

# PROYECTO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN A MUJERES QUE VIVEN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO PARA EL PERSONAL SANITARIO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN

*Presentado por:*  
**M<sup>a</sup> Ángeles Goterris Pinto**

*Tutora:*  
**Purificación Heras González**

Máster Universitario en Igualdad de Género en el Ámbito Público y Privado  
(Plan 2013)  
[\[Interuniversitario / A distancia\]](#)

**16<sup>a</sup> Edición**

Curso académico 2022/23

Primera convocatoria

ORIENTACIÓN PROFESIONAL EN PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Palabras clave: MUJERES, VIOLENCIA DE GÉNERO, SENSIBILIZACIÓN,  
FORMACIÓN, ÁMBITO SANITARIO

# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>II. NATURALEZA DEL PROYECTO</b> .....	<b>8</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO</b> .....	<b>8</b>
<b>2. FUNDAMENTACIÓN O JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>8</b>
2.1 Importancia del problema en cifras .....	8
a) Magnitud del problema .....	8
b) Gravedad.....	9
c) Repercusiones en la salud de la mujer .....	11
2.2. Importancia del sistema sanitario en la detección de la VG y la atención a las mujeres víctimas.....	13
a) Legislación.....	13
b) Características del sistema sanitario.....	15
2.3. Datos sobre el abordaje de la VG en el ámbito sanitario.....	18
2.4. Respuesta a la VG desde el ámbito sanitario en la Comunidad Valenciana.....	20
2.5. La formación en estudios de grado en ciencias sociosanitarias .....	23
<b>4. FINALIDAD DEL PROYECTO</b> .....	<b>27</b>
<b>5. OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
5.1. Objetivo general:.....	27
5.2. Objetivos específicos: .....	27
<b>6. METAS</b> .....	<b>27</b>
<b>7. PERSONAS BENEFICIARIAS</b> .....	<b>27</b>
<b>8. PRODUCTOS</b> .....	<b>28</b>
<b>9. LOCALIZACIÓN Y COBERTURA ESPACIAL</b> .....	<b>28</b>
9.1. Características del departamento de Salud de Castellón .....	28
<b>10. FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES O PRE-REQUISITOS PARA EL LOGRO DE LOS EFECTOS E IMPACTO DEL PROYECTO</b> .....	<b>30</b>
<b>11. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN</b> .....	<b>30</b>
<b>12. EVALUACIÓN</b> .....	<b>31</b>
<b>III. ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR</b> .....	<b>33</b>
<b>1. FASES DEL PROYECTO</b> .....	<b>33</b>
1.1. FASE 1ª .....	33
1.2. FASE 2ª: FORMACIÓN .....	34
1.2.1. Contenido teórico .....	34
Módulo 1: Conceptos generales .....	34
Módulo 2: Introducción a la violencia de género .....	35

Módulo 3: La violencia género como problema de salud .....	35
Módulo 4: Atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia de género ...	36
Módulo 5: Abordaje de la Violencia en consulta.....	36
Módulo 6: Introducción a la aplicación SIVIO.....	36
Módulo 7: Aspectos éticos y marco legal .....	37
Módulo 8: Proceso asistencial .....	37
<b>1.2. FASE 3: EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS .....</b>	<b>37</b>
<b>2. CALENDARIO COMPLETO DE ACTIVIDADES.....</b>	<b>37</b>
<b>3. MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR .....</b>	<b>39</b>
<b>4. DETERMINACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS .....</b>	<b>39</b>
4.1. Recursos humanos: .....	39
4.2. Recursos materiales .....	40
4.3. Recursos técnicos.....	40
4.4. Recursos financieros .....	40
<b>5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DE GESTIÓN DEL PROYECTO.....</b>	<b>41</b>
<b>IV. CONCLUSIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>V. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>44</b>
<b>VI. ANEXOS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 1: PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (PDA) .....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 2: ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (PDA) .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO 3: ENCUESTA A NUEVOS RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO. ACTO DE BIENVENIDA MAYO 2023.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO 4: RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE FORMACIÓN EN VIOLENCIA CONTRA LA MUJER / REDCAP .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES FORMATIVAS SOBRE VG.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO 6: ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA COMISIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN DESDE SU CREACIÓN EN 2018.....</b>	<b>62</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Consecuencias de la VG en la salud de la mujer.....	13
Tabla 2. Consecuencias en la salud de los hijos e hijas.....	13
Tabla 3. Signos o indicadores de sospecha de VG.....	17
Tabla 4. Grado en Medicina de la UJI. Temas específicos y competencias adquiridas	24
Tabla 5. Recursos personales del Departamento de Salud de Castellón.....	29
Tabla 6. Calendario de actividades. Fase 1 <sup>a</sup> .....	33
Tabla 7. Calendario de actividades. Fase 2 <sup>a</sup> .....	34
Tabla 8. Calendario de actividades. Fase 3 <sup>a</sup> .....	37
Tabla 9. Calendario completo de actividades.....	38

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de mujeres víctimas mortales por violencia de género entre 2003-2023.....	10
Gráfico 2. Percepción del estado de salud por sexo en población mayor de 15 años.....	12
Gráfico 3. Percepción del estado de salud en la mujer según haya vivido violencia o no.....	12
Gráfico 4. Motivos principales que obstaculizaban el abordaje.....	18
Gráfico 5. Cribado de VG en mujeres víctimas de seropositivas y no seropositivas.....	20
Gráfico 6. Porcentaje de mujeres invitadas a participar en los procesos de cribado.....	22

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Área del Departamento de Salud de Castellón.....	29
Ilustración 2. Organigrama del desarrollo del proyecto.....	41

## I. INTRODUCCIÓN

La violencia de Género (VG) es una de las más graves violaciones de los derechos humanos de las mujeres y es considerada un importante problema de salud pública por su frecuencia, su magnitud y las repercusiones en la salud de las mujeres.

Desde mediados del pasado siglo numerosas organizaciones internacionales han ido elaborando instrumentos normativos para la erradicación de esta violencia, siendo todos ellos ratificados por España. Hay que destacar la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) de 18 de diciembre de 1979, considerada la carta internacional de los derechos de la mujer, donde se insta a los Estados Parte a incorporar la perspectiva de género en todas las instituciones y promover acciones para garantizar la igualdad de trato (ONU, 1979). Las diferentes Conferencias Mundiales sobre la mujer, Ciudad de México (1975), Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Beijing (1995), fueron aportando a nivel internacional progresivos avances para el empoderamiento de la mujer, siendo claves para las políticas mundiales en igualdad de género (ONU, s.f.).

A nivel europeo también se ha ido avanzando en cuestión de derechos de las mujeres como así queda reflejado en el artículo 23 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Unión Europea, 2010):

La igualdad entre hombres y mujeres será garantizada en todos los ámbitos, inclusive en materia de empleo, trabajo y retribución.

El principio de igualdad no impide el mantenimiento o la adopción de medidas que ofrezcan ventajas concretas en favor del sexo menos representado.

Cabe destacar el Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica del Consejo de Europa, conocido popularmente como Convenio de Estambul por el lugar en donde fue celebrado en 2011, como el tratado más ambicioso a nivel internacional para la erradicación de la violencia contra las mujeres y la violencia de género en el que se considera la igualdad entre mujeres y hombres como el elemento clave para la prevención de las violencias machistas (Consejo de Europa, 2011).

Fue en 2004 cuando nace en España la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género a través de la cual se pretende dar una respuesta global a la violencia que se ejerce contra las mujeres (LOMPIVG 1/2004, 28 de diciembre). Esta ley fue pionera en el mundo, siendo considerada una de las más importantes y eficaces normas a nivel mundial para

combatir y erradicar la violencia sexista, hecho por el cual en 2014 España recibió una mención de honor del Premio Políticas de Futuro (Future Policy Award 2014) concedida por ONU Mujeres, World Future Council y la Unión Interparlamentaria (ONU, 2014). Esta ley en su artículo 15 referente a la sensibilización y formación del personal sanitario refiere:

1. Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.
2. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.
3. Las Administraciones educativas competentes asegurarán que, en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia.
4. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.

También en nuestra Comunidad Autónoma en 2012 se promulga la Ley 7/2012, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana en la cual, y de igual modo que en la ley estatal, se aborda el problema de la violencia de género de manera integral abarcando aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención a las víctimas (LIVMCV 7/2012, de 23 de noviembre).

Fue también en 2012, dada la magnitud del problema de la VG y las repercusiones a corto y largo plazo en la salud de las mujeres, cuando el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*, considerado un documento básico a partir del cual las Comunidades Autónomas elaboran sus protocolos propios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Tal como queda reflejado en la legislación y en los protocolos el abordaje multidisciplinar de la VG es fundamental y, dentro de este, el sistema sanitario va a tener un papel primordial en cuanto a la detección de los casos de violencia. Pero a pesar de todo esto

se ha ido detectando un evidente infradiagnostico de la VG en las consultas, considerándose que tan solo un 1% de mujeres víctimas de violencia machista son identificadas en este ámbito (Blanca Coll Vinent et al, 2008: 7). La promoción de las actuaciones sanitarias por parte de la Administración, así como la formación continuada del personal sanitario y la incorporación de contenidos curriculares sobre violencia de género en los grados a los que hace referencia el artículo 15 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, tal como hemos visto anteriormente, parecen no haberse convertido en una realidad dado este infradiagnostico detectado. Es por esto por lo que en este trabajo se plantea la realización de un proyecto de formación específico en el Departamento de Salud de Castellón que sensibilice al personal sanitario frente al problema de la VG y mejore sus habilidades y actitudes para su correcta detección y abordaje, tal y como la ley contempla y recoge en su contenido.

## II. NATURALEZA DEL PROYECTO

En este trabajo fin de Máster se presenta una propuesta de proyecto formativo sobre la atención a mujeres que viven violencia de género o machista en el ámbito sanitario, concretamente en el Departamento de Salud de Castellón.

### 1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto es de tipo social, siguiendo la clasificación de Ezequiel Ander Egg y María José Aguilar (2005), y será presentado para su aprobación a la Comisión de Investigación del departamento vía mail o presencial.

### 2. FUNDAMENTACIÓN O JUSTIFICACIÓN

#### 2.1 Importancia del problema en cifras

Ya en 1996 la OMS afirmó que la violencia de género era una violación de los derechos humanos de las mujeres y un grave problema de salud pública por su magnitud, gravedad y repercusiones.

##### *a) Magnitud del problema*

La violencia contra las mujeres es un fenómeno generalizado a nivel mundial, considerado como un problema endémico y dañino para la salud de las mujeres y sus familiares y que se ha visto incrementada con la pandemia de covid-19 (ONU, 2022).

Dentro de las violencias contra las mujeres en este trabajo se abordará específicamente la VG, denominada violencia doméstica en el Convenio de Estambul, y violencia de género en la Ley del 2004 en España, donde se reconoce que es sufrida mayoritariamente por las mujeres y que viene definida en su artículo 3 como:

(...) todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima.

No se harán referencias en este proyecto a otros tipos de violencia contra las mujeres, de gran importancia también en el ámbito sanitario, dado que esto requeriría del abordaje específico de los diferentes protocolos.

Se considera que unos 641 millones de mujeres en el mundo han sufrido algún tipo de violencia a manos de un compañero íntimo (OMS, 2021a). Según el último informe del Grupo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la prevalencia de la

violencia contra las mujeres, que analizó a 161 países entre 2000 y 2018, casi un 30% de mujeres han sufrido violencia física o sexual por su pareja o violencia sexual fuera de la pareja o ambas (OMS, 2021b).

En datos referidos a España la última macroencuesta de violencia contra la mujer publicada nos informa, entre otros muchos datos, que 1 de cada 3 mujeres sufre o ha sufrido algún tipo de expresión de violencia de género, 1 de cada 10 mujeres sufre o ha sufrido alguna práctica de violencia de género en el último año y un 14,2% del total de mujeres mayores de 16 años ha sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida (Macroencuesta, 2019).

### *b) Gravedad*

En este punto cabe destacar las formas más graves de violencia contra la mujer como son los asesinatos y las agresiones físicas, la OMS nos informa que hasta el 38% de los asesinatos de mujeres a nivel mundial son cometidos por su pareja (OMS, 2021b), aunque estas cifras merecen una reflexión:

- Según la Red Europea de Periodismo de Datos (EDJNet, por sus siglas en inglés), tras el análisis de los datos recopilados por el Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE), Eurostat y también los recogidos a nivel de las diferentes naciones sobre feminicidios, se concluye que no es posible la comparación entre países dado que no existe una única definición de violencia de género ni de feminicidio en Europa y tampoco se recoge información en todos los países (no se incluye información de Polonia, Bulgaria, Dinamarca, Luxemburgo, Bélgica, Portugal, Irlanda y Rumanía), ni en todos los años. Según la información aportada por los diferentes estados el número total de feminicidios de 2010 a 2021 en los 20 países que aportan datos se estima en 3.232, sin embargo, según los datos aportados por Eurostat se registraron 6.593 homicidios intencionales de mujeres de 2011 a 2021, aunque se considera que todos ellos no son feminicidios, pero sí la mayoría (European Data Journalism Network, s.f.).

- Según el último estudio publicado en 2019 (UNODC, 2019) sobre homicidios a nivel mundial las personas más propensas a ser víctimas de homicidios son los hombres (4 veces más que las mujeres) y es mucho más frecuente que también sean ellos los agresores. Los asesinatos de hombres son cometidos más frecuentemente por personas desconocidas por la víctima y los motivos suelen estar relacionados con situaciones sociopolíticas, drogas y otros factores externos, sin embargo, en el caso de las mujeres la mayoría de los

asesinatos ocurren dentro del hogar consecuencia de las desigualdades y los estereotipos de género. Los datos de este estudio informan de una disminución del número de mujeres y niñas asesinadas entre 2012 y 2017, aunque la proporción de mujeres asesinadas a manos de sus parejas íntimas u otros miembros de su familia aumentó del 47% en 2012 al 58% en 2017. Si bien es cierto que el término "feminicidio" se empezó a utilizar en la década de 1970 para describir el asesinato de mujeres, no hay consenso sobre el tipo de delitos que cubre este concepto, ni de cómo se registran dichos delitos o si pueden considerarse como relacionados con el género. Aunque los indicadores utilizados no cubren todos los asesinatos de mujeres y niñas relacionados con el sistema de género, sí que permiten separar esos tipos de homicidios femeninos del resto. También en este estudio se considera que existe un infraregistro de los delitos en relación con el sistema de género, dado que en algunos países el estigma que conlleva el ser víctima de este tipo de delitos, el considerar la VG como parte de la vida cotidiana, el miedo a las represalias y/o la falta de fe en el sistema, contribuye a no denunciar estos delitos.

- Según los datos presentados por la Delegación de Gobierno sobre violencia de género en España se han contabilizado 1226 asesinatos de mujeres a manos de su pareja o expareja desde que se iniciaron los registros en 2003 a 4 de septiembre de 2023 (gráfico 1) y como consecuencia de ellos tenemos 422 huérfanas o huérfanos menores de 18 años registrados desde 2013 a junio de 2023 (Ministerio de Igualdad, 2023a). No debemos olvidar los 49 asesinatos de menores víctimas de la violencia vicaria contabilizados desde que se inició su registro también en 2013 hasta el 23 enero de 2023 (Ministerio de Igualdad, 2023b).

Gráfico 1. Número de mujeres víctimas mortales por violencia de género entre 2003-2023



Fuente: Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género. Delegación del Gobierno contra la violencia de Género. Ministerio de Igualdad.

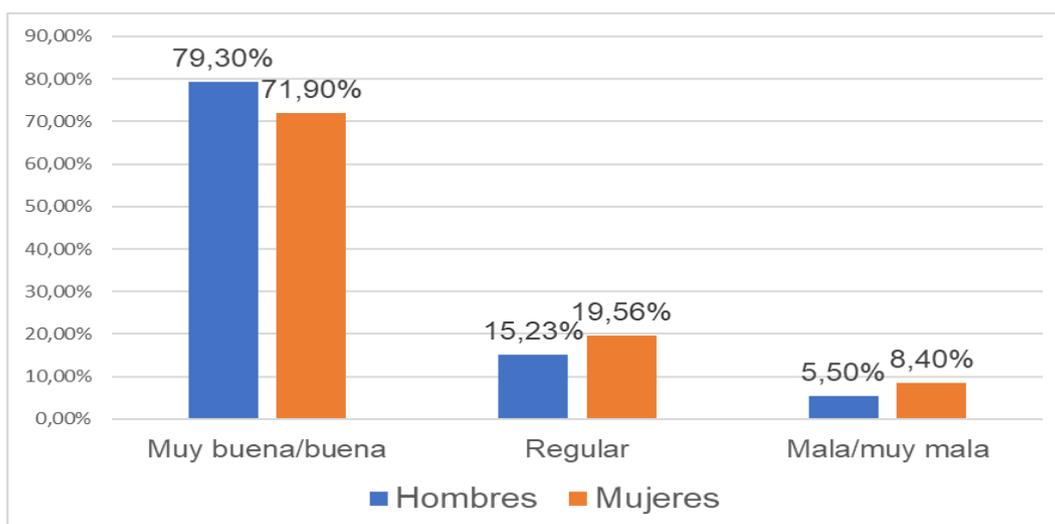
También debemos destacar el aumento significativo de probabilidad de suicidio en mujeres víctimas de violencia. El 18,5% de las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia en el ámbito de la pareja o expareja a lo largo de sus vidas han tenido pensamientos suicidas frente al 4,7% de las mujeres que no han sufrido ningún tipo de violencia, llegando hasta el 25,5% en mujeres que han sufrido violencia física o sexual por alguna pareja, es decir estas mujeres presentan 5 veces más riesgo de tener pensamientos suicidas que las mujeres que nunca han sufrido violencia en la pareja (Macroencuesta, 2019). En este grupo de mujeres existe un aumento de factores de riesgo de ideación suicida por la asociación de la VG con problemas de salud mental derivados de esta situación, como son estrés postraumático, depresión y ansiedad (Osakidetza, 2019a).

Respecto a otras consecuencias de la violencia además de las ideas suicidas cabe señalar las lesiones físicas. Éstas se dan en el 46,6% de las mujeres que han sufrido violencia física y/o violencia sexual en algún momento de su vida y de ellas, el 70,0% refieren que estas violencias les han producido consecuencias psicológicas (en el 37,5% ansiedad y en el 33,9% depresión) (Macroencuesta, 2019).

### *c) Repercusiones en la salud de la mujer*

Es una realidad que la población de la Unión Europea está envejeciendo y una de las razones es el aumento de la esperanza de vida de la población. Según el último informe de demografía en Europa la esperanza de vida al nacer es de 84,0 años en las mujeres y de 78,5 en los hombres, es decir, una esperanza de vida de 5.5 años mayor en la mujer (Eurostat, 2021), pero este dato no va acompañado de una igual percepción de salud en ambos sexos. Según los datos de la Encuesta Europea de Salud en España recogidos entre julio de 2019 y julio de 2020 (muestra de 22.000 viviendas distribuidas en 2.500 secciones censales), y considerando a la población mayor de 15 años, las mujeres tienen peor percepción de salud que los hombres: un 79,3% de hombres y un 71,9% de mujeres valoran su estado de salud como muy bueno o bueno y un 5,5% de hombres y un 8,4% de las mujeres la valoran como mala o muy mala (gráfico 2). Aunque la percepción de buena salud va decayendo con la edad el porcentaje de mujeres con percepción de buena salud siempre es menor que en los hombres en todos los grupos de edad, por ejemplo, en el grupo de edad de 55 a 64 años encontramos un 72,2% de hombres con buena o muy buena percepción de salud frente a un 67,9% de mujeres con la misma percepción. También la diferencia entre el porcentaje de hombres y mujeres que declaran un estado de salud muy bueno o bueno se va incrementando con la edad encontrando para el grupo de mayores de 84 años un 38,4% en hombres y un 28,8% en mujeres (INE, 2020).

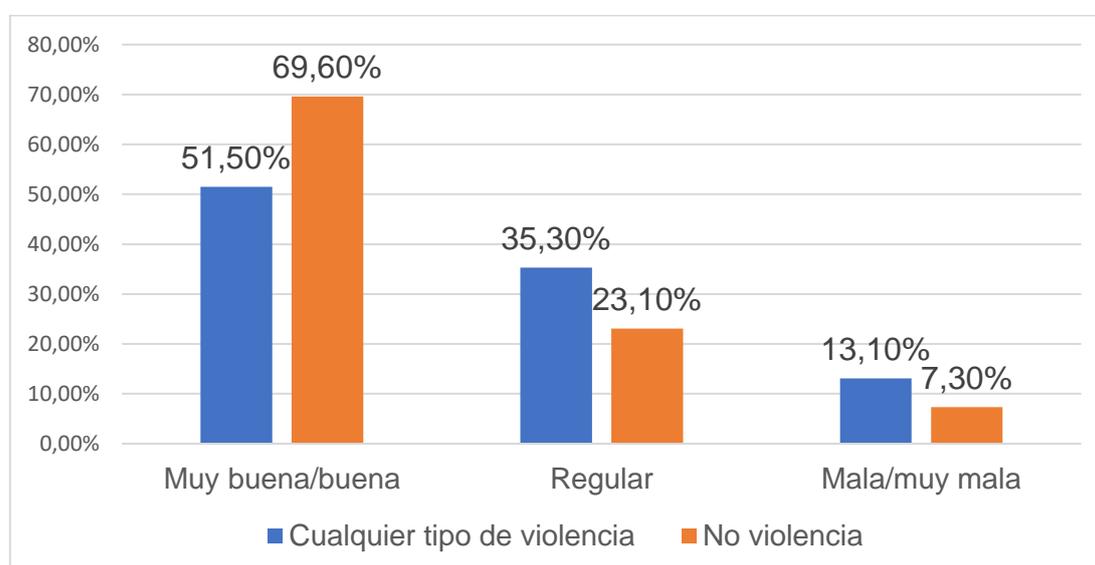
Gráfico 2. Percepción del estado de salud por sexo en población mayor de 15 años



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Europea de Salud en España de 2020.

Respecto a la percepción sobre la salud en el grupo de mujeres, y según los datos de la última Macroencuesta sobre violencia de género realizada en 2019, encontramos diferencias entre el grupo de mujeres que han vivido algún tipo de violencia de género a lo largo de sus vidas respecto a las que no la han vivido, encontrando una peor percepción de salud en el grupo de mujeres que sí la han sufrido (gráfico 3).

Gráfico 3. Percepción del estado de salud en la mujer según haya vivido violencia o no



Fuente: elaboración propia a partir de la Macroencuesta de violencia contra la mujer, 2019

Estos datos sobre la peor percepción de salud en el grupo de mujeres que ha sufrido algún tipo de VG a lo largo de sus vidas reflejan el impacto que esta violencia tiene en la salud de las mujeres. Las consecuencias de la vivencia de una experiencia de violencia van a influir en todos los aspectos de la vida de la mujer, en su salud, en su descendencia y también en la sociedad. Su salud se verá afectada de forma prolongada

en tiempo afectando tanto a la esfera biológica, como a la psicológica y social, favoreciendo la aparición de enfermedades físicas o empeorando las ya preexistentes como se recoge en la tabla 1.

*Tabla 1. Consecuencias de la VG en la salud de la mujer*

<b>Aumento en la prevalencia de algunas enfermedades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de la hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.</li> <li>• Afectación salud sexual y reproductiva (infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y/o de riesgo, bajo peso al nacer, aumento abortos, disfunciones sexuales...)</li> </ul>
<b>Afectación de la salud psíquica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos adaptativos con síntomas depresivos o ansiosos.</li> <li>• Abuso de tabaco, alcohol u otras sustancias.</li> <li>• Trastornos de estrés postraumático</li> </ul>
<b>Quejas crónicas de mala salud</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnio.</li> <li>• Dolores crónicos.</li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Abdominalgias</li> </ul>
<b>Consecuencias en la salud social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento social y familiar con impacto en las relaciones personales.</li> <li>• Disminución del número de días de vida saludable.</li> <li>• Absentismo laboral/pérdida de empleo/pérdida de recursos</li> </ul>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Osakidetza, 2019b; Noemi De Miguel y Cristina Muñoz, 2016. Elaboración propia

No debemos olvidar las consecuencias negativas sobre la salud de los hijos e hijas que han crecido en medio de una relación de VG (tabla 2), cuyo impacto dependerá de la severidad y el tiempo de exposición, así como de otros factores como edad, sexo y otros estresores añadidos.

*Tabla 2. Consecuencias en la salud de los hijos e hijas*

Consecuencias fatales como los homicidios o lesiones físicas
Retraso en áreas del desarrollo como la psicomotricidad y el lenguaje
Trastornos del comportamiento: dificultad en el control de impulsos
Trastornos del sueño, de la alimentación, control de esfínteres
Dificultades escolares: falta de concentración, bajo rendimiento, absentismo
Accidentes frecuentes
Mayor riesgo de depresión e intentos de suicidio
Enfermedades psicosomáticas

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Osakidetza, 2019b; Noemi De Miguel y Cristina Muñoz, 2016. Elaboración propia

## 2.2. Importancia del sistema sanitario en la detección de la VG y la atención a las mujeres víctimas

### a) Legislación

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género define la violencia de género como

(...) todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad, que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

Esta ley considera que la VG es consecuencia de la desigualdad, la subordinación y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, siendo su finalidad el dañar a la mujer y conseguir el control sobre ésta. Con esta ley, atendiendo a las recomendaciones internacionales, se pretende dar una respuesta global a la VG a través de un abordaje integral y multidisciplinar.

El reconocimiento de la VG como una consecuencia de las relaciones de poder visibiliza la magnitud social del problema, considerando la violencia no como un problema privado sino como un problema social. Se trata por tanto de una violencia estructural que atenta contra los derechos humanos de la mujer. En este sentido cabe recordar que la VG como violencia social ha sido difícil de comprender fundamentalmente por dos motivos:

- la invisibilización favorecida por la dificultad para considerar como daño algo que no se puede percibir y la falta de herramientas para considerar una conducta como violenta, es decir, desconocer el concepto en sí mismo (Jordi Ferrús y Purificación Heras, 2018),
- la naturalización del problema consecuencia de las relaciones de poder y los roles de género que han permitido el ver como algo normal que quien sustenta el poder (el varón) pueda usar la fuerza sobre las personas más vulnerables para poder seguir ejerciendo el control sobre ellas (Ibidem, 2018).

El concepto ideal y tradicional de familia como un espacio seguro y protector ha contribuido a la invisibilización de este tipo de violencia, que ha sido legitimada por los valores y creencias de nuestra sociedad patriarcal. Estos valores culturales, transmitidos de generación en generación y reforzados por la comunidad e Instituciones, contribuyen a la perpetuación de la violencia a pesar de la existencia de legislación (Ibidem, 2018).

Referente a la sensibilización y formación del ámbito sanitario y según consta en el artículo 15 de La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia (LOMPIVG 1/2004, 28 de diciembre).

En nuestra comunidad, la Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana aborda el problema en igual sentido, abarcando aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención a las víctimas. Dentro del artículo 37 referente a la formación en materia de violencia sobre la mujer en el ámbito sanitario refiere:

Asimismo, el personal sanitario de las áreas de atención primaria, atención especializada y servicios de urgencias que, en el desempeño de su trabajo, puedan tener contacto con posibles víctimas de este tipo de violencia en los centros sanitarios, públicos o privados, y de servicios sociales, recibirán formación en la materia, enfocada a la sensibilización y reconocimiento de tales situaciones, con el fin de mejorar la prevención e impulsar el diagnóstico precoz de estos casos de violencia (LIVMCV 7/2012, de 23 de noviembre).

Como hemos visto, en ambas leyes se hace referencia expresa a la formación sobre violencia de género en el ámbito sanitario para una correcta detección precoz como forma de contribuir a la lucha contra la VG.

#### *b) Características del sistema sanitario*

Dadas las características de accesibilidad pública y universal de nuestro sistema sanitario (RDL 7/2018, 27 julio) todas las mujeres accederán a él en algún momento a lo largo de sus vidas, bien por afectación de su propia salud, que se verá mermada en el caso de ser víctimas de violencia, o bien por atención a familiares a su cargo, embarazo y parto. Las consecuencias de la VG en la salud de las mujeres van a perdurar en el tiempo, aunque los episodios de violencia hayan ocurrido en el pasado, dando lugar a una mayor frecuentación de los servicios sanitarios, siendo los más habituales Urgencias, Atención Primaria, Ginecología y Salud Mental.

Hemos de destacar la Atención Primaria (AP) como el nivel asistencial idóneo para la detección de la violencia de género dada la mayor frecuentación. El concepto mismo de la AP, así como los atributos que la caracterizan (Gorka Maíz, 2019): accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y posibilidad de coordinación con otras especialidades o disciplinas, permiten una atención centrada en la persona y un abordaje biopsicosocial a través de una relación duradera en el tiempo entre profesional sanitario y paciente, convirtiendo a este nivel asistencial en el espacio más adecuado para la detección precoz y el abordaje de la violencia de género (Alex Moisés Rosas, 2013).

Esta atención integral a la salud necesita un abordaje compartido entre las diferentes disciplinas que conforman la AP para una mejor prevención y detección de cualquier problemática que puedan afrontar los y las paciente, como sería la violencia de género.

Diferentes estudios aportan datos sobre la importancia de las consultas de medicina de familia y también de enfermería en la detección de la VG objetivándose que la gran mayoría de las víctimas acudirán a estas consultas durante el año siguiente a la agresión, viéndose también incrementada la frecuentación (Mary P Koss, 1991). Estas consultas tienen un importante papel en la detección precoz de la VG dada su mayor accesibilidad, la continuidad en la atención, el conocimiento del contexto familiar y la alta frecuentación por parte de las mujeres, lo cual hace necesario que el personal sanitario esté alerta frente a situaciones de riesgo, indicios o síntomas de VG (María del Carmen Fernández, 2003).

A parte de las consultas de medicina de familia y enfermería, espacios contactados con mayor frecuencia, existen otro tipo de profesionales como pediatría, trabajo social, matrn o matrona y el personal de las unidades de apoyo a AP (Unidad de Salud Mental y Unidad Salud Sexual y Reproductiva) que deben trabajar conjuntamente en el abordaje integral de la población a su cargo. Exponemos ahora la relevancia de sus aportaciones en la asistencia y/o detección:

- Cabe destacar la labor que desde el trabajo social se realiza, tanto en la valoración de factores psicosociales que influyen el proceso de salud-enfermedad y su seguimiento, como en la coordinación con otros servicios sanitarios y no sanitarios.
- Desde pediatría podremos detectar problemáticas en la edad infantil derivadas de la vivencia de una situación de violencia en la madre y en los propios hijos o hijas.
- Las consultas de control y seguimiento del embarazo son también un espacio idóneo para la detección y prevención de la VG donde, además de poder detectar el problema, se puede abordar el tema de la violencia machista como parte de la educación maternal o preparación al parto.
- Desde las Unidades de salud Mental sería importante detectar a mujeres con alteraciones psicológicas y/o abusos de sustancias consecuencia de una relación de violencia.
- Las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva tiene también su papel importante en la detección, debiendo estar alerta ante situaciones como infecciones de transmisión sexual de repetición o embarazos no deseados entre otras (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

En referencia a la atención urgente, tanto en AP como en urgencias hospitalarias, incluida traumatología, es frecuente que la mujer acuda transcurridos varios días, excepto en el caso de sufrir lesiones físicas graves que requieran atención inmediata, por lo cual los síntomas serán más leves dada la evolución natural y será más evidente la sintomatología psíquica o el comportamiento de la mujer (Miguel Lorente Acosta y

Francisco Toquero de La Torre, 2004). Es por esto de vital importancia que todo el personal sanitario conozca los signos o indicadores de sospecha que alerten sobre una posible situación de violencia (tabla 3).

Tabla 3: Signos o indicadores de sospecha de VG

Lesiones físicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuentemente bilaterales</li> <li>- Suelen indicar una postura defensiva (hematomas dorsales, hematomas o fracturas en antebrazos)</li> <li>- En zonas no visibles</li> <li>- Lesiones genitales (abusos sexuales)</li> <li>- Lesiones en distintos estadios de evolución</li> <li>- Fracturas faciales</li> <li>- Lesión del lóbulo de la oreja (por arrancamiento del pendiente).</li> <li>- Perforación timpánica consecuencia de un golpe directo</li> <li>- Quemaduras, roce de cuerda, mordeduras...</li> <li>- Lesiones atribuidas a accidentes fortuitos</li> <li>- La no concordancia entre la exploración y el mecanismo de producción referido</li> </ul>
Patología psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crisis de ansiedad</li> <li>- Episodios de agitación</li> <li>- Crisis depresiva grave</li> <li>- Intento de autolisis</li> <li>- Insomnio</li> <li>- Depresión/Ansiedad</li> <li>- Estrés postraumático</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Agotamiento psíquico</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Trastornos alimentarios</li> <li>- Abuso de alcohol, medicamento u otras sustancias</li> </ul>
Síntomas inespecíficos somatizaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quejas crónicas de mala salud: insomnio, dolores crónicos, cefaleas, mareos, molestias pélvicas, dificultad respiratoria, molestias gastrointestinales como dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos ...</li> <li>- Problemas gineco-obstétricos: no control de la fecundidad con muchos embarazos o embarazos no deseados, embarazos de riesgo, enfermedades de transmisión sexual de repetición, disfunciones sexuales, bajo peso al nacer, dispareunia, dolor pélvico, retraso en la solicitud de atención prenatal...)</li> </ul>
Otras situaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiperfrecuentación/abandono</li> <li>- Incumplimiento de citas o tratamientos</li> <li>- Uso repetitivo de los servicios de urgencias</li> <li>- Absentismo laboral</li> <li>- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía</li> <li>- Pareja que solicita estar presente</li> <li>- Actitud de la mujer en consulta (temerosa, incomoda, irritable, con dificultad en la comunicación)</li> <li>- Falta de cuidado personal</li> <li>- Vestimenta para ocultar lesiones</li> </ul>

Fuentes: elaboración propia a partir del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, 2012, Nicole Schmal, 2018.

Según la macroencuesta de 2019 el 41% de mujeres víctimas de violencia física o sexual y el 36,6% víctimas de cualquier tipo de violencia, actual o pasada, afirman haber

utilizado algún servicio de urgencias en los 12 meses previos a la entrevista, frente al 25,8% de mujeres que no han sufrido VG (Macroencuesta, 2019). Es por tanto necesario que el diferente personal que pueda atenderles en estas circunstancias esté sensibilizado y formado para detectar aquellos indicadores o signos que puedan alertar de la existencia de una situación de violencia de género como causa originaria de la demanda asistencial.

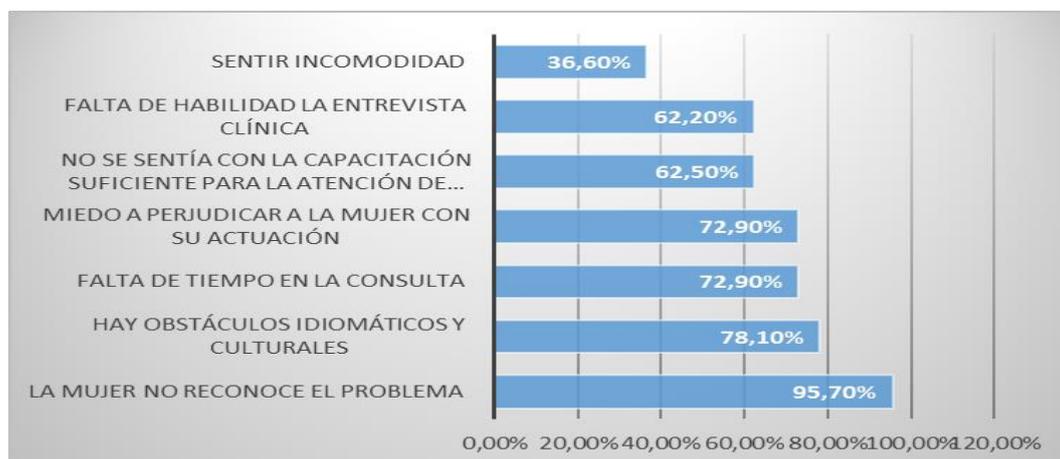
### 2.3. Datos sobre el abordaje de la VG en el ámbito sanitario

Como hemos visto en el punto anterior el sistema sanitario ocupa un papel privilegiado para la detección y atención de la violencia de género, pero la realidad es que hay un evidente infradiagnostico del problema. Diferentes estudios informan de las distintas razones por las que las mujeres que contactan con el sistema sanitario no son diagnosticadas.

Según el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad en Atención Primaria en 2015 el 93,7% de personal sanitario encuestado reconocía la VG como un problema de salud, el 55,6% refería haber recibido formación sobre violencia de género, pero, solo 33,1% había leído el protocolo de violencia de género.

Respecto a los motivos para no abordar el tema en las consultas (gráfico 4), en el estudio se citan los siguientes:

Gráfico 4. Motivos principales que obstaculizaban el abordaje



Fuente Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015. Elaboración propia

Un estudio más reciente realizado en Galicia en 2021 recoge que el 89,5 % del personal encuestado reconocía la VG como un problema de salud, pero solo 37,1% conocía los protocolos y solo un 19.6% se sentía familiarizado o familiarizada con él. Entre los motivos que obstaculizaban el abordaje en consulta:

- 26% suponer un riesgo para la mujer;

- 23% miedo a ofenderla;
- 18% falta de formación;
- 7% falta de privacidad y
- 6% considerarlo un asunto privado (Rebeca Diéguez, 2021, 418)

Los datos de ambos estudios evidencian el importante problema que tienen los y las profesionales para abordar la VG en las consultas, bien por sus propias creencias y actitudes hacia a la VG o bien por una falta de habilidades para su abordaje, lo cual induce a pensar que el origen de ello sea consecuencia de una falta de perspectiva de género en su formación en general y la falta de sensibilización y formación en VG en particular.

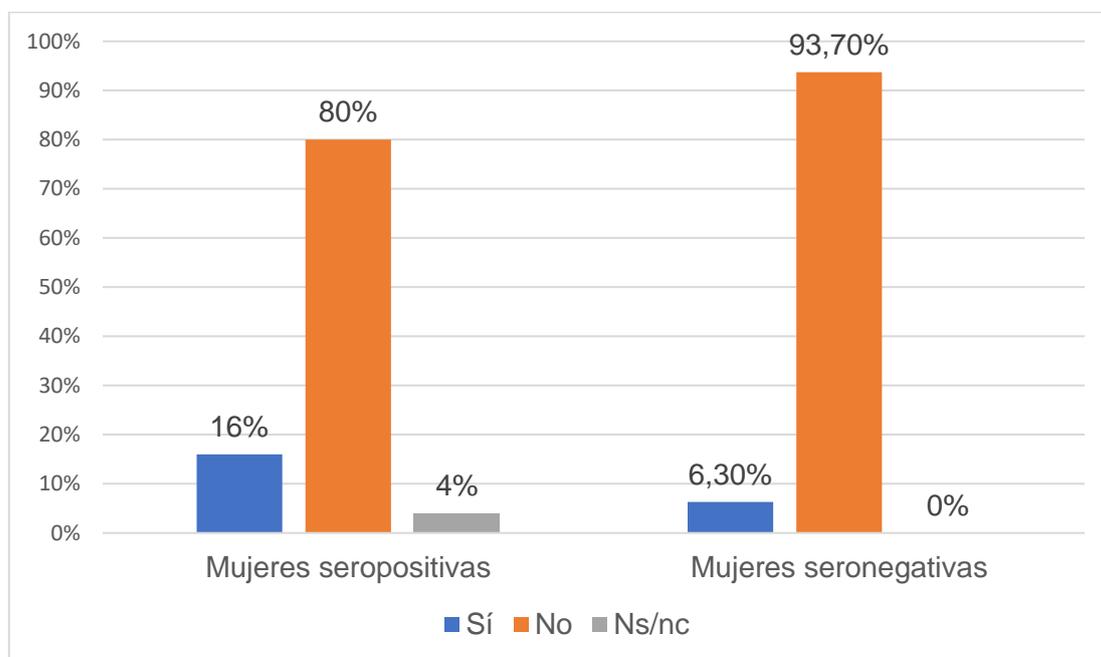
También podemos encontrar que sea la mujer la que no desee contarlo. Según los datos obtenidos en la última macroencuesta sobre violencia de género el 66,9% de las mujeres que han sufrido cualquier tipo de VG en el ámbito de la pareja actual no buscaron ayuda formal, siendo los dos motivos más frecuentes: el haberlo resuelto sola (60.3%) y no dar importancia a lo sucedido (46,5%). Otros motivos también citados, aunque con porcentajes inferiores, son la vergüenza, porque eran otros tiempos, el miedo, sentirse culpable, estar enamorada y la falta de recursos económicos entre otros. Solo 10,4% solicitaron ayuda médica (Macroencuesta, 2019).

Pero aunque es cierto que las mujeres no suelen contar de forma espontánea su situación de maltrato, también lo es que no les importaría hacerlo si se les preguntara de forma directa y no valorativa. En este sentido, diferentes estudios nos informan que el personal sanitario rara vez suele preguntar a las mujeres sobre su relación de pareja y la experiencia de violencia, en cambio un alto porcentaje de las mujeres encuestadas refiere que le parecería muy adecuado o adecuado que se hiciera. Estos datos se obtuvieron en un estudio realizado en Jaén, ya en 2008, en el que se objetivo que el 73,8% de las mujeres encuestadas afirmaban que rara vez o nunca se les había preguntado en consulta por sus relaciones familiares o de pareja, sin embargo, el 96,5% referían que les parecería bien que se hiciera y el 93,5% afirmaban que su respuesta sería sincera (Juan Manual García Torrecillas, 2008).

Otro estudio realizado esta vez en 2022 por el Grupo de Atención a la Mujer de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de la Comunidad Valenciana sobre VG y VIH obtuvo resultados similares en cuanto al hecho de si el personal sanitario indagaba o no en sus consultas sobre la vivencia de una situación de violencia en las mujeres. Una de las preguntas que se realizó a todas las mujeres del estudio fue si se les había

preguntado en consulta alguna vez sobre la existencia de violencia de género en sus relaciones de pareja. El 80% de mujeres seropositivas y el 93% de mujeres seronegativas afirmaron que nunca se les había realizado esta pregunta en las consultas (gráfico 5) (Eva Ibeas, Angela Muñoz, 2022).

Gráfico 5. Cribado de VG en mujeres víctimas de seropositivas y no seropositivas



Fuente Violencia de género y mujer VIH, 2022. Elaboración propia

Estos datos son congruentes con otros estudios referentes al infradiagnóstico de la VG por parte del personal sanitario, como hemos visto anteriormente, en los que se objetiva que muy frecuentemente es el personal sanitario quien no indaga sobre la posible existencia de una situación de violencia.

#### 2.4. Respuesta a la VG desde el ámbito sanitario en la Comunidad Valenciana.

Ya en 2008 la Generalitat Valenciana aprobó el *Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género* conocido como PDA (Pregunta, Detecta, Analiza), documento en el que se establecen unas pautas normalizadas para la búsqueda activa o detección precoz de posibles casos de violencia de género y la instauración de las medidas de intervención a seguir ante los casos identificados (anexo 1). En este protocolo se reflejan las funciones del personal sanitario en prevención, detección y seguimiento de la violencia de género y también los recursos destinados a la sensibilización, prevención, atención, y asistencia de las víctimas de la violencia de género.

Así mismo, además de estas funciones, en este protocolo se contempla que dentro de las labores del personal sanitario en cuanto a la detección y prevención de la violencia

de género se encontraría el preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres mayores de 14 años que acuden a consulta sobre la existencia de violencia de género en sus relaciones de pareja, haya signos de sospecha o no. Es lo que el protocolo denomina “cribado universal de violencia de género” y que obligaría a todo el personal sanitario a integrar esta tarea como una actividad preventiva habitual con la que se facilitaría la detección precoz de una situación de violencia sufrida por la mujer (*Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género PDA*, 2009).

En 2010 la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valencia inició el desarrollo del *Sistema de información para la detección y actuación frente a la violencia de género/doméstica en personas adultas* (a partir de ahora SIVIO) como herramienta informática que permitiera implantar el *Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género* (PDA) en las consultas sanitarias, estando accesible su utilización desde 2012. Esta aplicación, basada en el PDA, permite a través de diferentes cuestionarios detectar la violencia (bien por cribado a toda mujer mayor de 14 años que acuda a la consulta o bien por detección de indicadores de sospecha), calcular el riesgo y decidir el plan de actuación según los resultados obtenidos a través de una secuencia lógica de medidas de actuación o algoritmos (anexo 2). El acceso a esta herramienta se puede realizar a través de los diferentes sistemas informáticos tanto de Atención Primaria como de atención hospitalaria y aunque todo el personal que puede acceder a las historias de salud puede realizar el SIVIO solo el personal facultativo tendrá acceso al parte de lesiones para su cumplimentación.

Posteriormente en 2012, la Ley 7/2012, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana también hace referencia en su artículo 37.4 la importancia de la sensibilización y formación en VG en el personal sanitario para una correcta detección de los casos:

(...) el personal sanitario de las áreas de atención primaria, atención especializada y servicios de urgencias que, en el desempeño de su trabajo, puedan tener contacto con posibles víctimas de este tipo de violencia en los centros sanitarios, públicos o privados, y de servicios sociales, recibirán formación en la materia, enfocada a la sensibilización y reconocimiento de tales situaciones, con el fin de mejorar la prevención e impulsar el diagnóstico precoz de estos casos de violencia

Por otro lado, tal como se recoge en el *Acuerdo Interinstitucional por el que se aprueba el Protocolo para la coordinación de las actuaciones en materia violencia de género en la Comunitat Valenciana* y en relación con el artículo 37.4 de la Ley 7/2012 anteriormente comentado, el *Plan de Formación Continua de la Conselleria de Sanitat*, desarrollado

por la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), incluye anualmente acciones de formación voluntaria en materia de violencia de género. También desde la Unidad de Programas de Promoción de la Salud del Centro de Salud Pública de Castellón se han realizado formaciones aisladas y de forma no periódica en Atención Primaria sobre el manejo de la aplicación SIVIO.

A pesar de la legislación, la existencia del protocolo, su herramienta de aplicación y el plan de formación impulsado desde el EVESP la respuesta obtenida por parte de las y los profesionales no ha sido la esperada. El sistema de formación y sensibilización propuesto en el *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género* de 2012, donde prima el voluntarismo, parece no haber sido efectivo dada la escasa participación e implicación del personal sanitario. Hay que añadir a esta realidad que en la formación de los estudios de grado no se ha incorporado la perspectiva de género en sus contenidos, ni existen asignaturas básicas u obligatorias sobre salud y género como veremos en otro punto.

La realidad es que tanto el PDA como su herramienta informática SIVIO no han sido acogidos de la forma esperada por el personal sanitario dados los bajos porcentajes de su cumplimentación. Según los datos recogidos desde 2014 a 2018 en un estudio realizado en 2021 en La Comunidad Valenciana se objetivó que, aunque los registros de cribado habían aumentado en más de 28 veces durante este periodo de tiempo (de 3.148 registros en 2014 a 90.394 en 2018) y teniendo en cuenta la población de mujeres mayores de 14 años con tarjeta sanitaria en el Sistema Valenciano (2.159.637 mujeres), el porcentaje de mujeres cribadas no supera el 4.4% (gráfico 6) (Ainara Nardi Rodríguez, Purificación Heras González, 2021).

En relación con los partes de lesiones, solo se han realizado en un 17,9% de las mujeres (sin distinción entre si el motivo que lo originó fue el cribado o la solicitud de asistencia por VG) y la valoración del riesgo no se realizó a todas las mujeres en las que se detectó una situación de VG, y en las que se realizó se llegó a detectar hasta un 65% de situaciones de peligro extremo (Ibidem, 2021).



Fuente: Ainara Nardi Rodríguez, Purificación Heras González, 2021

Con los datos analizados se concluye que no existe una sistematización del protocolo, que no se realiza y/o no se informa de la situación de peligro extremo y que solo en un pequeño porcentaje de mujeres se realiza un seguimiento o una derivación especializada (Ibidem, 2021).

## 2.5. La formación en estudios de grado en ciencias sociosanitarias

Para el desarrollo de este punto considero necesario comentar inicialmente como es el modelo médico que nos ha formado. Los conceptos desarrollados por la ciencia médica surgen de una cultura androcéntrica, de un mundo dominado por hombres. Es por esto por lo que la medicina toma como referencia de cuerpo humano al cuerpo del hombre, quedando el cuerpo de la mujer relegado a un segundo plano, el cuerpo patológico, o solo tenido en cuenta en su aspecto reproductivo. Las diferencias por sexo se convierten de este modo en desigualdades (ejemplos de ello son: la no representatividad de las mujeres en los estudios de investigación o la presentación de datos no desagregados por sexo). También cabe destacar al abordaje biologicista de la medicina, en el que solo se tiene en cuenta lo biológico en el proceso de atención/salud/enfermedad obviando otros determinantes implicados como los económicos, sociales, culturales (entre ellos el sistema de género), etc....Esta visión sesgada de la medicina va a influir de forma negativa en la salud de las mujeres invisibilizando sus necesidades específicas y, consecuentemente, influyendo en una peor atención, accesibilidad y distribución de recursos, favoreciendo un exceso de mediación en la mujer. De este modo el modelo médico está contribuyendo a la perpetuación de desigualdades, donde se privilegia lo heteronormativo y no se tiene en cuenta las identidades personales (Purificación Heras, 2018; Clara Benedicto, 2018).

Como se ha comentado anteriormente, a pesar de la legislación, los estudios de grado no han incorporado en sus planes docentes asignaturas obligatorias en relación con la atención y la asistencia en el proceso atención/salud/enfermedad y el sistema de género.

Una revisión del temario de las asignaturas del grado en Medicina de la UJI muestra que, aunque en diversas asignaturas consta la igualdad o el abordaje a la violencia de género como una competencia adquirida tras haber cursado la asignatura, solo en 3 de ellas hay un tema o práctica específica sobre esta cuestión (tabla 4):

- Temario específico:

- Epidemiología y salud pública (un apartado dentro de un punto de un tema sobre determinantes de salud),
  - Medicina legal (un tema sobre agresiones sexuales y otro tema sobre violencia de género)
  - Medicina de urgencias (una práctica compartida con el tema atención al enfermo terminal)
- Competencia adquirida según refiere el plan docente de las asignaturas y aunque no se hace referencia alguna a estos asuntos en el temario:
- Psicología (detección y manejo de la violencia de género),
  - Antropología (fomentar el respeto a la diversidad, equidad e igualdad de género),
  - Medicina Familiar y Comunitaria (fomentar el respeto a la diversidad, equidad e igualdad de género y detección y manejo de la violencia de género)
  - Medicina de Urgencias (detección y manejo de la violencia de género)
- (UJI, 2017)

*Tabla 4. Grado en Medicina de la UJI. Temas específicos y competencias adquiridas*

Asignatura	N.º Créditos	Tema específico	Competencias adquiridas
Psicología	6	-	si
Antropología	6	-	Si
Prácticas en centro de salud	6	-	Si
M Familiar y Comunitaria	6	-	Si
Epidemiología y Salud Pública	8	Si	-
Medicina Legal	6	Si	-
Ginecología	6	-	-
Med Urgencias	6	Si	Si
Psiquiatría	6	-	-
Prácticas USM	6	-	-
Prácticas Ginecología	6	-	-
Prácticas AP	6	-	-
Prácticas pediatría	9	-	-

Fuente Página web UJI. Elaboración propia.

Revisado el plan docente del grado de enfermería de la UJI encontramos una asignatura, Cuidados de salud y género, de 6 créditos y con un contenido específico sobre el tema que nos ocupa (UJI, 2022), situado en último lugar de una asignatura con 12 temas que, además, es optativa. Aunque el contenido de la asignatura revisa todos los conceptos generales sobre el sistema sexo/genero, roles y estereotipos, construcción social del género, etc.... necesarios para una correcta comprensión del

origen de la VG, el tema específico de atención sanitaria a la VG queda al final del temario pudiendo ocurrir que, por problemas organizativos, quede pendiente.

Considero interesante incluir en este punto los resultados de una encuesta realizada previa a una charla sobre VG con motivo del acto de bienvenida a los nuevos y nuevas residentes, tanto de medicina como de enfermería, de nuestro departamento de salud en mayo de 2023 (anexo 3).

Como datos más relevantes recogemos estos resultados (anexo 4):

- ✓ el 94,2% reconoce la VG como un problema de salud en la mujer,
- ✓ El 56,6 % cree que es más frecuente en las clases sociales bajas,
- ✓ Solo un 26% conoce los protocolos y un 28,3% conoce los recursos, pero aún y así el 56% se siente con la suficiente capacitación para abordar situaciones de VG.
- ✓ El 88,7% refiere conocer los indicadores de sospecha de la VG, aunque
  - el 13% no reconoce la lesión del lóbulo de la oreja como un signo de sospecha,
  - el 9,4% tampoco reconoce las mordeduras humanas,
  - el 3,8% no reconoce ni las fracturas de antebrazo ni las fracturas nasales como signos.
- ✓ El 34,6% nunca han recibido formación sobre sistema de género a lo largo de sus vidas, del personal que la recibió:
  - Un 38,5% fue durante el grado, formando parte de una asignatura en un 92,9%.
  - El 19,2% la recibió formación voluntaria.
- ✓ El 25% nunca ha recibido formación sobre VG a lo largo de su vida, del 75% que sí que la había recibido:
  - Un 25% tenía formación voluntaria,
  - Un 19,20% había recibido formación durante el instituto,
  - Un 51,9% durante el grado.

De la formación recibida durante el grado un 93,9% refería que el contenido estaba dentro de un tema de una asignatura.

### 3. MARCO INSTITUCIONAL DEL PROYECTO

El proyecto que aquí se presenta como trabajo fin de Máster, se trata de un proyecto formativo para personal sanitario del Departamento de Salud de Castellón como actividad a realizar por parte de la Comisión de Igualdad y contra la Violencia de Género de dicho departamento. Esta comisión tiene como objetivos, entre otros: (1) proponer acciones de sensibilización y formación en el abordaje de la violencia; (2) potenciar la utilización de la aplicación SIVIO; (3) unificar criterios en la atención a las mujeres; (4) elaborar mapas de recursos especializados; y (5) adaptar y vigilar la aplicación de los protocolos específicos (Documento interno).

Toda propuesta formativa para el personal del departamento tiene que ser presentada en La Unidad de Investigación y Calidad del Departamento de Salud de Castellón para su aprobación. Esta comisión tiene como objetivos promover, fomentar y facilitar los trabajos de investigación y de calidad en nuestro Departamento, así como valorar la calidad de los proyectos de formación propuestos previo a su aprobación.

Esta comisión se reúne mensualmente, la propuesta será presentada en abril de 2024 de modo que pueda iniciarse la formación en septiembre de 2024 coincidiendo con la incorporación de la nueva promoción de residentes de enfermería y de medicina y tras la época vacacional. Tras la aprobación por la comisión se informará tanto a Gerencia como a Dirección Medica (hospitalaria y de Atención Primaria) del departamento, y posteriormente a todas las Jefaturas de Servicio, Jefaturas de Zona y Coordinaciones de enfermería.

En caso de que un proyecto incluyera un tratamiento de datos personales que vulnerara los derechos de los participantes (LOPDGDD 3/2018, de 5 de diciembre), este sería remitido desde la Unidad de Investigación a la Comisión de Ética para su valoración.

En el caso de este proyecto formativo no sería necesaria la participación de la Comisión de Ética, dado que las encuestas a realizar no recogerán datos a través de los cuales se pudieran identificar al alumnado. No obstante, sí sería necesario solicitar el consentimiento informado para la grabación de las sesiones formativas (anexo 5).

#### 4. FINALIDAD DEL PROYECTO

La finalidad del proyecto será conseguir prestar la mejor atención y apoyo a las mujeres que soliciten asistencia en nuestro departamento de salud, y a aquellas que viven o pueden vivir situaciones de violencia de género en la pareja o expareja, contribuyendo de este modo a erradicar la VG en nuestra sociedad.

#### 5. OBJETIVOS

##### 5.1. Objetivo general:

Proponer y favorecer la formación de los y las profesionales del Departamento de Salud de Castellón en materia de VG para mejorar la atención a las mujeres a las que se da cobertura.

##### 5.2. Objetivos específicos:

- a. Aportar conocimientos sobre el sistema sexo-género y los constructos sociales del género que contribuyan a un mejor entendimiento del porqué de la VG.
- b. Transmitir/presentar las consecuencias de la VG en la salud de las mujeres.
- c. Proporcionar las herramientas necesarias para mejorar la capacitación del personal sanitario en la detección, abordaje y seguimiento de las mujeres víctimas.
- d. Proporcionar la información pertinente respecto a los protocolos, normativas, así como los recursos con los que se cuenta para realizar derivaciones.

#### 6. METAS

- Conseguir que todo el personal sanitario del Departamento de Salud de Castellón tenga conocimiento de la existencia del proyecto de formación.
- Concienciar al personal sanitario de la importancia del problema y hacerles ver la necesidad de una correcta formación para un mejor abordaje del problema.
- Conseguir un mejor abordaje integral y multidisciplinar del tema de la VG en nuestro departamento.

#### 7. PERSONAS BENEFICIARIAS

Todo el personal sanitario que acceda a la formación será beneficiario del proyecto. Si bien, realmente las personas beneficiarias objetivo de este proyecto será toda la población femenina que es atendida en el departamento de Salud de Castellón, la cual se beneficiará de una mejor atención a su salud, en cuanto a situaciones de violencia contra la mujer se refiere.

## 8. PRODUCTOS

- Implicar al personal de la Comisión de Violencia de Género del departamento en su participación en la formación con el reconocimiento de la figura de una persona responsable dentro de la Comisión de Violencia de Género que asesore y supervise al resto de docentes del proyecto.
- Lograr que al menos un 35 % del personal sanitario acceda a la formación en su primera edición, implicando especialmente a todas las categorías profesionales de los servicios de ginecología, urgencias, salud mental, atención primaria y traumatología a través de la Gerencia, Direcciones y Jefaturas.
- Realizar una valoración inicial de los conocimientos del alumnado y otra valoración tras la formación.
- Asistencia mínima a un 80% de la formación
- Conseguir aumentar el porcentaje de cumplimentación de SIVIO en el Departamento de Castellón en un 30% el primer año de la edición del curso formativo.

## 9. LOCALIZACIÓN Y COBERTURA ESPACIAL

La formación se realizará de forma virtual a través de la plataforma de videoconferencias Webex. Esta plataforma permite reuniones de más de 100 participantes, así como la posibilidad de grabar las reuniones y almacenarlas en la nube, compartir pantalla y también cuenta con un chat, muy útil a la hora del foro de dudas o preguntas.

De esta forma, todo el alumnado podrá conectarse desde su puesto de trabajo, permitiéndose también la conexión desde un dispositivo móvil (aunque esto requiere descargarse la aplicación previamente). Cada sesión formativa será grabada, previo consentimiento informado del alumnado, pudiéndose acceder con posterioridad desde la página web en cualquier momento durante el periodo formativo, aunque es preferible la asistencia en directo para poder participar en el foro de dudas o preguntas.

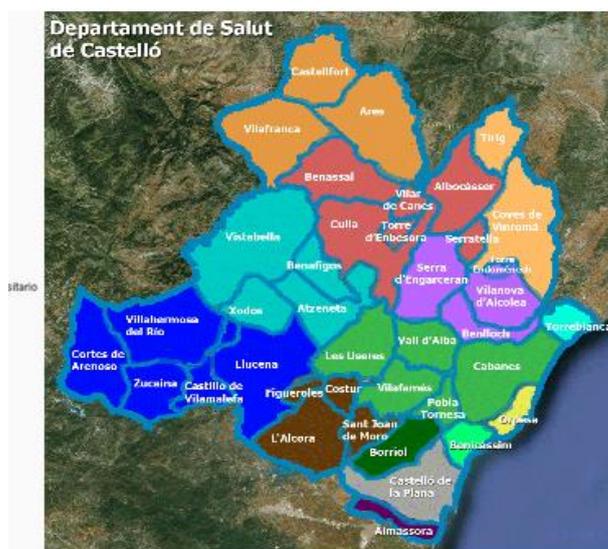
La cobertura espacial del proyecto abarcará toda el área del departamento de salud de Castellón (ilustración1).

### 9.1. Características del departamento de Salud de Castellón

El Departamento de Salud de Castelló se divide en 17 zonas básicas de salud, con 25 centros de salud ubicados en Castellón ciudad y los diferentes municipios del departamento. La asistencia especializada se centraliza en el Hospital General Universitario de Castelló (Hospital de referencia de los Departamentos de Salud de

Vinaròs y La Plana) y su Centro de especialidades Jaime I (dependiente del Hospital General).

Ilustración 1. Área del Departamento de Salud de Castellón



Fuente: Cobertura asistencial. Departamento de Salud de Castellón. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

Existen además diferentes unidades de apoyo:

- 3 Unidades de Rehabilitación
- 2 Unidades de Salud Sexual y Reproductiva
- 2 Unidades de Conductas Adictivas
- 9 Unidades de odontología
- 1 Unidad de Prevención de cáncer de Mama
- 7 Unidades de Salud Mental
- 1 Unidad de Prevención de Riesgos Laborales

Los recursos personales con los que cuenta el departamento y a los que irá dirigida la formación incluyen al personal facultativo y no facultativo (enfermería, matrona, auxiliar enfermería) y trabajo social (tabla 5)

Tabla 5. Recursos personales del Departamento de Salud de Castellón

	P facultativo	P no facultativo	En formación	T social	TOTAL
Nivel Hospitalario	447	1281	186	2	1916
Atención Primaria	267	328	72	17	684
TOTAL	714	1609	258	19	2600

Fuente: elaboración propia a partir de la Memoria de Actividad del Departamento de salud de Castellón

La población asignada a nuestro departamento a diciembre de 2022, según datos demográficos del Sistema de Información Poblacional, es de 298.038 personas, de ellas 149.915 hombres (50,3%) y 148.123 mujeres (49,7%).

Si nos acercamos a los números registrados en cuanto a la actividad asistencial en 2022 tenemos:

- 470.941 consultas externas (primeras y sucesivas)
- 1.312 partos (incluidas 357 cesáreas)
- 110.684 atenciones hospitalarias urgentes
- No queda registrada la actividad de Atención Primaria (primeras, sucesivas, urgencias, domicilios)

Los datos referentes a la atención a mujeres víctimas de VG podremos encontrarlos en los registros realizados en las consultas a través de la aplicación SIVIO. En relación con nuestra área de salud y durante el año 2022 encontramos los siguientes datos:

- 1802 mujeres a las que se les ha realizado el cribado (un 1,2% de mujeres cribadas), resultando positivo en 68 mujeres, es decir un 3,77%.
- Procedencia de los partes de lesiones:
  - o 31 partes cumplimentados como consecuencia de la realización del cribado
  - o 196 partes cumplimentados tras el acceso directo a ellos
- Tipos de violencias ejercidas en los últimos 12 meses (el total puede ser mayor al 100% al no ser preguntas excluyentes):
  - o 31% de los casos se detecta violencia física
  - o 65 % violencia psicológica
  - o 9% violencia sexual
  - o 0% otros tipos de violencia

## 10. FACTORES EXTERNOS CONDICIONANTES O PRE-REQUISITOS PARA EL LOGRO DE LOS EFECTOS E IMPACTO DEL PROYECTO

Es fundamental que el Departamento considere que el curso tenga interés, así como que haya una participación mínima del 35% del personal sanitario en cada edición.

## 11. INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

Como venimos comentando el proyecto ha de ser presentado en primer lugar a la Unidad de Investigación del Departamento para su aprobación. Posteriormente será necesario informar a Gerencia y Dirección Médica del departamento sobre la formación

y la necesidad de apoyo por su parte. Por otro lado, también es fundamental que las personas integrantes de la Comisión de Violencia de Género del Departamento se impliquen en el proyecto para el correcto desarrollo de la formación.

La difusión e información acerca de la formación a todo el personal sanitario del Departamento se realizará, al igual que en el resto de los cursos del Departamento, a través de diferentes medios desde la Unidad de Docencia, también encargada de la gestión del curso, con el apoyo de la Unidad de Comunicación y Prensa del departamento:

- Publicación del curso formativo por parte de la Unidad de Docencia en la página web del departamento en el Portal Apps DSCS.
- Vía mail
  - Desde la Gerencia/Dirección a todo el personal sanitario.
  - Desde las Jefaturas de Zona o de Servicio a todo el personal médico y de trabajo social.
  - Desde las Coordinaciones de Enfermería al personal de enfermería y auxiliares de enfermería.
- Cartelería informativa en todos los servicios y zonas de salud del departamento.
- A través WhatsApp/Telegram del departamento.

## 12. EVALUACIÓN

- Durante los cursos, se realizará una encuesta inicial a través de formularios de Google que valorará el grado de conocimientos y actitudes del personal sanitario frente al problema de la VG. Una vez finalizada la formación se realizará otra encuesta que nos permitirá objetivar si ha habido cambios respecto a la primera. Estas encuestas serán elaboradas por las docentes de la formación pertenecientes a la Comisión de Violencia de Género. El acceso a la primera encuesta se realizará tras la inscripción al curso y previo a su inicio en la página web del departamento en el Portal Apps DSCS. Al finalizar el curso y a través del mismo portal se podrá acceder a la segunda encuesta de valoración de conocimientos. Los resultados serán analizados a través de la plataforma RedCap y serán difundidos por la comisión a través de la Unidad de Prensa en la página web del Departamento. Así mismo, se realizará una encuesta de satisfacción sobre la formación. La comisión de Violencia de Género se encargará de la valoración de estas encuestas, ver si los resultados han cambiado tras la formación, reflexionando sobre los mismos, y también sobre el grado de satisfacción del alumnado en base a una futura mejora de la formación.

- Se valorará el porcentaje de personas formadas, así como su asistencia a los diferentes módulos.
- De forma indirecta también se podrá realizar una valoración de la formación a través del análisis de los datos aportados por SIVIO en los que se debería reflejar un aumento en la cumplimentación del PDA en el Departamento en el año posterior a la realización del curso bien, por cribado universal o por detección de indicadores de sospecha.

### III. ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS A REALIZAR

#### 1. FASES DEL PROYECTO

##### 1.1. FASE 1ª (tabla 6)

En primer lugar, se presentará el proyecto formativo a La Unidad de Investigación del Departamento. El proyecto se desarrollará si consigue:

- La aprobación del proyecto formativo por parte de la Unidad de Investigación del Departamento.
- Que la Gerencia del Departamento crea firmemente en la importancia de la sensibilización y formación de su personal sanitario en violencia contra las mujeres y así lo transmita a todo el personal sanitario.
- Se requiere también por parte de la Gerencia su implicación para facilitar la modificación de agendas o tareas que permitan el acceso a la formación a tiempo real.
- Por otro lado, es necesaria la implicación de la Comisión de Violencia de Género para participar en la formación.

La formación estará abierta a todo el personal del Departamento de Salud, aunque se requerirá de una inscripción previa. Tras la inscripción se sugerirá que accedan y cumplimenten una encuesta anónima para la valoración de conocimientos sobre el tema y firmen el consentimiento informado para la grabación de las clases a través de los diferentes medios anteriormente descritos (anexo 5).

Tabla 6. Calendario de actividades. Fase 1ª

WinCalendar	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	
Abr. 2024	7 <small>Semana 15</small>	8 <b>Entrega propuesta del curso</b>					12	13
	14 <small>Semana 16</small>	15	16	17	18	19	20	
	21 <small>Semana 17</small>	22	23	24	25	26	27	
	28 <small>Semana 18</small>	29	30	1	2	3	4	
May. 2024	5 <small>Semana 19</small>	6 <b>Inscripción del curso</b>					10	11
	12 <small>Semana 20</small>	13	14	15	16	17	18	
	19 <small>Semana 21</small>	20	21	22	23	24	25	
	26 <small>Semana 22</small>	27 <b>Recepción de encuestas</b>					31	1

Fuente elaboración propia

## 1.2. FASE 2ª: FORMACIÓN (tabla 7)

Las clases se realizarán de forma online, a través de la plataforma Webex en directo para una mejor participación del alumnado en el foro de preguntas, aunque quedarán gravadas para que el personal que por motivos laborales puntuales no pueda asistir en directo a algún módulo pueda acceder a ellas con posterioridad, siempre dentro del periodo de tiempo de la formación.

La formación consistirá en 20 sesiones de 90 minutos de duración (30 horas) dentro del horario laboral (de 13:30h-15:00h) distribuidas en dos sesiones semanales desde septiembre a noviembre de 2024, con el fin de poder captar a las nuevas incorporaciones de residentes y fuera de periodo vacacional.

La formación se repetirá de forma anual con la finalidad de que todo el personal del departamento, así como las nuevas incorporaciones, puedan acceder a él a lo largo de los 3 años de duración, ajustando el cronograma a cada calendario anual.

Tabla 7. Calendario de actividades. Fase 2ª

Sep. 2024	8 Semana 37	9	10	11	12	13	14
	15 Semana 38	16	17	18	19	20	21
	22 Semana 39	23	24	25	26	27	28
	29 Semana 40	30	1	2	3	4	5
Oct. 2024	6 Semana 41	7	8	9	10	11	12
	13 Semana 42	14	15	16	17	18	19
	20 Semana 43	21	22	23	24	25	26
	27 Semana 44	28	29	30	31	1	2
Nov. 2024	3 Semana 45	4	5	6	7	8	9
	10 Semana 46	11	12	13	14	15	16
	17 Semana 47	18	19	20	21	22	23

Fuente elaboración propia

### 1.2.1. Contenido teórico

Cada módulo se trabajará en dos sesiones, excepto el módulo 2 y el 4 en los que se utilizarán 4 sesiones para cada uno dada la mayor cantidad de contenido.

Módulo 1: Conceptos generales

- El sistema sexo/género

- Socialización del género (socialización diferencial)
- Roles y estereotipos
- Androcentrismo: división del trabajo, de los espacios y del tiempo, lenguaje sexistas, el cuerpo del hombre como modelo de cuerpo humano ...
- Sexismo, machismo, micromachismos
- Feminismo, nuevas masculinidades
- El sistema de género como determinante de la salud

El objetivo del módulo es proporcionar unos conceptos básicos que faciliten el entendimiento del resto de material didáctico.

#### Módulo 2: Introducción a la violencia de género

- Teorías y definiciones de la violencia de género
- La violencia de género como violencia estructural. Perpetuación social de la violencia de género
- Objetivo de la violencia de género
- Violencia de género/violencia doméstica
- Multicausalidad de la violencia de género: relaciones de poder, resolución de conflictos, perpetuación del amor romántico
- Mecanismos explicativos de la VG: Modelo piramidal
- Tipos de violencia contra la mujer
- Tipos de violencia de género
- El fenómeno del iceberg de la violencia de género

El objetivo de este módulo es entender el porqué de la VG, consecuencia de las desigualdades de poder entre hombres y mujeres, y su objetivo final de sometimiento y dominación de la mujer por el hombre. También conocer los diferentes tipos de violencia y diferenciar la violencia doméstica (machista o de género) de la intrafamiliar. Estos contenidos favorecerán el correcto abordaje sanitario que se desarrollará en los módulos posteriores.

#### Módulo 3: La violencia género como problema de salud

- Gravedad del problema
- Magnitud del problema
- Repercusiones en la salud de la mujer y menores
- Infradiagnóstico de la violencia en el ámbito sanitario

El objetivo de este módulo es sensibilizar al personal sanitario frente al problema de la VG a través de los diferentes datos ofrecidos sobre la frecuencia de la violencia, la gravedad y las repercusiones en la salud de la mujer a corto y largo plazo, así como

conseguir que se comprenda la importancia del sistema sanitario en detección temprana de la VG.

#### Módulo 4: Atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia de género

- Ciclo de la violencia
- Fases de cambio de Prochaska y Diclemente
- Indicadores de sospecha
- Valoración del riesgo vital
- Valoración global de la violencia de género

La formación sobre el ciclo de la violencia y las fases de cambio nos ayudarán a entender las diferentes actitudes que podemos encontrar en las mujeres víctimas que debemos comprender y no juzgar. Esto junto con las herramientas sobre cómo abordar la violencia en la consulta y el conocimiento de los indicadores o signos de sospecha favorecerán la detección y el seguimiento de la VG.

#### Módulo 5: - Abordaje de la Violencia en consulta

- Abordaje biopsicosocial
- Entrevista clínica centrada en la mujer: empatía, escucha activa...
- Entrevista clínica orientada: preguntas facilitadoras
- Que no hacer (mitos y prejuicios)

Tras la formación teórica sobre la VG, el objetivo de este módulo sería trabajar en la adquisición de las habilidades necesarias para el correcto abordaje en consulta de la situación de violencia, analizando las diferentes herramientas a nuestro alcance y superando los diferentes obstáculos, que como hemos comentado anteriormente, limitan el acercamiento de los y las profesionales a las mujeres víctimas de la violencia.

#### Módulo 6: Introducción a la aplicación SIVIO

- Algoritmo de actuación
- Cuestionario PDA
- Cuestionario AAS
- Valoración del riesgo
- Plan de actuación
- Seguimiento de las mujeres víctimas

En este módulo se pretende aproximar al alumnado a la aplicación SIVIO como herramienta que nos facilita las diferentes intervenciones a realizar en caso de detectar una situación de VG, así como su registro.

### Módulo 7: Aspectos éticos y marco legal

- Ética profesional
- Derechos de la mujer como paciente
- Ámbito legal
- Modelos de atención a la violencia de género
- Parte de lesiones

Con este material se pretende abordar el dilema ético con el que nos podemos enfrentar en la consulta ante una mujer que no quiera denunciar y nuestra obligación como profesionales a denunciar un delito. También se trabajará sobre la importancia de un correcto registro en la historia clínica de la mujer y/o la correcta cumplimentación del parte de lesiones para su posterior utilización como prueba pericial.

### Módulo 8: Proceso asistencial

- Actuación mínima. Garantía de continuidad del proceso asistencial
- Recursos disponibles

Los objetivos de este módulo son garantizar un paquete de mínimos ante la detección de un caso de VG en el que se priorizará la continuidad de la atención a la mujer y también dar a conocer los recursos disponibles en nuestra zona de actuación.

## 1.2. FASE 3: EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS (tabla 8)

Durante el mes de diciembre se realizará la evaluación y análisis de los datos de la encuesta inicial y la realizada tras la formación y también de la encuesta de satisfacción del alumnado tal y como viene referido anteriormente en el punto 12 del apartado II (tabla 8).

Tabla 8. Calendario de actividades. Fase 3ª

	24	Semana 48	25	<b>Recepción de encuestas</b>			26	30
<b>Dic. 2024</b>	1	Semana 49	2	<b>Evaluación y análisis de datos</b>			6	7
	8	Semana 50	9	<b>Evaluación y análisis de datos</b>			13	14
	15	Semana 51	16	<b>Evaluación y análisis de datos</b>			20	21
	22	Semana 52	23	24	25	26	27	28

Fuente elaboración propia

## 2. CALENDARIO COMPLETO DE ACTIVIDADES

El calendario de actividades docentes se ha elaborado teniendo en cuenta que la formación se realizará dentro del horario laboral. Se iniciará la primera fase en abril con

la propuesta del curso y con la realización de inscripciones y realización del cuestionario de conocimientos. Continuando con las siguientes fases. (tabla 9).

Tabla 9. Calendario completo de actividades

WinCalendar	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado		
Abr. 2024	7 Semana 15	8	Entrega propuesta del curso				12	13	
	14 Semana 16	15	16	17	18	19	20		
	21 Semana 17	22	23	24	25	26	27		
	28 Semana 18	29	30	1	2	3	4		
May. 2024	5 Semana 19	6	Inscripción del curso				10	11	
	12 Semana 20	13	14	15	16	17	18		
	19 Semana 21	20	21	22	23	24	25		
	26 Semana 22	27	Recepción de encuestas				31	1	
Sep. 2024	1 Semana 36	2	3	4	5	6	7		
	8 Semana 37	9	10	11	12	13	14		
	15 Semana 38	16	17	18	19	20	21		
	22 Semana 39	23	Módulo 1	24	25	Módulo 1	26	27	28
	29 Semana 40	30	Módulo 2	1	2	Módulo 2	3	4	5
Oct. 2024	6 Semana 41	7	8	9	10	11	12		
	13 Semana 42	14	Módulo 3	15	16	Módulo 3	17	18	19
	20 Semana 43	21	Módulo 4	22	23	Módulo 4	24	25	26
	27 Semana 44	28	Módulo 4	29	30	Módulo 4	31	1	2
			Módulo 5			Módulo 5			
Nov. 2024	3 Semana 45	4	5	6	7	8	9		
	10 Semana 46	11	Módulo 6	12	13	Módulo 6	14	15	16
	17 Semana 47	18	Módulo 7	19	20	Módulo 7	21	22	23
	24 Semana 48	25	Módulo 8			Módulo 8			
Dic. 2024	3 Semana 45	4	Recepción de encuestas				29	30	
	1 Semana 49	2	Evaluación y análisis de datos				6	7	
	8 Semana 50	9	Evaluación y análisis de datos				13	14	
	15 Semana 51	16	Evaluación y análisis de datos				20	21	
	22 Semana 52	23	24	25	26	27	28		
29 Semana 53	30	31	1	2	3	4			

Fuente elaboración propia

### 3. MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR

Dado el gran número de personal que trabaja en nuestro departamento se ha optado por la formación online. Este tipo de formación tiene la ventaja de poder llegar a un gran número de asistentes, pero también cuenta con grandes desventajas como un menor compromiso de asistencia o una mayor facilidad para dejar de prestar atención (multitareas). Por otro lado, el hecho de compartir pantalla para la visualización de los distintos contenidos limita la valoración de la respuesta del alumnado dado que se pierde la comunicación no verbal y favorece la no participación de la asistencia.

El material didáctico será presentado en un PowerPoint con animación que contenga imágenes, pudiéndose intercalar algún video o Podcast en relación con los contenidos con la finalidad de mantener la atención del alumnado. También se incluirán tareas a realizar durante las clases a través de cuestionarios a los que se accederá a través de un código QR presentado al inicio de cada módulo, se introducirán de este modo preguntas de ejemplos reales que impliquen al alumnado en la charla.

Dada el alto número de alumnado esperado resulta complicada la interacción durante las sesiones, por ello se organizarán los contenidos de forma que siempre quede al final de cada clase un mínimo de 30 minutos para responder a dudas o compartir experiencias.

### 4. DETERMINACIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS

#### 4.1. Recursos humanos:

Personal del departamento que forme parte de la Comisión de Violencia de Género:

- ✓ Trabajo social: 2
- ✓ Personal de Enfermería:
  - 1 enfermera de Atención Primaria,
  - 2 matronas,
  - 1 enfermero del servicio de urgencias del hospital,
  - 1 enfermera de la unidad de docencia
- ✓ Personal de Medicina:
  - 1 pediatra,
  - 1 ginecóloga,
  - 2 médicas de familia pertenecientes al servicio de urgencias hospitalarias,
  - 1 médica de familia perteneciente a Atención Primaria
- ✓ Técnica de igualdad del departamento: 1

- ✓ Una psicóloga

Todo el personal mencionado forma parte de la comisión de VG del departamento desde su fundación en 2018, es personal implicado en el tema de la VG que ha venido colaborando en diferentes proyectos a lo largo de estos años (anexo 6).

#### 4.2. Recursos materiales

El material didáctico utilizado ha sido diseñado en base a los contenidos de diferentes asignaturas del Máster Universitario en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado (Mercedes Alcañiz y M<sup>a</sup> José Rodríguez, 2018; Anastasia Téllez y Octavio Salazar, 2018; Purificación Heras, 2018; M<sup>a</sup> José Mateu, 2018; Nicole Schmal, 2018; Vita Arrufat, 2018; Jordi Ferrus y Purificación Heras 2018) y a la revisión de diferentes cursos de formación en VG para personal sanitario (EVES, 2023a, EVES 2023b, Raquel Gómez Bravo, 2020).

Inicialmente se introducirán conceptos generales sobre el sistema sexo-género y construcción social de género para una mejor comprensión de los contenidos posteriores a desarrollar. Se definirá la VG, los tipos de VG y sus causas. Posteriormente se abordará la atención a la mujer víctima de violencia desde el punto de vista sanitario, así como la aplicación informática para su registro en la historia y los recursos disponibles existentes.

El contenido de la formación será revisado por toda la comisión y los temas serán distribuidos para ser impartidos en relación con las competencias de cada cual.

#### 4.3. Recursos técnicos

El departamento cuenta la infraestructura necesaria para realizar una formación online. Todo el personal sanitario tiene acceso a un ordenador en su puesto de trabajo o en su servicio que le permita acceder a una formación online a través de la intranet del departamento.

#### 4.4. Recursos Financieros

Dado que el personal que realizará la formación forma parte del personal del departamento y el horario estará dentro de la jornada laboral, no va a suponer ningún gasto añadido para el departamento, tan solo se precisaría de la implicación por parte de Gerencia, Direcciones y Jefaturas para garantizar la flexibilidad en la modificación de agendas y horarios para la realización de los cursos.

La información sobre la formación vía mail, vía WhatsApp/Telegram o a través del Portal Apps DCS a todo el departamento tampoco generaría ningún gasto dado que se cuenta con toda la infraestructura necesaria para ello. Referente a la cartelería informativa

propuesta para los diferentes servicios del hospital y centros de salud también el departamento cuenta con medios propios, ya presupuestados y disponibles para ello, cuya responsabilidad corre a cargo de la Unidad de Comunicación y Prensa

También el departamento en el momento actual cuenta con la infraestructura necesaria para que el personal pueda conectarse online desde su puesto de trabajo.

## 5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DE GESTIÓN DEL PROYECTO

Será la Comisión de Investigación del Departamento quien cuenta con la potestad para aprobar la formación. Una vez superado este primer paso será necesario informar a Gerencia y Dirección, así como a la Unidad de Docencia, pues su implicación es fundamental para facilitar la realización del curso, colaborar en la difusión de este.

La comisión de Violencia de Departamento de Salud de Castellón será la encargada de impartir la formación. Existirá una responsable dentro de la comisión que distribuya las tareas de formación acorde a las competencias profesionales de cada integrante del grupo. Esta comisión también se encargará de la valoración de las encuestas y reflexionará sobre los resultados de la formación y el grado de satisfacción del alumnado.

Ilustración 2. Organigrama del desarrollo del proyecto



Fuente elaboración propia

#### IV. CONCLUSIONES

Las conclusiones de este trabajo derivan fundamentalmente de la revisión de los diferentes apartados expuestos en él. Los diferentes instrumentos normativos desarrollados por las organizaciones internacionales, al igual que la legislación española, tanto de ámbito nacional como a nivel de las comunidades autónomas abogan por la erradicación de la VG destacando la importancia de un abordaje multidisciplinar del problema. Los diferentes protocolos desarrollados destacan la importancia del ámbito sanitario para la detección, atención y seguimiento de las mujeres víctimas.

Pero, a pesar de la legislación, nos encontramos con una realidad en el sistema sanitario que obstaculiza el correcto abordaje de la VG. Por un lado, partimos de una Medicina androcéntrica y biologicista, cuyo ejemplo de cuerpo humano es el cuerpo del hombre y que además no tiene en consideración la historia de vida de las personas, repercutiendo todo esto de forma negativa en el proceso de atención/salud/enfermedad de las mujeres. Estos sesgos del conocimiento médico, fruto de la falta de perspectiva de género, se siguen transmitiendo por el curriculum oculto de generación en generación a los y las nuevas profesionales.

Por otro lado, en los planes docentes de los grados sanitarios no se han actualizado sus temarios, no se ha incorporado la perspectiva de género, ni se han incluido asignaturas específicas y obligatorias que mejoren los conocimientos en el alumnado sobre el sistema de género ni la violencia contra la mujer a pesar de que todo esto viene recogido en la legislación. De igual modo la formación postgrado, voluntaria, no ha conseguido sensibilizar y formar en temas de violencia de género. Y, tal como hemos visto, tampoco los diferentes protocolos y herramientas desarrolladas han conseguido implicar al personal en este tema.

Es necesaria pues una formación específica y no voluntaria sobre VG dada la importante repercusión en la salud de las mujeres que la sufren. Ya que se ha constatado que la VG afecta a la salud de la mujer generando lesiones físicas y psíquicas graves que perduran en el tiempo, esto nos debería obligar a actuar en consecuencia porque de no hacerlo estaríamos colaborando en la perpetuación de la violencia.

Si no conocemos el porqué de la VG, como es esa violencia, que tipo de lesiones produce, como se siente la mujer según la fase del ciclo o según la fase de cambio en la que se encuentre, no podremos actuar ante el problema. Es necesario estar alerta ante signos o indicadores de sospecha de maltrato y no conformarnos con el mero

hecho de atender de forma puntual las lesiones y/o diferentes quejas que presente la mujer, o intentar mejorar sus síntomas, sin profundizar en las causas que los originan.

Tenemos que estar preparadas y preparados para abordar de forma correcta el tema de la VG en la consulta, necesitamos para ello, aparte de contar unos conocimientos teóricos específicos, desarrollar las habilidades necesarias, dejando de lado nuestros propios prejuicios, que nos faciliten el abordaje del problema en la consulta a través de una entrevista clínica centrada en la mujer, en la que prime nuestra actitud empática y la escucha activa, favoreciendo de este modo una relación basada en la confidencialidad.

La consecuencia de mirar a otro lado dará lugar a una sobremedicalización de la mujer y a un empeoramiento de su salud, sin olvidar que con ello estaremos contribuyendo a la invisibilización y perpetuación de esta lacra social.

Todos estos motivos expuestos han dado lugar a la realización de un proyecto formativo necesario para conseguir una mejor capacitación del personal sanitario en VG tanto para la detección del problema como para su correcto abordaje y seguimiento.

## V. BIBLIOGRAFIA

Ander-Egg, Ezequiel y María José Aguilar. (2005). *Como elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Lumen-Humanitas.

Alcañiz Moscardó, Mercedes y Rodríguez Jaume, M<sup>a</sup> José. (2018). SRM002 La teoría del sistema sexo/género. *Máster en Igualdad y Género en el ámbito público y privado*. Universidad Jaime I. Castellón.

Arrufat Gallén, Vita. (2018). SRM024. Planes y Programas para Prevenir y Erradicar la Violencia y Fomentar la Salud. *Máster en Igualdad y Género en el ámbito público y privado*. Universidad Jaime I Castellón.

Benedicto, Clara. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 38 (134); 607-625. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Clara%20benedicto%20g%C3%A9nero%20y%20salud%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Clara%20benedicto%20g%C3%A9nero%20y%20salud%20(1).pdf)

Comunidad Valenciana. Ley 7/2012, de 23 de noviembre, de la Generalitat, Integral contra la Violencia sobre la Mujer en el Ámbito de la Comunitat Valenciana. *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*, 28 de noviembre de 2012, núm. 6912. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/12/11/pdfs/BOE-A-2012-14978.pdf>

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

Consellería de Sanidad Universal y Salud pública. Departamento de salud de Castellón. (2022). *Memoria de actividad*. Disponible en: <https://castellon.san.gva.es/es/memorias-actividad>

Consellería de Sanidad Universal y Salud pública. Departamento de salud de Castellón. *Nuestra Organización*. Disponible en: <https://castellon.san.gva.es/hospital/presentacion> [Consulta: 16-6-2023].

Consellería de Sanidad Universal y Salud pública. EVES. (2023<sup>a</sup>). *Professionals sanitaris davant la detecció de la violència de gènere*, Disponible en: [https://eformacio.gva.es/zona-publica/edicion-public/10293?no\\_back=10293&lang=va&dates=1&datesEnroll=1](https://eformacio.gva.es/zona-publica/edicion-public/10293?no_back=10293&lang=va&dates=1&datesEnroll=1)

Consellería de Sanidad Universal y Salud pública. EVES. (2023b). *L'atenció de la violència de gènere des dels centres sanitaris: maneig de l'aplicació SIVIO*. Disponible en: [https://eformacio.gva.es/zona-publica/edicion-public/12247?no\\_back=12247&lang=va&dates=1&datesEnroll=1](https://eformacio.gva.es/zona-publica/edicion-public/12247?no_back=12247&lang=va&dates=1&datesEnroll=1)

Consellería de Salut i Consum de les Illes Balears. (2011). *Evaluación y atención sociosanitaria ante la violencia de género en el Área de salud de Ibiza y Formentera*. Recuperado en: <https://docusalut.com/bitstream/handle/20.500.13003/18623/Evaluaci%C3%B3n%20y%20atenció%C3%B3n%20sociosanitaria%20ante%20la%20violencia%20de%20g%C3%A9nero%20en%20el%20%C3%81rea%20de%20salud%20de%20Ibiza%20y%20Formentera.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Coll Vinent Puig, Blanca, Echeverría, Teresa, Farrás, Úrsula, Rodríguez, Dolores, Millá, José, y Santiñá, Manel. (2008). El personal Sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 22: 7-10. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108711932>

de Miguel Llorente, Noemi, Muñoz López, Cristina. (2016). Violencia de género y Atención Primaria. *Actualización en Medicina de Familia*, 12 (9): 517-523. Disponible en: <https://rafalafena.files.wordpress.com/2017/03/violencia-de-gc3a9nero-y-atencic3b3n-primaria-2016.pdf>

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2015). *La Atención Primaria frente a la violencia de género. Necesidades y propuestas*. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion\\_Primaria\\_VG.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primaria_VG.pdf)

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2020). *Macroencuesta de Violencia Contra la Mujer 2019*. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). Edición Ministerio de Igualdad. Recuperado

en:[https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta\\_2019\\_estudio\\_investigacion.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf)

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2020a). *Mujeres víctimas mortales por violencia de género en España a manos de sus parejas o exparejas*. Ministerio de Igualdad. Recuperado el 6 de septiembre de 2023 en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/2023/VMortales\\_2023\\_07\\_21.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/2023/VMortales_2023_07_21.pdf)

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2022b). *Menores víctimas mortales en casos de violencia de género contra su madre en España*. Ministerio de Igualdad. Recuperado el 6 de septiembre de 2023 en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/docs/VMortalesmenores\\_2023\\_01\\_23.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/docs/VMortalesmenores_2023_01_23.pdf) [15-6-2023]

Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género. (s.f.). *Acuerdo Interinstitucional por el que se aprueba el Protocolo para la Coordinación de las actuaciones en materia Violencia de Género en la Comunitat Valenciana*. Generalitat Valenciana. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/protocolos/home.htm>

Departamento de Salud, Gobierno Vasco y Osakidetza. (2019a). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia\\_prevencion\\_suicidio/es\\_def/adjuntos/plan\\_prevencion\\_suicidio\\_cast.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf)

Departamento de Salud, Gobierno Vasco Osakidetza. (2019b). *Guía de Actuación para Profesionales de la Salud. Ante la Violencia de Género y las Agresiones Sexuales en Euskadi*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Disponible en: [https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia\\_prevencion\\_suicidio/es\\_def/adjuntos/plan\\_prevencion\\_suicidio\\_cast.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf)

Diéguez Méndez Rebeca y Rodríguez Calvo María Sol. (2021). Percepciones del personal sanitario sobre la violencia de género. *Educación médica*, 22: 414-

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181321000139>

España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de diciembre de 2018, núm. 294. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 2004, núm 313. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>

España. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 30 de julio de 2018, núm 183. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752>

European Data Journalism Network. (s.f.). Femicides in Europe. Recuperado en: <https://www.europeandatajournalism.eu/femicides-in-europe/>

Eurostat. (2021). Demografía de Europa. *Estadísticas visualizadas*. Disponible en: [https://www.ine.es/prodyser/demografia\\_UE/img/pdf/Demograhya-InteractivePublication-2021\\_es.pdf?lang=es](https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/img/pdf/Demograhya-InteractivePublication-2021_es.pdf?lang=es)

Fernández Alonso, María del Carmen et al. (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atención Primaria*, 32 (7): 425-433. Recuperado en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-pareja-papel-del-medico-13053461>

Ferrús i Batiste, Jordi y Purificación Heras González. (2018). SRM026. Violencia Social. *Máster en Igualdad y Género en el ámbito público y privado*. Universidad Jaime I. Castellón.

Future Policy Award. (2014). *Poner fin a la violencia ejercida contra las mujeres y las niñas. Las mejores leyes y políticas del mundo*. Recuperado en: [https://www.worldfuturecouncil.org/wp-content/uploads/2016/01/WFC\\_2014\\_Future\\_Policy\\_Award\\_Es.pdf](https://www.worldfuturecouncil.org/wp-content/uploads/2016/01/WFC_2014_Future_Policy_Award_Es.pdf)

García Torrecillas, Juan Manuel et al. (2008). Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 40 (9): 455-461. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-deteccion-violencia-contra-mujer-consulta-13126422>

Generalitat Valenciana. (2009). Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA). *Agencia Valenciana de Salut*. Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/sscc/progSalud.jsp?CodProg=PS83&Opcion=SANMS118B&MenuSup=SANMS12&Nivel=2&MenuSup=SANMS12&Nivel=2>

Gómez Bravo, Raquel. (2020). Abordaje de la Violencia de Género en Atención Primaria [curso online]. *Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria*

Heras González, Purificación. (2018). SMR021. Género y proceso atención/salud/enfermedad. *Máster en Igualdad y Género en el ámbito público y privado*. Universidad Jaime I Castellón.

Ibeas Martínez, Eva y Muñoz Navarro, Ángela. (2022, 4 de marzo). Violencia de género y mujer VIH [PowerPoint]. *IV Congreso Internacional de Ciencia, Feminismo y Masculinidades*. Valencia, España.

Instituto Nacional de Estadística. (2020). Encuesta Europea de Salud en España. Recuperado en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?param1=PYSDetalle&c=INESeccion\\_C&param3=1259924822888&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259926692949&L=1#:~:text=Observations-,Percepci%C3%B3n%20propia%20del%20estado%20de%20salud,como%20muy%20bueno%20o%20bueno](https://www.ine.es/ss/Satellite?param1=PYSDetalle&c=INESeccion_C&param3=1259924822888&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&cid=1259926692949&L=1#:~:text=Observations-,Percepci%C3%B3n%20propia%20del%20estado%20de%20salud,como%20muy%20bueno%20o%20bueno)

Koss Mary P, Koss, PG y Woodruff, WJ. (1991). Deleterious effects of criminal victimization of women's health and utilization. *Arch Intern Med*, 151(2): 342-347. Recuperado: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1992961/>

Maiz, Gorka. (2019). *¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud?* OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud.

Recuperado en: <https://oseki.eus/wp-content/uploads/2019/06/3.-Por-que-es-importante-la-atencion-primaria-de-salud.pdf>

Mateu Carruana, María José. (2018). SRM022 Marco normativo específico sobre violencia contra las mujeres. *Máster en Igualdad y Género en el ámbito público y privado*. Universidad Jaime I Castellón.

Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. (2016). *Definición de violencia de género*. Recuperado en: [https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02\\_Definicion\\_de\\_violencia\\_de\\_genero.pdf](https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Pacto de Estado contra la Violencia de Género*. Recuperado en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/FolletoPEVGcastweb.pdf>

Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. (2012). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

Nardi Rodríguez, Ainara y Heras González, Purificación. (2021). "Respuesta institucional a la violencia de género en la Comunidad Valenciana". En *Las mujeres en la Comunitat Valenciana. Una aproximación sociológica*, ed. María José Alarcón García, Mercedes Alcañiz Moscardó, María Rosa Cerdá Hernández, Amparo Mañés Barbé y María José Rodríguez Jaume (539-584). España: Estudios de Economía y Sociología

Lorente Acosta, Miguel y Toquero de la Torre, Francisco. (2004). *Guía de Buena Práctica clínica en Abordaje en situaciones de violencia de género*. Ed. International Marketing & Communications, S.A. Recuperado en: <https://sosvics.eintegra.es/Documentacion/01-Medico/01-01-Guias/01-01-020-ES.pdf>

Oficina De Las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Recuperado en:

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Oficina De Las Naciones Unidas. (s.f.). *Conferencias mundiales sobre la mujer*. Recuperado en: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>

Oficina De La Naciones Unidas Contra la Droga Y El Delito. (2019). *Estudio Mundial sobre el Homicidio*. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/ropan/2021/HOMICIOS\\_EN\\_ESPANOL.pdf](https://www.unodc.org/documents/ropan/2021/HOMICIOS_EN_ESPANOL.pdf)

Oficina De Las Naciones Unidas. (2022). Violencia contra la mujer. Cerca de la mitad de las mujeres reporta alguna forma de violencia a partir de que inició la pandemia de COVID-19. *Noticias ONU*. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/11/1500422>

Organización Mundial De La Salud. (2021<sup>a</sup>). La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres. *Comunicados de prensa*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>

Organización Mundial De La Salud. (2021<sup>b</sup>). Violencia contra la mujer. Datos y cifras. *Centro de prensa*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Rosas Prieto, Alex Moisés, Narciso Zarate, Víctor y Cuba Fuentes, María Sofía. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47. Recuperado en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

Schmal Cruzat, Nicole. (2018). SRM023. Indicadores de violencias hacia las mujeres. Protocolos de actuación durante la intervención. *Máster en Igualdad y Género en el ámbito público y privado*. Universidad Jaime I. Castellón.

Unión Europea. (2010). Carta De Los Derechos Fundamentales De La Unión Europea *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>

Universidad Jaime I. Grado en enfermería. *Sistema de información académica* (curso 2022/2023). Disponible en: <https://ujiapps.uji.es/sia/rest/publicacion/2022/estudio/230/asignatura/IN1135/temario> [15-6-2023].

Universidad Jaime I. Grado en medicina. *Sistema de información académica* (plan 2017). Disponible en: <https://ujiapps.uji.es/sia/rest/publicacion/2017/estudio/229> [15-6-2023].

## VI. ANEXOS

### ANEXO 1: PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (PDA)

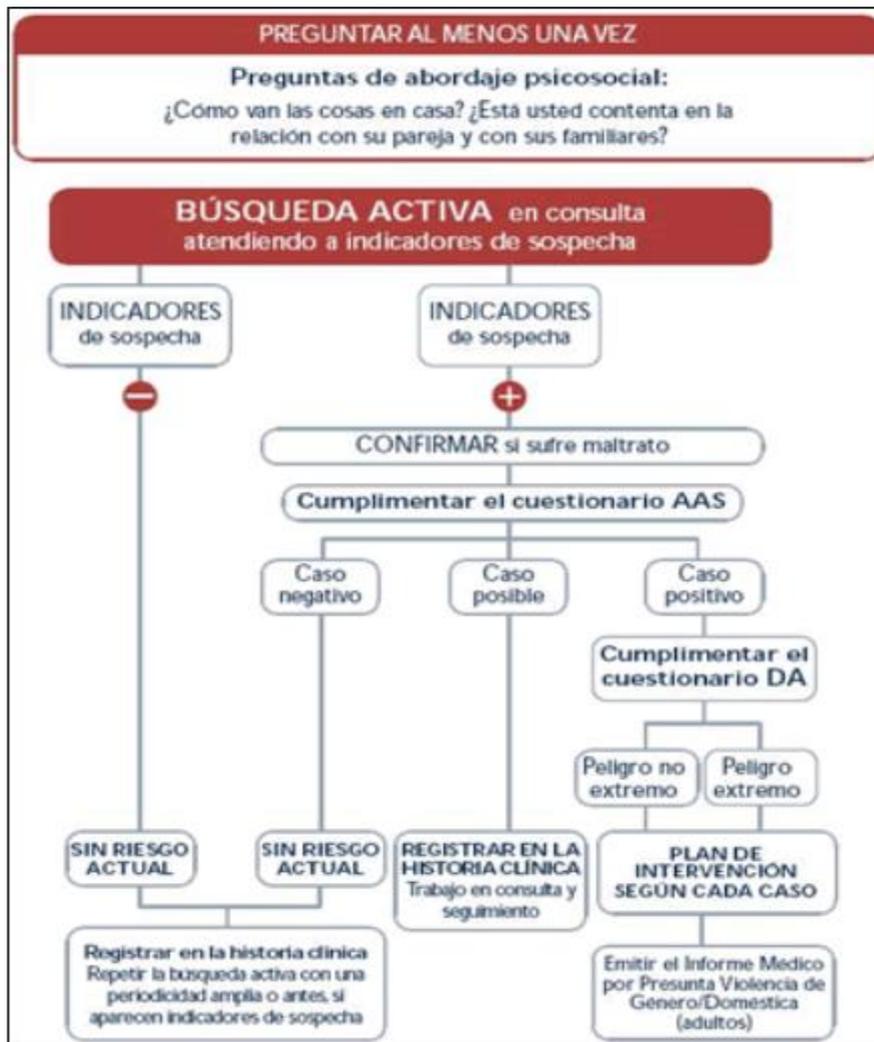
**"Para saber cómo *intervenir* y qué registrar utiliza el protocolo PDA"**

**P: Pregunta** a todas las mujeres (>14 años)  
**D: Detecta** los malos tratos (cuestionario AAS)  
**A: Analiza** el riesgo (cuestionario DA)

**Intervén** según cada caso  
**Registra** en la historia clínica



ANEXO 2: ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN SANITARIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (PDA)





- SI  NO
- 10.- Específica sobre cual
- 11.- ¿Consideras que la VG es un problema de salud en la mujer?  Sí  No
- 12.- ¿Consideras que la VG es un problema frecuente?  Sí  No
- 13.- ¿Qué tipo de VG es el más frecuente?
- Física  Psicológica  Sexual  Económica  Ambiental  Digital
- 14.- Sabrías decir donde es más frecuente la VG
- Bajo nivel socioeconómico  Alto nivel socioeconómico  Todos por igual
- 15.- El maltratador suele ser un hombre
- Adicto a sustancias  Con enfermedad mental  un hombre cualquiera
- 16.- La VG y la violencia domestica son distintos términos para denominar el mismo problema
- Sí  No
- 17.- ¿Conoces el significado del fenómeno del iceberg?  Sí  No
- 18.- ¿Conoces los signos o síntomas de sospecha de maltrato?  Sí  No
- 19.- De las siguientes señala la lesión que no se asocia a sospecha de maltrato
- Lesión del lóbulo de la oreja
- Fractura nasal
- Fractura antebrazos
- Fractura rodilla
- Mordedura
- 20.- La mayoría de las mujeres víctimas de VG denuncian su situación  Sí  No
- 21.- La mayoría de las mujeres víctimas de VG solicitan asistencia sanitaria  Sí  No
- 22.- ¿Conoces los recursos sociosanitarios a los que puedes recurrir o derivar a la mujer víctima de VG a nivel estatal/comunitario/municipal?
- SI  NO
- 23.- Ante la detección de un problema de VG como actuarios (puedes responder a varias opciones)
- Considero que es un asunto privado en el que no debo entrar
- No me sentiría lo bastante cualificado/a como para abordar el tema
- Nuestra obligación legal es denunciar y realizar parte de lesiones
- Derivaría a un servicio especializado
- Asistiría a la mujer, realizaría un correcto registro en la Hª clínica y garantizaría la continuidad de su atención
- 24.- ¿Consideras que tu formación te capacita para la detección y atención de un problema de violencia de género?
- SI  NO

25.- De las afirmaciones siguientes ¿cuál dirías que es correcta?

- Las agresiones sexuales son cometidas más frecuentemente por desconocidos
- Las agresiones sexuales se dan más frecuentemente en espacios abiertos
- La mayoría de las agresiones sexuales son denunciadas
- La ideación suicida aparece en > 38% de mujeres víctimas de una violación

26.- ¿Has recibido formación sobre el concepto de determinantes de género en salud?

- SI
- NO

27.- Conoces el significado del concepto “interseccionalidad” en relación con los determinantes de salud

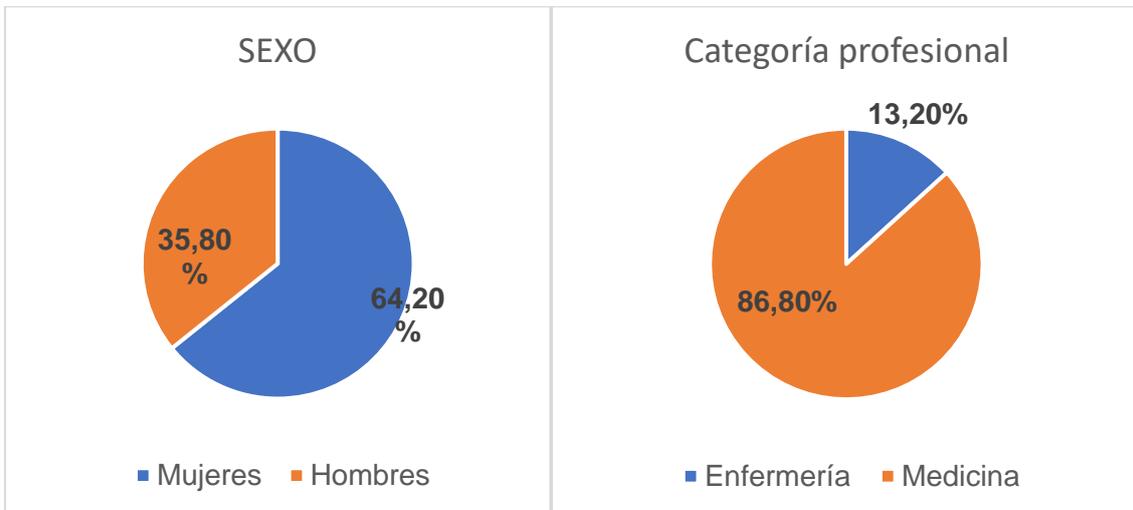
- SI
- NO

28.- ¿Consideras necesaria para tu profesión la formación en VG?  SI  NO

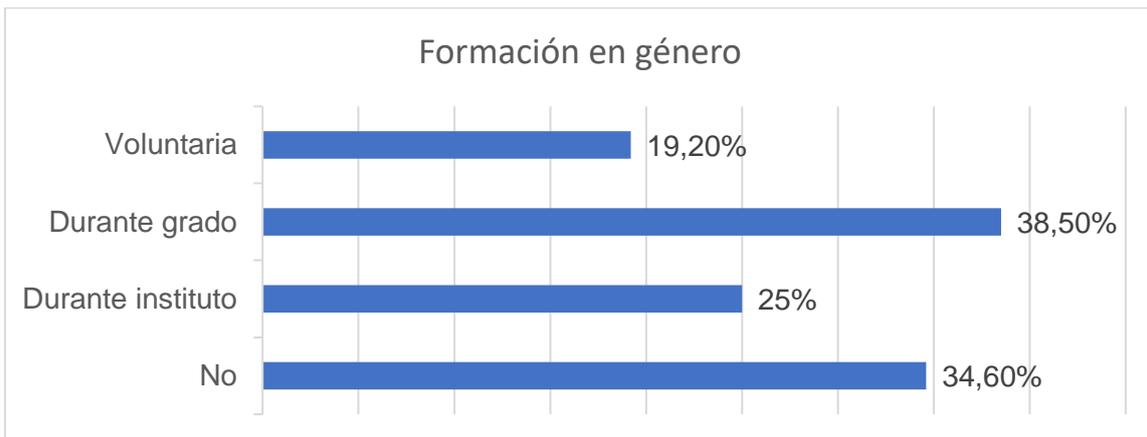
29: - Te interesaría recibir formación específica en... (puede marcar diferentes opciones)

- violencia de género
- protocolos del departamento sobre violencias contra la mujer
- género y salud
- otras. Especifica cuales

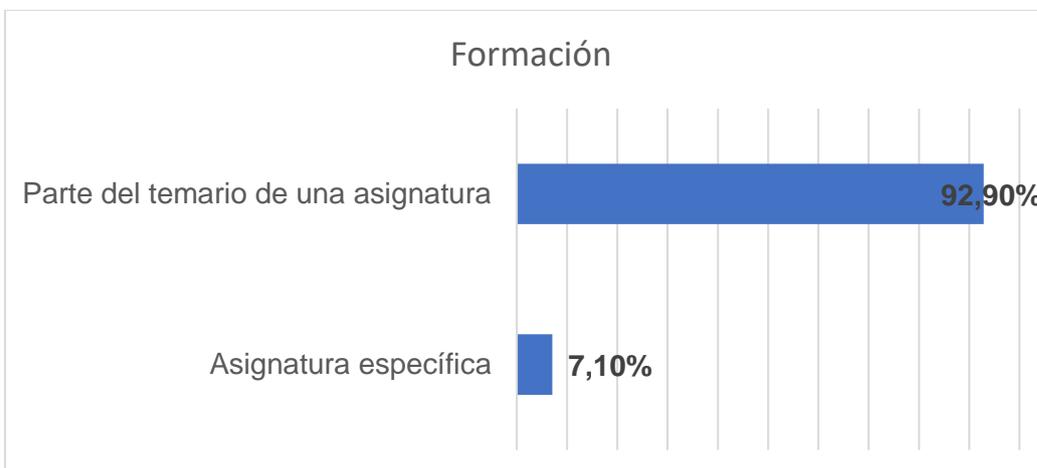
**ANEXO 4: RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE FORMACIÓN EN VIOLENCIA CONTRA LA MUJER / REDCAP**



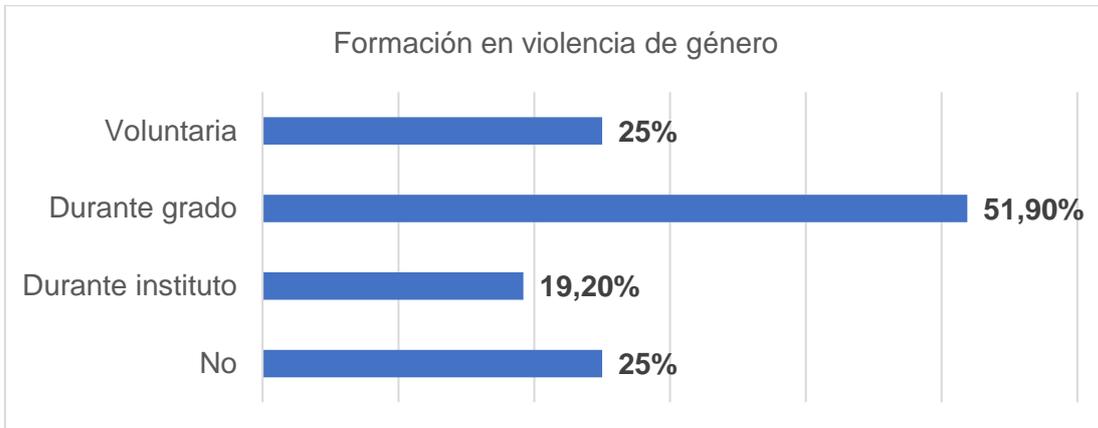
¿Has recibido en alguna ocasión formación en género? (puedes responder varias opciones)



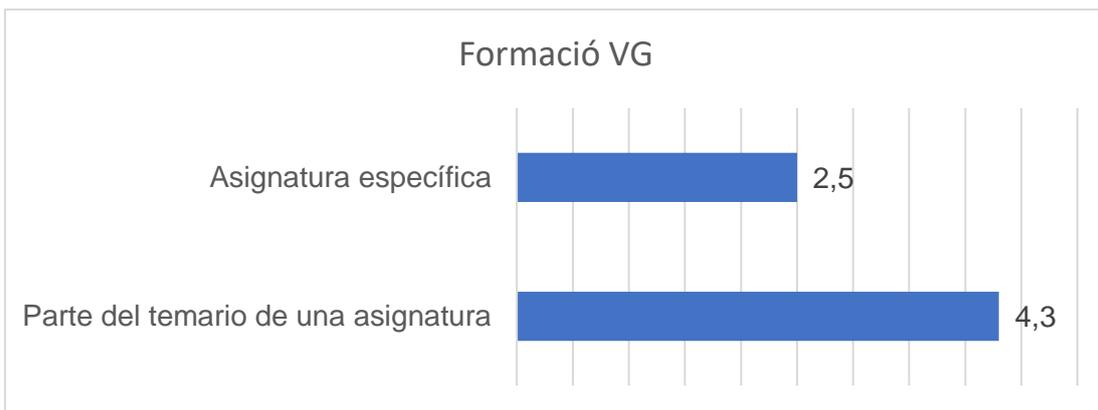
En caso de haberla recibido durante tu grado ¿Qué tiempo se ha dedicado a ello?



¿Has recibido formación sobre violencia de género (VG)? (puedes responder varias opciones)



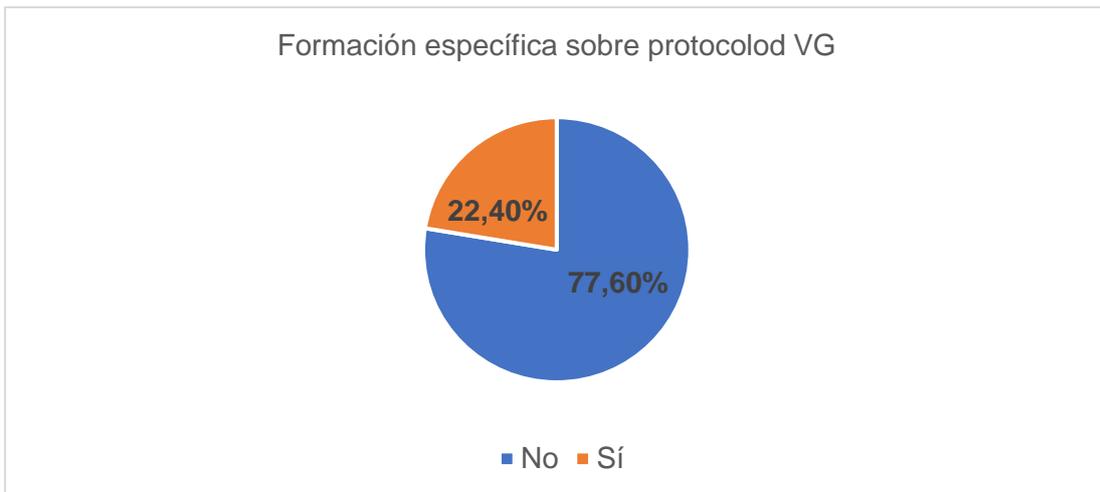
En caso de haberla recibido durante tu grado ¿Qué tiempo se ha dedicado a ello?



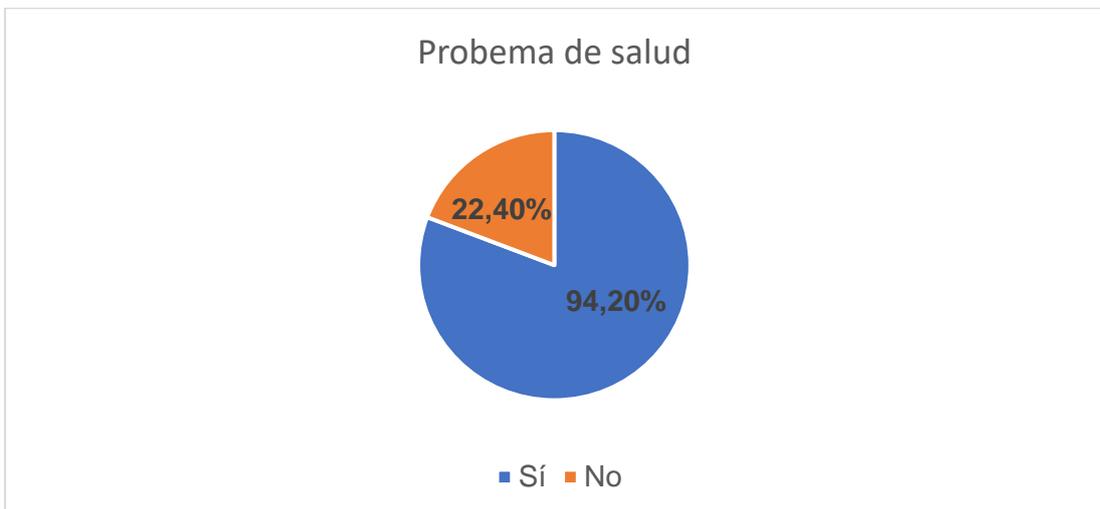
¿Conoces alguno de los protocolos relacionados con la violencia contra la mujer que existen a nivel estatal o comunitario?



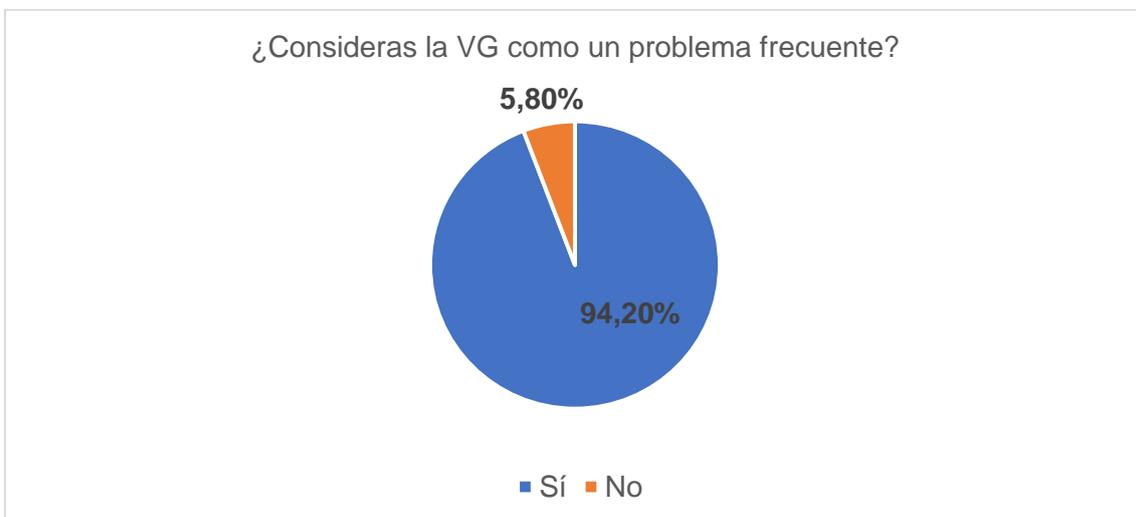
¿Has recibido formación específica sobre ellos?



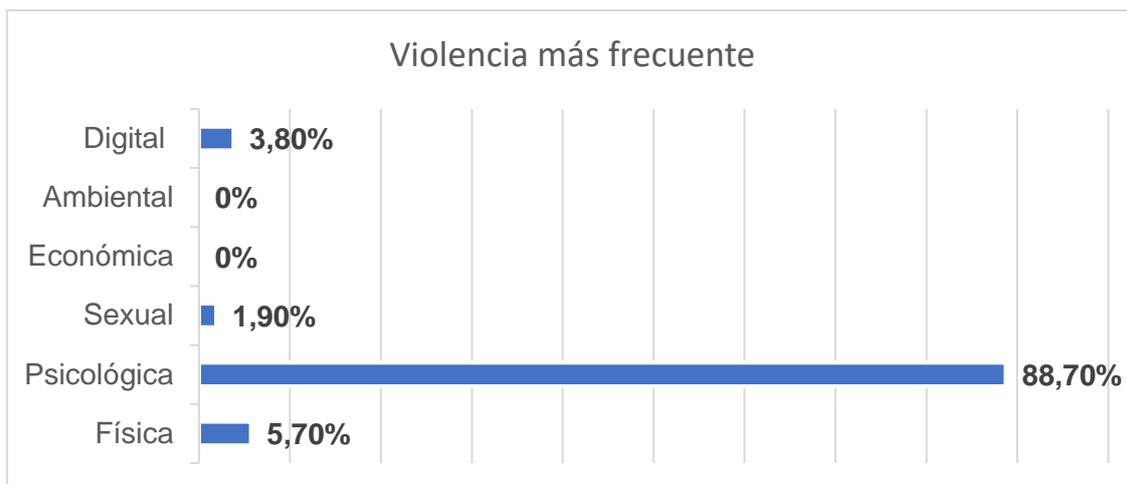
¿Consideras que la VG es un problema de salud en la mujer?



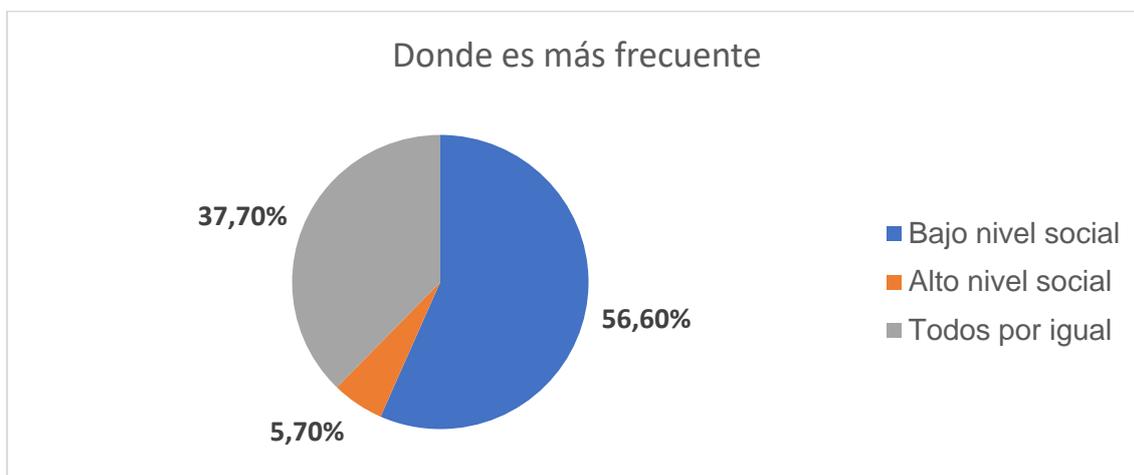
¿Consideras que la VG es un problema frecuente?



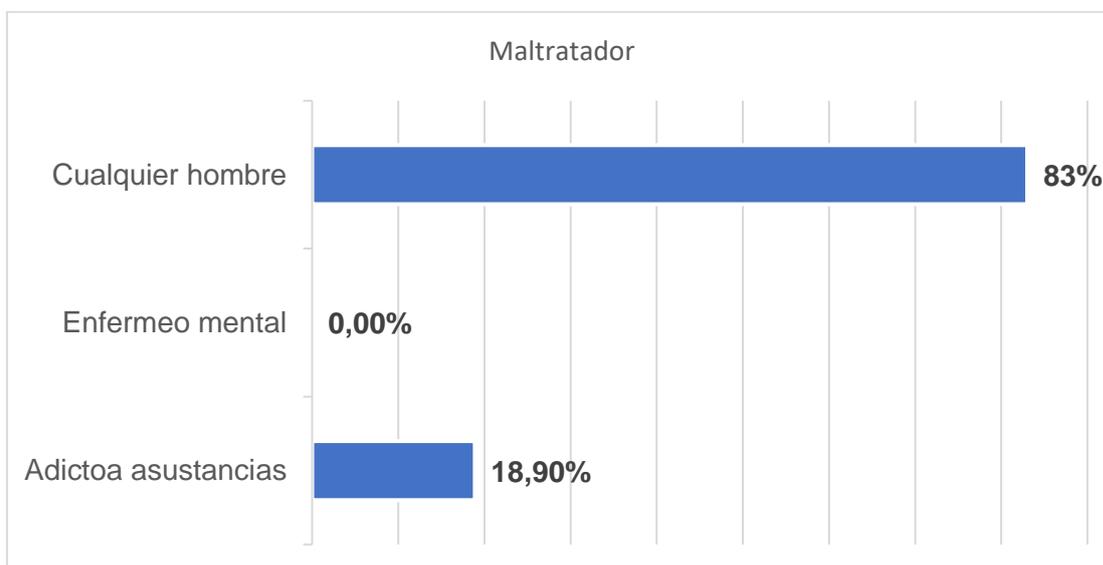
¿Qué tipo de VG es el más frecuente?



Sabrías decir donde es más frecuente la VG



El maltratador suele ser un hombre...



## ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES FORMATIVAS SOBRE VG



GENERALITAT  
VALENCIANA



### COMISIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓ

Por la presente, autorizo a la Comisión de Violencia de Género del Departamento de Salud de Castellón para la grabación de mi imagen, voz, comentarios u opiniones durante las sesiones formativas, para su publicación posterior en la página web del curso durante todo el periodo formativo, con la finalidad de que las sesiones puedan ser visionadas por el alumnado que no ha podido asistir en directo a dichas sesiones.

No obstante, aunque las sesiones serán grabadas (sonido y chat) siempre estará la opción de desactivar la cámara y micrófono durante las mismas.

Dejo expresa constancia en el presente documento que cedo a la Comisión de Violencia de Género del Departamento, de manera gratuita, el derecho a divulgar mi Imagen en los términos anteriormente expuestos y me reservo el derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.

Nombre y firma del autorizante:

Lugar y fecha:

## ANEXO 6: ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA COMISIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN DESDE SU CREACIÓN EN 2018:

- Elaboración del Protocolo de Atención a Pacientes Víctimas de Agresiones Sexuales en el Departamento de Salud de Castellón (junio de 2019) desde un abordaje integral y multidisciplinar que fue consensuado junto con representantes de la Oficina de ayuda a víctimas del delito, Centro mujer 24 horas, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Policía Nacional, Guardia Civil EMUNE), Medicina forense, la Fiscalía de Violencia de Género y Magistradas de los Juzgados de violencia sobre la Mujer.
- Realización de la “I Jornada sobre violencia de Género del Departamento de Salud de Castellón: Diferentes visiones acerca del abordaje de la violencia de género”, en la que se intentó realizar un abordar multidisciplinar contando para ello con diferentes agentes implicados en la atención a las mujeres víctimas de VG (agente de igualdad de los centros de acogida de Castellón, coordinación del Centro Intervención Baja Exigencia (CIBE) de Castellón, coordinación del Centro Mujer 24 horas de Castellón, fiscalía de Asistencia a la Víctimas en Castellón, representación del Servei d'Igualtat d'Oportunitats (SIO) del ayuntamiento de Castellón, Inspección del Sistema de Seguimiento Integral en los casos de Violencia de Género (VIOGEN) del Cuerpo Nacional de Policía y como representación del sistema sanitario una trabajadora social en el ámbito de atención primaria y una médica internista del Hospital General de Castellón pertenecientes a la Comisión.
- “I Jornada sobre trata de personas con fines de explotación sexual” en la que también se realizó un abordaje multidisciplinar, contando con la participación en las diferentes mesas de representantes del Proyecto Inclusión de Mujeres Mediante Acompañamiento (IMMA), la Fundación Apip-Acam (Asociación para la Promoción e Inserción Profesional y la Asociación Cívica de Ayuda Mutua), Sección de Mujeres e Igualdad en la Dirección Territorial de Castellón. (Conselleria IyPI), Centro mujer 24 horas de Castellón, la delegación de Igualdad en la Subdelegación del Gobierno en Castellón, la Brigada de extranjería de la Unidad Central de Atención a la Familia y Mujer (UFAM) del Cuerpo Nacional de Policía, el Equipo de Mujer-Menor (EMUME) de la Comandancia Guardia Civil en Castellón y la Fiscalía de Extranjería de Castellón.

- Sesión formativa sobre “Violencia sexual y atención sociosanitaria” donde se abordaron desde el punto de vista sanitario la violencia sexual, la prostitución y la mutilación genital.
- Sesión formativa sobre “Acoso sexual y el acoso por razón de sexo”
- Participación en varias de las ediciones del “Seminario internacional contra la violencia de género” celebrado anualmente por la UJI
- Sesiones de formación sobre VG y SIVIO en el servicio de urgencias.
- Y por primera vez este año participación en el acto de bienvenida a residentes con una sesión formativa sobre VG.