 - Amenazas o persecución aunque se produzca separación.
 - Aumento de la intensidad y la frecuencia de la violencia.
 - Agresiones durante el embarazo.
 - Abusos sexuales repetidos.
 - Comportamiento violento fuera del hogar.
 - Celos extremos, control obsesivo de las actividades diarias de la mujer (donde va, con quién está o cuanto dinero tiene).
 - Aislamiento creciente.
 - Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge, y consumo por parte de la mujer.
 - Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.
- Hay que considerar la percepción de peligro que tiene 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 después de la valoración (fundamentada en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada).
- Si se detecta una situación de peligro, hay que plantear las preguntas siguientes:
 - ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora?
 - ¿Están seguros sus hijos e hijas? ¿Dónde está ahora el agresor?
 - ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿La ayudarían?

3. Atención y recuperación

El papel del conjunto de profesionales de la salud no se limita a la atención y el seguimiento de las mujeres sino que, además, se extiende a sus hijos e hijas, y a otras personas dependientes a su cargo, si las tuviera. Es necesario, pues, establecer los mecanismos de coordinación con otros servicios que puedan estar implicados.

Es muy importante mantener una actitud de atención activa ante la posibilidad de que las mujeres que visitan los servicios sanitarios padezcan una situación de violencia, la hayan padecido o corran el riesgo de padecerla. Con todo, la confirmación de una sospecha de violencia contra una mujer no pone fin a la actuación del conjunto de profesionales de la salud sino que, a partir de aquel momento, hay que realizar una importante tarea de información a la mujer, de intervención y trabajo en la consulta y de derivación cuando las características del caso así lo requieran.

La actuación con el presunto agresor no debe poner en peligro la seguridad de la mujer ni de las personas dependientes. Sólo en el caso de que se confirme la sospecha de violencia, puede ofrecerse al maltratador la derivación al dispositivo adecuado. La actuación con el agresor se debe llevar a cabo después de la valoración del peligro en que se pueda encontrar la mujer y es muy importante preservar su confidencialidad.

La actuación debe ser distinta según la mujer afirme o no la violencia y según la situación de peligro en la que se encuentre. Así, se presentan unas situaciones para las cuales habrá que plantear pautas de actuación diferentes:

- Mujer que presenta indicadores de sospecha pero que manifiesta no padecer violencia (cuadro 8).
- Mujer que afirma padecer violencia pero que no se encuentra en peligro extremo (cuadro 9).
- Mujer que afirma padecer violencia y que se encuentra en peligro extremo (cuadro 10).
- Mujer que padece una agresión sexual (cuadro 11).

A continuación se presentan los cuadros que sintetizan las principales actuaciones que se deben llevar a cabo en cada una de las cuatro situaciones que se acaban de describir.

Actuación en los servicios sanitarios

Cuadro 8.

Plan de intervención

Mujer que presenta indicadores de sospecha pero que manifiesta no padecer violencia

<p>REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA que en la fecha correspondiente la mujer se encuentra en una situación de sospecha de violencia.</p> <ul style="list-style-type: none">• Anotar fecha.• Anotar el plan de seguimiento acordado. <p>Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.</p> <p>Existe la posibilidad de realizar e incluir en la historia un informe social. Este informe podría ser útil para futuros procesos judiciales, en caso de que los hubiera, ya que puede aportar el diagnóstico y la valoración social de la situación de violencia.</p>	<p>Ante la sospecha, hay que realizar una reflexión conjunta con la mujer sobre la situación en la que se encuentra (sospecha de la existencia de violencia), relacionando los indicadores detectados con la posible existencia de violencia.</p> <p>Si después de preguntar a la mujer si padece violencia confirma esta situación, se debe valorar la seguridad y, en función de si se encuentra en una situación de peligro extremo o no, se debe proceder al plan de actuación que corresponda (se describen a continuación; cuadros 9 y 10). Si no la confirma, se debe seguir el siguiente plan de actuación:</p>
	<p>Trabajo en la consulta (seguimiento)</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención integral o interdisciplinaria. Hay que considerar la interconsulta con los y las profesionales implicados e implicadas (con el consentimiento de la mujer) y elaborar un plan de tratamiento común en el que cada profesional tenga asignadas responsabilidades y tareas, así como el seguimiento posterior.• Tratamiento de los problemas físicos, psíquicos y emocionales y atención a la problemática social de la mujer o familia en cuestión.• Se deben ofrecer visitas de seguimiento hasta la confirmación o no de la sospecha de violencia: hay que acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de forma empática.<ul style="list-style-type: none">– Reforzar las situaciones que favorezcan la sensación de poseer el control de su vida.– Ofrecer visitas de seguimiento para los problemas de salud encontrados, con el fin de no perder el contacto.– Acompañar a la mujer en el proceso de reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones.• Conviene ofrecer, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).
	<p>Derivar (si se considera necesario y previo consentimiento de la mujer)</p> <ul style="list-style-type: none">• al o a la profesional de trabajo social si se detectan situaciones de riesgo psicosocial.• a los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer: hay que poner a la mujer en contacto con los recursos de la red de mujeres que padecen violencia machista que se estimen necesarios (anexo 1), pero nunca antes de que el equipo sanitario haya realizado un plan de trabajo interdisciplinario, haya estudiado las circunstancias particulares de la mujer y haya valorado la idoneidad de cada recurso. <p>Hay que gestionar la cita del servicio al que se deriva y coordinar la actuación.</p>
	<p>Actuación con las personas dependientes que conviven con la mujer, si las hay.</p> <p>Si la mujer tiene hijos e hijas menores, se debe informar de la situación al o a la profesional de pediatría y aplicar el protocolo de actuación dirigido a esta población (valoración del riesgo, intervención, derivación, etc.).</p> <p>Igualmente, hay que valorar la repercusión de la violencia en otras personas dependientes que conviven con la mujer, e intervenir o derivarlas si se considera necesario.</p>

Fuente: Adaptado del *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2007.

Cuadro 9.

Plan de intervención

Mujer que afirma padecer violencia pero que no se encuentra en peligro extremo	
<p>REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA que en la fecha correspondiente la mujer se encuentra en una situación de violencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anotar fecha. • Anotar el plan de seguimiento acordado. <p>Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.</p> <p>Existe la posibilidad de realizar e incluir en la historia un informe social. Este informe podría ser útil para futuros procesos judiciales, en caso de que los hubiera, ya que puede aportar el diagnóstico y la valoración social de la situación de violencia.</p> <p>EMITIR PARTE DE LESIONES, CUANDO PROCEDA Hay obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones o de otros síntomas ante la constatación de violencia, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del informe de lesiones y el informe médico. Se debe entregar una copia del documento a la mujer y se debe informar de las implicaciones que tiene. Además, se deben establecer estrategias para que esta notificación no ponga en peligro la vida de la mujer ni la de sus hijos.</p>	<p>Hay que realizar una reflexión conjunta con la mujer sobre la situación en la que se encuentra (mujer que afirma ser víctima de violencia pero que no se encuentra en peligro extremo), y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decirle que la violencia es un delito y que tiene derecho a denunciarlo. • Informarla sobre sus derechos y los de sus hijos e hijas (si tiene). • Explicarle el comportamiento de la violencia (ciclo, consecuencias, etc.). • Explicarle las repercusiones que tiene la violencia sobre la salud y el bienestar de ella y de su familia (especialmente menores y personas dependientes). • Transmitirle mensajes de apoyo: desculpabilizarla, reforzar el hecho de haber comunicado la violencia, garantizarle confidencialidad, respetar su autonomía, explicarle que hay más mujeres que viven lo mismo que ella, explicarle que hay personas que pueden ayudarla. <p>Trabajo en la consulta (seguimiento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención integral o interdisciplinaria. Hay que considerar la interconsulta con los y las profesionales implicados e implicadas (con el consentimiento de la mujer) y elaborar un plan de tratamiento común en el que cada profesional tenga asignadas responsabilidades y tareas, así como el seguimiento posterior. • Tratamiento de los problemas físicos, psíquicos y emocionales y atención a la problemática social de la mujer o familia en cuestión. • Se debe establecer un plan de consultas de seguimiento para: <ul style="list-style-type: none"> – Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación. – Acompañar a la mujer a la hora de afrontar su situación. – Prevenir nuevos episodios de violencia. • Conviene ofrecer, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona). <p><i>Derivar</i> (si se considera necesario y previo consentimiento de la mujer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • al o a la profesional de trabajo social si se detectan situaciones de riesgo psicosocial. • a los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer: hay que poner a la mujer en contacto con los recursos de la red de mujeres que padecen violencia machista que se estimen necesarios (anexo 1), pero nunca antes de que el equipo sanitario haya realizado un plan de trabajo interdisciplinario, haya estudiado las circunstancias particulares de la mujer y haya valorado la idoneidad de cada recurso. <p>Hay que gestionar la cita del servicio al que se deriva y coordinar la actuación.</p> <p>Actuación con las personas dependientes que conviven con la mujer, si las hay.</p> <p>Si la mujer tiene hijos e hijas menores, se debe informar de la situación al o a la profesional de pediatría y aplicar el protocolo de actuación dirigido a esta población (valoración del riesgo, intervención, derivación, etc.).</p> <p>Igualmente, hay que valorar la repercusión de la violencia en otras personas dependientes que conviven con la mujer, e intervenir o derivarlas si se considera necesario.</p>

Fuente: Adaptado del *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2007.

Actuación en los servicios sanitarios

Cuadro 10.
Plan de intervención

Mujer que afirma padecer violencia y que se encuentra en peligro extremo		
<p>REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA que en la fecha correspondiente la mujer se encuentra en una situación de violencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anotar fecha. • Anotar el plan de seguimiento acordado. <p>Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.</p> <p>Existe la posibilidad de realizar e incluir en la historia un informe social. Este informe podría ser útil para futuros procesos judiciales, en caso de que los hubiera, ya que puede aportar el diagnóstico y la valoración social de la situación de violencia.</p> <p>EMITIR PARTE DE LESIONES E INFORME MÉDICO Se debe entregar una copia de ambos documentos a la mujer y se le debe informar de las implicaciones que tienen. Además, se deben establecer estrategias para que la emisión de estos documentos no ponga en peligro la vida de la mujer ni la de sus hijos.</p>	<p>Hay que realizar una reflexión conjunta con la mujer sobre la valoración que hacemos de su situación, haciendo que sea consciente del peligro y planteando las posibles estrategias a seguir, y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decirle que la violencia es un delito y que tiene derecho a denunciarlo. • Informarla sobre sus derechos y los de sus hijos e hijas. • Transmitirle mensajes de apoyo: desculpabilización, reforzar el hecho de haber comunicado la violencia, garantizar confidencialidad, respetar su autonomía, decirle que hay más mujeres que están viviendo lo mismo que ella, decirle que hay personas que pueden ayudarla. • Informarla de la situación de peligro en la que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Hacerle ver que no está sola. <p>Trabajo en la consulta (seguimiento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de los problemas físicos, psíquicos y emocionales y atención a la problemática social de la mujer o familia en cuestión. • Se debe hacer ver a la mujer que no está sola. • Hay que plantear las posibles estrategias a seguir y actuar según su decisión. • Es conveniente ponerla en contacto con el personal de trabajo social de urgencias, si lo hay, o servicios de apoyo las 24 horas de emergencias para mujeres maltratadas. • Se debe elaborar un plan de seguimiento adaptado a la situación de la mujer, en cualquiera de los tres escenarios. Hay que considerar la interconsulta de todo el personal sanitario implicado (con el consentimiento de la mujer) y elaborar un plan de tratamiento común en el que cada profesional de la salud tenga asignadas responsabilidades y tareas, así como el seguimiento posterior. 	
	<p>Si decide irse del domicilio familiar el mismo día ↓</p>	<p>Si decide volver al domicilio ↓</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que conocer la situación familiar y los recursos con los que cuenta la mujer: <ul style="list-style-type: none"> – Situación de sus hijos e hijas: dónde y cómo están. – Personas de apoyo con las que cuenta (familiares, amistades, etc.). – Documentación y dinero que lleva encima. • Hay que activar los servicios de atención de urgencias y emergencias de la red de atención y recuperación integral para las mujeres en situaciones de violencia machista, si procede. • Hay que ofrecer apoyo y seguimiento (interés por volver a verla y saber novedades). 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que concertar una cita para continuar la intervención que en adelante irá encaminada a reforzar las áreas que dificultan la toma de decisiones. • Hay que poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de los menores si procede. • Hay que informar a la mujer de la existencia de otros recursos de apoyo de la red de atención y recuperación integral para las mujeres en situaciones de violencia machista, por ejemplo centros de información y asesoramiento de la mujer. • Hay que hablar con ella sobre la necesidad de estar alerta y de crear un escenario de protección para ella y los menores, si los hay, y sobre las medidas a tener en cuenta por si tuviera que abandonar el hogar de forma urgente.
	<p>Si ya se fue del domicilio y continúa en peligro extremo ↓</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que informar a la mujer de la existencia de medidas legales de alejamiento del agresor y, si ya las ha solicitado y no se respetan, recomendarle que lo comunique a la autoridad competente. Siempre que sea posible, conviene realizar un informe en el que se relaten los hechos para hacérselos saber a la autoridad. • Hay que activar los servicios de atención de urgencias y emergencias, si procede. 	
	<p>Se debe poner a la mujer en contacto con los recursos de la red de mujeres que padecen violencia machista (anexo 1) que se estimen oportunos (si se considera necesario y previo consentimiento de la mujer, en función de la situación en la que se encuentre).</p> <p>Hay que gestionar la cita del servicio al que se deriva y coordinar la actuación.</p>	
	<p>Actuación con las personas dependientes que conviven con la mujer, si las hay. Si la mujer tiene hijos e hijas menores, se debe informar de la situación al o a la profesional de pediatría y aplicar el protocolo de actuación dirigido a esta población (valoración del riesgo, intervención, derivación, etc.). Igualmente, hay que valorar la repercusión de la violencia en otras personas dependientes que conviven con la mujer, e intervenir o derivarlas si se considera necesario.</p>	

Fuente: Adaptado del *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2007.

Actuación en casos de agresión sexual

Las agresiones sexuales, como forma de violencia machista, se ejercen tanto en el ámbito social o comunitario como en el ámbito familiar y de la pareja. Entendemos como agresión sexual el uso de la violencia física y sexual ejercida contra las mujeres y los menores de edad y que está determinada por el uso premeditado del sexo como arma para demostrar poder y abusar de él.

Las pautas de actuación ante casos de agresión y abuso sexuales y violaciones tienen particularidades que justifican que se describan en un apartado independiente. Además, tendrá un documento operativo propio para abordar esta cuestión.

La violencia sexual contra las mujeres puede ser ejercida por parte de su pareja o expareja, o por parte de otros hombres, del ámbito familiar, social o comunitario. En general las mujeres consultan cuando el agresor no es la pareja, y es poco frecuente que lo hagan por agresión sexual dentro del ámbito de la pareja. En estos casos la violencia sexual suele quedar oculta y resulta, por tanto, difícil de detectar.

Estos actos constituyen un delito contra la libertad sexual de la mujer y las actuaciones sanitarias llevadas a cabo por parte del conjunto de los profesionales de la salud de atención primaria y comunitaria, o de otro dispositivo sanitario hospitalario y no hospitalario que atienda una agresión sexual, deben garantizar la valoración física, psíquica y social de la mujer.

Hay que propiciar un ambiente que fomente la comunicación, la confidencialidad y tanta intimidad como sea posible. Si la víctima así lo desea, puede estar acompañada de alguna persona de confianza. No se deben realizar preguntas comprometidas y sólo se deben recoger los datos que la mujer quiera aportar. Hay que informar a la mujer de todas las exploraciones que se le harán y de la finalidad que tienen y comentar en todo momento lo que se está haciendo.

En esta situación resulta evidente que hay que reducir al máximo el número de impactos psíquicos que pueda padecer la mujer después de la agresión. Por este motivo no sólo está justificado, sino que es recomendable que la evaluación ginecológica y la médica forense se realicen en un único acto, con independencia entre las actuaciones sanitarias y las periciales, pero intentado que no sean necesarios nuevos reconocimientos. En este sentido, y dado que no nos encontramos ante ningún tipo de impedimento legal o 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 correspondiente, que acordará la asistencia del médico o médica forense, o encomendará al o a la profesional de la salud que esté de guardia la recogida de muestras de interés legal.¹⁹

¹⁹ Para proceder penalmente en los delitos de agresiones sexuales, es necesaria la denuncia de la persona agraviada, la de su representante legal o la querrela del Ministerio Fiscal (cuando la víctima sea menor de edad, esté incapacitada o desvalida, es suficiente con la denuncia del Ministerio Fiscal). Aunque la mujer manifieste el deseo de no presentar denuncia en ese mismo momento, hay que comunicar los hechos al juzgado de guardia, de forma que pueda incoar el procedimiento judicial correspondiente y disponer medidas de investigación y garantía necesarias por si el resto de personas legitimadas, o la propia mujer en el futuro, desean ejercer acción penal.

Actuación en los servicios sanitarios

A continuación se mencionan las actuaciones generales que dependen de cada profesional en estos casos:

Actuaciones clínicas

- Apoyo emocional y psicológico.
- Anamnesis y examen clínico.
- Solicitud de actuación de la medicina forense, a través del juzgado de guardia, y colaboración en el trabajo que lleve a cabo.
- Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmisión sexual.
- Petición de analítica sanguínea.
- Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas.
- Tratamiento y profilaxis, si procede, de las infecciones de transmisión sexual.
- Profilaxis del embarazo.
- Emisión del parte de lesiones.

Actuaciones de la medicina forense

- Toma de muestras de interés legal.²⁰
- Localización y determinación de la importancia de las lesiones (con fotografías).
- Redacción del informe médico forense para el juzgado.

El cuadro 11 muestra las actuaciones detalladas que se deben realizar en los casos de agresiones sexuales.

²⁰ El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses y el Instituto de la Mujer, en colaboración con el Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia, han presentado en diversas provincias y comunidades autónomas un *kit* de recogida de muestras para casos de agresión sexual. Contiene todo el instrumental necesario para una correcta toma de muestras (hisopos, cortaúñas, peine, bolsas, etiquetas, etc.). Además de este instrumental, también contiene una serie de elementos que contribuyen a mejorar el entorno en el que se debe practicar el reconocimiento, dotándolo de una intimidad y dignidad, muy necesarias en estos casos para intentar reducir el riesgo de victimización secundaria.

Cuadro 11.
Plan de intervención

Mujer que padece una agresión sexual	
Actuación en la atención primaria u otro dispositivo sanitario no hospitalario	El personal sanitario de atención primaria o ASSIR u otro dispositivo sanitario no hospitalario que atienda una agresión sexual debe garantizar la valoración física, psíquica y social de la mujer. Se debe valorar también la necesidad de trasladar a la víctima al hospital más cercano, sin que haya lavados ni cambios de ropa. En caso de felación, es importante que, en la medida de lo posible, se evite la ingesta de líquidos o alimentos antes del reconocimiento de la víctima en el hospital.
Actuación en el hospital	<p>Admisión y acompañamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las lesiones aparentes, el estado emocional y las necesidades inminentes: comodidad, seguridad, acompañamiento y planificación de cuidados. • Informar a la mujer agredida del proceso, especialmente de la duración que tendrá y las personas implicadas en la atención de situación. • Registrar la hora de admisión en el servicio. • Acompañamiento, en todo momento, de la mujer agredida durante el proceso de intervención.
	<p>Registro en la historia clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subrayar que puede servir como prueba en un proceso judicial. • Transcribir los hechos referidos por la mujer en relación con la agresión (fecha, lugar, tipo de agresión sexual) y los actos realizados después de la agresión y antes de la exploración (lavado personal, ingesta de alimentos o medicación, etc.). • Posible consumo asociado de alcohol y otras drogas. • Antecedentes de enfermedades, intervenciones, medicación, etc. • Antecedentes de violencia, si los hay. • Historia ginecológica: menarquía, tipo menstrual, fecha de la última regla, método anticonceptivo, última relación sexual.
	<p>Contacto con medicina forense, por exploración conjunta con ginecología. Registrar la hora de llegada del forense o la forense.</p>
	<p>Contacto con profesionales necesarios: ginecología, cirugía de guardia, enfermedades infecciosas, psiquiatría o traumatología, trabajo social.</p>
	<p>Apoyo emocional, exploración y tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo psicológico y emocional. • Anamnesis única y conjunta del conjunto de profesionales de la salud y forenses. • Recogida de muestras biológicas y físicas. • Tratamiento terapéutico y profiláctico. • Comunicación al juzgado. <p>Exploración (general y ginecológica) Examen de la superficie corporal: Detallar la localización e importancia de lesiones (heridas, contusiones, erosiones, laceraciones) o bien consignar, si procede, que no las hay. En caso de haber lesiones es conveniente hacer fotografías, con el consentimiento previo de la mujer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar muestras de semen, sangre y otros fluidos en la superficie corporal, mediante hisopo estéril ligeramente humedecido con agua destilada, y colocar las muestras en un tubo que se tiene que sellar, rotular y mantener refrigerado (4-8 °C). <p>Exploración ginecológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspección vulvovaginal: detallar heridas, hematomas y contusiones, o bien consignar, si procede, que no las hay. • Muestras vaginales (o anales o bucales) con hisopos secos y estériles para investigación de esperma. Hay que guardarlas en sus fundas sin introducirlas en ningún medio conservante, mantenerlas refrigeradas (4-8 °C) y rotularlas. Se recomienda tomar la muestra con al menos dos hisopos. • Lavado vaginal (o anal o bucal) con 10 cm³ de suero fisiológico estéril para la recogida de posibles restos de semen. Hay que recogerlo en un tubo estéril apropiado que pueda cerrarse herméticamente, rotularlo y mantenerlo refrigerado (4-8 °C). El lavado vaginal deber ser posterior a la toma de muestras para el cribado de enfermedades de transmisión sexual. • La rotulación de las muestras debe incluir el nombre de la mujer, la fecha y la firma del o de la profesional. Las diferentes muestras se deben introducir en un sobre con el nombre de la mujer dirigido a medicina forense de juzgado de guardia. • Tacto bimanual: para determinar la medida, la forma, la consistencia y la movilidad uterina, así como la posible existencia de masas o dolor anexal. En algunos casos puede ser necesaria una ecografía.

Actuación en los servicios sanitarios

Cuadro 11.

Plan de intervención

(Continuación)

<p>Actuación en el hospital (Continuación)</p>	<p>Recogida de muestras de interés legal:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ropas de la mujer relacionadas con la presunta agresión: hay que colocar cada pieza en una bolsa independiente y rotulada.• Tomas de hisopos humedecidos en suero fisiológico, en los casos de agresión anal y oral, de las correspondientes cavidades: se debe colocar el hisopo en un tubo que hay que sellar y rotular.• Recortes de limpieza de uñas (posible piel del agresor).• Peinado púbico de la mujer (posible vello del agresor). <p>Análítica</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinación del grupo sanguíneo y Rh de la mujer.• Prueba de tóxicos.• Prueba de embarazo.• Enfermedades de transmisión sexual:<ul style="list-style-type: none">– Cultivo de cribado de gonorrea y clamidias: inicial y al cabo de siete días.– Sífilis: inicial y al cabo de seis semanas.– VIH: inicial, al cabo de seis semanas y al cabo de cuatro y seis meses.– Hepatitis B: inicial y al cabo de seis semanas.• Frotis citológico, útil también para moniliasis y tricomonas. <p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamiento de las lesiones físicas y secuelas psicológicas:<ul style="list-style-type: none">– Traumatismos físicos: tratar las heridas y prevenir que se infecten y, si es necesario, realizar profilaxis del tétanos.– Traumatismos psicológicos: hacer la valoración emocional y, si es necesario, derivar a la consulta de psiquiatría o psicología.• Prevención de enfermedades de transmisión sexual:<ul style="list-style-type: none">– Se debe utilizar el tratamiento preventivo para la gonococia, clamidia y sífilis en posible incubación.– La necesidad de profilaxis contra el VIH o virus de la hepatitis B se debe valorar individualmente.• Prevención de un posible embarazo:<ul style="list-style-type: none">– Se debe explicar que la posibilidad de embarazo en los casos de agresión es muy baja y que es preferible esperar. No obstante, hay que valorar junto con la mujer las alternativas siguientes:<ul style="list-style-type: none">– Contracepción poscoital hormonal.– Esperar a la próxima regla o realizar un test de embarazo al cabo de dos o tres semanas. Si se elige esta opción hay que informar a la mujer de que, en caso de confirmarse un embarazo, tiene la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo en el plazo legal establecido actualmente hasta la semana catorce. <p>Notificación al juzgado</p> <ul style="list-style-type: none">• Emitir el informe de lesiones e informe médico al juzgado de guardia.• Remitir una copia al personal médico de su centro de atención primaria directamente (no por medio de la mujer, ya que podría comprometer su seguridad). <p>Información y derivación</p> <ul style="list-style-type: none">• Informar a la mujer de los puntos siguientes:<ul style="list-style-type: none">– La agresión sexual es un delito y la mujer tiene derecho a denunciarlo.– Analizar con ella las repercusiones en la salud física y emocional.– Informarla de que la legislación protege sus derechos y su integridad y de que si lo desea puede solicitar una orden de protección, impreso disponible en el centro.– Informarla de la disponibilidad de una red de recursos y dispositivos sociales para la atención de las mujeres víctimas de violencia.• Derivación<ul style="list-style-type: none">– Importancia de la derivación y coordinación con atención primaria y con trabajo social.– La derivación de la mujer a los recursos de atención de la red de mujeres que padecen violencia machista (anexo 1) es fundamental, ya que disponen de medios para la atención psicológica, social y jurídica de las víctimas. <p>Recomendaciones</p> <ul style="list-style-type: none">• No mantener relaciones sexuales hasta la valoración siguiente.• Seguimiento en consulta de enfermedades infecciosas.
--	--

Anexo 1. Recursos y servicios de información y atención

Anexo 1. Recursos y servicios de información y atención

Servicios institucionales de información y atención

¿Dónde se puede obtener información telefónica de urgencia?

Línea de atención a las mujeres en situación de violencia (servicio 24 h)	900 900 120
Teléfono de urgencias médicas	061
Teléfono de emergencias sociales	112
Teléfono de los Mossos d'Esquadra	088
Teléfono de atención a la víctima del delito	900 121 884
Sanitat respon	902 111 444
Infància respon	900 300 777
Teléfono de atención ciudadana	012
Secretaría para la Inmigración	932 701 230
Teléfono de información del Departamento de Acción Social y Ciudadanía	900 300 500

Programas de atención especializada en salud mental, violencia de género y abusos sexuales

Atención psiquiátrica y psicológica:

- Unidad funcional de abusos sexuales. Hospital de Sant Joan de Déu. Servicios de Salud Mental. Ctra. de Esplugues, s/n. 08034 Barcelona
- Programa de Atención a la Mujer Maltratada. Servicio de Psiquiatría del Hospital de Vall d'Hebron de Barcelona. P.º de la Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona
- Programa de Prevención y Tratamiento de las Secuelas Psíquicas en Mujeres Víctimas de una Agresión Sexual. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona. Rosselló, 140, bajos. 08036 Barcelona
- Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa Maria de Lleida. Maltratos y abusos sexuales. Alcalde Rovira Roure, 44. 25198 Lleida
- Parque Hospitalario Martí i Julià. Programa de Atención a Agresores. Dr. Castany, s/n. 17190 Salt
- Programa de Atención a la Mujer Maltratada. Centro de Salud Mental de Cornellà. Mossèn Andreu, 13, 3.ª planta (edificio Can Moritz). 08940 Cornellà

Recursos para la atención de mujeres víctimas de una agresión sexual

El Servicio de Urgencias del Hospital Clínic de Barcelona es el dispositivo de referencia para la atención sanitaria urgente de las agresiones sexuales en la ciudad de Barcelona. Existe un circuito y un protocolo de intervención.

C/ Villarroel, 170. 08036 Barcelona. Tel. 932 275 400. Fax 932 275 454.

C/e.: webmaster@clinic.ub.es

Oficinas de atención a la víctima del delito (Departamento de Justicia)

Son el punto de referencia de información, contención, apoyo y derivación de todos los ciudadanos que son víctimas de algún delito o tienen aplicada una medida judicial de protección en casos de violencia doméstica y machista. Atienden gratuitamente las peticiones de los ciudadanos de delitos: ofrecen la información que necesitan y facilitan a la víctima acceso a las ayudas, los servicios especializados y los cuerpos de seguridad para garantizar el proceso de recuperación. También aportan el apoyo y la contención emocional necesarios en la situación de crisis, realizan el seguimiento de las actuaciones judiciales y facilitan la accesibilidad:

- C/ Venezuela, 74-76, 2.º. 08019 Barcelona
Tel. 900 121 884 (teléfono gratuito), 933 030 049
Fax 935 674 520
C/e.: victimabarcelona.dj@gencat.cat
- P.º Canalejas, 5. 17001 Girona
Tel. 972 940 448
Fax 972 940 454
C/e.: victimagir@gencat.cat
- C/ Canyeret, 1, bajos. 25004 Lleida
Tel. 973 725 505
Fax 973 725 741
C/e.: victimalleida.dj@gencat.cat
- Av. Lluís Companys, 10, 4.ª. 43005 Tarragona
Tel. 977 920 108
Fax 977 920 109
C/e.: victimatarragona.dj@gencat.cat
- C/ Àngel, 6, 4.ª. 43500 Tortosa
Tel. 977 448 088
Fax 977 448 089
C/e.: sgtebre.dj@gencat.cat

¿Dónde se pueden denunciar casos de violencia machista?

- En cualquier comisaría de los Mossos d'Esquadra, Policía Local, Guardia Civil o Policía Nacional (la más próxima).
- En cualquier juzgado de guardia.

Anexo 1. Recursos y servicios de información y atención

Oficinas del Instituto Catalán de las Mujeres

El **Instituto Catalán de las Mujeres** ofrece información y contactos sobre los recursos y servicios de atención e información existentes en Cataluña. También hay servicios gratuitos de atención psicológica y asesoramiento jurídico.

- **Barcelona**

Pl. Pere Coromines, 1. 08001 Barcelona. Tel. 935 531 672

- **Girona**

C/ Juli Garreta, 14, entlo. 17002 Girona. Tel. 972 412 990. Fax 972 412 781

Horario: de 9 a 14 horas, y los martes de 16 a 18 horas. Horario de verano: de 8 a 15 horas. C/e.: icd.girona@gencat.net

- **Lleida**

Av. del Segre, 5. 25007 Lleida. Tel. 973 703 600. Fax 973 703 607

Horario: de 9 a 14 horas, y los lunes de 16 a 18 horas. Horario de verano: de 8 a 15 horas. C/e.: icd.lleida@gencat.net

- **Tarragona**

C/ Sant Francesc, 3. 43003 Tarragona. Tel. 977 241 304. Fax 977 211 262

Horario: de 9 a 14 horas, y los martes de 16 a 18 horas. Horario de verano: de 8 a 15 horas. C/e.: icd.tarragona@gencat.net

- **Les Terres de l'Ebre**

Palacio Abària. Montcada, 23. 43500 Tortosa. Tel. 977 441 234. Fax 977 510 592

Horario: de 9 a 14 horas, y los martes de 16 a 18 horas. Horario de verano: de 8 a 15 horas. C/e.: icd.terresebre@gencat.net

- **L'Alt Pirineu i Aran**

Pau Casals, 14, entlo. Tremp. Tel. 973 651 824

- **Catalunya Central**

Pl. Major, 37, 2.^a. 08500 Vic. Tel. 936 939 883. Fax 936 939 897

Oficinas de atención ciudadana del Departamento de Salud

Sedes de las regiones sanitarias

- **R. S. L'Alt Pirineu i Aran**

Pl. Capdevila, 22, bajos (Tremp) Tel. 973 654 617

C/e.: atencioalciutada.rspa@catsalut.cat

- **R. S. Barcelona**

Edificio Mestral. Parque Hospitalario Pere i Virgili (Barcelona). Tel. 902 011 115

C/e.: atenciociudadana.rsb@catsalut.cat

- **R. S. Catalunya Central**
Muralla del Carme, 7, 4.º (Manresa). Tel. 938 723 313
C/e.: atencioalciutada.rsc@catsalut.cat
- **R. S. Girona**
Carrer del Sol, 15 (Girona). Tel. 972 200 054
C/e.: atencioalciutada.rsgir@catsalut.cat
- **R. S. Lleida**
Av. del Alcalde Rovira Roure, 2 (Lleida). Tel. 973 701 600
C/e.: atencioalciutada.rlle@catsalut.cat
- **R. S. Camp de Tarragona**
Av. de Maria Cristina, 54 (Tarragona). Tel. 977 224 151
C/e.: atencioalciutada.rstar@catsalut.cat
- **R. S. Terres de l'Ebre**
La Salle, 8 (Tortosa). Tel. 977 448 17
C/e.: atencioalciutada.rste@catsalut.cat

Centros de intervención especializada (CIE)

Los CIE son servicios que ofrecen información, atención y recuperación integral para las mujeres y sus hijos e hijas afectados por procesos de violencia machista, con el fin de facilitar la reparación del daño sufrido. Horario: de lunes a viernes, de 9.30 a 14 horas y de 16 a 19.30 horas.

- **CIE Les Terres de l'Ebre**
C/ Miquel Granell, 2, 1.º - Edificio Zeus - 43870 Amposta - Tel. 977 700 168
- **CIE El Baix Llobregat**
C/ Pou de Sant Pere, 8 - 08980 Sant Feliu de Llobregat - Tel. 936 859 934
- **CIE El Gironès**
Pl. del Veïnat, 11, 3.º - 17190 Salt - Tel. 972 406 555
- **CIE Tarragona**
C/ Cristòfor Colom 28, 1.º - 43007 Tarragona - Tel. 972 920 406

Servicios de información y atención a las mujeres

Los servicios de información y atención a las mujeres de municipios y consejos comarcales ofrecen sensibilización social, prevención, detección y atención a las personas en situación de violencia machista. Las direcciones y teléfonos de contacto de estos centros se pueden obtener en las respectivas páginas web municipales:

Anexo 1. Recursos y servicios de información y atención

BARCELONA

Badalona

Centro de Atención a la Mujer
C/ Baldoner Solà, 13-15, bajos
Tel. 93 483 29 68 / 93 483 29 64

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres de Ciutat Vella
C/ Erasme Janer, 8
Tel. 93 256 32 21

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres de Sants- Montjuïc
Pl. del Sortidor, 12
Tel. 93 443 43 11

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres de Gràcia
C/ Francisco Giner, 46
Tel. 93 291 43 30

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres de Horta-Guinardó
Pl. Santes Creus, 8
Tel. 93 420 00 08

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres de Nou Barris
C/ Doctor Pi i Molist, 133
Tel. 93 291 68 67

Castellar del Vallès

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
Pg. Tolrà, 1
Tel. 93 714 4040

Cerdanyola del Vallès

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
C/ Belles Arts, 19
Tel. 93 592 16 47

Esparraguera

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
C/ Tomàs Cabeza (Patronato Parroquial), 2
Tel. 93 708 02 10

Barberà del Vallès

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
Pl. de la Vila, 1, bajos derecha
Tel. 93 729 71 71 (extensión 266)

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres del Eixample
C/ Mallorca, 425
Tel. 93 256 32 21

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres de Sarrià-Sant Gervasi
C/ Brusi, 61
Tel. 93 200 26 02

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres de Sant Andreu
C/ Foradada, 36
Tel. 93 345 70 16

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres de las Corts
C/ Dolors Masferrer, 33
Tel. 93 291 64 91

Barcelona

Punto de información y atención a las mujeres de Sant Martí
C/ Pallars, 277, 3er
Tel. 93 307 72 60

Castelldefels

Centro de información y recursos para las mujeres
Pl. Joan XXIII, 8
Tel. 93 636 41 44

Cornellà de Llobregat

Centro de información y recursos para las mujeres
C/ Mossèn Jacint Verdaguer, 16-18
Tel. 93 474 28 41

Esplugues del Llobregat

Centro de información y recursos para las mujeres
C/ Sant Francesc Xavier, 1 (torre)
Tel. 93 371 33 50 (extensión 190)

Gavà

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
Rambla Joaquim Vayreda, 31
Tel. 93 263 91 00

Hospitalet de Llobregat

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
C/ Santa Eulàlia, 101
Tel. 93 298 18 70

Igualada

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
C/ Santa Maria, 10, bajos
Tel. 93 804 54 82

Manresa (Comarcal del Bages)

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
C/ Muralla de Sant Domènec, 24
Tel. 93 693 03 63

Martorell

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
C/ Llosetles, 66
Tel. 93 773 51 93

Mataró (Comarcal Maresme)

Servicio de apoyo a los servicios básicos de atención a la violencia
Pl. Miqueda Biada, 1
Tel. 93 741 16 16

Molins de Rei

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
C/ Jacint Verdaguer (Ca n'Ametller), 95,bis
Tel. 93 680 37 31

Pineda de Mar

Casal de la mujer
C/ Barcelona, 35, entresuelo
Tel. 93 764 19 43

El Prat del Llobregat

Servicio de información y Atención a las Mujeres
C/ Cases d'en Puig (Pl. Agricultura), 4
Tel. 93 379 00 50

Rubí

Servicio de la mujer
Rambleta Joan Miró (Edificio RUBI+D)
Tel. 93 581 39 00

Granollers

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
C/ Portalet, 4, 4r
Tel. 93 842 67 14

Igualada (Comarcal Anoia)

Equipo de atención a la mujer
Pl. de Sant Miquel, 5
Tel. 93 805 15 85

Manlleu

Servicio de Información y atención a las mujeres
C/ Baixa Cortada, 9
Tel. 93 851 08 48

Manresa

Punto de información y atención a las mujeres Montserrat Roig
C/ de la Mel, 8, 1r
Tel. 93 693 03 63

El Masnou

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
Pg. Prat de la Riba, 16
Tel. 93 555 81 04

Mataró

Servicio de Información y Atención a las Mujeres
C/ Blai Parera, 6
Tel. 93 702 28 12

Mollet del Vallès

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Àngel Guimerà, 15
Tel. 93 570 77 47

Montcada i Reixac

Oficina de atención a la mujer
C/Casa de la Vila Major, 32
Tel. 93 565 11 22

Olesa de Montserrat

La Teixidora, Centro de información y recursos para mujeres
C/ Cal Mané, Parque Municipal s/n
Tel. 93 778 45 45

Ripollet

Punto de información y atención a las Mujeres
C/ Montcada (Oficina Ley de barrios, 77)
Tel. 93 504 60 40

Anexo 1. Recursos y servicios de información y atención

Sant Adrià de Besos

Centro de información y recursos para las mujeres
C/ Escoles, 10, baixos
Tel. 93 381 20 04

Sant Boi de Llobregat

Centro de información y recursos para las mujeres
C/ Ebre, 27
Tel. 93 635 12 00

Sant Cugat del Vallés

Punto de asesoramiento Mujer información
Av. Gràcia, 50
Tel. 93 565 70 00

Sant Pere de Ribes

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Antoni Gaudí, 9-11
Tel. 93 810 90 68

Sant Vicenç dels Horts

Servicio de atención a las mujeres, "A prop teu"
C/ Claverol (Dependencias municipales), 6, 1a planta
Tel. 93 602 92 00

Terrassa

Servicio de Políticas de Género
C/ Nou de Sant Pere, 36
Tel. 93 739 74 08

Vic

Punto Mujer
Pl. Don Miquel de Clarian, 3
Tel. 93 889 34 76

Vilafranca del Penedès (Comarcal d'Alt Penedès)

Mujer Plan de Igualdad
C/ Hermenegild Clascar, 3
Tel. 93 890 00 00

Vilafranca del Penedès

Casal de las Mujeres
Pl. de la Verema, 1, 1r
Tel. 93 890 32 18

Vilanova i la Geltrú

Espacio de Equidad. Centro de información y recursos para las mujeres
C/ Col·legi, 29, local 11, baixos
Tel. 93 816 90 02

Sabadell

Centro de atención a la mujer
C/ Vidal, 146
Tel. 93 724 61 67

Sant Andreu de la Barca

Servicio de información y atención a las mujeres
Pl. Ajuntament, 1, 2a planta
Tel. 93 635 64 02

Santa Coloma de Gramenet

Servicio de información y recursos a las mujeres
Pl. Montserrat Roig, 1
Tel. 93 466 14 11

Sant Feliu de Llobregat

Servicio de información y orientación a las mujeres
C/ Rectoria (Casa de cultura Can Ricart), 4-6
Tel. 93 685 80 02

Sant Joan Despí

"Estem per tu dona"
Av. Barcelona, 41
Tel. 93 477 00 51

Santa Perpètua de Mogoda

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Pau Picasso, 32
Tel. 93 560 42 05

Sitges

Centro de información y atención a las mujeres
C/ Davallada (Edificio Miramar), 12, baixos
Tel. 93 811 31 80

Vic (Comarcal d'Osona)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Mestre Garriga, 12
Tel. 650 54 07 32

Viladecans

Punto de asesoramiento para mujeres sobre la igualdad de oportunidades
Av. De Luís Moré del Castillo, 18
Tel. 93 637 33 22

TARRAGONA

Amposta (Comarcal del Montsià)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Jaume I, 2-4
Tel. 977 70 74 96

El Vendrell (Comarcal del Baix Penedès)

Servicio de información y atención a las mujeres
Pl. Centre, 3
Tel. 977 15 71 77

Gandesa (Comarcal de la Terra Alta)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Bassa d'en Gaire, 1
Tel. 977 42 00 18

Móra d'Ebre (Comarcal de la Ribera d'Ebre)

Servicio de información y atención a las mujeres
Pl. Sant Roc, 2
Tel. 977 40 18 51

Reus

Casal de las Mujeres– Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Santa Teresa, 22, 1r
Tel. 977 01 06 72

Tarragona

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ de les Coques, 3
Tel. 977 24 45 00

Tortosa

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Doctor Ferran, 7, baixos
977 44 58 97

Valls (Comarcal de l'Alt Camp)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Mossèn Martí, 3
Tel. 977 60 42 58

Cambrils

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Sant Pere (Centro Cívico Les Bases), 32
Tel. 977 36 82 17

El Vendrell

Servicio de atención a la mujer
C/ Quarter, 4
Tel. 977 16 64 16

Montblanc (Comarcal de la Conca de Barberà)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Sant Josep, 18
Tel. 977 86 12 32

Reus (Comarcal del Baix Camp)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Doctor Ferran, 8
Tel. 977 32 71 55

Salou

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ de l'Ebre, 11
Tel. 977 30 92 06

Tarragona

Servicio de información y atención a las mujeres
Pl. de la Font, 1
Tel. 977 29 62 79

Tortosa (Comarcal del Baix Ebre)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Barcelona, 152
977 44 53 08

Valls

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Muralla del Carme, 24, baixos
Tel. 977 60 10 66

Anexo 1. Recursos y servicios de información y atención

GIRONA

Banyoles (Comarcal del Pla de l'Estany)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Pere Algius, 10, 1a planta
Tel. 972 58 03 88

Figueres

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Salvador Dalí, 107
Tel. 972 03 23 11

La Bisbal d'Empordà (Comarcal del Baix Empordà)

Servicio de información y atención a las mujeres
Pl. Joan Carreras i Dagas, s/n, baixos
Tel. 972 64 23 10

Olot (Comarcal de la Garrotxa)

Servicio de información y atención a las mujeres
Pl. Palau, 8
Tel. 972 26 66 44

Palafrugell

Servei d'Informació i Atenció a les Dones.
C/ Pals, 77
Tel. 972 61 18 79

Sta. Coloma de Farners

Servei d'informació i atenció a les dones
C/ Prat, 1, 1r
Tel. 972 84 21 61 (extensió 400)

Salt (Comarcal Gironès)

Servei d'Informació i Atenció a les Dones
C/ Àngel Guimerà, 106
Tel. 972 20 19 62/ 972 23 51 05

Figueres (Comarcal de l'Alt Empordà)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Nou, 48
Tel. 972 67 70 50

Girona

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Joan Riglà, 16 (Edifici 100 Llars)
Tel. 972 22 24 78

Lloret de Mar

Servicio de información y atención a las mujeres
Av. Vila de Tossa, s/n (Masia de Can Saragossa al parc de Can Xardó)
Tel. 972 34 95 73

Olot

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Tomàs de Lorenzana, 15
972 26 01 52

Ripoll (Comarcal del Ripollès)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Progrés, 22
Tel. 972 70 32 11

Sant Feliu de Guíxols

Servicio de información y atención a las mujeres
Pl. Salvador Espriu (Centro Cívico de Vilarta),
s/n
Tel. 972 82 01 01

LLEIDA

Balaguer (Comarcal de la Noguera)

Servicio de información y atención a las mujeres
Pg. Àngel Guimerà, 28-30
973 344 89 33

El Pont de Suert (Comarcal de l'Alta Ribagorça)

Servicio de información y atención a las mujeres
Av. Victoriano Muñoz, 48, 1a planta
Tel. 973 690 353

Cervera

Servicio de información y atención a las mujeres
Pg. Jaume Balmes, 3
Tel. 973 53 13 00

La Seu d'Urgell (Comarcal d'Alt Urgell)

Servicio de información y atención a las mujeres
Pg. Joan Brudieu, 12
Tel. 973 35 31 12

Les Borges Blanques

Servicio de información y atención a las mujeres
Av. Francesc Macià, 54
Tel. 973 14 26 58

Mollerussa (Comarcal del Pla d'Urgell)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Prat de la Riba (Can Niubó), 1
Tel. 973 71 13 13

Sort (Comarcal del Pallars Sobirà)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ del Mig, 9
Tel. 973 62 01 07

Tàrrrega (Comarcal de l'Urgell)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ d'Agoders, 16
Tel. 973 50 07 07

Tremp

Servicio de información y atención a las mujeres
Pl. de la Creu (Centre Cívic Tarraquet, 1
Tel. 973 65 00 05

Lleida (Comarcal del Segrià)

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Canyeret, s/n
Tel. 973 05 48 00

Lleida

Casal de la Mujer
Pl. Fanalets de Sant Jaume, s/n
Tel. 973 700 461

Sort

Servicio de información y atención a las mujeres
C/ Pol i Aleu, 5
Tel. 973 362 09 99

Tremp (Comarcal Pallars Jussà)

Servicio de información y atención a las mujeres
Pl. Soldevila, 18
Tel. 973 65 01 87

Vielha e Mijaran (Comarcal de la Vall d'Aran)

Servici d'atenció ara hemna
Av. Garona, 33 baishi Palai de Géu
Tel. 973 64 06 25

Servicios de atención a hombres que maltratan

Son servicios que ofrecen información, asesoramiento y atención a hombres agresores que acuden voluntariamente y sin una orden judicial.

• **Servicio de Atención a Hombres para la promoción de relaciones no violentas (SAH). Ayuntamiento de Barcelona.**

C/ Àlaba, 61, 1r, 08005 Barcelona (Fundación IReS)
Tel.: 933 209 212 / 934 864 750, sah@bcn.cat

• **Servicio de Atención a Hombres que Maltratan. Ámbito de la salud (SAH-AS). Fundación IReS.**

C/ Àlaba, 61, 1r, 08005 Barcelona
Tel.: 934 864 750, sahm-as@iresweb.org

• **Programa de Atención y Reinserción para Hombres (ARHOM) de la Fundación AGI.**

C/ Pau Claris, 138, 6è 4a, 08009 Barcelona
Tel.: 934 880 845

• **Unidad de psicoterapia familiar y de género. Instituto de Asistencia Sanitaria. Parque Hospitalario Martí i Julià.**

C/ Dr. Castany, s/n, 17190 Salt
Tel.: 687 405 784

• **Plan Funcional Crisàlide. Centro de Salud Mental Adultos del Segrià. Instituto Catalán de la Salud**

C/ Alcalde Rovira Roure, 44, 25198 Lleida
Tel.: 973 727 060, crisalide@gss.scs.es

Anexo 2. Proceso de elaboración: una herramienta participativa

Anexo 2. Proceso de elaboración: una herramienta participativa

La violencia contra las mujeres es una práctica que, desgraciadamente, se remonta tanto como la misma cultura patriarcal. Aun así, la lucha institucional contra estas violencias sólo se ha ido encauzando en los últimos años, y hasta la actualidad no había una voluntad firme de sistematizar una serie de actuaciones con el objetivo de erradicarlas.

Actualmente, no se ha definido el conjunto de buenas prácticas necesarias que tengan en cuenta la gran diversidad de perfiles de víctimas, de profesionales implicados, de servicios existentes o de territorios. Por esta razón podemos afirmar que ahora mismo estamos en el principio de un camino que hay que recorrer; un camino que, sin embargo, hay que adaptar a las características específicas de cada situación y realidad concreta.

En este sentido, hay que buscar estrategias nuevas y dinámicas para que los objetivos fijados sean operativos.

El Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento marco ha sido elaborado con la participación de un número importante de personas. El grupo Kyria del Departamento de Salud, que actúa como promotor de proyectos orientados a la mejora de la salud de las mujeres, ha sido el principal responsable de impulsar y coordinar el proceso de elaboración de este documento. Con la dirección y el liderazgo del grupo Kyria, se ha ido desarrollando el protocolo en diversas fases. Cada una de estas fases se ha elaborado con la idea de incorporar criterios participativos, de manera que el conocimiento experto pueda nutrirse del conocimiento experto, y que las actuaciones definidas para el conjunto de los territorios, servicios y profesionales de la salud tengan la continua capacidad de adaptarse a la realidad diversa y dinámica que caracteriza el día a día de la práctica sanitaria.

Fase 1. Elaboración del informe preliminar

Se elaboró en el marco de las orientaciones nacionales e internacionales de referencia, del [Plan de Salud de Cataluña](#) y del [Protocolo marco y circuito nacional para una intervención coordinada contra la violencia machista](#). También se tomó como referencia el [Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género](#) y se realizó una revisión de los protocolos de actuación existentes en diversas comunidades autónomas del Estado español, así como de protocolos de otros territorios y municipios de Cataluña. También se revisaron otros documentos, como por ejemplo las [Recomendaciones para la atención sanitaria a las mujeres maltratadas del Departamento de Salud \(2004\)](#), y se realizó una revisión bibliográfica de la evidencia científica para la recomendación del cribado universal en el caso de la violencia machista.

Esta actuación da cumplimiento a la [Ley 5/2008 de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista](#), artículo 85, y se enmarca en el [Plan de Gobierno 2007-2010](#), eje primero.

El compromiso de elaboración del Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud está recogido en el [Plan de Políticas de Mujeres del Gobierno de la Generalitat 2008-2011](#) –liderado por el [Instituto Catalán de las Mujeres](#) y, concretamente, en el eje sexto «[Intervención integral contra la violencia machista](#)». Este programa supone la continuidad del [Plan de Acción y Desarrollo de las Políticas de Mujeres en Cataluña 2005-2007](#) y el [Programa para el Tratamiento Integral de las Violencias contra las Mujeres](#) que formaba parte de él. En el marco de este programa se ha estado trabajando en un nuevo impulso al circuito de coordinación estable interdepartamental e interdisciplinario que pretende garantizar la eficacia de las actuaciones (prevención, detección, atención y recuperación) frente a las violencias contra las mujeres. El resultado de este trabajo es el [Protocolo marco y circuito nacional para una intervención coordinada contra la violencia machista](#), que se constituye en marco de referencia para otros protocolos que se puedan desarrollar, como éste que ahora presentamos, o que ya se está aplicando, y tiene la finalidad de establecer una base sólida a partir de la cual se pueda dar una respuesta

Anexo 2. Proceso de elaboración: una herramienta participativa

unificada, coordinada y adecuada a los diferentes problemas derivados de la violencia machista.

El proceso de elaboración del informe preliminar se realizó sobre la base de un trabajo matricial del grupo promotor, con el asesoramiento técnico y metodológico de personas expertas de diversas unidades y regiones sanitarias del Departamento de Salud y CatSalut, de entidades e instituciones con responsabilidad sobre la salud, de profesionales de la salud, de organizaciones de profesionales, de asociaciones de ciudadanos y ciudadanas, de organizaciones no gubernamentales, de entidades locales y de agentes sociales. Diversos profesionales de diferentes ámbitos participaron, principalmente, en la revisión del contenido y la definición de las propuestas concretas de actuación en su ámbito de trabajo.

Fase 2. Evaluación cualitativa con técnicas participativas

El documento preliminar se sometió a un análisis de evaluación. El análisis se centró en las valoraciones que hicieron alrededor de sesenta profesionales de la salud sobre el borrador del protocolo mencionado. El análisis de evaluación se realizó a partir de metodologías cualitativas.

El conjunto de profesionales de la salud, de diferentes ámbitos, fue convocado y participó en una jornada de trabajo y reflexión. Se formaron grupos interdisciplinarios. Los resultados del análisis permitieron reorientar el diseño del protocolo y pusieron de manifiesto la necesidad de diseñar herramientas operativas adaptadas a las necesidades y especificidades de las diversas realidades sanitarias, así como del amplio abanico de situaciones con las que éstas se tienen que enfrentar.

Fase 3. Operativización a través de la investigación- acción participativa (IAP)

Los resultados de la evaluación cualitativa, realizada mediante técnicas participativas con el conjunto de profesionales, mostraban que uno de los elementos que más se echaba en falta en un protocolo sanitario para la prevención, detección, atención y recuperación de las mujeres en casos de violencia machista y de género era, precisamente, el ofrecimiento de pautas de actuación adaptadas al máximo a las especificidades propias de cada perfil y de cada situación.

En este sentido, se prevé la elaboración de los diversos *documentos operativos* y la creación de circuitos territoriales de regiones sanitarias, que deberán servir de base para el trabajo activo con los diferentes perfiles de las mujeres atendidas. En esta fase se están poniendo a punto toda una serie de actuaciones para implicar a un amplio abanico de personas y servicios en el diseño y aplicación. El desarrollo se basará en diversas técnicas cualitativas por medio de un proceso de investigación-acción participativa (IAP), que debe permitir generar y protocolizar unas prácticas determinadas, tomando como punto de partida y llegada las diversas dinámicas y realidades sociales y sanitarias de Cataluña.

En el diseño, la aplicación y la evaluación de los documentos operativos, así como de los circuitos territoriales, participarán activamente diferentes personas, colectivos y servicios. Por un lado, es necesaria la participación de personas expertas en los diversos perfiles de mujeres afectadas y la amplitud de situaciones en las que se pueden encontrar; por otra, también es necesaria la implicación de profesionales de todo el territorio catalán, que son los que finalmente deberán aplicar los diversos circuitos territoriales y trabajar con los diferentes documentos operativos; finalmente, las mujeres tendrán que evaluar los circuitos que hayan recorrido, ya que ellas serán las principales beneficiarias.

Estructura del protocolo:

Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento que garantiza una aproximación unitaria y de carácter genérico al fenómeno de la violencia machista en el ámbito de la salud. Es necesario contar con documentos específicos que garanticen la adaptación continua de las prácticas que requieren las múltiples realidades derivadas de la variabilidad de perfiles entre las mujeres

afectadas, de la diversidad de servicios, de los diferentes conocimientos interprofesionales, etc. Por este motivo, el protocolo está integrado por dos tipos de documentos:

El documento marco

El presente documento es el que hemos denominado documento marco. Se trata de un documento que pretende dar a conocer las principales cuestiones que debe tener en cuenta el conjunto de profesionales de la salud ante la violencia machista.

Los objetivos principales del documento marco son los siguientes:

1. Familiarizar al conjunto de profesionales de la salud con algunas de las principales aproximaciones teóricas que guían la comprensión del fenómeno de la violencia machista.
2. Hacer que el conjunto de profesionales de la salud tomen conciencia de la importancia de abordar proactivamente la detección e intervención ante posibles casos de violencia machista.
3. Ofrecer pautas comunes de aproximación genérica para la aproximación sanitaria a la violencia machista.

El documento marco se presenta como marco global de referencia y como punto de partida para la comprensión de los documentos operativos, que son los que determinan la operativización de las actuaciones.

Las aportaciones principales del documento marco son las siguientes:

- Definición de las líneas estratégicas comunes del Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña.
- Exposición de las principales normativas que regulan las actuaciones frente a las violencias contra las mujeres.
- Definición de las líneas conceptuales para comprender el fenómeno de la violencia machista.
- Descripción de las principales estrategias de actuación por parte de los diversos servicios sanitarios.
- Presentación de un compendio de recursos y servicios de atención para abordar las violencias contra las mujeres.
- Aportación de un glosario terminológico.
- Inclusión de unas fichas dirigidas al conjunto de profesionales de la salud que ofrecen una serie de pautas de actuación genéricas para la detección, la valoración, la intervención y el seguimiento de casos de violencia machista.

Los documentos operativos

Los documentos operativos son un conjunto de documentos que complementan el presente texto y que abordan necesidades específicas de las mujeres. Son los que determinan la operativización de las actuaciones y el abordaje específico y proactivo de la atención sanitaria a las mujeres que padecen violencia, ante la gran heterogeneidad de realidades, situaciones y necesidades.

El protocolo fija las pautas de actuación del conjunto de profesionales de la salud para la prevención, detección, atención y recuperación de las mujeres que acceden a cualquier recurso sanitario y que han padecido o padecen violencia machista, así como de aquellas que corren el riesgo de padecerla, en el ámbito de la pareja y el familiar, porque los casos de

Anexo 2. Proceso de elaboración: una herramienta participativa

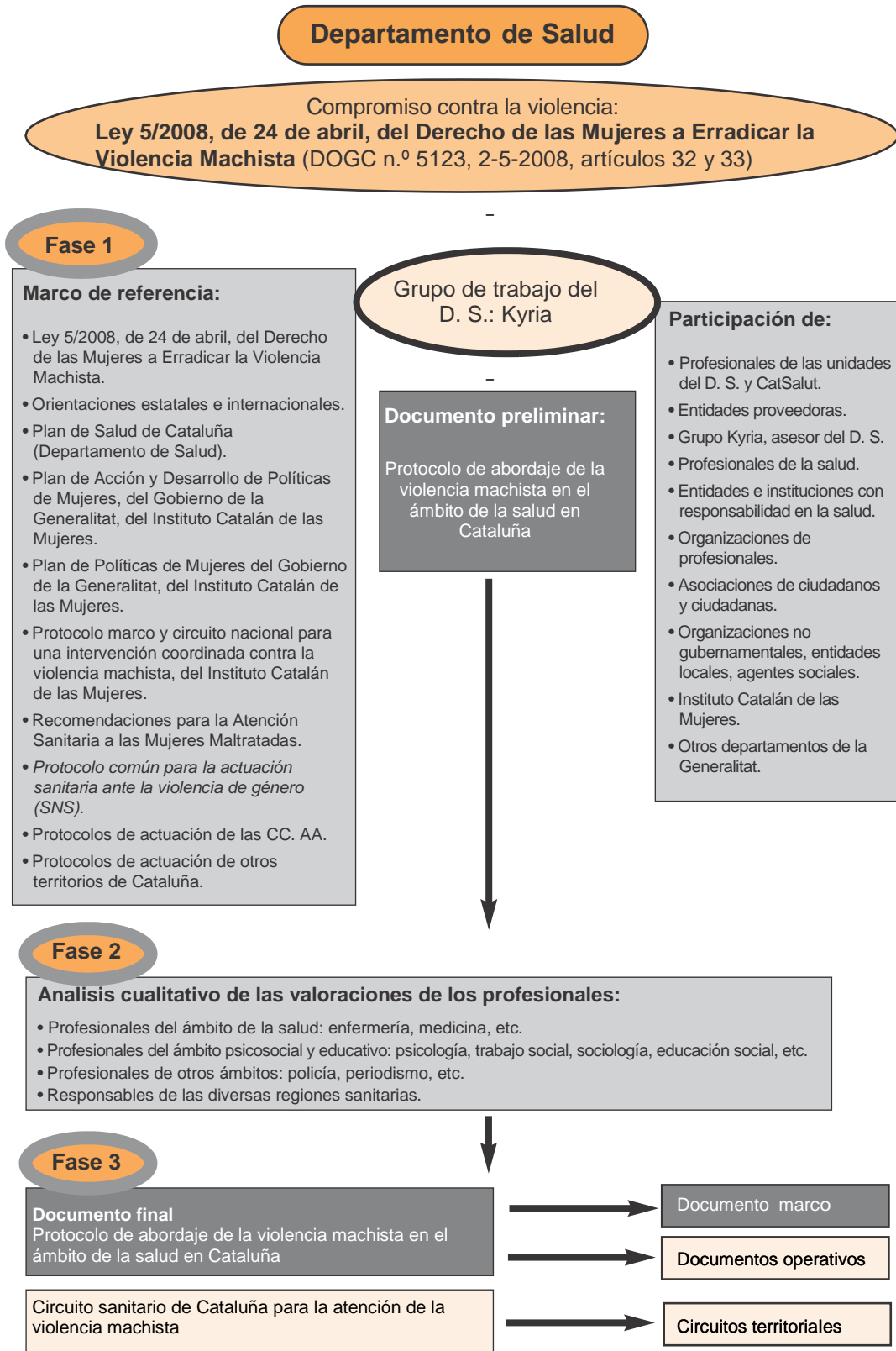
violencia en estos ámbitos son más frecuentes y más graves en lo que respecta a lesiones psíquicas y físicas. Pero la violencia machista se puede manifestar en otros ámbitos, como el laboral, el social o el comunitario, y otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de lesionar la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres. Estas cuestiones se tratarán en los documentos operativos. La mayoría de estos documentos tratan el ámbito de la pareja o familiar, y el resto se ocupa de los demás ámbitos; ambos darán respuesta a necesidades específicas de las mujeres, grupos en situaciones más vulnerables y otras realidades y circunstancias relacionadas con la violencia machista. En este sentido, los principales documentos operativos son los siguientes:

- Embarazo
- Drogodependencias
- Salud mental
- Violencia sexual
- Mutilación genital femenina
- Inmigración
- Infanto-juvenil
- Personas mayores
- Discapacidades
- VIH/sida

Circuito sanitario para la atención de la violencia hacia las mujeres. Adaptación de los circuitos de actuación a cada realidad territorial, con el objetivo de generar una red de redes en la que cada uno de los servicios sanitarios del territorio catalán pueda convertirse en nódulo activo de un entramado local y supraterritorial. Esta organización en red debe permitir simultanear la localización de la acción con la globalización de la estrategia contra la violencia machista, para conseguir minimizar al máximo la victimización secundaria. Por este motivo, el circuito se estructura en dos tipos de red, el circuito sanitario de Cataluña y los circuitos territoriales de las regiones sanitarias: se quiere disponer, en el ámbito de las diversas regiones sanitarias, de un circuito territorial próximo que permita atender de manera efectiva e inmediata a las personas que sufren esta situación, sin que la situación geográfica pueda significar un perjuicio para ellas o para el conjunto de profesionales que las atienden. En este sentido, se proyecta definir unos circuitos territoriales más coincidentes con las diversas regiones sanitarias de Cataluña, si bien el número final y la extensión de los circuitos deberán definirse en función de las necesidades de cada territorio. Actualmente se dispone de un circuito en la ciudad de Girona y otro en la ciudad de Barcelona. Este último, el Circuito Barcelona contra la Violencia hacia las Mujeres, está formado por dos circuitos de coordinación, uno en cada distrito de la ciudad.

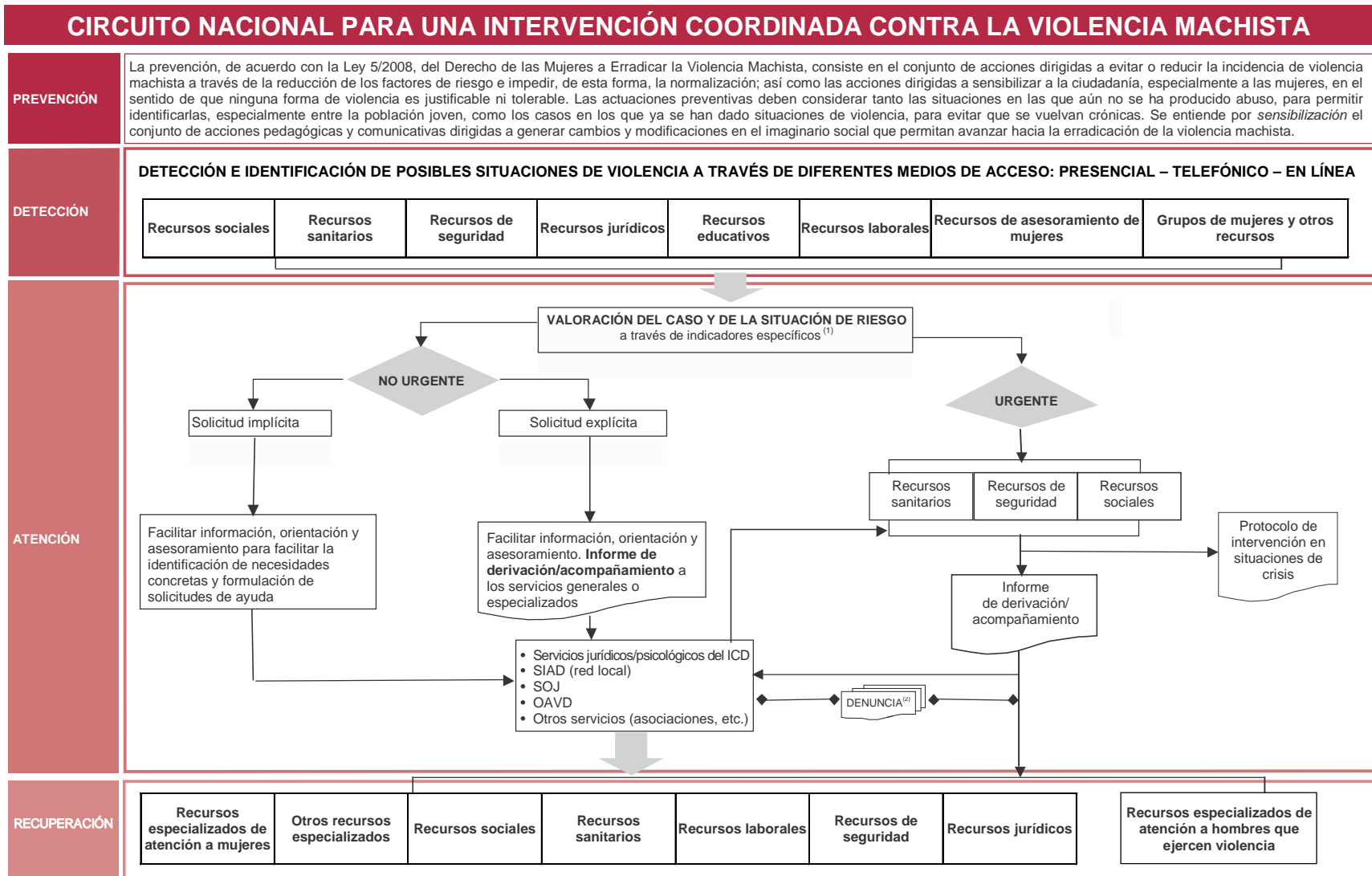
La figura 1 de este anexo resume el proceso de elaboración del documento marco.

Figura 1.
Diagrama
resumen del
proceso de
elaboración del
documento
marco



Fuente: Elaboración propia

Anexo 3. Circuito nacional para una intervención coordinada contra la violencia machista



(1) Los indicadores pueden ser muy diferentes según cuál sea la casuística.

(2) Instrumento formal de denuncia, comunicación a la Fiscalía, solicitud de orden de protección, etc. «Versión: 3.ª fase, de 30 de abril de 2009»

Anexo 4. Marco normativo

Anexo 4. Marco normativo

Las normativas de ámbito internacional, europeo, estatal y local han desarrollado un amplio conjunto de derechos y medidas para erradicar la violencia contra las mujeres. A continuación presentamos las principales normativas elaboradas en los diferentes ámbitos mencionados:

En el ámbito internacional

[Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979](#) (CEDAW, por sus siglas en inglés) y [Protocolo facultativo de 1999](#). El protocolo facultativo de la convención, aprobado por la Asamblea General el 6 de octubre y en vigor desde el 22 de diciembre de 2000, establece el derecho de las mujeres a solicitar por sí mismas, de forma individual o colectiva, la reparación por la violación de sus derechos, incluyendo la violencia de género. La amplia legitimación configurada por este protocolo es muy importante, ya que posibilita que las instituciones especializadas y las organizaciones de mujeres presenten las demandas ante el comité establecido por la convención, con la finalidad de investigar violaciones de los derechos de las mujeres una vez agotadas las posibilidades de protección en las jurisdicciones estatales.

[Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena de 1993](#). En esta conferencia se proclamó que los derechos humanos de las mujeres y los niños son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. Éste es un avance, no sólo hacia la visibilización de un amplio espectro de necesidades que no podían convertirse en derecho, como los sexuales y los reproductivos, sino hacia la revisión de todos los derechos humanos desde la perspectiva de género. En Viena se produce un cambio trascendental en la teoría de los derechos humanos cuando, por iniciativa de las mujeres, se acepta que los derechos humanos pueden disfrutarse tanto en el ámbito público como en el privado y que, por tanto, pueden violarse en los dos ámbitos. Se reconoce que la violencia machista es una violación de los derechos humanos. Éste es un cambio revolucionario, ya que el sistema de derechos humanos estaba basado en violaciones cometidas por el Estado y referidas al espacio público y social. Por primera vez, actos de particulares sucedidos en el espacio privado pueden originar responsabilidad estatal. Además, se condena la limpieza étnica, los embarazos forzados y la violación sistemática de mujeres en conflictos armados.

[Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993 \(Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer\)](#). En esta declaración, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1993, se afirma que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Se entiende que la violencia machista abarca la violencia física, sexual y psicológica, incluyendo los maltratos, el abuso sexual de los niños en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales que son lesivas para las mujeres, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación. La resolución propone que las medidas de todo tipo que se tomen para prevenir o reparar las agresiones no supongan una victimización secundaria de las mujeres afectadas.

[IV Conferencia Mundial sobre la Mujer](#), celebrada en Beijing (1995). Es el documento más completo elaborado por una conferencia de las Naciones Unidas en relación con los derechos de las mujeres, ya que incorpora lo conseguido en conferencias y tratados anteriores, como la CEDAW y la Declaración de Viena, entre otros. Se acordó la declaración sobre la eliminación de la violencia machista, en la que se establece, por primera vez, una definición de la *violencia de género* (artículo 113): «la expresión *violencia machista* significa cualquier acto de violencia basado en el género que tiene como resultado, o es probable que tenga como resultado, unos daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos para las mujeres, incluyendo las amenazas de los mencionados actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada».

Anexo 4. Marco normativo

[Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 1997/44 de Naciones Unidas](#). Exhorta a todos los Estados a condenar la violencia machista y a no invocar ninguna costumbre, tradición o práctica por motivos religiosos con la finalidad de eludir esta obligación, así como a adoptar medidas para erradicar la violencia en el hogar y en la comunidad. Además, entre muchas otras consideraciones, recuerda a los gobiernos que las obligaciones que les impone la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer se deben aplicar plenamente en relación con la violencia de género.

[Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional de 1998](#). El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, que se aprobó el 17 de julio de 1998, introdujo algunas de las manifestaciones de la violencia de género como delitos comprendidos dentro de la competencia del tribunal. En este sentido, encontramos algunos delitos que están directamente vinculados con manifestaciones de la violencia machista: dentro de la tipificación del genocidio se incluyen las medidas destinadas a impedir los nacimientos en el grupo; entre los *crímenes contra la humanidad* figura la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado y otros abusos sexuales comparables; como *crimen de guerra* se incluye la comisión de actos de violación, esclavitud sexual, embarazo forzado y cualquier otra forma de violencia sexual que constituye una violación grave desde los convenios de Viena.

[Revisión de la Plataforma de Acción de Beijing](#). Al aprobar la Plataforma de Beijing, los gobiernos se comprometen a revisarla al cabo de cinco años. Así, tuvo lugar en Nueva York, en junio de 2000, un periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General, denominado *Beijing + 5*, donde se dio un nuevo impulso a los compromisos concretos para conseguir la potenciación del papel de la mujer y la igualdad entre mujeres y hombres.

[Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2001/49, sobre la eliminación de la violencia machista](#). Esta resolución reitera muchas de las conclusiones que ya habían indicado otros documentos de las Naciones Unidas. La resolución da especial importancia a la condena de la violencia contra la mujer en situaciones de conflicto armado y a la inclusión que el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional hizo de los delitos vinculados con la violencia de género.

[Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/52](#). En este informe, que se presentó durante el Comité Plenario de 2002, se afirma que «el hecho de que no se comprendan suficientemente las causas profundas de todas las formas de violencia contra las mujeres y los niños obstaculiza las actividades que se llevan a cabo para eliminar esta violencia». Por tanto, se hace necesario que el concepto de *violencia machista* sea asumido socialmente y que las medidas que se adoptan para erradicarla tengan el mayor alcance posible.

En el ámbito europeo

Tanto en el Consejo de Europa como en la Unión Europea, el problema de la violencia machista ha sido objeto de distintos niveles de actuación destinados a impulsar diversas medidas de protección: recomendaciones y resoluciones específicas, medidas de aplicación previstas en diferentes planes y programas de acción, y disposiciones generales de convenios con efecto interpretativo y normativo.

[Resolución A-44/1986, del Parlamento Europeo](#). Por primera vez, en el año 1986, el Parlamento Europeo trata el grave problema que supone la violencia doméstica y en esta resolución, sobre agresiones a las mujeres, considera dentro de este problema las agresiones sexuales, las del ámbito doméstico y la prostitución.

[Resolución A4-0250/1997, del Parlamento Europeo](#), de 16 de septiembre de 1997. Esta resolución, que dio lugar a la campaña «Tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres», puesta en marcha en 1999 en la Unión Europea, considera que «de acuerdo con

la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Estados miembros que no apliquen una política adecuada que prevenga y persiga la violencia contra las mujeres están incumpliendo sus obligaciones internacionales con arreglo a esta declaración».

[Recomendación de la Comisión Europea en la Conferencia de Colonia](#) (2 y 30 de marzo de 2000). De la Conferencia de Colonia podemos extraer las medidas que la Comisión Europea preconiza en torno a la prevención de la violencia machista, como por ejemplo la expulsión inmediata de la persona agresora del domicilio, sin excluir otras medidas de protección de las víctimas y la especial protección que hay que proporcionar a las mujeres extranjeras.

[Recomendación del Comité de Ministros sobre la protección de las mujeres contra la violencia](#) del año 2002. Esta recomendación propone la adopción de medidas de lucha contra la violencia machista en el ámbito educativo y formativo, en los medios de comunicación, en la planificación local, regional y urbana, entre otras.

[Directiva 2002/73/CE del Parlamento Europeo y del Consejo](#), relativa a la igualdad de trato entre mujeres y hombres en las condiciones de trabajo, en la que se aborda de una manera global la protección frente al acoso sexual, entendiendo que se incluye dentro del concepto genérico de *violencia machista*. El artículo 2.1 obligaba a los Estados miembros a efectuar la transposición como muy tarde el 5 de octubre de 2005.

[Decisión n.º 803/2004/CE del Parlamento Europeo](#), de 21 de abril de 2004. Por esta decisión se aprueba el programa de acción comunitaria [DAPHNE II](#) (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre la infancia y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo. En la exposición de los motivos de esta decisión se considera que la violencia de cualquier tipo ejercida contra las mujeres «constituye un atentado contra su derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, a la dignidad y a la integridad física y emocional, así como una grave amenaza para la salud física de las víctimas de esta violencia». Entre los objetivos y las acciones específicas del anexo de la decisión se menciona expresamente la creación de redes multidisciplinares viables, la formación y el diseño de instrumentos educativos, el desarrollo y aplicación de programas de tratamiento y apoyo a las víctimas y la puesta en práctica de acciones de sensibilización dirigidas a grupos específicos.

[Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales](#), de 1950, junto con el correspondiente protocolo n.º 12 del año 2000. En este texto, que supone el instrumento internacional más importante sobre el sistema de protección de los derechos humanos, se reconoce ante todo el derecho a la igualdad sin permitir la discriminación por razón de sexo, a la vez que ampara a todo ser humano frente a cualquier forma de atentado contra la vida o contra la libertad de cualquier tipo, y de cualquier forma de tortura o de trato inhumano o degradante, y garantiza el respecto a la dignidad personal.

[IV Conferencia Ministerial sobre Mujeres y Hombres del Consejo de Europa](#). En esta conferencia, celebrada en Estambul en 1997, se insta a los Estados miembros a preparar un plan de acción para combatir la violencia machista, que se encargaría a un grupo de especialistas en la materia. Los objetivos fundamentales son la identificación de las medidas que deben adoptarse, así como la coordinación de las instituciones que se ocupan de aplicarlas.

[Recomendación n.º 1450 del año 2000](#), en la que se invita al Consejo de Ministros a diseñar un programa europeo para combatir la violencia machista que armonice las legislaciones y los procedimientos y unifique la regulación jurídica existente.

[Recomendación n.º 5 del año 2002, sobre la protección de las mujeres contra la violencia](#). Esta recomendación propone diversas medidas destinadas a garantizar la mencionada

Anexo 4. Marco normativo

protección con la finalidad de contribuir a hacer que las víctimas obtengan una tutela jurídica eficaz.

En el ámbito estatal

Constitución española de 1978. La Constitución proclama, como uno de los valores superiores del ordenamiento jurídico, la igualdad (artículo 1) y el derecho de todas las personas a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidas a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes (artículo 15). Estos derechos vinculan todos los poderes públicos, que tienen la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos estos derechos, y eliminar los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud. A su vez, los artículos 10.2 y 96 de la Constitución vinculan la interpretación de las normas relativas a los derechos humanos y las libertades fundamentales de conformidad con los tratados y convenios internacionales ratificados por el Estado español, y consideran que los tratados internacionales publicados oficialmente forman parte del ordenamiento jurídico interno.

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros; la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, de Reforma del Código Penal; y el Real Decreto 355/2004, por el cual se crea un registro central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica. Las tres normas complementaron posteriormente la Ley 27/2003.

Ley 27/2003 de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica. Esta ley ha supuesto un nuevo hito en las medidas adoptadas por los poderes públicos para la erradicación de este problema tan complejo. Comporta la regulación de medidas cautelares excepcionales sin antecedentes en el ordenamiento jurídico penal español, medidas que han permitido a los poderes públicos el acceso a la detección de determinadas conductas para erradicar la violencia doméstica en todas sus manifestaciones y contra todas las víctimas, directas o indirectas.

Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial).

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta ley constituye la primera ley integral de Europa de estas características, en la que se incluyen aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales, sanitarios y penales.

Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de Seguridad Social. La disposición adicional 30 modifica la Ley 1/2004.

Resolución JUI/3338/2003 del Departamento de Justicia e Interior, de 30 de octubre, por la cual se da publicidad al Acuerdo de Gobierno de la Generalitat de Catalunya del 21 de octubre de 2003, que dispone que las oficinas de atención a la víctima del delito del Departamento de Justicia constituyen los puntos de coordinación de las órdenes de protección de las víctimas de violencia doméstica.

Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña. La nueva ley de servicios sociales encamina los servicios sociales hacia la universalización, asegurando los derechos sociales a toda la población.

Programa para el Abordaje Integral de las Violencias contra las Mujeres. El objetivo es establecer un conjunto de medidas que favorezcan la prevención y la erradicación de la violencia, aportan la atención necesaria a las mujeres que la hayan padecido y evitan la reincidencia de personas agresoras. El programa es uno de los ejes del V Plan de Acción y

Desarrollo de las Políticas de Mujeres en Cataluña (2005-2007).

[Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de Reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña](#). El Estatuto vigente establece toda una serie de competencias exclusivas a favor de la Generalitat de Catalunya, entre las cuales destaca la competencia exclusiva de esta institución en la promoción de la mujer (artículos 19, 41 y 153).

[Ley 5/2008, de 24 de abril, del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista](#). Recoge las actuaciones que los poderes públicos catalanes deben realizar contra la violencia machista y permitirá actuar de manera integral contra todas las formas de esta violencia. La ley se centra en las mujeres como sujetos de derecho y en la consideración de que la violencia machista es una grave vulneración de los derechos humanos y libertades fundamentales, así como un impedimento para conseguir la plena ciudadanía, autonomía y libertad.

[Ley 10/2008, de 10 de julio, del libro cuarto del Código civil de Cataluña, relativo a las sucesiones](#). El Gobierno de la Generalitat ha aprobado el proyecto de ley del libro cuarto del Código civil de Cataluña, relativo a las sucesiones. Con la aprobación de este proyecto de ley, el Ejecutivo catalán armoniza y sistematiza la legislación catalana en este ámbito, al tiempo que da otro paso adelante en la constitución y codificación de un sistema jurídico catalán.

En el ámbito local, algunos municipios de Cataluña han elaborado planes o programas específicos contra la violencia machista. Por otro lado, muchos ayuntamientos, bien individualmente o bien agrupándose a través de consejos comarcales, han firmado acuerdos con entidades e instituciones para conseguir, en algunos casos, un circuito de actuación contra la violencia machista; en otros, un circuito de medidas urgentes y, finalmente, en algunos domicilios, un circuito con un protocolo de actuación.

Otras normativas autonómicas

Hay otras comunidades autónomas que también han elaborado normativas relativas a la prevención, la protección y el tratamiento integral de las mujeres en relación con la violencia de género. En concreto: [Castilla-La Mancha](#)(2001), [Navarra](#) (2002), [Canarias](#) (2003), [Cantabria](#) (2004), [Madrid](#) (2005), [Aragón](#) (2007) y [Galicia](#) (2007).

Anexo 5. Glosario

Anexo 5. Glosario

Este apartado contiene una colección de definiciones de los conceptos ligados al principio de igualdad de oportunidades a partir, básicamente, de la normativa y que han ido apareciendo a lo largo del documento. Los diferentes conceptos han sido ordenados alfabéticamente.

Acoso sexual: conducta verbal o física de carácter sexual u otros comportamientos fundamentados en el sexo que vulneran la dignidad de la mujer y del hombre en el trabajo, y que son considerados ofensivos y no deseados por la víctima.

Discriminación: aplicación de distinciones, diferenciaciones, restricciones, exclusiones, preferencias o prácticas desiguales, arbitrarias, injustas y no razonables que se den en diferentes ámbitos (educativo, social, económico, laboral, cultural, etc.) y que estén fundamentadas en la diferencia de sexo, raza o ideas. Tienen un efecto perjudicial.

Discriminación por razón del sexo: discriminación que se produce cuando una persona es tratada de manera diferente por el hecho de pertenecer a un determinado sexo y no por su aptitud, competencia o capacidad individual.²¹ Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia por razón de sexo que tiene como objetivo o como resultado limitar o anular a la mujer el reconocimiento, el disfrute o el ejercicio de las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil o cualquier otra.²²

Estereotipo de género: conjunto de actitudes, clichés, concepciones, opiniones o imágenes convencionales, simplificadas, generalizadas y muchas veces equivocadas, que adjudican características, capacidades y comportamientos a las mujeres y a los hombres. Son simplistas y uniformizan a las personas.

Género: construcción cultural y social que define las diferentes características emocionales, afectivas e intelectuales y los comportamientos que cada sociedad asigna como «propios» y «naturales» a mujeres y hombres. El género se aprende y puede ser educado, cambiado y manipulado.²³

Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres: ausencia de obstáculos o barreras por razón de sexo en la participación económica, política, cultural y social.

Igualdad de trato entre mujeres y hombres: ausencia de toda discriminación por razón de sexo, tanto directa como indirecta.

Machismo: hecho, costumbre o fenómeno social y cultural que resalta la virilidad y la prepotencia de los hombres sobre las mujeres en todos los campos de la vida: social, laboral y afectivo. Es un conjunto de creencias, conductas y actitudes que se alimentan de dos supuestos básicos: por un lado, la excesiva polarización de las características que definen lo que es masculino y lo que es femenino y, por otro, la consiguiente estigmatización y desvalorización de lo que es propiamente femenino.

Patriarcado: sistema de dominación violenta que presupone la hegemonía de los varones – que poseen el poder económico, político, religioso, ideológico y cultural– a costa de la opresión de la mujer. Basado aparentemente en el simple hecho del dimorfismo sexual, establece jerarquía (más rango a los hombres) y dicotomía (prejuicios y conceptualizaciones opuestas para hombres y mujeres) entre las personas según el sexo al que pertenecen. Por tanto, se dirige contra las mujeres en conjunto, e insiste en separarlas de la cultura para asimilarlas a la naturaleza reproductiva (sólo existen como madres) y así les hace perder poder y les impide la igualdad. El patriarcado es en realidad el poder de los padres, que genera androcentrismo, sexismo y discriminación. No se debe utilizar este término como

²¹ Programa Óptima. Instituto de la Mujer. Guía de desarrollo de acciones positivas; 2002.

²² Convención de la ONU de 18 de diciembre de 1979.

²³ Diputación de Barcelona. Oficina Técnica del Plan de Igualdad.

Anexo 4. Marco normativo

contrario de matriarcado, teoría histórico-mítica que concedía el poder a las madres y que no ha dejado herencia significativa en ninguna cultura como sistema de organización social, económica, ideológica y política.²⁴

Sexo: atributo innato de las personas determinado por la naturaleza, que establece diferencias físicas, biológicas y anatómicas entre mujeres y hombres. El sexo clasifica a las personas por su potencial en la reproducción sexual.

Violencia de género: es la que ejercen los hombres sobre las mujeres en las relaciones de pareja o expareja o situación análoga de afectividad, aunque no haya convivencia, y que también se extiende sobre los hijos o hijas de la víctima, siempre que guarde conexión con la situación de violencia de género sobre la madre.

Violencia machista: según la Ley 5/2008 catalana, complementaria de la Ley Orgánica 1/2004, puesto que mantiene el sujeto activo/agresor (el hombre) y el sujeto pasivo/víctima (la mujer, que incluye a los niños y adolescentes), se amplía la definición de violencia de género a los ámbitos de la violencia siguientes: a) pareja o expareja o relaciones similares de afectividad, b) ámbito familiar, c) ámbito laboral, d) ámbito social o comunitario, y e) cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de lesionar la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres.

Violencia simbólica: mecanismos de imposición y mantenimiento de poder que operan y emanan de las estructuras y las disposiciones sociales asimétricas y que se manifiestan a través de actos de simbolización para ser reconocidos como dichos mecanismos. La violencia simbólica es inseparable de la idea de poder simbólico. Por *poder simbólico* se entiende la capacidad de determinar socialmente el valor de las representaciones simbólicas sociales, por ejemplo qué actos son más valiosos que otros para un determinado grupo social, qué formas de acción social tienen más prestigio, etc.²⁵

²⁴ Simón; 1999.

²⁵ Bourdieu, 1998.

Anexo 6. Bibliografía

Anexo 6. Bibliografía

- Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez A, Castellano-Arroyo M, Luna del Castillo JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Aten Primaria* 2006; 37:241-2.
- Alonso M, Bedoya JM, Cayuela A, Daurat M, Gómez M, Gentilhome D. Violència contra la dona. Resultats d'una enquesta hospitalària. *Progressos en Obstetrícia i Ginecologia* 2004; 47:511-20.
- American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Violence against women: Relevance for medical practitioners. *Journal of the American Medical Women's Association* 1992; 267:3184-9.
- Bedoya MH, Bermúdez K, Goberna J, Kaplan A, Martínez C, Moreno J, Pérez JM, Xivillé M. Mutilació genital femenina: prevenció i atenció. Barcelona: Instituto Catalán de la Salud; 2004.
- Bergh A. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. *Ann Fam Med* 2004;2:156-160.
- Bourdieu P. La domination masculine. París: Seuil; 1998.
- Bradley F, Smith M, Long J, et al. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002; 324:1-6.
- Chang JC, Decker M, Moracco KE, et al. What Happens When Health Care Providers Ask About Intimate Partner Violence? A Description of Consequences From the Perspectives of Female Survivors. *Journal of the American Medical Women's Association* 2003; 58:76-81.
- Cole T. Is domestic violence screening helpful? *Journal of the American Medical Women's Association* 2000; 284:551-3.
- Dones en xarxa. Catalunya va registrar 50 denúncies diàries per violència de gènere el 2007; 2008. Disponible en: www.donesenxarxa.cat/spip.php?breve1836
- Garro E. Apuntes sobre el proceso de la violencia. En: CEMUJER. En el camino de una vida sin violencia. San Salvador: Malintzin; 1996. p. 15-21.
- Gracia E, Herrero J. Acceptability of domestic violence against women in the European Union: a multilevel analysis. *J. Epidemiol. Community Health* 2006; 60:123-129.
- Gracia E. Las víctimas invisibles de la violencia familiar. El extraño iceberg de la violencia doméstica. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2002.
- Gracia E. Unreported cases of domestic violence against women: towards an epidemiology of social silence, tolerance, and inhibition. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58:536-7.
- Gutmanis I, Beynon Ch, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health* 2007;7-12.
- Hurley KF, Brown-Maher T, Campbell SG, Wallace T, Venugopal R, Bags D. Emergency department patients' opinions of screening for intimate partner violence among women. *Emerg Med J* 2005; 22:97-98.

- Instituto Catalán de las Mujeres. Violència masclista. Dones mortes; 2008. Disponible en: www.gencat.net/icdona/docs/estadistica_violencia1.pdf
- Instituto de la Mujer. Denuncias por malos tratos producidos por la pareja o expareja, según relación con el/la autor/a; 2008b. Disponible en: www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W300-2.xls
- Instituto de la Mujer. Guía de buenas prácticas para la implantación de acciones positivas en las empresas. Madrid: Instituto de la Mujer; 2000.
- Instituto de la Mujer. Mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja, según relación con el autor. Parejas en crisis. 1999-2007; 2008a. Disponible en: www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W805b.xls
- Instituto de la Mujer. Porcentaje de mujeres maltratadas, según grupo de edad; 2008c. Disponible en: www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W595.xls
- Instituto de la Mujer. Porcentaje de mujeres maltratadas, según CC. AA.; 2008d. Disponible en: www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W596.xls
- Jewkes R. Preventing domestic violence. *BMJ* 2002; 324:253-4.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- Laing L, with Australian Domestic & Family Violence Clearinghouse. Routine screening for domestic violence in health services. Australian Domestic & Family Violence Clearinghouse; 2001.
- Langhinrichsen-Rohling J. Top 10 Greatest «Hits»: Important Findings and Future Directions for Intimate Partner Violence Research. *J Interpers Violence* 2005; 20:1008.
- MacMillan HL, Wathen CN, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention and treatment of violence against women: Systematic review & recommendations. CTFPHC Technical Report #01-4. Londres, ON: Canadian Task Force; 2001.
- MacMillan HL, Wathen CN, et al. Approaches to Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. *Journal of the American Medical Women's Association*. 2006;296: 530-536.
- Mazza D, Lawrence JM, Roberts GL, Knowlden SM. What can we do about domestic violence? *MJA* 2000; 173: 532-535.
- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004; 140:387-396.
- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y. Screening for Family and Intimate Partner Violence. Rockville: Systematic Evidence Review 28; 2004.
- New South West Health. Policy and procedures for identifying and responding to domestic violence. Sidney: NSW Health Department; 2003.
- Observatorio de Salud de la Mujer. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Anexo 6. Bibliografía

- Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1993; A/RES/48/104.
- Organización Mundial de la Salud. Violence against women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.
- Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya; 2009. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut>
- Ramsay J, Richardson J, Carter YH, et al. Should health professionals screen for domestic violence? Systematic review. BMJ 2002; 325:314.
- Rees, T. Mainstreaming Equality in European Union. Londres: Routledge; 1998.
- Rhodes KV, Levinson W. Interventions for intimate partner violence against women: clinical applications. Journal of the American Medical Women's Association 2003; 289:601-5.
- Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ 2002; 324:274.
- Rohlf's I. Violència contra la dona en la parella: freqüència i impacte en la salut física i psíquica. 2006 FIS. PI052516.
- Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Intimate Partner Violence Surveillance. Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta; 2002.
- Simón E. Democracia vital. Mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía, Madrid: Narcea; 1999.
- Taket A, Nurse J, Smith K, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. BMJ 2003; 327:673-6.
- Tamaia. Vincula't: materials per treballar amb dones maltractades. Barcelona: la Diputació. Oficina Técnica del Plan de Igualdad, 2000. 76 p. + 1 disquete. (Guies metodològiques; 2).
- Tjaden P, Thoennes N. Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence. Rockville: National Institute of Justice; 2000.
- US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2.^a ed. Baltimore, MD: Wilkins and Wilkins; 1996.
- US Preventive Services Task Force. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2004; 140:382-386.
- US Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: Recommendation statement. Ann Fam Med 2004; 2:156-160.
- Usaola C. Maltractament a la dona en la relació de parella. Factors relacionats implicats. [Disertación doctoral no publicada]. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares; 2001.
- Walker L. The battered woman syndrome. Nueva York: Springer; 1984.

- Wathen CN, MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003; 169:582-4.
- Webster J, Holt V. Screening for Partner Violence: Direct Questioning or Self-Report? Obstet Gynecol 2004; 103:299-303.

Anexo 7. Profesionales que han participado

Anexo 7. Profesionales que han participado

Dirección del proyecto

Departamento de Salud

Maria Luisa de la Puente Martorell
Antoni Plasència Taradach

Directora general de Planificación y Evaluación
Director general de Salud Pública

Grupo Kyria. Departamento de Salud

Dolors Costa Sampere
Pilar Brugulat Guiteras
Antonia Medina Bustos
Iria Caamiña Cabo
Mireia Jané Checa
Lluïsa Balañà Roldan

Dirección General de Planificación y Evaluación
Servicio del Plan de Salud
Dirección General de Planificación y Evaluación
Gabinete de la consejera
Dirección General de Salud Pública
Instituto de Estudios de la Salud

Coordinación operativa

Antonia Medina Bustos

Dirección General de Planificación y Evaluación

Grupo asesor

Pilar Babi Rourera
Anna Ballesteros Sagarra
Ester Bessa
Teresa Echeverría Vallejo
Mercè Fernández Gesalí
Lluïsa García Esteve
Carla Jané Balsebre
Cristina Martínez Bueno
Izabella Rohlf's Barbosa
Aurora Rovira Fontanals
Lidia Segura García
Júlia Vega Soria

E. A. P. La Pau
Región Sanitaria Barcelona
Instituto Catalán de las Mujeres
Hospital Clínic de Barcelona
Instituto Catalán de las Mujeres
Hospital Clínic de Barcelona
DGPA. Plan Director de Salud Mental y
Adicciones
PASSIR Barcelona Ciutat
Región Sanitaria Girona
E. A. P. La Pau
DGSP. Subdirección General de
Drogodependencias
Instituto Catalán de las Mujeres

Apoyo metodológico

Ricard Faura Cantarell
Míriam Sol Torelló

Spora Sinergies. Consultoría psicosocial
Spora Sinergies. Consultoría psicosocial

Gestión administrativa

Remei Díaz Moreno

Dirección General de Planificación y
Evaluación

Anexo 7. Profesionales que han participado

Participantes en la redacción del documento

Abajo Llama, Susanna	PASSIR Reus-Altebrat
Acera Pérez, Amèlia	PASSIR SAP Cerdanyola
Adell Aguiló, Núria	Región Sanitaria Camp de Tarragona
Aguilera Galobart, Remei	Servicio Mancomunado de Prevención de Riesgos Laborales
Altell Albajes, Gemma	Atención a la Mujer. Fundación Salud y Comunidad
Aparicio Cervantes, Neus	Servicio Catalán de la Salud. Asesoría jurídica
Beni Pardo, Carme	Región Sanitaria Barcelona
Brull Gisbert, Lluïsa	Región Sanitaria Les Terres de l'Ebre
Brullet Tenas, Cristina	Departamento de Sociología de la UAB
Cajal Milagro, Patricia	A. B. S. Bages – El Solsonès
Canet Ponsa, Mercè	Colegio de Diplomados en Trabajo Social de Cataluña
Castelló, Nausica	Programa LARIS. Asociación Bienestar y Desarrollo
Chanovas Borràs, Manel R.	Región Sanitaria Les Terres de l'Ebre
Cirici Amell, Roser	Hospital Mútua de Terrassa
Cobo Ariño, Marta	Hospital Santa Maria de Lleida
Creixell Sureda, Joan	Hospital Vall d'Hebron
Creus Virgili, Mariona	Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña
Cuxart Ainaud, Núria	Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona
Doltra Tapiola, Eulàlia	Agente de igualdad. Ayuntamiento de Cornellà de Llobregat
Elías Aldosa, Teresa	Región Sanitaria L'Alt Pirineu i Aran
Esquerra Montseny, Griselda	Región Sanitaria L'Alt Pirineu i Aran
Falguera Puig, Gemma	PASSIR Catalunya Central
Faro Mestre, Conxita	PASSIR Esquerra Barcelona
Farrés Fabrè, Xavier	A. B. S. Osona
Fernández Royo, Sílvia	Trabajo social, Gavà
Font Navarro, Meritxell	Centro de Atención a la Mujer de Cornellà de Llobregat
Garcia Gaitero, M. ^a Victoria	Asociación de Mujeres Elisenda de Moncada
Geldschlãger, Heinrich	Instituto de Reinserción Social (IRES)
Genaró Jornet, Montserrat	Región Sanitaria Les Terres de l'Ebre
Lacasa Plana, Carme	DGPA. Mapa Sanitario y Sociosanitario
López López, Sílvia	Secretaría de Políticas de Mujer e Igualdad de UGT de Cataluña
Macià Macià, Beatriu	Tamaia
Martí Soriano, Carme	Departamento de Salud. Programa de prevención y asistencia del sida
Martínez García, Eva	PASSIR L'Anoia
Martínez Méndez, Roser	Región Sanitaria Catalunya Central
Medina Casanova, Pilar	PASSIR Osona
Miret Montané, Marta	Región Sanitaria Lleida
Miró Orpinell, Mònica	Región Sanitaria Barcelona
Monsó Lacruz, Carme	A. B. S. Lleida
Moriana, Alícia	Responsable de atención a la víctima. Mossos d'Esquadra
Ollé Rodríguez, Carme	DGPA. Plan Director de Inmigración
Pena Gallardo, Conxita	Hospital Vall d'Hebron
Pérez Navarro, Rosa M. ^a	Hospital Arnau de Vilanova de Lleida
Pineda Lorenzo, Montserrat	Creación Positiva
Piñol Jave, Alba	A. B. S. Lleida
Prat Puigpelat, Neus	PASSIR Costa de Ponent
Pujol Ribera, Enriqueta	Fundación Jordi Gol i Gurina

Quer Manent, Dolors
Reig Nuri, Elisabet
Ribot Puig, Joaquina
Rodríguez Martín, Dolors
Rosich Solé, Laia
Salanova Trius, Cristina
Santacatalina Ubiedo, Lola
Santiñà Vila, Manel
Serra Jubal, Joan
Serratusell Salvado, Lúdia
Solanas Bacardit, Gemma
Tarres Sabartes, Amalia
Tomas Castillo, Immaculada
Valls Puente, Ester
Valls, Jordi
Vicario Rotger, Cristina
Vives Tribó, Antoni

Gerencia de Àmbito Centro (atención primaria)
A. B. S. Osona
Asociación Catalana de Enfermería
Hospital Clínic de Barcelona
SAID El Safareig
Hospital Clínic de Barcelona
Instituto Catalán de las Mujeres
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital Santa Maria de Lleida
Departamento de Justicia
A. B. S. Manresa
Departamento de Acción Social y Ciudadanía
CAP Torreforta – Tarragona
Subdirección General de Drogodependencias. DGSP
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Servicio Catalán de la Salud
Instituto de Asistencia Sanitaria

Con la colaboración de:

