



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

El papel del Trabajador Social hospitalario ante un caso de
violencia de género.

The role of the hospital Social Worker in a case of gender
violence.

Autor/es

Clara Martínez Revilla

Director/es

Antonio Matías Solanilla

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2020

Contenido

1- Introducción.....	6
2- Aproximación de conceptos.....	7
3- Marco legislativo	14
4- El sistema sanitario madrileño.....	18
5- El sistema sanitario y la violencia de género	24
6- Protocolos de actuación	28
7- Conclusiones	39
8- Bibliografía.....	42
9- ANEXOS.....	46
ANEXO I. ALGORITMO ACTUACIÓN	46
ANEXO II. EXPLORACIÓN EN ENTREVISTA DE TRABAJADO SOCIAL.....	47
ANEXO III. PLAN DE SEGURIDAD.....	48
ANEXO IV. PROTOCOLO DE PROTECCIÓN EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTAS EXTERNAS.....	50
ANEXO V. RECURSOS RESIDENCIALES DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD DE MADRID	51
ANEXO VI. TELEFONOS DE INTERÉS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	52
ANEXO VII. ENTREVISTAS	54

Resumen

La violencia de género está anclada en nuestra sociedad y desde las últimas décadas se han elaborado normativas para tratar de erradicarla, dejando de ser un problema que solo afecta al ámbito privado y pasando a ser considerada como un problema de salud pública. Los hospitales son la principal puerta de entrada de las mujeres que sufren dicha violencia y una vez que se detecta una situación de Violencia de Pareja hacia la Mujer (VPM) el equipo médico actúa según el protocolo en coordinación con los profesionales del Trabajo Social para ofrecer una atención integral, realizando una coordinación extra-hospitalaria con los servicios de Atención Primaria tanto en salud como Servicios Sociales para un seguimiento adecuado que garantice la seguridad de la mujer y de personas a su cargo como menores o dependientes.

Palabras clave: violencia de género, salud, protocolo, Atención Especializada, Atención Primaria.

Abstract

Gender violence is anchored in our society and, since last decades, regulations have been elaborated to eradicate it. This violence is no longer a problem of private scope and it is currently considered a public health one. Hospitals are the main entrance for the women who suffer this kind of violence. When a situation of Couple Violence towards Women (CVW) is detected, the medical team take part of it according to the protocol in coordination with the Social Workers in order to offer a comprehensive care. They carry out an out-of-hospital coordination with the Primary Health Care services, both in health and in Social Services, to provide an effective follow-up which guarantees women's safety and the ones of the people who are at her expense, such as minors or disabled.

Key words: gender violence, health, protocol, specialized attention, primary health.

1- Introducción

La violencia contra las mujeres ha existido siempre y para muchas de ellas forma parte de su sistema de vida. Ha sido el modo utilizado por los hombres para someterlas y dominarlas. El hecho de que durante mucho tiempo haya permanecido oculta se debe a que con frecuencia las mujeres son maltratadas por miembros de su propia familia (Hilberman, 1980; OMS 1998).

A lo largo mis años de formación académica en Trabajo Social en la Universidad han sido contadas las ocasiones en las que se ha hablado sobre el tema de Violencia de Género o Violencia de Pareja hacia la Mujer, así como de los temas, asuntos y cuestiones relacionadas con ésta: las formas de detectarlo, cómo actuar con estas víctimas y los agresores, o los recursos disponibles para las mujeres. Esto es debido a que no hay una asignatura como tal, ni un bloque específico dentro de una, ni de formación básica, ni obligatoria, ni optativa, que aborde este amplio campo de intervención.

Quizás es por esto, por lo que me ha llamado siempre la atención y aprovechando que he realizado las prácticas de intervención en la Unidad de Trabajo Social de un Hospital de la Comunidad de Madrid y he podido ver de cerca el trabajo que realizan los profesionales del propio Hospital con mujeres víctimas de violencia de género, decidí realizar este trabajo sobre la intervención del profesional del Trabajador Social ante una sospecha o un caso de Violencia de Género.

Por desgracia, la violencia infligida por la pareja es una de las formas más frecuentes de violencia contra la mujer y el número de víctimas no disminuye con el tiempo, llegando a tal punto, que es considerada como un problema de Salud Pública (OMS. 1996).

Las cifras que se conocen se cree que subestiman la magnitud real de la violencia, ya que la medida de la misma entraña gran dificultad. Además de la ambigüedad que existe con las definiciones, está el hecho de que todavía es considerada por un gran sector de población un problema privado y por ello existe una gran tolerancia social. Investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas han puesto de manifiesto que la violencia contra las mujeres es un problema generalizado que, lejos de ser controlado, continúa creciendo (Watts&Zimmerman. 2002).

Las mujeres, en parte porque comparten tal creencia, en parte por miedo a su maltratador, no denuncian abiertamente su situación, aunque con frecuencia hacen llamadas de atención.

El número de mujeres víctimas mortales en España en lo que va de año 2020¹ asciende a 20, pero el número de víctimas reales es mayor ya que estos asesinatos a manos de sus parejas o ex-parejas han dejado a 7 menores huérfanos y dos menores asesinadas.² Cabría destacar también, que se contabilizan como víctimas de violencia de género aquellas que han sido asesinadas por sus parejas o ex-parejas, pero el número de mujeres que la sufren es mucho mayor.

Los hospitales son una puerta de recepción de un gran número de casos, ya que como consecuencia de las agresiones, en la mayoría de los casos, físicas, acuden a las urgencias para ser atendidas. Es entonces

¹ A fecha de 1 de junio de 2020.

² Datos de la Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas.

donde el papel de la Trabajadora Social es clave, tanto para la detección e intervención como para la coordinación con Atención Primaria de los Centros de Salud y los Servicios Sociales generales y específicos.

En el siguiente trabajo, se desarrollará cómo es ésta intervención por parte del profesional del Trabajo Social y la coordinación intrahospitalaria, así como la posterior coordinación con otras instituciones para un abordaje integral con estas mujeres y con personas a su cargo si las hubiera: menores, mayores y/o dependientes. A través de la información recopilada durante mis horas de prácticas en un hospital de la Comunidad de Madrid, la revisión bibliográfica y los datos aportados por las Trabajadoras Sociales entrevistadas se contrasta la información plasmada en las siguientes hojas, con el objetivo de dar a conocer una realidad a la que tenemos que hacer frente desde todos los ámbitos de la vida diaria, siendo en este caso, el ámbito socio-sanitario el trabajado y sensibilizando a la población ya que lejos de ser un problema del pasado, sigue aún más anclado en nuestra sociedad.

2- Aproximación de conceptos

Antes de hablar de la violencia de género, es conveniente definir lo que entendemos por género y estereotipos de género. El lenguaje es una de las máximas expresiones del pensamiento humano, por lo que los conceptos que utilizamos sirven para describir, encuadrar y comprender la realidad que nos rodea, pero también afectan a cómo percibimos esa realidad, y según López Valero y Encabo, *“el uso del lenguaje va a ser el punto de partida para determinar el pensamiento de las personas en lo que respecta a la conformación de los estereotipos de género”*. (2008: 83).

Según la definición de la Real Academia Española (RAE), género es: *“Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes”, “Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendiendo este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico”*.

Lourdes Benería (1987: 46), catedrática e investigadora feminista, entiende el género como un *“conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características”*:

- Es un proceso histórico que se desarrolla a diferentes niveles (el Estado, el mercado de trabajo, el ámbito escolar, los medios de comunicación, la Ley, la familia, y las relaciones interpersonales).
- Este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como “masculinos” se les atribuye mayor valor.

Por género se entiende *“una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social. La diferencia de dinero no es un rasgo biológico, sino una construcción mental y sociocultural que se ha elaborado históricamente”* (Lamarca, 2004).

En la misma línea, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Además, añade que las diferentes funciones y comportamientos

pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos.

Por otro lado, los estereotipos de género son un conjunto de características que se aplican de un modo fijo como representativos de mujeres o de hombres. La RAE define la palabra “estereotipo” como la imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

Es decir, los estereotipos son creencias socialmente vigentes sobre las características de hombres y mujeres. Se supone que todos los hombres han de ser de una cierta manera y que todas las mujeres de otra, olvidándonos de que no existe una única forma de ser mujer o de ser hombre, pero la sociedad “castiga” a quienes se salen del estereotipo que tradicionalmente se le ha asignado.

Por ende, los estereotipos de género son ideas socialmente establecidas simples pero muy arraigadas de cómo deben ser y actuar y comportarse las mujeres y los hombres por el simple hecho de serlos, y éstos son transmitidos de generación en generación a través de la escuela, la familia, los medios de comunicación, los grupos de amigos... De hecho, *“los estereotipos sobre cómo unos y otros deben comportarse, las experiencias que refuerzan la conducta estereotípica y la estructura social que apoyan la desigualdad de poder entre géneros ha contribuido a que se originen patrones de violencia a lo largo de nuestro ciclo vital”* (Expósito, F. 2011: 20).

La violencia es la *“coacción física o psíquica ejercida sobre una persona para viciar su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado”* (Expósito, F. 2011: 20) y puede adoptar diferentes formas: física, verbal, psicológica y sexual como las más comunes, pero otras como social o económica.

La Violencia de Género ha sido y sigue siendo una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Este tipo de violencia se basa y se ejerce por la diferencia subjetiva entre los sexos. Es un proceso en el que los actos y comportamientos violentos son ejercidos por un compañero o cónyuge, actual o anterior, con el fin de someter a la mujer.

Según la definición de la Organización de Naciones Unidas (ONU), plasmada en el artículo primero de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer en 1993³, la violencia de género es *“todo acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres. Incluye las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada”*.

En el ámbito nacional, el artículo primero de la Ley Orgánica 1/2004⁴, de Protección Integral contra la Violencia de Género, se define a ésta como: *“Todo acto de violencia (...) que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia (...) que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la*

³ Disponible en web <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

⁴ BOE número 313 de 29 de diciembre de 2004.

coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Dicha violencia, incluye los siguientes actos desarrollados en el artículo segundo de dicha declaración, aunque no se limita a ellos:

- A) *“La violencia física, sexual o psicológica en la familia, incluyendo los malos tratos, el abuso sexual de niñas en el hogar, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia referida a la explotación”.*
- B) *“La violencia física, sexual o psicológica que sucede dentro de la comunidad, que incluye la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones dedicadas a la educación o en otros escenarios, el tráfico de las mujeres y la prostitución forzada”.*
- C) *“La violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el Estado donde quiera que esta ocurra” .*

El contexto en el que se sitúa con mayor frecuencia la violencia contra las mujeres es la familia (OMS, 1998; Hilberman 1980), más concretamente la que proviene de la pareja actual o anterior (Watts&Zimmerman, 2002).

De manera general, cuando hablamos de “violencia de género” o “violencia contra la mujer” lo primero que se nos viene a la cabeza es el maltrato, las agresiones, empujones, bofetadas, palizas o incluso asesinatos de hombres hacia sus parejas, siendo esto manifestaciones de un único tipo de violencia, la física, pero la violencia comprende también otros tipos de maltrato. En 2003, el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, en su Documento Técnico “La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública” especificaba los siguientes: psicológico, sexual, físico, económico y ambiental.

Aunque se presentan por separado, habitualmente coexisten diferentes tipos de violencia y se dan simultáneamente en una misma relación de pareja ya que la violencia contra las mujeres no es un acto puntual, sino un proceso que se va instaurando y cronificando en el tiempo.

Se pueden distinguir las siguientes formas de violencia:

Cuadro 1: Tipos de Violencia

TIPO DE VIOLENCIA	DEFINICIÓN	EJEMPLOS
Maltrato físico	Comprende conductas en las que se usa la fuerza con la intención de ejercer daño y producir heridas o lesiones corporales en la víctima.	Empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, heridas, palizas...

Maltrato psicológico	<p>Produce en las víctimas un efecto devastador, dando lugar a un intenso sufrimiento que conduce a la mujer a la pérdida de la autoestima y de la capacidad para toma de decisiones.</p> <p>Puede ejercerse en el entorno público o en el privado y es extremadamente difícil de detectar cuando el maltratador sólo expresa estos comportamientos en privado ya que, en muchas ocasiones es difícil de reconocer hasta por la propia víctima.</p>	<p>Insultos, humillaciones, desprecios, descalificaciones, incomunicación, silencios, coacción, reproches, chantajes emocionales, amenazas verbales...</p>
Maltrato sexual	<p>Puede ser considerado como una modalidad del maltrato físico y comprende cualquier actividad sexual no deseada impuesta a la mujer por su pareja a través de la intimidación o coacción.</p>	<p>Obligar a llevar una vestimenta concreta, tocamientos, relaciones sexuales no deseadas, violación...</p>
Maltrato económico	<p>Dirigido a controlar de forma estricta el manejo de dinero, teniendo la mujer la obligación de rendirle cuentas al hombre de todos los gastos que realiza, independientemente de que ella tenga o no, un trabajo remunerado.</p> <p>Busca crear una dependencia económica de la mujer hacia el hombre.</p>	<p>Control de los gastos, impedimento de desarrollar una labor profesional, limitar el dinero, no tener ninguna propiedad a nombre de la mujer...</p>
Maltrato ambiental	<p>Estrechamente unido al psicológico, en ocasiones se asocia también a la violencia física. Pretende intimidar a la mujer dañando el medio que la rodea.</p>	<p>Rotura de objetos de uso personal o con un valor sentimental, incluir en el entorno elementos que intimidan a la mujer y que le causen daño psicológico como armas, ataques a animales domésticos si los hubiera...</p>

Maltrato social	Incluye el maltrato psicológico en presencia de terceros.	Control de las relaciones externas (familia, amigos, llamadas de teléfono), no se hace responsable de los hijos en común, control constante de las actividades, sabotea los encuentros familiares, impide que lo acompañe a actividades o impone su presencia a la fuerza...
-----------------	---	--

Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid en su Documento Técnico “La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública”, y Comunidad de Castilla-La Mancha en su “Guía para Mujeres Maltratadas”.

Añadir que, el último tipo de violencia, es incluido únicamente en la “Guía para Mujeres Maltratadas” elaborada por Ángeles Álvarez en 2002.

En la misma línea, además de los anteriores, otras asociaciones como Ayuda en Acción, incluyen las siguientes:

Cuadro 2: Tipos de Violencia según Ayuda en Acción

Violencia laboral	Dificulta el acceso a las mujeres a puestos de responsabilidad laboral, o se complica su desarrollo en la empresa o estabilidad por el hecho de ser mujer.	Contratación a hombres para altos cargos, o preferencia para ascender.
Violencia institucional	Mediante la que funcionarios o autoridades dificultan, retrasan o impiden el acceso a la vida pública e incluso la posibilidad de que ejerzan sus derechos.	
Violencia simbólica	Es un tipo de violencia muy difícil de erradicar. Consiste en la perpetuación de las relaciones basadas en la desigualdad y la discriminación.	Estereotipos, mensajes, valores, signos que transmiten y favorecen la desigualdad.

Fuente: Elaboración propia a partir de Ayuda en Acción.

No consideramos incluir estos tres últimos tipos de violencia en la tabla principal puesto que, a diferencia del resto, estos tipos de violencia no se limitan al ámbito de la pareja o ex-pareja. Se refieren a cualquier tipo de violencia que sufre la mujer en todos los ámbitos de la vida cotidiana, lo que se acercaría más a definir la violencia y discriminación que sufren las mujeres por género y sexo, a diferencia de la violencia de género, la cual, según su definición, es ejercida por una pareja actual o pasada.

De manera general, en todas las definiciones de violencia de género hay elementos clave y en común:

- Incluye agresiones físicas, psicológicas, sexuales, así como amenazas de tales actos.
- Estas agresiones pueden darse en el ámbito público y en el ámbito privado.
- Su objetivo es mantener la subordinación de la mujer al hombre.

Del mismo modo, hay variaciones en relación a los tipos de violencia existentes, pero los que se repiten y que define cualquier Institución son:

- Violencia física
- Violencia psicológica
- Violencia sexual

Hay otros términos muy utilizados en el contexto de la violencia, como “violencia doméstica” o “violencia intrafamiliar”. Estas expresiones son menos adecuadas porque se limitan a informar sobre el lugar en el que se produce la violencia y no especifican aspectos tan esenciales de la misma como quién es la víctima, quién el agresor o cuál es el objetivo y la causa de esta violencia. Dentro de este tipo de “violencia intrafamiliar” se encuadraría la agresión entre cónyuges o parejas, pero también la agresión a menores, a personas mayores, con discapacidad; dejando fuera aquella violencia hacia la mujer que se produce fuera del ámbito de lo doméstico-familiar.

En el inicio, las agresiones suelen manifestarse por actitudes de dominio que se identifican culturalmente como “pruebas de amor” pero paulatinamente, los actos violentos se van incrementando en intensidad y frecuencia, aumentando así el riesgo de mortalidad para las mujeres cuando la relación violenta tiene varios años de evolución. La utilización de los diferentes tipos de violencia depende del momento en el que se encuentre la situación del maltrato. Ángeles Álvarez, en su “Guía para Mujeres Maltratadas” propone cinco etapas caracterizadas por unas conductas determinadas:

- Inicio: se producen amenazas, rotura de objetos, silencios, burlas...
- Moderado: aparecen agresiones físicas como empujones o agarrones. En muchas ocasiones, las víctimas no reconocen en éstos actos una señal de violencia.
- Grave: las conductas del agresor suben en intensidad y frecuencia, produciéndose bofetones, patadas, aislamiento, control excesivo, fracturas...
- Muy grave: ahogar, agredir con objetos contundentes, violación, uso de armas, quemar.
- Fatal: es la última etapa, que desemboca en la muerte de la mujer.

Además de las etapas que van dando forma a las situaciones de violencia, también se establece un proceso cíclico entre una agresión y otra, lo que hace que la violencia se arraigue más en la pareja y sea más

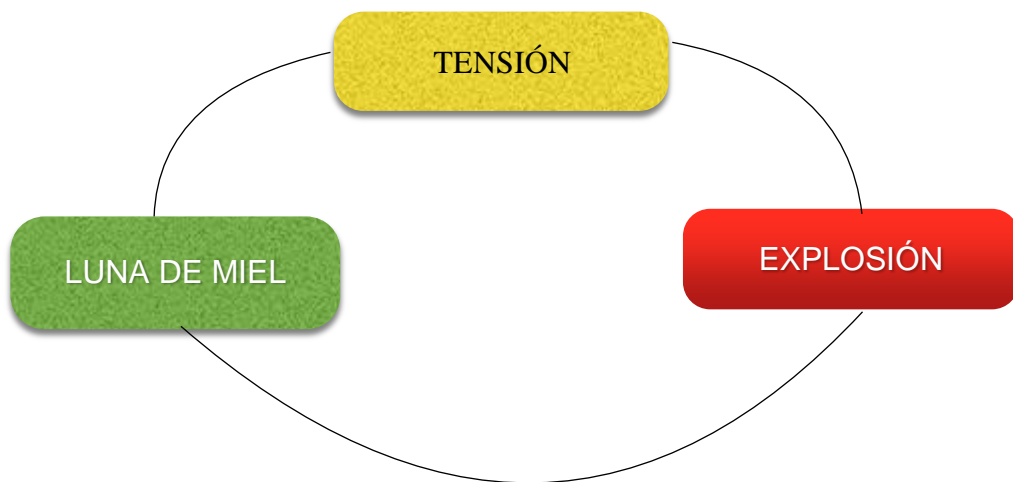
complicado identificarlo por parte de la víctima. Esto hace que sea una situación en la que es difícil intervenir, de manera que se cronifica y por tanto, cada vez hay menos posibilidades de salir de ella.

En 1979, Leonore Walker, reconocida psicóloga americana, realizó una investigación a partir de los testimonios de mujeres maltratadas, para tratar de entender sus comportamientos y el por qué muchas de ellas terminan por perdonar las agresiones de su pareja. La psicóloga llegó a la conclusión de que existen tres fases que se reproducen de manera cíclica en torno a este fenómeno, a lo que denominó “ciclo de la violencia”. Este ciclo se da en procesos más cortos a medida que se repiten las conductas violentas.

Se dan tres fases en este ciclo de violencia:

- Tensión.
- Explosión.
- Arrepentimiento o luna de miel.

Imagen 1: Ciclo de la violencia



Fuente: Elaboración propia

En la primera fase, el agresor va acumulando sentimientos negativos por todo aquello que en la relación no es como él considera que debe ser durante días, semanas, meses o incluso años. El hombre se encuentra muy susceptible al entorno y reacciona de manera desproporcionada creando en la víctima un sentimiento de culpa. Se trata en realidad de una serie de tácticas coercitivas con el objetivo de aislar a la mujer de las posibles redes de apoyo y hacerla dependiente del propio agresor, acogiéndola a una posición sumisa para evitar que la situación empeore.

La segunda fase consiste en la afirmación contundente de dominio. Es una “explosión” donde el agresor libera toda la ira y la tensión acumulada proveniente de la fase anterior. Deriva en una agresión, normalmente física, y sin causa real aunque el agresor intente justificar. En los casos en los que se producen abusos psicológicos, se inculca siempre el sentimiento de culpa a la mujer, haciéndole creer que ella misma ha sido culpable y merecedora a la vez de su agresión.

La tercera fase parte del arrepentimiento. Se conoce como “luna de miel” porque el agresor comienza a hacer regalos y promesas de cambio y arrepentimiento. La mujer vuelve a sentirse feliz y confiada en la relación pues le ha dado la esperanza de que no todo es malo y que el agresor se siente arrepentido y cambiará con su ayuda. El proceso de arrepentimiento sólo se dará en las primeras ocasiones que se haya producido una agresión. Una vez que se ha mitigado el sentimiento de culpa y el riesgo de ruptura de la relación, comienza el ciclo nuevamente con la fase de tensión, siendo este próximo ciclo más intenso y violento.

Como veremos más adelante, todos estos tipos de maltrato que son ejercidos sobre la mujer, traen consigo unas consecuencias tanto a corto, a medio, o a largo plazo en la salud de la mujer en todos los niveles. Entre éstas, las hay más “leves” como absentismo laboral, trastorno del sueño o ansiedad, hasta consecuencias fatales como la muerte (homicidio, asesinato o suicidio).

3- Marco legislativo

La violencia contra las mujeres se ejerce hacia ellas por el mero hecho de ser mujeres, por ser consideradas por sus agresores personas carentes de los derechos mínimos de libertad y respeto, que no afecta sólo a la integridad física de las mujeres, sino al reconocimiento de su dignidad.

La magnitud que ha alcanzado y la presión ejercida por asociaciones feministas tras más de un siglo de lucha, ha contribuido a visibilizarla y tomar conciencia social y ha obligado a los gobiernos a tomarla en consideración, dejando de ser un fenómeno perteneciente exclusivamente al ámbito privado de las personas.

A nivel internacional, nos encontramos con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, elaborada por representantes de todas las regiones del mundo con diferentes antecedentes jurídicos y culturales. Fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París, como un ideal común para todos los pueblos y naciones.

En su artículo primero establece que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. En sus artículos 3 y 5 añade “*Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona*”, “*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*” respectivamente.

En 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. La Convención fue la culminación de años de trabajo para conocer la situación de la mujer y promover sus derechos, tratando de conseguir la igualdad con el hombre que se le niega en tantas esferas de la vida cotidiana. En su artículo 2 refiere que todos los Estados Parte deben comprometerse a adoptar las medidas adecuadas con las sanciones correspondientes que prohíban toda discriminación contra la mujer.

Posteriormente, en 1993, dentro de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena, la Asamblea General de las Naciones Unidas subrayó la importancia de eliminar la violencia hacia las mujeres en la vida pública y privada: *“los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural (...) y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son los objetivos prioritarios de la comunidad internacional”*.

Igualmente, establece que *“la violencia y todas sus formas de acoso y de explotaciones sexuales (...), son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas”*, y aprobó la *“Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”* lo que constituye un hito a nivel internacional ya que se aborda la violencia de género dentro del ámbito de los derechos humanos *“afirmando que la violencia contra la mujer (...) impide total o parcialmente a la mujer gozar de derechos y libertades”*. (ONU. 1993).

Destacar su artículo tercero, donde señala: *“La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”* donde reconoce que la mujer debe gozar del derecho a la vida, a la igualdad y a la libertad e insta a los Estados a condenar a quienes ejerzan dicha violencia contra la mujer *“y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla”*.

Más recientemente, en 2012, ONU Mujeres⁵ publica el Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer, donde se recogen los instrumentos jurídicos y de política y de jurisprudencia a escala internacional y regional, el marco modelo para la legislación en materia de violencia contra la mujer incluyendo su aplicación, presupuesto, supervisión y evaluación, los procedimientos judiciales, órdenes de protección, condenas y demandas civiles.

Dicho manual es elaborado para abordar todos los campos de intervención con la violencia de género y dar una respuesta efectiva y coordinada. Si bien es cierto que muchos Estados han adoptado o revisado legislación en materia de violencia contra la mujer pero según refiere el Manual, *“Siguen existiendo lagunas considerables. Muchos Estados todavía no cuentan con disposiciones legislativas que aborden específicamente la violencia contra la mujer e, incluso cuando existe legislación, a menudo está limitada en su ámbito de aplicación y cobertura, o no se cumple”*. (ONU Mujeres. 2012: 1).

Pasando al ámbito europeo, cabe destacar la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000. En ella se recoge el conjunto de derechos personales, civiles, políticos, económicos y sociales de los ciudadanos y residentes de la Unión Europea.

Posteriormente, el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, conocido también como Convenio de Estambul, fue abierto a la firma el 11 de mayo de 2011, aunque en España no entra en vigor hasta el 1 de agosto de 2014. Supone el primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer y violencia doméstica.

⁵ ONU Mujeres es la organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

En el capítulo I, su artículo tercero define violencia contra las mujeres como una *“violación de los derechos humanos y una forma de discriminación (...) y se designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada”*. Por otro lado, su artículo quinto insta a los Estados a *“tomar las medidas legislativas necesarias para actuar con la diligencia debida para prevenir, investigar, castigar y conceder una indemnización por los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio cometidos por actores no estatales”*. (Consejo Europeo. 2011).

En el ámbito nacional, primeramente es necesario hacer una breve referencia a la Constitución Española de 1978⁶ (C.E.). En su artículo 14 proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo. Seguido del artículo 15, el cual proclama el *“derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”*. Para ello, el artículo 9.2 delega a los poderes públicos la responsabilidad de *“promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”*.

En 2004 se aprueba la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, cuyo objetivo es actuar contra la violencia y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres como manifestación de discriminación y desigualdad por quienes son o hayan sido sus cónyuges. Es una ley integral que abarca aspectos tanto preventivos como educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas, a los hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, guardia o custodia, víctimas también de esta violencia. Dicha ley fue premiada en 2014 por instituciones como la ONU, el World Future Council y la Unión Interparlamentaria (UIP) al ser considerada como una de las normas más eficaces a nivel mundial para combatir la violencia de género⁷.

Posteriormente, en 2006 se aprueba el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre⁸, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. En su artículo 6. relacionado con la atención y servicios específicos relativos a la mujer, y otros grupos de población, en el subapartado 6 comprende la *“detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades”* y lo que ello engloba como la detección de situaciones de riesgo, y la comunicación a las autoridades competentes con el fin de erradicar progresivamente la violencia de género, incluyendo la elaboración de un Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género⁹.

Un año más tarde, el 22 de marzo, se aprueba la Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres¹⁰. Su artículo primero dice así: *“Las mujeres y los hombres son iguales en dignidad humana, e iguales en derechos y deberes. Esta Ley tiene por objeto hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación*

⁶ BOE número 311, de 29 de diciembre de 1978

⁷ Para más información, artículo disponible en <http://conigualdad.org/la-ley-espanola-contra-la-violencia-de-genero-premiada-en-los-future-policy-award-2014/>

⁸ BOE número 222, de 16 de septiembre de 2006

⁹ Disponible en https://www.cop.es/GT/Plan_nacional_sensibilizacion_prevencion_violencia_genero.pdf

¹⁰ BOE número 71, de 23 de marzo de 2007

de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualesquiera de los ámbitos de la vida y, singularmente, en las esferas política, civil, laboral, económica, social y cultural para (...) alcanzar una sociedad más democrática, más justa y más solidaria”.

Su artículo 14 recoge los criterios generales de actuación de los Poderes Públicos y en él viene reflejado la *“adopción de las medidas necesarias para la erradicación de la violencia de género, la violencia familiar y todas las formas de acoso sexual y acoso por razón de sexo”.*

En relación con el ámbito sanitario, el artículo 27.d) se considera necesaria la integración del principio de igualdad en la formación del personal sanitario, *“garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género”.*

Recientemente se aprobó el Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género¹¹. Este Decreto tiene como objeto fortalecer la tutela judicial y el acceso a la justicia y a los diferentes recursos de asistencia de víctimas de violencia de género.

En el cumplimiento de la Ley, la Comunidad de Madrid viene desarrollando todo un conjunto de medidas y programas de atención a las víctimas de violencia de género que han dado lugar a la consolidación de una completa red de atención integral para la violencia de género.

En el año 2001 se aprueba el Programa de Acciones contra la Violencia de Género (2001-2004), que constituyó un avance de uno de los objetivos del IV Plan de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres y que desarrolló importantes acciones en las áreas de prevención, atención y apoyo a las víctimas y cooperación y coordinación institucional y social, y permitió sentar las bases de una red de asistencia y protección para las mujeres víctimas de Violencia de Género.

Mediante el Decreto 256/2003, de 27 de noviembre, se crea el Observatorio Regional de la Violencia de Género como órgano integrador de las políticas contra la violencia de género que se lleven a cabo en el ámbito de la Administración Regional. Entre sus funciones, explicadas en el artículo 2, destacamos:

- *“Coordinar las funciones y recursos de los diferentes Centros Gestores de la Administración Regional que lleven a cabo acciones contra la violencia de género.*
- *Establecer procedimientos integrados para la gestión de las acciones encaminadas a la lucha contra la violencia de género.*
- *Investigar las causas que originan la violencia de género.*
- *Elevar propuestas de actuaciones en materia de lucha contra la violencia hacia las mujeres.*

Con la entrada en vigor de la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, *“la Comunidad de Madrid se propone avanzar en una propuesta de lucha contra la Violencia de Género más ambiciosa, que comprende, no sólo la violencia en el ámbito familiar, sino también en los ámbitos laboral y social”*, y para llevar esto a la práctica,

¹¹ BOE número 188, de 4 de agosto de 2018

se elabora el Plan de Acción Integral contra la Violencia de Género para el periodo 2005-2008.¹² (Consejería de empleo y mujer. 2005 : 7).

La ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid¹³ es la vigente actualmente en materia de violencia de género aplicable a los ciudadanos madrileños. Para llevar a cabo el cumplimiento de la legislación y apostando por la prevención de dicha violencia, incorporará en las emisiones de los canales de la radiotelevisión pública autonómica contenidos específicos de sensibilización y de fomento de la igualdad real. Además, colaborará con profesionales de los medios de comunicación para erradicar los contenidos que promuevan o inciten a la Violencia de Género.

En su artículo séptimo, en relación a la detección de situaciones de riesgo, la Ley dicta: *“cuando se haya constatado o existan indicios fundados de estar ante una situación de Violencia de Género, las personas que desempeñan su trabajo como profesionales sanitarios, educativos o de servicios sociales deberán remitir de forma urgente los informes sanitarios de las lesiones físicas o psíquicas al Juzgado de Guardia y a la Fiscalía”*, tal y como viene señalado en el protocolo de actuación en Atención Especializada ante un caso o sospecha de violencia de pareja hacia la mujer, desarrollado más adelante.

Por otro lado, según viene reflejado en el artículo 10, *“el personal sanitario (...) que pueda tener contacto con posibles víctimas de Violencia de Género, recibirá una formación en la materia, enfocada al reconocimiento de situaciones de Violencia de Género”*.

4- El sistema sanitario madrileño

El Sistema Nacional de Salud está constituido por el conjunto de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas e integra todas las funciones, medidas preventivas y prestaciones y servicios sanitarios que son responsabilidad de los poderes públicos para el cumplimiento del artículo 43 de la C.E. de 1978, por el que se reconoce el derecho a la protección de la salud.

El desarrollo y la regulación general de este derecho, es el objeto fundamental de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹⁴ y la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública¹⁵. Junto con la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local¹⁶, dichas leyes forman parte del sistema normativo de la sanidad.

La transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas en materia de sanidad, constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle garantías en cuanto a

¹² Disponible en:

http://www.mancomunidadesierraoeste.org/mujer/documentacion_violencia/Plan%20de%20Accion%20Integral%20contra%20la%20Violencia%20de%20Genero.pdf

¹³ BOE Número 52, de 2 de marzo de 2006 / BOCM número 310, de 29 de diciembre de 2005

¹⁴ BOE número 102, de 29 de abril de 1986.

¹⁵ BOE número 102, de 29 de abril de 1986.

¹⁶ BOE número 80, de 03 de abril de 1985.

equidad, eficiencia en la prestación de servicios, calidad y participación ciudadana, exceptuando aquellas funciones necesarias para garantizar la unidad y solidaridad del sistema sanitario, que quedan reservadas al Estado.

En el caso de la Comunidad de Madrid, el proceso de transferencia culminó en 2002, y en base a la potestad normativa, el Gobierno de la Comunidad de Madrid, a través del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid hace efectivo el derecho de protección a la salud, previsto en el artículo 43 de la C.E. En concreto, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid¹⁷, en su artículo 16, de Asistencia Sanitaria, determina lo siguiente:

“La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de que dispone su Sistema Sanitario, desarrollará las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

a) La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias.

b) La atención integrada de salud mental potenciando los recursos asistenciales (...) y realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias”.

Así pues, como viene reflejado en la Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid¹⁸, artículo 27 le corresponde el desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria asumiendo así competencias en las siguientes materias:

- Sanidad e higiene.
- Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.
- Ordenación farmacéutica y establecimientos farmacéuticos.

El artículo 28 de dicho Estatuto, le otorga a la Comunidad de Madrid la ejecución de la legislación del Estado en las siguientes materias:

- Gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, de acuerdo con lo previsto en la materia 17.a del apartado 1 del artículo 149 de la C.E.
- Gestión de las prestaciones y servicios sociales del sistema de Seguridad Social: Inersso.
- Productos farmacéuticos.

De forma general, para configurar la política sanitaria más adecuada para satisfacer las necesidades de los ciudadanos, la Comunidad de Madrid asume competencias dentro del ámbito sanitario en:

¹⁷ BOE número 306, de 26 de diciembre de 2001.

¹⁸ BOE número 51, de 1 de marzo de 1983.

- Planificación sanitaria.
- Salud pública.
- Asistencia sanitaria.
- Gestión de los servicios asistenciales.

Desde el punto de vista organizativo, el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se estructuraba a través de las denominadas Áreas Sanitarias que tenían carácter funcional. Con un total de 11 Áreas de Salud de adquisición bajo el principio de gerencia única y se agrupaban a su vez en 4 Áreas de gestión territorial.

Estas Áreas desarrollaban actividades relativas a la salud pública y la promoción de la salud, prevención, asistencia sanitaria, y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población, de una manera plenamente integrada y más próxima al ciudadano, instaurando, pues, un modelo basado en la concepción integral de la salud, que pone fin a la tradicional e indeterminada dicotomía entre salud pública y asistencia sanitaria.

Actualmente y desde 2009, la Comunidad de Madrid se rige bajo una Única Área Sanitaria, coincidiendo con la adquisición del derecho de los madrileños a acudir al profesional médico de su elección. En comparación con el resto de Comunidades Autónomas, es la única que ha instaurado la libre elección tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, a través de la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid¹⁹, la cual permite a cada ciudadano residente en la Comunidad *“el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en atención primaria y de médico y hospital en atención especializada, con excepción de la atención domiciliaria y las urgencias”*.

La asistencia sanitaria se organiza en dos niveles.

El primer nivel es el de Atención Primaria, puerta de entrada del sistema sanitario, que dispone de 463 centros (267 centros de salud, 158 consultorios locales, 38 servicios de atención rural)²⁰ formados por equipos multidisciplinares de profesionales, con una gran accesibilidad para los ciudadanos. La gestión de los centros de salud y consultorios está a cargo de la Gerencia de Atención Primaria, y se organiza en torno a siete Direcciones Asistenciales (Imagen 2) que coordinan los centros de su ámbito territorial. Dichas Direcciones son:

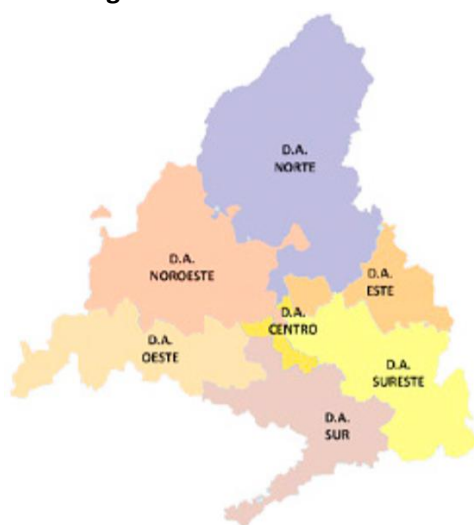
- Dirección Asistencial Norte, ubicada en el Centro de Salud Fuentelarreina.
- Dirección Asistencial Este, ubicada en el Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar.
- Dirección Asistencial Sureste, ubicada en el Centro de Salud Federica Montseny.

¹⁹ BOE número 274, de 18 de noviembre de 2009.

²⁰ Datos aportados por la Comunidad de Madrid en su documento: “El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid: Principales Cifras”. 2014.

- Dirección Asistencial Sur, ubicada en el Centro de Salud Juan de la Cierva (Getafe).
- Dirección Asistencial Oeste, ubicada en el Centro de Salud Presentación Sabio (Móstoles).
- Dirección Asistencial Noroeste, ubicada en el Centro de Salud Cerro del Aire (Majadahonda).
- Dirección Asistencial Centro, ubicada en el Centro de Salud San Andrés.

Imagen 2: Direcciones asistenciales



Fuente: Observatorio Madrileño de Salud

Desde los equipos de Atención Primaria se desarrollan actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria, así como actividades de rehabilitación física y Trabajo Social.

El segundo nivel corresponde a la Atención Especializada, que se dispensa en 41 centros de especialidades y 36 hospitales distribuidos por toda la región, de los cuales 32 son universitarios para garantizar la continuidad de la atención integral al paciente una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que el paciente pueda integrarse en dicho nivel. Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel.

El acceso del paciente a la atención especializada se realiza, con carácter general, por indicación del médico de Atención Primaria, médico de Atención Especializada o a través de los servicios de urgencia hospitalarios que prestan servicio durante las veinticuatro horas del día. La atención especializada se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en:

- Hospitalización. Comprende la asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica o la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, a pacientes que requieren cuidados continuados que precisan su internamiento.
- Consultas externas. Comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se prestan en el nivel de atención especializada en régimen ambulatorio.
- Hospital de día. Comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, destinadas a pacientes que requieren cuidados especializados continuados, incluidas cirugías ambulatorias, que no implican pernoctación.

En el sistema sanitario madrileño, la figura de la Trabajadora Social forma parte del Equipo Multidisciplinar y aporta a él su visión social, que se complementa con el diagnóstico integral del individuo. Las Trabajadoras Sociales, están adquiriendo cada vez un mayor papel en la labor de los equipos de atención primaria, unidades de apoyo y en los centros hospitalarios.

El papel de la Trabajadora Social en el ámbito sanitario tiene muchos años de evolución. Ejemplo de ello es una de las primeras referencias científicas sobre el Trabajo Social Sanitario, plasmada en la obra de Mary Richmond “El Diagnostico Social” (1917), donde relata la práctica clínica que en 1905 realizaban en el Hospital General de Massachussets el doctor Richard Cabot y su equipo del departamento del servicio social. Si bien el equipo médico conocía el estado físico y mental de los pacientes pero desconocía las circunstancias sociales que le rodeaban, la historia familiar, circunstancias económicas... Información que podía obtener gracias a la figura de la trabajadora social, proponiendo así una intervención con estrecha colaboración entre los médicos y las trabajadoras sociales.

“No cabe duda de que lo social tiene un peso importante en la concepción y provisión de los cuidados de salud, puesto que cualquier persona que presente una enfermedad va a enfrentarse a unos cambios que afectarán directamente a las otras dimensiones de su persona (...) y ayudar a enfrentarse a ellos y a encontrar el equilibrio entre sus hábitos de vida y la nueva situación para garantizar su calidad de vida, es una de las tareas que deben realizar los/as trabajadores/as sociales de salud”. (Monrós Chancosa, M^o.J.; Zafra Galán, E. 2012: 12).

En la Comunidad de Madrid, como queda reflejado en el Acuerdo de 12 de abril de 2018 de la Mesa Sectorial de Sanidad sobre Organización de los Servicios de Trabajo Social en el Servicio Madrileño de Salud, *“el trabajo social en el ámbito sanitario tiene como marco conceptual el concepto integral de salud, la continuidad del proceso asistencial, el trabajo en equipo y/o coordinación con el resto de profesionales, así como en la importancia cada vez más creciente de la coordinación sociosanitaria”*.

Dentro del sistema sanitario de Atención Primaria de Salud, el profesional del trabajo social fue introducido como respuesta a la reforma sanitaria de los años 80²¹. En los años 80, los trabajadores sociales sanitarios de atención primaria asumieron un rol de asesor y orientador sobre los recursos existentes. Años posteriores, sus funciones se plasman con mayor precisión como la valoración psicosocial, intervención,

²¹ Reforma sanitaria promulgada en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE número 102, de 29/04/1986.

derivación y seguimiento de los pacientes al alta. Ya en los años siguientes al 2000, se especifican más funciones y la Trabajadora Social es considerada la gestora de casos con problemática social, que debe prestar atención psicosocial a los pacientes, intervenir en los casos de malos tratos (menores, mujer, mayores), prestar apoyo social, y promocionar la salud y la participación comunitaria. Además, trabajará en coordinación con otras instituciones (Servicios Sociales, Centros Hospitalarios...) para el seguimiento del plan de trabajo y el control de dichos pacientes.

Por otro lado, las Trabajadoras Sociales forman parte de los Consejos de Salud²², los cuales desarrollan las siguientes funciones:

- *“Participar y/o colaborar en el Plan de salud o programas y/o actividades a desarrollar en la zona.*
- *Captar las demandas de salud de la población, llevando a cabo la detección, el análisis de los problemas y las prioridades.*
- *Colaborar en la educación sanitaria de la población y contribuir a mejorar la comunicación entre el Equipo de Atención Primaria y la Comunidad local.”* (Colegio oficial de diplomados en Trabajo Social y AA.SS de Madrid. 2007: 42).

Dentro de la Atención Hospitalaria, es a partir de 1958 cuando se incorpora la figura de Asistente Social a distintos Hospitales de la Comunidad de Madrid. En 1979 el Director del Instituto Nacional de Pevisión remite un escrito con las funciones básicas del Trabajo Social de Hospitales, que incluyen las siguientes:

- *“Asesoramiento y orientación al enfermo / familia.*
- *Estudio social del enfermo / familia / entorno.*
- *Colaboración con el desarrollo del Plan de Humanización.*
- *Intervención en la reinserción social del paciente en el momento del alta.”* (Colegio oficial de diplomados en Trabajo Social y AA.SS de Madrid. 2007: 77).

Volviendo con el Acuerdo del 12 de abril de 2018 de la Mesa Sectorial de Sanidad sobre Organización de los Servicios de Trabajo Social en el Servicio Madrileño de Salud, los Hospitales pertenecientes a los Grupos 1, 2 y 3, hospitales monográficos, Psiquiátricos y el Hospital Niño Jesús contarán con una Trabajadora Social por cada 70 camas. El resto de Hospitales dispondrá de una Trabajadora Social por cada 50 camas.

Todos ellos atenderán los problemas sociales o familiares derivados del ingreso y/o de la enfermedad de los usuarios, y ayuda al paciente a enfrentar su enfermedad. Por ello, informa, orienta y asesora al paciente y a su familia sobre las prestaciones y el acceso a recursos sanitarios y sociales que pueda necesitar, al tiempo que coordina su intervención con los diferentes profesionales sanitarios dentro del Hospital (hace

²² Un Consejo de Salud es un órgano donde se reúnen un grupo de personas que suelen representar a diferentes colectivos sociales y a varios sectores con repercusiones sobre la salud y también a los profesionales que trabajan en los servicios sanitarios.

un análisis de la situación socio-familiar y aporta al equipo interdisciplinario la valoración para hacer un diagnóstico integral), con Atención Primaria, o Especializada y con los Servicios Sociales, generales o especializados.

5- El sistema sanitario y la violencia de género

La violencia contra la mujer constituye un grave problema de salud pública y de violación sistemática de sus derechos humanos, siendo una muestra de discriminación y subordinación de la mujer hacia el hombre por razones de sexo.

La Conferencia Mundial de la ONU sobre Derechos Humanos, celebrada en Viena 1993, estableció que *“la violencia y todas sus formas de acoso y de explotación sexuales (...) son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas”* instando a los gobiernos a intensificar sus esfuerzos a favor de la protección de los derechos humanos de la mujer y de la niña (ONU. 1993).

Ésta, fue reconocida como problema de Salud Pública por la OMS durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud en 1996, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene este enorme problema social. Esta organización define la Salud Pública como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

En la misma línea, según Pellegrini, la violencia debe ser tratada como un problema de salud pública, no solo porque produce directamente lesiones y defunciones, sino por su influencia en el deterioro del entramado de relaciones sociales de solidaridad y cooperación, que hoy se suele denominar ‘capital social’ (Pellegrini Filho, 1999: 219).

La magnitud que ha alcanzado en los últimos años, hace que la violencia se encuentre actualmente entre las prioridades en salud, aunque teniendo en cuenta que la violencia ha sido objeto de numerosos estudios desde el punto de vista de diversas disciplinas, su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente.

“A nivel internacional y en España, se han emprendido diversos estudios destinados a comprender mejor, y estimar, las consecuencias para la salud de las mujeres de estas situaciones de maltrato”. (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. 2017 : 245).

Un informe de la OMS sobre el tema, muestra que el 35% de las mujeres experimentarán violencia y que la forma más común va a ser, en un 30% de los casos, por parte de la pareja. Es decir, el 85.70% de las mujeres que sufren violencia, la sufren en el ámbito de pareja en todas las etapas de su vida, lo que expresa la necesidad de explorar las consecuencias derivadas de la misma en relación con la salud.

“En España, un estudio en el ámbito de la atención primaria en una muestra de 1.402 mujeres, muestra una prevalencia de maltrato (emocional, físico o sexual) alguna vez en la vida del 32% y en la actualidad de 17,8%, siendo la violencia emocional la más prevalente”. (Ruiz-Pérez, I. et. al. 2006 : 137).

Y es que, la violencia contra las mujeres tiene gran repercusión en su salud y en el sistema sanitario ya que no es un hecho puntual, sino cíclico y repetitivo y muchas mujeres que resultan heridas estos episodios de violencia recurren a él en busca de cuidados médicos para sus lesiones.

“Diversas investigaciones también muestran que las mujeres sometidas a violencia no sólo acuden más a los servicios sanitarios, sino que se someten más a cirugía, prolongan más su estancia hospitalaria y consumen más fármacos, incluso tras efectuar un control de los posibles factores de confusión”. (Blanco, P. et al 2004 : 185). No sólo en el momento de la agresión o posterior a ella para tratar las heridas, lesiones o fracturas, *“las mujeres requieren una mayor atención por parte de los servicios sanitarios incluso varios años después de padecerla”* (Lasheras Lozano, M.L; Pires Alcaide, M. 2003 : 31).

En el ámbito sanitario, se define como caso de violencia de género *“aquella mujer mayor de 14 años atendida por el sistema sanitario que reconoce por primera vez sufrir maltrato”.* (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2018 : 9). Mayor de 14 años puesto que se considera que al cumplir los 14 años se pasa de edad pediátrica a edad adulta, y por lo tanto son los 14 años cumplidos el límite en el que se empieza ya a hablar de caso de violencia de género. Si es menor de 14 años, se le considera como menor que sufre maltrato, pero ese maltrato habría que diferenciarlo en cuanto a la relación con el posible agresor, ya que podría ser su pareja o ex-pareja sentimental.

En relación con las consecuencias que tiene ésta en la salud de las mujeres que la sufren, *“un acervo cada vez mayor de datos de investigación está revelando que compartir la vida con un hombre que la somete a malos tratos puede tener una repercusión profunda sobre la salud de una mujer.”* (OPS. 2003 : 110). Éstas pueden variar en función del tiempo de duración de la relación de maltrato y sus efectos pueden ser físicos y/o psicológicos y a corto, medio o largo plazo.

A corto plazo pueden variar desde heridas, contusiones, rotura de tímpano o fracturas hasta lesiones que generan una discapacidad crónica o la muerte. *“A medio y largo plazo, los efectos sobre la salud física están asociados a los daños psicológicos causados por la violencia de cualquier tipo”* (Lasheras Lozano, M.L; Pires Alcaide, M. 2003 : 23). Y es que, según este Documento Técnico de Salud Pública *“La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública”*, las mujeres que han sufrido violencia, sea del tipo que sea, en comparación con el resto de mujeres no maltratadas, tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas graves de salud.

Aunque la violencia tiene consecuencias directas sobre la salud de la mujer como un hematoma, o una fractura, *“ser víctima de la violencia también aumenta el riesgo de que una mujer tenga mala salud en el futuro”.* (OPS. 2003 : 110).

Cuadro 3: Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres

Físicas	Psicológicas y de conducta	Sexuales	Reproductivas y ginecológicas	Mortales
Fracturas y lesiones	Abuso de alcohol y otras drogas	Disminución de la libido	Embarazos no deseados	Mortalidad relacionada con el SIDA
Contusiones y hematomas	Depresión y ansiedad	Anorgasmia	Embarazos de alto riesgo y con complicaciones	Suicidio
Rotura de tímpano	Trastornos de los hábitos alimentarios	Falta de autonomía sexual	Enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH.	Homicidio
Dolores crónicos	Trastorno del sueño	Disfunción sexual	Repetidos abortos o abortos en condiciones inseguras	
Cansancio	Fobias y trastorno por pánico		Infecciones urinarias de repetición	
Síndrome del colon irritable	Inactividad física		Dolores pélvicos crónicos	
Funcionamiento físico reducido	Poca autoestima		Esterilidad	
Fibromialgia	Tabaquismo		Hemorragias o infecciones vaginales	
Problemas gastrointestinales (dispepsias, etc).	Trastorno de estrés postraumático			

Discapacidad	Trastorno psicosomático			
Lesiones oculares	Comportamiento suicida			
	Conductas sexuales inseguras (no protegidas)			
	Escaso cuidado personal			

Fuente: Elaboración propia a partir de OPS en su Informe mundial sobre la violencia y la salud 2003

Apuntar, que en relación a las consecuencias mortales que tiene la violencia de pareja sobre las mujeres, se habla de “homicidio” pero ya son muchas las Asociaciones, Instituciones, y publicaciones las que hablan de “feminicidio”. Éste se define según la RAE como “*Asesinato de una mujer a manos de un hombre por machismo o misoginia*”, que a diferencia de la definición de “homicidio”²³ es la causada por un acto machista.

En relación con los traumatismos físicos, la cabeza, el cuello y la cara son los lugares más comunes de las lesiones, seguidas por las lesiones genitales y las lesiones musculoesqueléticas. Además, según muestra la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género en su estudio “El impacto de la violencia de género en España: una valoración de sus costes en 2016” en su capítulo cuatro, varios estudios a nivel internacional demuestran que más de la mitad de las mujeres que sufren violencia son lesionadas físicamente por sus parejas y que el riesgo relativo de lesiones para estas mujeres respecto a las que no sufren violencia, es casi el triple.

Siguiendo con el mismo estudio del Gobierno de España, en relación con la salud sexual, reproductiva y ginecológica, refiere existir una evidencia de que la probabilidad de ser infectadas con el VIH, con o sin profesión de SIDA, presentar infecciones agudas y crónicas o sufrir infecciones bacterianas por Clamidia o Gonorrea, es mayor entre las mujeres que han sufrido violencia de género, y que en relación con el número de abortos provocados, el patrón es el mismo.

Hay estudios que indican que cuando una persona se expone al estrés prolongado o agudo, algunas áreas del cerebro experimentan cambios que pueden desembocar en trastornos mentales. “*Para el caso de España, podemos indicar que el 85% de las mujeres que han sufrido violencia física o sexual, presentan síntomas asociados al estrés*”. (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. 2017: 248). Además, “*de las enfermedades crónicas existe una asociación significativa y de importante magnitud con la depresión*”. (Servicio Madrileño de Salud. 2008 : 31).

²³ Homicidio: Muerte causada a una persona por otra.

Además, otros informes incluyen consecuencias negativas en la salud social de las mujeres como son el aislamiento social, absentismo laboral o la pérdida del empleo, cambio de domicilio y/o ciudad forzado por la necesidad de protegerse, etc.²⁴

Por otro lado, estas consecuencias no solo son notables en la salud de las mujeres, sino también en el sistema sanitario ya que las mujeres que sufren violencia hacen un mayor uso de sistema sanitario lo que supone un importante impacto sobre los sistemas de salud. En concreto, en la Comunidad de Madrid se realizaron estimaciones de los costes atribuibles a situaciones de violencia de pareja en atención especializada, enfermería, urgencias, consumo de fármacos y pruebas complementarias que alcanzan los 27.264.897,78€, pudiendo variar entre 14.475.952€ y 40.544.354€²⁵.

6- Protocolos de actuación

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género²⁶, establece en su artículo 15 que *“las Administraciones Sanitarias (...) promoverán las actuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia”*.

Siguiendo con dicha Ley, en su artículo 16 establece *“en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá (...) una Comisión contra la Violencia de Género que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo, evalúe y proponga las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia”*.

En la actuación frente a la violencia de pareja hacia las mujeres, la Unidad de Trabajo Social del propio Hospital, desempeña una figura imprescindible dentro de la actuación interdisciplinar. En todos los hospitales de la Comunidad de Madrid se han creado las Comisiones Hospitalarias contra la Violencia, que dependen de la Comisión Central de Garantía de Calidad y son un órgano de asesoramiento de la Junta Técnico Asistencial y de la Dirección Asistencial/Médica.

“El objeto de la Comisión contra la Violencia es establecer una pauta de actuación normalizada e integrada para las y los profesionales del Centro que posibilite una atención integral a la salud de las mujeres, niños y ancianos que sufren o han sufrido violencia así como implementar todas las acciones que en esta materia se consideren”. (García Delgado, C. et. al. 2007: 80).

²⁴ Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionales/investigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

²⁵ Datos extraídos de los Documentos Técnicos de Salud Pública. “Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid”. (2008 : 41).

²⁶ BOE número 313, de 29 de diciembre de 2004.

Dentro de la Comisión se nombra la figura de “gestor de casos”, para el cuál se recomienda a la Trabajadora Social. Su función es la coordinación de los casos detectados en Atención Especializada con Atención Primaria, así como el tratamiento de los aspectos socio-sanitarios tan importantes en este problema de salud.

Cada Centro de Atención Especializada crea su propio protocolo²⁷ interno de actuación, pero todos ellos tienen presente el modelo de intervención que promueve la Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres de la Comunidad de Madrid de 2007²⁸, que a su vez, surge del protocolo sanitario elaborado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 1999, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano.

La actuación frente a la violencia de pareja hacia las mujeres se puede sistematiza en las siguientes fases:

- Detección
- Valoración
- Intervención
- Derivación
- Activación e información de otros recursos
- Registro

Fase I. Detección.

Dentro del ámbito hospitalario, la detección de una situación de violencia de género puede surgir de tres escenarios diferentes:

- Detección desde el servicio de urgencias.
- Detección desde Hospitalización.
- Detección desde Consultas Externas.

En la mayoría de los casos, dicha detección es llevada a cabo por los profesionales sanitarios que atienden a la mujer, ya que son ellos los que tienen contacto con todos y cada uno de los pacientes. El/la Trabajador/a Social puede detectar una situación de violencia o sospecha de violencia de pareja hacia la mujer durante una entrevista que mantenga con la paciente al ver que, abordando la situación social, familiar, etc. hay algún indicador de alarma.

La manera más eficaz de identificar la Violencia de Pareja hacia la Mujer (VPM) es buscar elementos que permitan detectarla a través de la entrevista y la exploración. Como se muestra en el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud, existen indicadores

²⁷ Protocolo: procedimiento o pauta de actuación que siguen en la atención de pacientes para conseguir objetivos que mejoren o modifiquen la calidad de vida de los mismos.

²⁸ Modificado y actualizado en 2012. Disponible en web:

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

de sospecha de maltrato que ayudan a la detección de situaciones desde los diferentes ámbitos de la atención. Es importante que el personal sanitario los conozca mantenga para identificarlos.

Cuadro 4: Indicadores de sospecha

Antecedentes de violencia
Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja.
Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia y/o abusos sexuales.
Antecedentes personales y de hábitos de vida
Lesiones frecuentes.
Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastornos del sueño y la alimentación.
Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.
Problemas gineco-obstétricos
Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).
Presencia de lesiones genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.
Dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición.
Historia de abortos repetidos.
Retraso en la solicitud de atención prenatal.
Síntomas psicológicos
Insomnio.
Depresión.
Trastorno de estrés postraumático.
Intentos autolíticos.
Baja autoestima.
Agotamiento psíquico.
Irritabilidad.
Trastornos de la conducta alimentarias.
Aspectos sociales
Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia.
Bajas laborales.

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

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género”.

En relación al transcurso de la consulta, siguiendo con el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género, hay una serie de indicadores de sospecha que se dan en la mujer.

Cuadro 5: Actitudes y comportamientos de sospecha por parte de la mujer

Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera al abrirse la puerta.
Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.
Muestra sentimientos de culpa.
Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad.
Sentimientos de vergüenza, comunicación difícil, evita mirar a la cara.
Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones (manga larga en verano).
Falta de cuidado personal.
Si está presente su pareja se muestra temerosa en las respuestas, busca su aprobación constantemente.

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género”.

Del mismo modo, se dan actitudes y comportamientos por parte de la pareja que pueden contribuir a detectar una situación de maltrato. Entre ellos podríamos destacar:

Cuadro 6: Actitudes y comportamientos de sospecha por parte del hombre

Acompaña a la mujer a todas las citas médicas y nunca la deja sola.

No le deja hablar, le interrumpe continuamente o responde las preguntas de los profesionales por ella.
Le pone en evidencia en la consulta criticando su forma de hacer las cosas, a su familia, amistades o trabajo.
Manifiesta actitudes paternalistas: “sabe y resalta lo que es mejor para ella”.
Proyecta en la mujer los problemas que tiene.
Controla su documentación y/o teléfono.
Manifiesta una actitud demandante ante un problema de salud de ella.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Comunidad de Madrid, en su “Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres de la Comunidad de Madrid”.

Si se encuentra alguno de los siguientes indicadores o actitudes presentes durante la entrevista, el profesional sanitario deberá confirmar o descartar la situación de VPM. Para ello se llevará a cabo una entrevista clínica específica indagando en la situación de la pareja con frases introductoras que llevan a preguntas amplias para que la mujer se exprese. Esta entrevista puede llevarse a cabo por el profesional sanitario, o derivar a trabajo social si la sospecha es clara. Estas frases y por consiguiente, las preguntas, pueden variar en función del perfil de la mujer a la que atendemos.

Cuadro 7: Preguntas a formular a mujeres en las que se detectan signos y síntomas que induzcan a valorar la posibilidad de VPM.

SITUACIONES	FRASE INTRODUCTORIA	PREGUNTAS TIPO A FORMULAR
MUJER	“Se ha visto que cuando hay problemas en las relaciones de pareja, pueden tener repercusiones en la salud de la mujer y por eso estamos empezando a hacer estas preguntas”.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Tiene usted algún conflicto con su pareja? Si lo tiene, ¿cómo lo manejan? - ¿Le gusta cómo le tratan en casa?
MUJER EMBARAZADA	“Durante el embarazo a veces, se agudizan los problemas / conflictos en la pareja”.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo van las cosas en casa?
MUJER INMIGRANTE	"Se ha visto que a veces al estar lejos de casa, pueden aumentar los problemas de pareja”.	

MUJER CON DISCAPACIDAD	"Se ha visto que cuando hay situaciones de dependencia, pueden aparecer conflictos/problemas con las personas que se convive y que la cuidan y que pueden producir alteraciones de salud, por lo que me gustaría saber: "	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo es la relación con las personas con las que convive? - ¿Tiene oportunidad para tomar decisiones sobre cuestiones cotidianas de su vida (comer, vestirse...)?
MUJER ADOLESCENTE	"Se ha visto que cuando hay problemas en las relaciones de pareja, pueden tener repercusiones en la salud de la mujer y por eso estamos empezando a hacer estas preguntas a todas las adolescentes".	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo es tu relación de pareja? - ¿Cómo van las cosas en casa? - ¿Cómo se llevan tus padres?

Fuente: Elaboración propia a partir de la Comunidad de Madrid, en su "Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres de la Comunidad de Madrid".

Al final de este proceso el profesional se encuentra con dos posibilidades:

- No se confirma la sospecha de VPM.
- Se confirma la VPM.

En el primero de los casos, se seguirá con la intervención según el motivo de la consulta de la paciente. Por el contrario, si se confirma la VPM, se pasa a la siguiente fase.

Fase II. Valoración.

La valoración va a permitir decidir qué tipo de intervención es la más apropiada para cada mujer en su contexto concreto. El proceso de valoración se realiza en función de:

- El riesgo vital. *"Se entiende por riesgo vital el derivado de la situación de VPM que puede comprometer la vida de la mujer. Debe distinguirse claramente de la gravedad de las lesiones que pueda presentar la mujer"*. (García Delgado, C. et. al. 2007: 23).
- Tipo, duración e intensidad.
- Grado de percepción que tiene la víctima.

Para realizar la valoración del riesgo vital, el profesional sanitario tiene que tener en cuenta las señales de alerta de riesgo grave, entre las que se encuentran:

Cuadro 8: Señales de alerta de riesgo grave

La mujer declara temer por su vida
Los episodios de violencia también se producen fuera del domicilio
Su pareja se muestra violento con sus hijos e hijas
Amenaza con suicidarse, matarla y/o matar a los hijos/as
La frecuencia y la gravedad de los episodios de violencia se han intensificado
Su pareja abusa de drogas, especialmente aquellas que agudizan la agresividad (alcohol, cocaína...)
La mujer tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano
La pareja conoce que la mujer ha recurrido a ayuda exterior para ponerle fin a la violencia
La pareja le sigue o acosa
Hay armas en el domicilio
Ya hay denuncias de lesiones graves previas

Fuente: Elaboración propia a partir de la Comunidad de Madrid, en su “Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres de la Comunidad de Madrid”.

Si se dan varios de estos indicadores de alerta de riesgo, nos encontramos en una situación de riesgo vital. Por ello, ante esta situación, se preguntará a la mujer:

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

A partir de ahí y en función de la valoración, pasamos a la siguiente fase, la de intervención.

Fase III. Intervención.

La intervención a llevar a cabo viene determinada por la existencia o no de riesgo vital, el grado de percepción que tiene la mujer respecto de la VPM y del contexto asistencial en el que se produce (urgencias, hospitalización o consultas externas).

- **Intervención desde el servicio de urgencias.**

En muchas ocasiones el primer punto de contacto de la mujer que sufre VPM con el sistema sanitario son las urgencias hospitalarias. Cuando esto sucede, se le habilitará un espacio que garantice la seguridad de la mujer. Una vez garantizado esto, *“se atenderá el estado de salud de la mujer realizando un examen detallado de la superficie corporal identificando la localización de las lesiones, su gravedad, estadio y todos*

aquellos datos que puedan ser de interés, así como una valoración del estado emocional". (García Delgado, C. et. al. 2007: 37).

Se comunicará con el Trabajador/a Social que lleve las urgencias a través de la Notificación de Situación de Violencia, o en el caso de producirse esta situación fuera del horario de trabajo de ésta/a, se contactará con el/la Jefe/a de Hospital, a quien le corresponderá facilitar la información sobre los derechos de la mujer, los recursos disponibles y la garantía de la continuidad asistencial (muy importante añadir el teléfono seguro de contacto²⁹).

Del mismo modo, el/la trabajador/a social realizará una entrevista detallada que reflejará en la historia social de la paciente. Dicha entrevista se llevará a cabo en el lugar donde se encuentre la paciente, siendo siempre el/la trabajador/a social quien se desplace. Se abordarán temas como la situación familiar, laboral, económica, de vivienda, apoyo social o recursos personales, y se prestará especial atención a la situación de dependencia económica, la existencia de personas a su cargo, el aislamiento social o falta de apoyo familiar, y factores que implican situaciones de especial vulnerabilidad como mujeres inmigrantes, con algún tipo de discapacidad, embarazo... (ANEXO II)

Si se procede al ingreso de la mujer en planta, se comunicará al equipo médico que pase a ser el responsable de la paciente para que conozcan las correspondientes medidas de protección a tomar.

- Si no se valora como riesgo vital.

La actuación a seguir depende de la decisión de la mujer de no denunciar o sí denunciar.

A) No quiere denunciar:

Se explica detalladamente a la mujer las ventajas que tiene para ella y el cuidado de su salud el comunicar su situación a otros recursos, a fin de garantizar la continuidad de cuidados y la prestaciones de las diferentes ayudas, por tanto se le explica con claridad el Plan de Seguridad (ANEXO III) donde se indican pautas y consejos por si tuviera que abandonar la casa de forma urgente, precauciones a tener en cuenta, y recursos disponibles.

Se elaborará el parte de lesiones por el equipo médico y se le leerá siempre a la mujer, para posteriormente enviar al Juzgado de Guardia. Se le facilitará el informe de alta donde se reflejen exhaustivamente las lesiones y/o sintomatología física o psíquica, y se le advertirá de que lo guarde en un lugar seguro.

"En aquellos casos en que la mujer se niegue a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos o psíquicos pero no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones, se recomienda comunicar al Juzgado de Guardia dicha situación, tal como establece el precepto legal. La Fiscalía decidirá en base a los indicios que se puedan aportar o ampliar, cual es la situación procesal adecuada". (Comisión contra la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007: 31).

²⁹ El teléfono seguro garantiza la comunicación de la víctima a través de un dispositivo móvil donde no haya riesgo de sospecha por parte del agresor. Suele ser el número de la mujer personal o de un nuevo móvil que tenga ésta de manera oculta.

Actuación en coordinación con pediatría, geriatría o los servicios pertinentes si hubiera hijos y/u otras personas dependientes.

Finalmente, plantear la derivación a Atención Primaria y en su caso formalizar la derivación para asegurar la continuidad de cuidados. Es preciso tener cuidado en la explicación de los motivos que justifican actuar de esta manera para no revictimizar a la mujer y actuar en contra de sus deseos, ya que si muestra negativa no hay que insistir. La intervención realizada, una vez completado este proceso, se registra en la historia clínica.

B) Quiere denunciar:

Además de las actuaciones anteriores, se avisará a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (091). Avisará el médico que haya atendido a la paciente o el/la Trabajador/a Social.

- Si se valora como riesgo vital.

Riesgo vital se considera el derivado de la situación de VPM que puede comprometer la vida de la mujer. Cuando nos encontramos ante esta situación, debe primar garantizar la seguridad de la mujer por encima de otras intervenciones. Por ello hay que adoptar las siguientes medidas:

- Evitar que la mujer esté sola en todo momento. Para ello el médico responsable de la paciente, avisará a familiares y/o amistades por indicación de la mujer. Paralelamente se activa el protocolo de protección en urgencias (ANEXO IV) y se avisará a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (091).
- Asistir a los daños y lesiones físicas y/o psíquicas ocasionadas, elaborar el parte de lesiones detallándolas y leérselo a la mujer de manera clara.
- Se notifica a la Unidad de Trabajo Social a través de la Notificación de Situación de Violencia.
- El/la Trabajador/a Social se desplazará al lugar donde se encuentre la mujer víctima de violencia de género y realizará el informe social. *“Deben reseñarse textualmente las expresiones propias de la mujer, en las que ella describe las conductas o sus sentimientos ante las expresiones de violencia de la pareja”*. (García Delgado, C. et. al. 2007: 37).

Si la mujer desea regresar al domicilio, se le hará entender el alto riesgo que corre y se elaborará con ella el Plan de Seguridad (ANEXO III) para aumentar su protección. Del mismo modo el/la Trabajador/a Social se encargará de explorar la red de apoyo social y familiar con la que cuenta la mujer con el fin de determinar con qué personas puede contar en caso de abandono del hogar.

Si por el contrario la mujer no quiere regresar al domicilio y quiere abandonarlo, se contactará con el 112 como medida de seguridad para proceder a gestionar algún Centro de Emergencia en la Comunidad de Madrid y posteriormente un Centro Residencial (ANEXO V).

“Una situación excepcional, sería aquella en la que la mujer y las personas a su cargo corren un grave peligro y ella no está en condiciones de darse cuenta. Es importante para su protección acudir a un lugar seguro y por ello se contactará con el 112, desde donde se iniciarán todos los trámites de protección. Siempre hay que tener presente que la finalidad de esta actuación es proteger a la mujer y a su familia y no a la persona que efectúa la actuación”. (García Delgado, C. et. al. 2007: 37).

- Intervención desde **Hospitalización.**

La mujer puede estar en situaciones diferentes que llevan solapadas diferentes intervenciones como consecuencia de las lesiones producidas. Según la valoración como riesgo vital o no, se llevarán a cabo las medidas descritas con anterioridad para el servicio de urgencias.

Se activa el protocolo de protección del Centro Sanitario en aquellos casos que sea necesario como en los de riesgo vital confirmado (ANEXO IV), o en aquellos en los que haya una orden de protección u orden de alejamiento vigente. Tener en cuenta que cualquier quebrantamiento de la orden de protección o de alejamiento debe comunicarse a la Dirección Médica y del mismo modo, se contacta de manera inmediata con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Hasta su llegada, es la propia Dirección Médica o el responsable en quien delegue, el que debe garantizar y velar por la seguridad de la mujer poniendo a su disposición los medios que crea convenientes.

El equipo médico a cargo de la mujer, registrará en la historia clínica el episodio de violencia actual, los antecedentes de violencia si los hubiera así como las actuaciones realizadas, incluyendo las de seguridad y protección de la mujer. Del mismo modo que en el servicio de urgencias, la situación de violencia se pone en conocimiento de la Unidad de Trabajo Social a través de la Notificación de Situación de Violencia.

El/la Trabajador/a Social se desplazará al lugar donde se encuentre la mujer y realizará el informe social. *“Deben reseñarse textualmente las expresiones propias de la mujer, en las que ella describe las conductas o sus sentimientos ante las expresiones de violencia de la pareja”*. (García Delgado, C. et. al.2007: 37).

Al alta, desde la Unidad de Trabajo Social se le explicará detalladamente las ventajas que tiene para ella, el cuidado de su salud y para las personas que tiene a su cargo si las hubiera (niños, personas dependientes), el comunicar su situación al personal de su Centro de Salud de Atención Primaria a fin de garantizar la continuidad de cuidados. De este modo, si la mujer no presenta inconvenientes, el/la Trabajador/a Social se pondrá en contacto con el Centro y se lo notificará.

Finalmente, se le informa de los recursos disponibles como los Centros Residenciales de la Comunidad de Madrid (ANEXO V) y se elabora con ella el Plan de Seguridad (ANEXO III) y se le indica que lo guarde en un lugar seguro que sólo conozca ella junto con el parte de lesiones.

- Intervención desde **Consultas Externas.**

El personal sanitario debe tener una actitud de alerta ante la presencia de conductas, síntomas o signos de sospecha (Cuadros 3 y 4). Además, se recomienda que en la primera visita de cada mujer, al iniciar la historia clínica, se realicen preguntas exploratorias de abordaje psicosocial (Cuadro 6).

En la atención a las mujeres que sufren maltrato, además de la atención y seguimiento de la paciente, es necesario estar en coordinación con pediatría, geriatría, trabajo social o los servicios correspondientes en caso de que hubiera hijos u otras personas dependientes a cargo de la mujer. Prestar también, especial atención a aquellas mujeres que son más vulnerables como mujeres embarazadas, inmigrantes, mujeres que viven en el entorno rural o con algún tipo de discapacidad.

La primera actuación es atender el estado de salud de la mujer y establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado. El facultativo responsable, realizará un examen físico detallado identificando la localización, gravedad y estadio de las lesiones así como aquellos datos que puedan ser de interés como la valoración del estado emocional. *“Deben reseñarse textualmente las expresiones propias de la mujer, en las que ella describe las conductas o sus sentimientos ante las expresiones de violencia de la pareja.”* (Comunidad de Madrid 2007: 37).

Si durante la consulta se confirma el riesgo vital, se actuará según lo establecido ante dicha situación de igual manera que en el servicio de urgencias y en el de hospitalización, activando en protocolo de protección del Centro Sanitario.

En el caso de que acudiera tras un estallido de violencia y tuviera lesiones que atender, se remitirá a urgencias. Por otro lado, si el lugar de la consulta no es el propio hospital sino que es el Centro de Salud, y es necesario derivar, se realizará en ambulancia siendo remitida específicamente al servicio de urgencias, garantizando en todo momento su seguridad. Si se detecta riesgo vital, se avisará al servicio de urgencias del traslado antes de que éste se lleve a cabo para que desde el Hospital tomen las medidas de protección que crean convenientes.

Como en el resto de casos, tanto si son atendidos desde el servicio de urgencias, desde hospitalización o como si son atendidos en consultas externas, se notificará a la Unidad de Trabajo Social a través de la Notificación de Situación de Violencia.

Se explicará a la mujer detalladamente las ventajas que tiene para ella, para el cuidado de su salud y para las personas que tiene a su cargo si las hubiera (niños, personas dependientes), el comunicar su situación al personal de su Centro de Salud de Atención Primaria a fin de garantizar la continuidad de cuidados. Hay que tener especial cuidado en la explicación de los motivos que justifican actuar de esta manera para no revictimizar a la mujer y actuar en contra de sus deseos.

Finalmente, se informará a la mujer de los recursos disponibles como los Centros Residenciales de la Comunidad de Madrid (ANEXO V) y se elabora con ella el Plan de Seguridad (ANEXO III). Junto con el parte de lesiones, se le indica que lo guarde en un lugar seguro que sólo conozca ella.

Fase IV. Derivación.

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la sospecha fundada de malos tratos. Por ello, todos los casos que son atendidos desde Atención Especializada, ya sea desde el servicio de urgencias, desde hospitalización o desde consultas externas, son notificados al juzgado junto con el parte de lesiones y el informe médico.

Del mismo modo, si la mujer no presenta inconvenientes en una situación valorada como “no riesgo vital” se notifica a sus profesionales de referencia (trabajador/a social del Centro de Salud de Atención Primaria, como a Servicios Sociales de referencia) para que sean conocedores del caso, a fin de garantizar la continuidad de cuidados y procedan con su intervención y seguimiento del caso. Si la situación es valorada como “riesgo vital” prioriza la seguridad de la mujer y la notificación al Centro de Salud y Servicios Sociales se realizará habiendo o no inconvenientes por parte de la mujer.

Por otra lado, también puede haber una derivación de la mujer a un Servicio de Salud Mental. Dicha derivación se realizará a través de una interconsulta y podrá ser urgente, preferente o normal.

Fase V. Información y activación de otros recursos.

A todas las mujeres atendidas se les informará de los recursos disponibles a su alcance dentro de la Comunidad de Madrid, así como teléfonos de emergencia (ANEXO VI). Los más destacables son el servicio telefónico 012- mujer de la Comunidad de Madrid y el servicio telefónico 016.

Fase VI. Registro.

El/la Trabajador/a Social que atienda el caso de VPM, deberá cumplimentar la hoja de notificación específica, haciéndosela llegar a la gestora de casos.

7- Conclusiones

La violencia de género es una de las manifestaciones más claras de desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder que ejercen los hombres sobre las mujeres que son o han sido su pareja, pudiendo ser esta física, psicológica, sexual, económica y ambiental. Se trata pues de un patrón anclado en la sociedad y que supone un impedimento para el desarrollo de las sociedades democráticas al considerarse una violación de los derechos humanos. Por ello, la magnitud que ha alcanzado ha obligado a los gobiernos a tomarla en consideración dejando de ser un suceso que afecta únicamente a la vida privada y se tenga que resolver en dicho ámbito. De este modo, los organismos públicos deben tomar las medidas legislativas necesarias para actuar ante dicho fenómeno en cuestión de prevención, actuación, investigación, y penalización contra aquellos que la ejerzan.

Por otro lado, la realidad de la violencia de género y del número de las víctimas de violencia de género es mucho mayor del que se conoce públicamente. Únicamente hay datos en cifras del número de mujeres víctimas de VPM que son asesinadas a manos de sus parejas o ex-parejas o de aquellas mujeres que ponen una denuncia contra su agresor, pero hay un gran número de mujeres que sufren esta violencia y no denuncian, por lo que el número que se conoce es una pequeña parte de la realidad del problema. Sería más fácil hacer una aproximación real al número de mujeres víctimas de violencia de género si desde los servicios sanitarios publicaran algún documento donde mostrar el número de mujeres que atienden a lo largo del año, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, siendo esta última importante a considerar ya que las mujeres maltratadas hacen uso del servicio de urgencias como consecuencia de las lesiones producidas llegando incluso a ingresar en planta de hospitalización. Sin embargo, estos datos no se publican ni en las memorias anuales de dichos hospitales o centros de salud, ni en la base de datos del Instituto Nacional de Estadística, ni en Asociaciones o entidades privadas que trabajen con mujeres víctimas, ni en ningún otro organismo público que pueda tener relación en el ámbito de VPM.

En relación con la falta de datos comentada anteriormente, en el presente trabajo se ha encontrado una dificultad añadida, y es que debido a la situación socio-sanitaria en la que nos encontramos actualmente, a raíz del Covid-19, han sido imposibles realizar las entrevistas a los profesionales en los centros hospitalarios,

y como consecuencia del gran volumen de trabajo y la particularidad de los datos solicitados a dichos profesionales, se han obtenido muy pocas respuestas.

De las cuatro respuestas obtenidas (ANEXO VII), en cuanto al número de casos que registran en la base de datos del propio hospital y que no publican, hay un total de 675 mujeres consideradas como víctimas de violencia de género atendidas en los últimos cinco años, siendo 295 el hospital con más casos registrados. Teniendo en cuenta que la Comunidad de Madrid cuenta con 36 hospitales, el número total de mujeres atendidas y no registradas públicamente como víctimas de violencia de género es mucho mayor al que nos podemos imaginar.

En relación a las consecuencias en la salud, hay una gran lista de repercusiones a corto, medio y largo plazo que pueden padecer las mujeres que han sido sometidas a una relación de maltrato. Además, hay evidencias de que las mujeres maltratadas hacen un uso más intensivo de los servicios sanitarios, incluyendo las consultas de atención primaria y los servicios de urgencias. Ante este hecho, la detección, protocolización de la asistencia sanitaria y coordinación con otros profesionales e instituciones es imprescindible, lo que se cumple en todos los hospitales ya que cuentan con un protocolo de actuación ante una situación de sospecha de violencia de pareja hacia la mujer. Dentro de estos protocolos, la figura del Trabajador Social en la asistencia sanitaria se configura como una pieza fundamental para una atención socio-sanitaria integrada. El papel del Trabajador Social en coordinación con el equipo médico para la atención a la mujer dentro del servicio hospitalario es clave para poder realizar una posterior coordinación con otras instituciones como Servicios Sociales especializados o el Centro de Salud de Atención Primaria que garantice la atención integral a la mujer (y a las personas a cargo en el caso de que las tuviera) y el correspondiente seguimiento.

Siguiendo con las consecuencias para la salud que supone el haber vivido o estar viviendo en una relación de violencia nos encontramos en muchos casos el aislamiento social y la dependencia económica de la mujer hacia el hombre, lo que supone un gran punto a trabajar desde el área social, tanto para fomentar la restauración de redes sociales positivas, evitando conductas agresiva o antisociales, como la participación y reinserción de estas mujeres en la sociedad.

Si bien es cierto que la puerta de entrada de la mayoría de los casos es en atención especializada siendo éstas atendidas desde los servicios de urgencias del hospital pero el seguimiento se realiza desde atención primaria, por ello es importante la coordinación que exista entre ambos niveles de atención. Según comentan las Trabajadoras Sociales entrevistadas, la coordinación es buena aunque siempre podría mejorar. Esto no depende tanto de la notificación en sí y de la respuesta por parte de Atención Primaria sino por una cuestión de tiempo y carga de trabajo. Las cuatro respuestas obtenidas refieren que la carga de trabajo es más elevada de lo que pueden asumir lo que se traduce en menos tiempo de implicación en cada paciente, y por consecuencia, menos “atención” a las mujeres víctimas de violencia de género no tanto en el seguimiento sino también en la detección.

Además, comentan que no derivan únicamente el caso a Atención Primaria, sino que el Punto Municipal del Observatorio Regional de Violencia de Género (P.M.O.R.V.G.) y el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género (S.A.V.G.) son un punto clave. Desde el P.M.O.R.V.G., se aborda la prevención de la violencia de género y la atención integral a las víctimas mediante convenios de colaboración entre los Ayuntamientos y Mancomunidades de la región y la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, bajo la supervisión de la Dirección General de Igualdad. Además, los P.M.O.R.V.G.

funcionan como puerta de entrada a la mayoría de los recursos de la Red de Atención Integral para la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. En el caso de Madrid capital la función de los P.M.O.R.V.G. la realiza el S.A.V.G. Esto es un dato curioso aportado por las profesionales entrevistadas ya que en el protocolo no se habla de coordinación con P.M.O.R.V.G ni S.A.V.G, y únicamente se recoge la coordinación y derivación posterior a Atención Primaria.

Por un lado, la derivación a Atención Primaria es necesaria ya que la Trabajadora Social del centro de salud de referencia está en continuo contacto con el médico de la mujer y es conocedora de nuevas lesiones o incidencias, pero por otro lado, desde los Servicios Sociales especializados se trabaja en red con el resto de aspectos de la vida diaria en los que se tiene que trabajar con la misma mujer como la vivienda, el aspecto laboral y por ende la situación económica, las relaciones sociales y familiares...

Hilando con la carga de trabajo y el poco tiempo del que disponen para cada paciente al que atienden desde el hospital, nos encontramos con las dificultades que se encuentran tanto en los profesionales como en las mujeres. La detección de estos casos sería “más fácil y cómoda” si las mujeres fueran capaces de reconocer esa situación, pero esto no es así debido al ciclo de violencia y la situación en la que se encuentran, donde no ven la realidad. Por ello, las trabajadoras sociales entrevistadas refieren que el mayor problema para identificar una situación de violencia son: *“que la mujer sea consciente de que sufre violencia de género”, “la estigmatización que tienen las mujeres a la hora de denunciar”, “sentirse cuestionadas”,* y en relación con los profesionales, además de la carga y volumen de trabajo ya mencionado, *“la concienciación”, “la falta de formación”, “muchos médicos consideran la violencia de género como un problema social y no un problema de salud”.* Por ello, y de acuerdo con las trabajadoras sociales entrevistadas, la formación de todos los profesionales, no solo Trabajadores Sociales sino médicos y enfermeros, en cuestión de género es algo primordial, ya que de este modo, se avanzaría mucho en la detección y actuación con estas mujeres.

Por otro lado, en relación con la libre elección de médico de familia, enfermero en atención primaria y de médico y hospital en atención especializada nos encontramos con diferentes opiniones entre las profesionales. Tres de ellas no lo consideran un impedimento para la detección de casos de violencia a pesar de que las mujeres que son víctimas no quieren ser reconocidas y cambian continuamente de centro de atención, y una de ellas sí que lo considera impedimento refiriendo que: *“puede ser un factor obstaculizador en la detección, ya que una de las características las mujeres víctimas de violencia de género es cambiar habitualmente de profesional para no exponer de manera evidente o más nítida su situación en relación con su pareja”.* Esto se debe a que cada hospital lleva un registro independiente al resto y una persona que tiene asignados sus especialistas médicos en diferentes centros hospitalarios cuenta con tantos números de historia clínica como centros en los que está siendo atendido, lo que implica un desconocimiento total de trabajo anterior en otros centros o si hay sospechas de malos tratos detectados en alguno de ellos. Sería conveniente crear un sistema de datos que permitiera conectar a todos los hospitales de la Comunidad de Madrid en estos casos de manera que si una mujer es atendida en un hospital y desde éste se detecta una sospecha de malos tratos, saltara la alarma en el resto de hospitales en los que le atienden para que sean conocedores de la situación.

8- Bibliografía

Alvarado Rigos, M.; Guerra, N. (2012): *La violencia de género un problema de salud pública*. Revista de Trabajo Social volumen nº 2. Disponible en web <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjlpjXwxfTpAhXK3oUKHTD5Dp8QFjABegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5154889.pdf&usg=AOvVaw1HK5bEGBkj-ABBlkss6Q33>

Álvarez, A. (2002). *Guía para Mujeres Maltratadas*. Castilla-La Mancha. 8ª Edición. Disponible en web <http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/guiamalostratos-alvarez.pdf>

Amorín Calzada, M. et al. *Programa de atención integral a las mujeres víctima de violencia de género en los servicios de urgencia hospitalarios*. Zaragoza. Disponible en web https://www.aragon.es/documents/20127/674325/VG_Urgencias_Programa_Atencion_VD_201107.pdf/be00a4ad-e828-b9b0-ecfa-3a61e099c7dc

Ayuda en Acción, equipo de comunicación y contenidos. (05/07/2018). *Tipos de violencia contra las mujeres*. Madrid. <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/mujer/tipos-violencia-mujeres/>

Benería, L. (1987): *¿Patriarcado o Sistema Económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos*, en C. Amorós et al., *Mujeres: Ciencia y Práctica Política*. Madrid. <https://eltalondeaquiles.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2016/08/Varios-Feminismos-Debates-Teoricos-Contemporaneos.pdf>

Blanco, P. ; Ruiz-Jarabo, C. ; García de Vinuesa, L.; Martín-García, M. (2004) *La violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Madrid.

Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2018). *"Informe anual violencia de género 2017"*. Madrid. [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME_ANUAL_VG_2017_fi nal para web 3mayo2018.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME_ANUAL_VG_2017_fi nal_para_web_3mayo2018.pdf).

Comisión contra la Violencia de género y Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2007) *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Madrid. Disponible en web <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

Consejería de Sanidad (2014). *El sistema sanitario de la Comunidad de Madrid: Principales cifras*. Madrid. Disponible en web <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017658.pdf>

Consejo de Europa (2011) *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. Número 210. Estambul. Disponible en web <https://rm.coe.int/1680462543>

Delegación del gobierno para la violencia de género. (2017). *El impacto de la violencia de género en España: una valoración de sus costes en 2016*. Disponible en web https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/El_impacto_de_la_VG_ES.pdf

Delegación del gobierno para la violencia de género. (2020). *Violencia de género. Boletín estadístico mensual: marzo 2020*. Disponible en web https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE_Marzo_2020.pdf

Diario Oficial de la Unión Europea (2010). *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea*. Disponible en web <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>

Dirección General de la Mujer. Consejería de Empleo y Mujer (2005). *Plan de Acción Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid*. Madrid. Disponible en web http://www.mancomunidadesierraoeste.org/mujer/documentacion_violencia/Plan%20de%20Accion%20Integral%20contra%20la%20Violencia%20de%20Genero.pdf

Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Servicio Madrileño de Salud (2018) *Acuerdo de 12 de Abril de 2018 de la Mesa Sectorial de Sanidad sobre Organización de los Servicios de Trabajo Social en el Servicio Madrileño de Salud*. Madrid. Disponible en web https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/rrhh/rrhh-actas_de_la_mesa_sectorial-2018-07-16-acuerdo_12_4_2018.pdf

Francisca Expósito. *Violencia de género. Mente y cerebro 48/2011*. Disponible en web <https://www.investigacionyciencia.es/files/7283.pdf>

García Delgado, C.; Pires Alcaide, M.; Buey Mayoral, C. *Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Disponible en web <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017023.pdf>

Hilberman E. Overview (1980) *The "Wife-Beater's Wife" Reconsidered*. *Am J Psychiatry*.

Lamarca Lapuente, C. (2004). *La Real Academia Española y el monopolio del género gramatical*. *Mujeres en Red*. El Periódico Feminista. Disponible en web <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article27>

Lasheras Lozano, M.L.; Pires Alcaide, M. (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas*. Madrid. Disponible en web http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086_revisado.pdf&blobheaderv

[alue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true](http://www.inmujer.gob.es/portalSalud/blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true)

Lasheras, L. et al. (2008) *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid*. Monográfico. Consejería de Sanidad. Madrid.

López Valero, A.; Encabo, E. (1999). *El carácter social del Lenguaje y su función vertebradora del pensamiento: la transposición didáctica traducida en el taller de Lengua y Literatura*. Nº 11.

López Valero, A.; Encabo, E. (2008). *Lenguaje, cultura y discriminación. La equidad comunicativa entre géneros*. Granada. Disponible en web <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1454.pdf>

Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes e igualdad. (2005): *Guía del sistema de acción y coordinación en casos de violencia de género en España*. Madrid. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacionUtil/guia/docs/GUIADEACCIONESCASTELLANO.pdf>

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2012): *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Madrid. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

Monrós Chancosa, M.J.; Zafra Galán, E. (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Valencia. Disponible en web <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=2ahUKEwiC7qC7ifLoAhW78uAKHWbcAHkQFjADegQIAhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.san.gva.es%2Fdocuments%2F156344%2F484152%2FGuia%20Intervencion%20Trabajo%20Social%20Sanitario.pdf&usq=AOvVaw3iJXNXulcGzKdeuJB7ZN0Y>

Mujeres asesinadas por sus parejas 2020. (2020). Disponible en web <https://www.separadasydivorciadas.org/2020-mujeres-parejas/>

Organización de Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Disponible en web <http://www.inmujer.gob.es/elInstituto/normativa/normativa/docs/convencion.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (1993) *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. (48/104). Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

Organización de Naciones Unidas (2012) *Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer*. Nueva York. Disponible en web https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2012/12/unw_legislation-handbook_sp1%20pdf.pdf?la=es&vs=1839

Organización Mundial de la Salud. (1998) *Salud Familiar y Reproductiva OPS, División de Salud y Desarrollo. Violencia Contra La Mujer. Un Tema De Salud Prioritario*. Washington.

Organización Panamericana de la Salud (2002): *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington D.C. Disponible en web en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Pellegrini Filho, Alberto. (1999) *La violencia y la salud*. Revista Panamericana de Salud. Disponible en web https://www.researchgate.net/publication/26378276_La_violencia_y_la_salud_publica

Revista Trabajo Social Hoy (2007) *Trabajo Social y Sistema Público de Salud*. Madrid. Disponible en web <http://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=832>

Richmond, M. (1917) *Social Diagnosis*. Nueva York.

Rodríguez Gimena, M.M.; Pérez Alonso, E.; Moratilla, L. (2012) *Guía didáctica de formación de formadoras y formadores para la atención a violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid. Disponible en web <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017279.pdf>

Ruiz-Pérez, I. et al. (2006) *La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de atención primaria*. Barcelona. Disponible en web http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300006

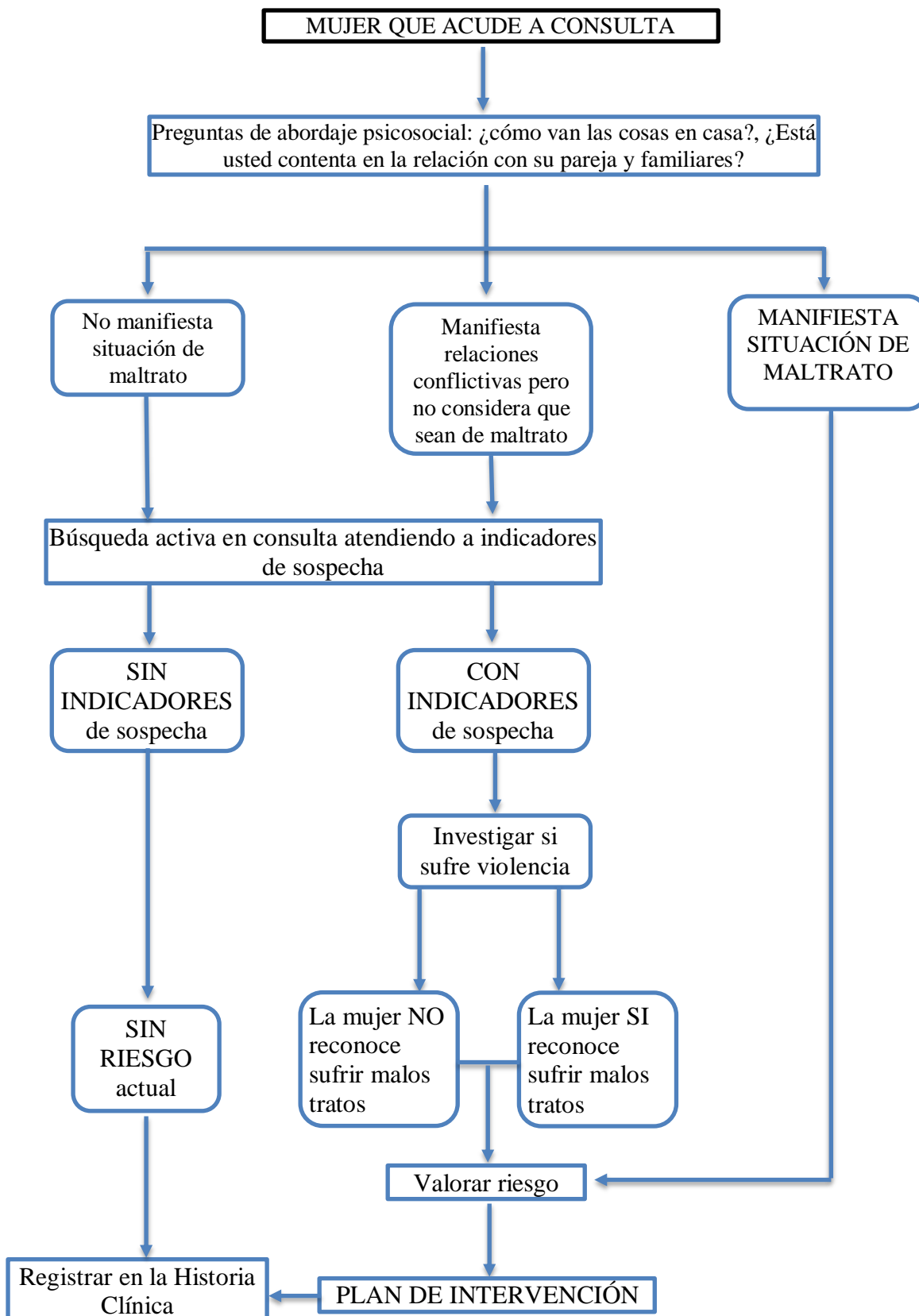
Seoane, L.; Gálvez, A. (2004): *La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud: informe del estudio cualitativo*. Documento técnico nº92. Madrid. Disponible en web <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009184.pdf>

Walker, L.E. (1979) *The battered woman*. New York.

Watts C, Zimmerman C. (2002) *Violence Against Women: Global Scope And Magnitude*. *The Lancet*.

9- ANEXOS

ANEXO I. ALGORITMO ACTUACIÓN



ANEXO II. EXPLORACIÓN EN ENTREVISTA DE TRABAJADO SOCIAL

La entrevista de Trabajo Social se realiza en la ubicación del paciente (ya sea hospitalización, urgencias o consultas externas), tras recibir notificación de situación de violencia/maltrato. Cuando la paciente es dada de alta, Trabajo Social como gestor de casos es el encargado de coordinar los casos detectados en Atención Especializada con Atención Primaria.

La notificación de situación de violencia/maltrato incluye datos indispensables como:

- Si ha acudido sola o acompañada y por quién.
- Si hay antecedentes de maltrato o agresión.
- Teléfono seguro de contacto de la paciente.

La exploración en entrevista de Trabajo Social según la Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres de la Comunidad de Madrid consta de:

- Situación familiar
- Situación laboral
- Situación económica
- Situación de violencia
- Apoyo social: formal e informal
- Recursos personales

Al actuar como condicionantes que dificultan la salida de la situación de VPM, se presta especial atención a:

- La situación de dependencia económica
- La existencia de personas a su cargo
- La existencia de aislamiento social o falta de apoyo familiar
- Presencia de situaciones de especial vulnerabilidad (mujeres inmigrantes, situaciones de discapacidad...).

En función de la situación de riesgo y de la decisión de la mujer se inicia un proceso de información y asesoramiento, o una intervención con carácter de protección de la mujer y de las personas a su cargo si las hubiere.

Se explica detalladamente a la mujer las ventajas que tiene para ella y el cuidado de su salud el comunicar su situación a otros recursos, a fin de garantizar la continuidad de cuidados y la prestación de las diferentes ayudas; por tanto si ella no tiene inconveniente se procede a esta comunicación. Es preciso tener cuidado en la explicación de los motivos que justifican actuar de esta manera para no revictimizar a la mujer y actuar en contra de sus deseos. En el caso de que ella manifieste su negativa no insistir.

ANEXO III. PLAN DE SEGURIDAD

1. Se pide a la mujer que recuerde un episodio agudo de violencia y que haya vivido como peligroso; que vaya hacia atrás en su recuerdo para que identifique el paso de la fase de tensión a la de explosión. Identificar con ella cómo se ha construido la tensión.

2. Preparar la marcha. Una vez que sepa identificar que se va a producir la explosión, se le aconseja que vaya preparando cómo salir a un lugar más seguro (por ejemplo donde haya más gente) y que aprenda a decir “si esto sigue así nos vamos a apartar de ti, me llevo a los niños y luego hablamos más tranquilamente”.

3. Plan de escape. Indicarle que debe pactar con sus hijas e hijos una señal de escape y ensayarlo detalladamente. Saber por dónde va a escapar y dibujar con ella el plano de su casa. Que lo ensaye en su propia casa para que no lo tenga ni que pensar si tiene que usarlo. Se acordará la elección de una clave o código con algún amigo. Esta clave solo la comprenderán la mujer y la persona de contacto y servirá para comprobar que la mujer está bien y no corre peligro.

4. Si tuviera que abandonar la casa de forma urgente se le informará sobre los siguientes aspectos

Tener preparado:

- Juego adicional de llaves de la casa y del coche. Listado de teléfonos de familiares, colegios, médicos y otros teléfonos importantes de lugares dónde poder alojarse.
- Documentos legales, como certificado de nacimiento, tarjeta sanitaria, carné de conducir, Documento Nacional de Identidad, pólizas de seguros, escrituras de bienes inmuebles, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones...
- Bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada hijo o hija.
- Una cuenta corriente o libreta de ahorro (que sólo ella conozca) e ir ingresando lo que pueda. Hacer una provisión de dinero en metálico.

Tener la precaución de:

- Que el agresor no esté en el momento de abandonar el domicilio.
- No dar información ni indicios de sus planes.
- No tomar tranquilizantes ya que ha de estar alerta si decide irse. Acudir a las personas y a los lugares con las que había contactado previamente.

5. Si permanece en el domicilio común informarle de que tiene que tener preparado un escenario de protección para ella y sus hijos e hijas.

- Retirar armas u otros objetos peligrosos.
- Conocer los números de emergencias.
- Concertar una señal con vecinos y/o familiares en caso de peligro.
- Enseñar a sus hijos e hijas a conseguir ayuda y protegerse.
- Procurar no estar sola (si es posible) tanto en su domicilio como fuera de él.
- Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida.
- Hacer todo el ruido que pueda.
- Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza y la cara).

ANEXO IV. PROTOCOLO DE PROTECCIÓN EN URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTAS EXTERNAS.

Se activa el Protocolo de Protección del Centro Sanitario en aquellos casos en que exista confirmación de riesgo vital, existencia de orden de protección o de orden de alejamiento.

- Comunicar la prohibición de dar información sobre la situación de la mujer en el hospital a:
 - Servicios de Admisión General y de Admisión de Urgencias.
 - Servicio de Atención al Paciente, Servicio de Información y a centralita telefónica.
 - El personal del Servicio implicado (facultativos, personal de enfermería, administrativos).
- Atención: No dar ningún tipo de información de ubicación, traslados, alta hospitalaria...
- Garantizar que mientras la mujer permanezca ingresada se encuentra en un lugar seguro (habitaciones cercanas a los controles de enfermería, Cama-Nivel 1 del Servicio de Urgencias), bajo la vigilancia del personal de enfermería. Si es posible mantener siempre acompañada por la persona que ella decida: familiar o persona de su confianza o, en su defecto, personal del centro asignado por el facultativo responsable.
- Garantizar el acompañamiento de la mujer en los desplazamientos que deba realizar (RX, quirófano, planta de hospitalización, etc.).
- Advertir al personal sanitario y no sanitario de la obligación de notificar a la Supervisión del Servicio o en su defecto a la Supervisión de Guardia con carácter urgente cualquier intento de aproximación que efectúe el agresor si éste tuviera una orden de alejamiento o la víctima orden de protección.
- Una vez conocida esta situación, la Supervisión del Servicio o de Guardia avisa de forma inmediata a Seguridad y a la Dirección Médica del centro/Jefe de Hospital.
- Atención: El quebrantamiento de una orden de alejamiento/orden de protección supone tanto un grave riesgo para la integridad física de la mujer, como un delito. Los responsables del centro sanitario (Dirección Médica/Jefe de Hospital) deben poner inmediatamente este hecho en conocimiento de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. En estas situaciones, aunque la mujer manifieste su deseo de ver al agresor, no se accede a la petición.
- Por último, recoger en la historia clínica las medidas de protección adoptadas.

TODAS ESTAS MEDIDAS ESTÁN IMPLEMENTADAS CON LA SEÑALIZACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE LA **NO AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN** MEDIANTE LA PRESENCIA EN EL LISTADO DE PACIENTES DE UN ASTERISCO DE COLOR ROJO.

ANEXO V. RECURSOS RESIDENCIALES DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

4 centros de acogida	92 plazas
5 centros de emergencia para mujeres víctimas y sus hijos/as	73 plazas
1 piso tutelado para mujeres víctimas de Violencia de Género con discapacidad intelectual	4 plazas
6 pisos tutelados para mujeres víctimas de Violencia de Género	43 plazas
3 centros de Atención Integral a Mujeres Víctimas del Tráfico con fines de explotación sexual	25 plazas residenciales y 16 plazas no residenciales
4 centros residenciales para mujeres jóvenes víctimas de Violencia de Género	50 plazas
5 centros no residenciales	con convenios diferentes asociaciones
1 centro para mujeres reclusas y ex reclusas y sus hijos/as	18 plazas

ANEXO VI. TELEFONOS DE INTERÉS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

-POLICÍA MUNICIPAL.

092. Atención 24h

- POLICÍA MUNICIPAL: ATENCIÓN A VIOLENCIA DOMÉSTICA DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID (SAVD).
900.22.21.00. Atención 24h.

- POLICIA NACIONAL.

091. Atención 24h.

- GUARDIA CIVIL.

062. Atención 24h.

- EQUIPO MUJER Y MENOR (EMUME) GUARDIA CIVIL.

918.80.72.74 / 39.00. Atención 24h.

- COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE MALOS TRATOS.

900.10.00.09. Atención 24h.

- SERVICIO DE ATENCIÓN A LA MUJER (SAM) DE LA POLICÍA NACIONAL.

913.22.35.54. / 55. Atención 24h.

- EMERGENCIAS.

112. Atención 24h.

- CENTRALITA COMISARÍAS.

900.15.00.00. Atención 24h.

- ASOCIACIÓN DE MUJERES JURISTAS THEMIS.

913.19.07.21. Horario: Atención de 10h a 18h. Sin cita previa.
Asesoramiento y acompañamientos jurídicos gratuitos en casos de separación y malos tratos.

- CENTRO PARA LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES (CAVAS)
COMUNIDAD DE MADRID.

915.74.01.10. Horario: Atención de 10h a 14h y de 17h a 20h. Sábados, domingos y festivos de 11h a 14h.
Atención social, jurídica, psicológica, actividades de formación, sensibilización y prevención.

- COMISIÓN DE LA MUJER DE LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE SORDOS DE ESPAÑA.

913.56.58.32.

- FEDERACIÓN DE MUJERES SEPARADAS Y DIVORCIADAS: CENTRO DE ATENCIÓN, RECUPERACIÓN Y
REINSERCIÓN DE MUJERES MALTRATADAS.

914.41.85.55. Horario: Atención de 11h a 13:13h y de 16:20h a 19:30h.

Atención social, jurídica, psicológica, actividades de formación, sensibilización, alojamiento, manutención y

convivencia. Desarrolla un programa que se adecua a las necesidades individuales de cada mujer y sus hijos.

- FISCALÍA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

913.97.34.84. Horario: Atención de 9h a 14h.

- INSTITUTO DE LA MUJER. INFORMACION GRATUITA.

900.20.09.99 / 900.19.10.10. Atención 24h.

900.15.21.52. Para mujeres sordas.

- SECRETARÍA DE IGUALDAD UGT-MADRID.

915.89.09.06. Horario: Atención de lunes a jueves de 9:30h a 14h y de 16h a 19 h.

- SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCIÓN TELEFÓNICA ESPECIALIZADA DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

012. Horario: Atención de lunes a viernes de 8h a 22h. Sábados, domingos y festivos de 10h a 22h.

ANEXO VII. ENTREVISTAS

1. Cuál es tu profesión y en qué hospital prestas servicio.

Trabajadora social del Hospital Clínico San Carlos.

2. ¿Conoces el protocolo de actuación ante un caso de violencia de género?.

Si, dado que están compartido en la intranet del hospital y durante mi periodo de practicas me lo dieron a conocer.

3. ¿Llevan un registro del número de mujeres víctima de violencia de género que son atendidas en su hospital cada año?. Si es así, cuál es el número de los últimos 5 años.

Si, se lleva un registro. En él tiene constancia del recuento desde el 2013 hasta 2019 un total 204.

4. ¿Cuál es el mayor problema a la hora de identificar una situación de violencia en relación con la mujer que es víctima?.

Probablemente sea la estigmatización que tienen las mujeres a la hora de denunciar, ya que probablemente se sientan bastante cuestionadas a la hora de tener que contar su vivencia a multitud de profesionales.

5. ¿Y en relación a los profesionales?.

Probablemente, muchas veces la falta de formación de los profesionales y la sobrecarga de los profesionales, que no lo justifica, pero no se puede abordar la situación de la paciente con todo el tiempo que se precisaría.

6. ¿Consideras necesaria una formación en cuestión de género para los profesionales sanitarios?

MUY NECESARIA, aunque no sólo para el personal sanitario sino para la población en materia de prevención.

7. ¿Tiene usted alguna formación en la materia de género? Si es así, ¿cuáles?.

Realicé un curso de "Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Aspectos legales, psicológicos, y sociales para la intervención profesional" de 150 horas impartido por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

8. ¿Consideras que la libre elección tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada supone un impedimento para la detección de casos? Justifique la respuesta.

No tanto una detección como tal, sino con el seguimiento de la paciente dado que lo positivo es que tenga la posibilidad de elegir la opción de escoger a su profesional como el centro donde quiere ser atendida.

9. ¿La coordinación con Atención Primaria es la óptima?. Justifique la respuesta.

Creo que no, dado a lo que argumentaba en anteriores cuestiones el volumen de trabajo y la falta de profesionales (en muchas ocasiones nos encontramos que una sola trabajadora social para tres centros de atención primaria) repercute en el paciente.

1.Cuál es tu profesión y en que hospital prestas servicio.

Trabajadora Social H. Fundación Jimenez Díaz.

2. ¿Conoces el protocolo de actuación ante un caso de violencia de género?

Sí.

3. ¿Llevan un registro del número de mujeres víctima de violencia de género que son atendidas en su hospital cada año? Si es así, cuál es el número de los últimos 5 años.

Sí desde el año 2013 que se crea el registro de casos de la Comisión de Violencia hasta el 2019 se han registrado 297 casos.

4. ¿Cuál es el mayor problema a la hora de identificar una situación de violencia en relación con la mujer que es víctima?

Que sea consciente de que sufre violencia de género.

5. ¿Y en relación a los profesionales?

Los valores humanos que tenga el profesional, muchos médicos consideran la violencia de género como un problema social y no un problema de salud.

6. ¿Consideras necesaria una formación en cuestión de género para los profesionales sanitarios?

Sí.

7. ¿Tiene usted alguna formación en la materia de género? Si ¿cuáles?

Master en Violencia de Genero.

8. ¿Consideras que la libre elección tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada supone un impedimento para la detección de casos? Justifique la respuesta.

No, porque la detección de los casos se puede determinar en cualquier ámbito, ya sea Atención Primaria, Urgencias o Consultas Externas, con una correcta formación.

9. ¿La coordinación con Atención Primaria es la óptima? Justifique la respuesta.

Sí, se realiza notificación, para un posterior seguimiento tanto por parte de Atención Primaria como por parte de Servicios Sociales.

1.Cuál es su profesión, en que hospital presta servicio.

Trabajadora Social especializada.

Hospital Universitario Infanta Elena, la cabecera geográfica del hospital se encuentra en el municipio de Valdemoro pero prestamos cobertura sanitaria a tres municipios más adscritos a la Mancomunidad de Las Vegas, Ciempozuelos, San Martín de la Vega y Titulcia.

Con la aprobación del Decreto de Libre Elección de Centro Hospitalario en el año 2010, se proporciona atención sanitaria a todos los pacientes del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

2. ¿Conoce el protocolo de actuación ante un caso de violencia de género?.

Nuestro centro hospitalario cuenta con protocolo específico en materia de Violencia de Género.

En el año 2015 se formó la Comisión interhospitalaria en materia de Violencia. La Unidad de Trabajo Social participa activamente en dicha comisión, como miembro vocal.

También contamos con una herramienta interna, denominada “Portal de Violencia” donde el personal sanitario y no sanitario notifica los casos detectados en materia de Violencia.

3. ¿Llevan un registro del número de mujeres víctima de violencia de género que son atendidas en su hospital cada año?. Si es así, cuál es el número de los últimos 5 años.

Si, llevamos registro mensual de los casos de Violencia de Género. Sobre todo lo planificamos mensualmente ya que trasladamos la información a la Comisión de Violencia, que nos reunimos con esa periodicidad.

Aproximadamente 170 Casos.

4. ¿Cuál es el mayor problema a la hora de identificar una situación de violencia en relación con la mujer que es víctima?.

En materia de salud, miedo a preguntar a la paciente cuando se tiene indicios o sospechas por considerar que a lo mejor se está ofendiendo y puede empeorar la situación.

5. ¿Y en relación a los profesionales?.

Inicialmente la concienciación de los profesionales.

6. ¿Considera necesaria una formación en cuestión de género para los profesionales sanitarios?

Es muy importante y necesaria la formación como el reciclaje de todos los profesionales. Desde la Comisión de Violencia del Hospital realizamos cursos de formación anualmente para profesionales.

7. ¿Tiene usted alguna formación en la materia de género? Si es así, ¿cuáles?.

Si, específicamente curso especialista en Violencia de Género y otras formaciones de menos duración como jornadas, seminarios.

8. ¿Considera que la libre elección tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada supone un impedimento para la detección de casos? Justifique la respuesta.

Considero que no es un impedimento, se facilita a la paciente la posibilidad de elegir el centro donde considera mejor acudir y se siente más cómoda. Fomentando su autonomía, sobre todo en municipios pequeños donde existe por parte de la víctima el miedo a reconocer su problemática.

9. ¿La coordinación con Atención Primaria es la óptima?. Justifique la respuesta.

Nuestra coordinación con los centros de Atención Primaria es muy fluida, pero considero que como todo siempre se puede mejorar.

Las coordinaciones nos ayudan a poder realizar un seguimiento más cercano de la situación y del estado de la paciente, al tratarse de varios municipios y no poder mantener contacto de proximidad.

En Comunidad de Madrid el acceso a los recursos en materia de violencia Género del Observatorio regional son de acceso libre, sin derivación por nuestra parte y algunas pacientes deciden no acudir a los Puntos de Violencia, por lo que no es posible realizar seguimiento

1.Cuál es tu profesión y en qué hospital prestas servicio.

Soy Diplomada en Trabajo Social y ejerzo mi disciplina en el Hospital General de Villalba en el departamento de Psiquiatría.

2. ¿Conoces el protocolo de actuación ante un caso de violencia de género?

Conozco el protocolo que tiene el Hospital para los casos de violencia de género, pero se intenta particularizar lo máximo posible debido a las características individuales de cada una de las situaciones.

3. ¿Llevan un registro del número de mujeres víctima de violencia de género que son atendidas en su hospital cada año? Si es así, cuál es el número de los últimos 5 años.

Desconozco si existe algún registro específico de atenciones por parte de cualquier profesional del Hospital, pero desde la Unidad de Trabajo Social de Salud Mental, en dos años se han detectado e intervenido (*ya sean entrevistas individuales como coordinaciones con el Punto Municipal del Observatorio Regional de la Violencia de Género*) con cuatro mujeres. Se atienden en consulta más mujeres con sospecha de víctimas de violencia de género, pero no se ha llegado a intervenir con ella por oposición y/o negación de la situación por su parte.

4. ¿Cuál es el mayor problema a la hora de identificar una situación de violencia en relación con la mujer que es víctima?

La mayor dificultad radica en establecer un vínculo terapéutico con ellas en el cual se sienta cómoda y segura para que pueda llegar a verbalizar dichas situaciones y ofrecerle la ayuda, si así lo considera.

5. ¿Y en relación a los profesionales?

El ritmo de trabajo y el volumen de pacientes que se atienden a diario dificultan la observación detallada de posibles casos de violencia de género. Esto, unido a la temporalidad de las revisiones, obstaculiza que se pueda atender convenientemente ante cualquier tipo de sospecha.

6. ¿Consideras necesaria una formación en cuestión de género para los profesionales sanitarios?

Considero que la formación en violencia de género debería ser una cuestión transversal para todos los profesionales que trabajan en el Hospital con el objetivo de poder detectar cualquier indicio y/o sospecha de violencia de género y poder actuar en consecuencia.

7. ¿Tiene usted alguna formación en la materia de género? Si es así, ¿cuáles?

Realicé un curso de “Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Aspectos legales, psicológicos, y sociales para la intervención profesional” de 150 horas impartido por el Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid

8. ¿Consideras que la libre elección tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada supone un impedimento para la detección de casos? Justifique la respuesta.

Pienso que puede ser un factor obstaculizador en la detección, ya que una de las características las mujeres víctimas de violencia de género es cambiar habitualmente de profesional para no exponer de manera evidente o más nítida su situación en relación con su pareja.

9. ¿La coordinación con Atención Primaria es la óptima? Justifique la respuesta.

Desde mi puesto de trabajo, no se ha dado el caso de coordinación con Atención Primaria, ya que, generalmente, mi intervención consiste en una entrevista a la mujer y coordinación con el Punto Municipal del Observatorio Regional de Violencia de Género.

Generalmente, las interconsultas que pueden llegar al Departamento de Psiquiatría desde Atención Primaria no versan sobre esta problemática.

Me gustaría añadir que, la violencia de género hacia mujeres con patologías relacionadas con problemática de salud mental puede estar “camuflada”. Es cierto que, en ocasiones, las sospechas o verbalizaciones que puedan decir las pacientes mujeres respecto a estas situaciones se pueden llegar a interpretar como “sintomatología”. Es decir, que puedan ser interpretaciones erróneas de cómo la mujer vive su relación de pareja o una idea no real de su situación vital. Esto añade más victimización a las mujeres, genera un clima de desconfianza hacia los profesionales y una perpetuación de su situación por la idea de “nadie me va a creer”