

MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

NUEVAS ESTRATEGIAS EN SALUD PARA EL ABORDAJE INTEGRAL Y LA COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: **Hospital Alta Resolución de Puente Genil (Agencia Pública Sanitaria Alto Guadalquivir)**
- Domicilio social: **C/ Miguel Quintero s/n. Polígono industrial Las Acacias. 14500. Puente Genil. Córdoba**
- CCAA: **ANDALUCIA**
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:
Nombre y apellidos: **RAÚL PÉREZ GONZÁLEZ**
E-mail: rperezg@ephag.es Teléfonos: 957 61 50 00

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
x	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
x	Zona Básica de Salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: **01/01/2011**
- Actualmente en activo: **SI**
- Prevista su finalización: **NO. Con continuidad**

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	<p>Atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género, sus hijas e hijos, así como a mujeres en contextos de especial vulnerabilidad ante la VG (<i>discapacidad, inmigración, embarazo, problemática de salud mental, VIH, drogodependencias, mujeres y niñas en situación de trata y explotación sexual, mujeres en situación de exclusión social, mujeres del ámbito rural, mujeres adultas mayores</i>).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de actuaciones sanitarias frente a la VG - Coordinación intersectorial (Administración Local, Org. Autonómicos, Organizaciones de la Sociedad Civil y de Mujeres, Administración de Justicia, Sistema Educativo, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Servicios Sociales, recursos específicos en VG para la atención a las mujeres, organismos de igualdad).

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, promoverán las actuaciones sanitarias que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y procedimientos que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer maltratada. El diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada, están incluidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1996 reconoció que era un problema de salud pública, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene la violencia contra las mujeres. Según la OMS entre el 10% y el 50% de las

Mujeres experimentan durante su vida violencia física de manos de un compañero íntimo y entre el 10% y el 30% ha sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. En los últimos estudios publicados en España, la prevalencia de mujeres que acuden a los servicios de urgencias por haber sufrido algún tipo de maltrato es de 31.5% a 48%, lo que supone 1 de cada 2 a 5 mujeres atendidas por el personal de salud de urgencias por diversas demandas asistenciales.

Sin embargo, la violencia contra las mujeres no está suficientemente visibilizada en las actuaciones asistenciales que presta el Sistema Sanitario ni es asumida como un grave problema de salud pública por una parte significativa de sus profesionales. Las mujeres en situación de maltrato frecuentemente presentan lesiones físicas y/o psicológicas severas que, por diferentes causas (miedo, vergüenza, falta de información...), no pueden verbalizar el verdadero origen de las mismas y suelen pasar desapercibidas bajo la apariencia de accidentes fortuitos o caídas cuando acuden o son atendidas por el personal de salud de los dispositivos de urgencias, invisibilizando el problema y manteniéndose un sufrimiento que agrava su salud. Sólo se diagnostica un pequeño porcentaje de casos y con una demora de entre 6 y 10 años desde que se inician las primeras agresiones, siendo un motivo de preocupación por las consecuencias que tiene para la mujer y para los hijos e hijas una situación de violencia mantenida durante muchos años. En pocas ocasiones el personal sanitario sospecha o pregunta por la posible existencia de relación de maltrato y se tiende a infravalorar la prevalencia de este fenómeno, considerándolo incluso anecdótico. En ello pueden influir diversos factores, como la presión asistencial, la escasez de tiempo para cuestiones que no sean puramente asistenciales, la falta de espacios específicos que mejoren la privacidad e intimidad al atender a estas mujeres o la escasez de formación actualizada sobre la complejidad de este tema. Pero no sólo se producen dificultades en la detección, sino también en la coordinación y seguimiento del caso por parte de todas las instituciones, provocando un aumento de las fases de recaída de la mujer y de la retirada de denuncias.

Creemos que parte de la solución del problema pasa por **instaurar un modelo de actuación biopsicosocial iniciado desde el hospital y centrado en mecanismos de detección precoz, atención integral, intervención inmediata y coordinación interinstitucional**, capaces de permitir el empoderamiento de las mujeres, su capacidad de decisión y de cambio, y el acceso a los recursos psicológicos, económicos, jurídicos y sociales en coordinación inmediata con el resto de instituciones locales en un plazo no superior a 24 horas, garantizándole un acompañamiento continuo durante todo el proceso, que facilitará la desaparición de muchos de los factores que hacen que la mujer mantenga la relación de malos tratos y no decida interponer la denuncia.

El Hospital de Puente Genil es un centro de alta resolución perteneciente a la **Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir** de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de



Andalucía y está integrado en el Área Sanitaria Sur de Córdoba y atiende a una población de referencia de 30.000 habitantes. Integrado en el edificio del hospital de alta resolución se ubica uno de los centros de salud de la Zona Básica de Puente Genil, lo que facilita la continuidad asistencial de las mujeres y la relación interniveles, favoreciendo comunicaciones directas de cada caso a los profesionales de atención primaria durante la asistencia y tras el consentimiento de la mujer (a través de la trabajadora social, la enfermera gestora de casos, su médica y su enfermera de familia).

El Área de Urgencias del hospital soporta más de 40.000 episodios de urgencias por año, convirtiéndose en observatorio privilegiado para la detección de casos de maltrato. Desde la apertura del hospital hemos adaptado los diferentes protocolos institucionales de actuación sanitaria frente al maltrato contra las mujeres y, tras realizar un análisis de la situación local a través de un análisis DAFO y posterior grupo nominal, incluidos en un proyecto de investigación iniciado en el año 2012, además del seguimiento de indicadores anuales hemos ido detectando diversas áreas de mejora en las diferentes etapas del proceso asistencial. Esto ha dado como resultado el desarrollo de una estrategia dirigida a potenciar las fases de detección, intervención, coordinación, seguimiento y evaluación.

Debido a la alta incidencia de casos manifestados de violencia contra la mujer en nuestra Zona Básica de Salud, al reingreso de mujeres en fase de recaída en nuestro servicio de Urgencias y a que creemos que el hospital ocupa una posición privilegiada para detectar e intervenir de manera integral en las situaciones de maltrato contra la mujer y que puede ser su primer contacto con los recursos, decidimos implantar un Plan de Actuación Estratégico basado en los protocolos de actuación de abordaje desarrollados por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, e incluimos medidas innovadoras de detección, intervención y coordinación que completan dicho protocolo y se convierten en garantes de buenos resultados desde su implantación, obteniendo una media de 86.7% de denuncias interpuestas, un 72% de medidas de protección dictaminadas, un 83.8% de mujeres que reciben atención psicológica, un 35% de mujeres que reciben recursos económicos.

Siguiendo datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el año 2014, de las 54 víctimas mortales por violencia de género un 31,5% había interpuesto denuncia y un 16,7% habían recibido medidas de protección. El plan propuesto mejora dichos resultados, razón por la cual, presentamos esta candidatura de buenas prácticas para el resto del sistema.

8. OBJETIVOS

GENERALES

- Presentar los beneficios de un modelo de atención hospitalaria, centrado en la innovación de estrategias para la detección, intervención, coordinación, seguimiento y evaluación en casos de violencia contra la mujer.

ESPECÍFICOS

- Exponer un procedimiento innovador de alarma para la detección precoz de casos en la consulta de recepción, acogida y clasificación de pacientes que facilita la identificación de casos no manifestados.
- Difundir el protocolo de intervención del centro hospitalario destacando herramientas innovadoras, como la puesta en marcha de un **circuito específico para la atención** de estos casos, la realización de una **entrevista biopsicosocial personalizada** y el uso de **algoritmos de decisión compartidos** en función de la fase de comportamiento de la mujer.
- Mostrar un **Sistema de Coordinación Interinstitucional** inmediato (primeras 24 horas) en **una cita única** como modelo garante de continuidad asistencial, que permite el acompañamiento activo continuado en todo el proceso, manteniendo la fase de acción.
- Describir nuestra Estrategia de Seguimiento a través de un sistema de gestión de casos cuyo objetivo principal es la valoración integral de manera precoz y el desarrollo de un Plan de Cuidados personalizado que permita la continuidad asistencial tras el alta.
- Mostrar el procedimiento de seguimiento de mujeres con indicadores de sospecha de malos tratos (ISMT) en fase precontemplativa o contemplativa, centrado en la apertura de una agenda de citas abiertas que permite el contacto de manera no programada con el profesional de referencia que inicio la entrevista en el hospital.
- Evidenciar la eficacia del **Cuadro de Mandos** en el análisis de datos, la evaluación del proceso y la detección de áreas de mejora en nuestro plan estratégico.
- Analizar la importancia del **establecimiento de un feedback de la información** que nos permita conocer la situación de la mujer en cada momento y los resultados de nuestra intervención para poder determinar áreas de mejora individualizada desde el hospital.
- Definir la importancia del papel del hospital en la creación y desarrollo de la **Comisión Local contra la Violencia de Género** ya que nos ha permitido poner en marcha y potenciar un circuito de coordinación sólido y eficaz para que las mujeres atendidas en

cualquier área del hospital, y en especial en Urgencias, puedan beneficiarse de una intervención inmediata e integral.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Este Plan Estratégico de Atención se enmarca dentro del ámbito sanitario de la Zona Básica de Salud de Puente Genil, que atiende a 30.000 personas. Este modelo de atención toma como referencia el **Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género**, amplía el alcance en algunas líneas de actuación e introduce circuitos y herramientas innovadoras que han permitido aumentar los buenos resultados en aquellos indicadores que necesitaban establecer áreas de mejora.

10. METODOLOGÍA

Desde la apertura del hospital, se implanta el Protocolo andaluz de actuación sanitaria frente a la violencia de género, adaptando los circuitos a las necesidades de nuestra Zona Básica de Salud a través del establecimiento de vínculos de coordinación eficaces con el resto de instituciones locales. Esto dio lugar a la creación de la **Comisión Local contra la Violencia de Género**, integrada por representantes del hospital, de Atención Primaria, de las Fuerzas de Seguridad del Estado, servicios sociales comunitarios, Policía Local, Equipo de Tratamiento Familiar, asociaciones de mujeres, Cruz Roja y Centro de Información a la Mujer.

Tras la implantación del protocolo se comenzó la recogida de datos para el análisis y valoración de las actuaciones puestas en marcha y esto evidenció la necesidad de pilotar herramientas innovadoras en algunas áreas dentro del proceso donde no se alcanzaban los resultados deseados, por lo que se inició un **Plan de Acción** basado en líneas estratégicas capaces de introducir elementos de mejora que garantizaran la atención sanitaria, psicológica, jurídica, económica y social de la mujer en cada una de las fases de actuación.

- La primera área de mejora se centró en la **fase de detección** de mujeres que presentaban ISMT y casos no manifestado ya que se requiere la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios, que deberá ser consciente de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección precoz y que las mujeres maltratadas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente. Para conseguir este propósito, se puso en marcha una **Campaña de Sensibilización y Formación**, impartida por la red andaluza de formación contra el maltrato a las mujeres (Red Formma), que se inserta en los objetivos anuales del personal de salud (Anexo 1). De esta manera se consiguió formar al 100% del personal de Enfermería para la identificación del maltrato desde las primeras señales de alarma. Paralelamente, se celebran anualmente jornadas, mesas debate, exposiciones fotográficas itinerantes, proyección de videos, jornadas de puertas abiertas, jornadas técnico-científicas, foros de discusión, etc. que potencian la implicación y sensibilización de los y las profesionales (Anexo 2).



Para facilitar la detección de casos se ha desarrollado un Sistema de Alarma basado en la identificación de indicadores centinela que actúan de cribado y apoyan dirigir la entrevista hacia aspectos biopsicosociales relacionados con los malos tratos. Con este instrumento de cribado se pretende visibilizar los síntomas ocultos que la mujer no manifiesta, siendo un elemento facilitador que le permita expresar su situación, a través de un ambiente de empatía y confianza, evitando la victimización secundaria (Anexo 3).

El primer contacto con la mujer se tiene en el hospital, y si durante la entrevista de salud se identifica algún indicador centinela (hiperfrecuentación, sintomatología recurrente relacionada con situación de malos tratos, actitud de la mujer en la consulta, etc.) se deben realizar preguntas más específicas, reflejadas en un cuestionario semiestructurado de búsqueda de ISMT con el fin de iniciar una entrevista motivacional que permita reconocer la situación (Anexo 4). En el caso de que la mujer no se sienta preparada para reconocer la relación de malos tratos, se le ofrece un segundo contacto a través de un **Sistema de Agenda con Citas Abiertas** adaptado a las necesidades de la mujer y que permite tener una persona de referencia en el momento en que necesite pedir ayuda (Anexo 5). De esta manera se respetan las decisiones de la mujer, exceptuando aquellos casos en los que se detecten situaciones objetivas de riesgo.

El programa informático a su vez permite **alarmar la historia clínica** para que el personal que atiende a la mujer en ocasiones sucesivas dirija la entrevista hacia la detección de los indicadores de sospecha.

- En la **fase de intervención**, las herramientas giran en torno a un **procedimiento de clasificación avanzada** siguiendo el modelo de escala canadiense, el desarrollo de un **circuito específico de atención**, el uso de una **guía semiestructurada para la entrevista motivacional** y la utilización de **algoritmos de decisión** en función de las fases de comportamiento de la mujer (Anexo 6).

El **procedimiento de clasificación avanzada** se basa en un sistema de clasificación centrado en la asignación de prioridad asistencial capaz de disponer los recursos al alcance de aquellas mujeres que los necesiten, teniendo en cuenta su prioridad, su complejidad y vulnerabilidad.

Cuando se detecta un caso de violencia de género, se activa un **circuito específico** que da prioridad a su atención y permite la intervención de profesionales con formación y sensibilización específicas que inician el acompañamiento activo hacia una sala alejada de la zona asistencial y así realizar la entrevista en un ambiente adecuado. Para la entrevista motivacional se ha diseñado una **guía estructurada** informatizada que permite recoger de manera exhaustiva y minuciosa toda la información necesaria para diseñar un Plan de Actuación completo. Esta guía supone una **hoja de ruta** para realizar una evaluación integral y el desarrollo del proceso de atención en todas sus etapas: valoración biopsicosocial, del tipo, duración e intensidad del maltrato, determinación de la fase de cambio en el que se encuentra la mujer (precontemplativa, contemplativa, de preparación,

de acción, mantenimiento o recaída) y la valoración de la seguridad y el riesgo. Una vez determinada la fase de cambio de comportamiento en la que se encuentra, y a través de la utilización de algoritmos de decisión, se acuerda el Plan de Actuación que más se ajusta a las necesidades detectadas, con el objetivo de empoderarla y capacitarla para la toma de decisiones.

Con el objetivo de garantizar la continuidad asistencial se ha diseñado y potenciado un **circuito de coordinación** sólido y eficaz capaz de permitir una intervención inmediata e integral que les garantice deshacerse de muchos de los factores que hacen que se mantengan en la relación de malos tratos (económicos, afectivos, sociales, etc.). Esta intervención se realiza **en las primeras 24 horas desde que la mujer manifiesta el caso**, consiguiendo así un empoderamiento continuado, asesoramiento jurídico, psicológico, sanitario, de recursos sociales y de acompañamiento hasta que se celebra el juicio rápido, se instauran las medidas de protección y se beneficia de los recursos locales existentes. Este circuito se activa desde el hospital y el personal que interviene en las primeras 24 horas es el mismo que trabajará posteriormente en su recuperación. Las instituciones que participan en la coordinación son el Centro de Información a la Mujer (atención psicológica y asesoría jurídica), servicios sociales comunitarios, Atención Primaria, Guardia Civil, Policía Local, Justicia y asociaciones locales.

La derivación se realiza previo consentimiento informado por escrito y a través de **citas preestablecidas urgentes con el resto de instituciones** por teléfono, así y en una sola cita se le proporciona el asesoramiento inmediato, evitando la victimización secundaria y manteniéndola en una fase de acción que permita la continuidad del proceso y disminuya la incidencia de retirada de denuncias. Es de vital importancia el esfuerzo de coordinación durante los primeros momentos tras la detección y hasta la celebración del juicio rápido y puesta en marcha de las medidas de protección. Observando los resultados obtenidos, **esta comunicación interinstitucional es la base del éxito para la recuperación de la mujer**. La existencia de vínculos de coordinación basados en la comunicación rápida, cercana y ordenada entre las personas de referencia de las diferentes instituciones que forman parte de la Comisión Local contra la Violencia de Género. Esto permite aunar esfuerzos en casos complejos manteniendo reuniones de trabajo periódicas hasta su resolución, desarrollar campañas de divulgación local, fomentar medidas preventivas en educación y realizar jornadas de sensibilización contribuyendo a aumentar la concienciación local. Esta comisión ha hecho posible la creación de nuevos recursos locales innovadores como son: la edición de una **Guía de Recursos Locales** (Anexo 7) donde la mujer puede consultar el papel de cada una de las instituciones donde acudir en cada momento, la designación de una o varias personas referentes en cada institución que asumirán el papel de orientadoras en todo el proceso, la creación de plazas de permanencia urgente para aquellas mujeres que carecen de red de apoyo social y/o familiar en el momento crítico y rechazan inicialmente la posibilidad de casa de acogida, la apertura de una nueva línea encaminada a ofrecer atención psicológica por parte del Centro de Información a la Mujer y a sus hijos e hijas, la creación del sistema de cita única

donde recibe una atención integral inmediata por parte de todas las instituciones a través de un sistema de citas programadas, antes de 24 horas, o el establecimiento de un feedback de la información.

Una de las **líneas de acción más novedosas** que se ha potenciado es la **valoración de la situación de los hijos e hijas menores**, con preguntas dirigidas en la entrevista biopsicosocial. Se consensua la notificación de casos de menores que presencian situaciones de malos tratos en el ámbito familiar con el objetivo de recuperar su bienestar psicológico y emocional, modificar comportamientos violentos y prevenir futuras situaciones de maltrato dotándolos de las habilidades necesarias para enfrentarse a las situaciones de conflicto desde respuestas adecuadas, eficaces y no violentas.

Se han creado dos circuitos de atención:

- **Notificación del caso a servicios sociales o Protección de menores** siguiendo el PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A MENORES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS y a través del Sistema de Información sobre Maltrato Infantil en Andalucía (SIMIA). La Hoja de Notificación se muestra en el Anexo 8.
- **Derivación de la persona menor a EN@C (asociación@cuerdos)** para su inclusión en el programa de **Intervención con Menores Víctimas de Violencia o Maltrato Familiar**, subvencionado por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Este programa ofrece una atención psicológica integral adaptada a cada menor (intervención psicológica individual y grupal e intervención familiar -Anexo 9-).
- Derivación de la persona menor a los recursos de atención psicológica del Instituto Andaluz de la Mujer.

Con el objetivo de documentar todos los datos recogidos durante la atención, el personal de referencia realiza un **Informe de Continuidad de Cuidados**, donde quedan reflejadas todas las actuaciones biopsicosociales llevadas a cabo en el hospital. En este informe se establecen los diagnósticos enfermeros, los objetivos planteados, las intervenciones encaminadas a solventarlos y las recomendaciones y recursos que propuestos a la mujer. Este documento se envía a la totalidad de profesionales que participan en la continuidad asistencial (Anexo 10). Los circuitos interinstitucionales que incluye cada entidad y la coordinación de todos ellos son la base del éxito.

- En la siguiente etapa, la **fase de seguimiento**, se obtiene el feed-back de cada profesional que la atiende. Esto permite disponer de la información completa tras la derivación, conocer la situación de la mujer en cada momento y los resultados de la intervención para, en su caso, establecer áreas de mejora individualizadas (Anexo 11). Todos los datos se recogen en un **Cuadro de Mandos** para tener una visión global de la actuación y establecer medidas de mejora en caso necesario (denuncias interpuestas, medidas de protección, atención psicológica,



asignación de recursos económicos, etc.). En él se reflejan todos los indicadores relacionados con la asistencia y además permite diseñar un mapa de resultados sobre violencia de género en nuestra zona básica de salud (Anexo 12).

- También se ha creado en el hospital una **Comisión interna de Violencia de género**, formada por profesionales de diferentes áreas, principalmente para auditar todas las actuaciones incluidas en el Plan Estratégico. Entre sus actividades se encuentran dar respuesta a los objetivos del Contrato Programa emitido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales, mantener reuniones de forma periódica para seguimiento y evaluación del Cuadro de Mandos, centralizar la representación con el resto de instituciones, estudiar nuevas propuestas y procedimientos y establecer áreas de mejora, debatir sobre casos atendidos a modo de sesión clínica, resolver y/o buscar la solución a las incidencias detectadas, mantener el seguimiento de los informes semestrales de actividad del hospital y asesorar a profesionales que se encuentran atendiendo a estas mujeres manteniendo interconsultas periódicas si fueran necesarias. También se comporta como órgano asistencial para la atención y gestión de casos de profesionales que están viviendo una relación de malos tratos.

- Con todos los indicadores obtenidos se realiza una **evaluación anual de los resultados** (Anexo13). De esta manera, se facilita la detección de fortalezas y debilidades de nuestra intervención y nos permite establecer áreas de mejora completando así el ciclo de la calidad en nuestro plan.

Financiación: Este modelo de intervención no ha requerido una asignación económica específica para su desarrollo. Ha sido fruto del esfuerzo de las instituciones participantes en la planificación de una coordinación eficiente en el marco territorial en el que se desarrollan las fases de la intervención. Esta alianza de recursos ordenados, coordinados y empoderados no supone un mayor coste, pues todo tiene lugar en los espacios y tiempos de trabajo individuales, gracias al desarrollo de herramientas y protocolos, que representan el pilar fundamental de la intervención. Esto ha permitido el compromiso del personal responsable de cada una de ellas, orientado a la garantía de la continuidad interniveles y la recuperación integral de la mujer.

11. EVALUACIÓN

INDICADORES y RESULTADOS

Los indicadores empleados para la evaluación se han extraído de los datos registrados en el Cuadro de Mandos desde el comienzo de la puesta en marcha del Plan Estratégico (2011-2015). Los resultados obtenidos han llevado a la determinación de áreas de mejora continuas que han originado nuevos indicadores para su medición, que exponemos en el cuadro de mandos adjunto. Se detallan los resultados relacionados con los objetivos planteados en la experiencia presentada.



- Nº de mujeres detectadas en el Hospital por años (2011-2015): 166



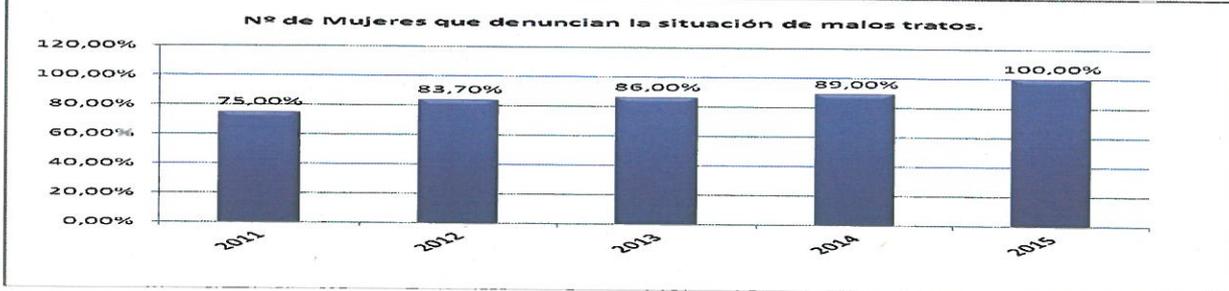
- Nº de casos con activación del protocolo de VG × 100/ Nº de mujeres atendidas por VG:



Nº de mujeres derivadas a las instituciones implicadas y Nº de mujeres que acuden a la cita programada tras su derivación × 100/ Nº de mujeres atendidas por VG:



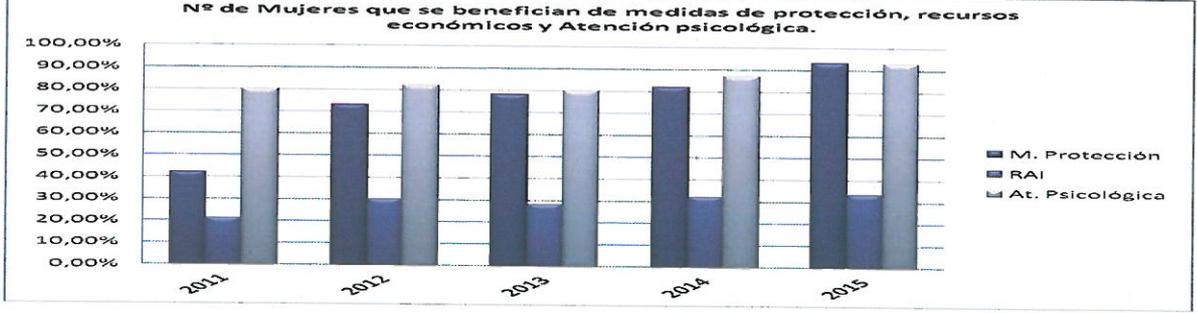
Nº de casos denunciados por la mujer × 100/ Nº de mujeres atendidas por VG:



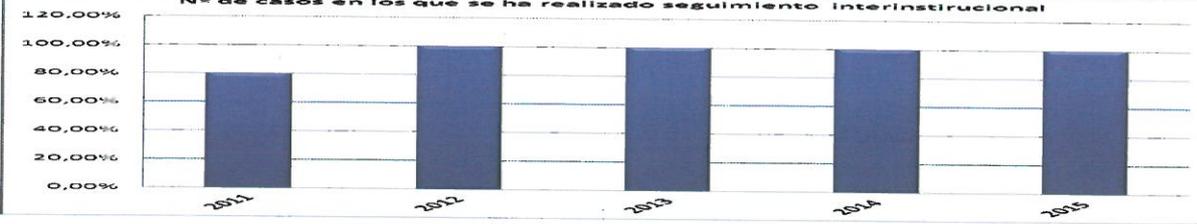
Nº de mujeres que retiran la denuncia ×100/ Nº de mujeres que interponen denuncia.



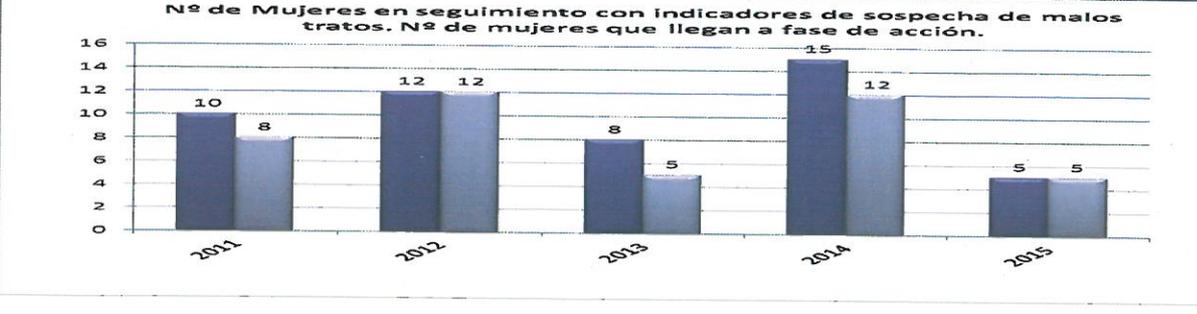
Nº de mujeres beneficiarias de medidas de protección, atención psicológica, recursos económicos y sociales (RAI) ×100 / Nº de mujeres atendidas por VG:



Nº de casos en los que se ha realizado seguimiento de las mujeres con el resto de instituciones × 100 / Nº de mujeres atendidas por VG:



Nº de casos en seguimiento de mujeres con ISMT en fase precontemplativa o contemplativa. Nº de mujeres en seguimiento que acaban manifestando los malos tratos y llegando a una fase de acción.



Nº de casos de intervención y derivación con hijos/hijas de mujeres atendidas por VG × 100 / Nº de mujeres atendidas por VG con hijos e hijas.



12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En los resultados expuestos se evidencia una mejoría significativa en las áreas del modelo de actuación utilizado. La evolución positiva de estos resultados va íntimamente ligada al desarrollo y consolidación de las diferentes herramientas diseñadas en nuestro plan estratégico. En el contexto de crisis actual, en el que la propia sostenibilidad del sistema sanitario está en entredicho, consideramos que todas las iniciativas que mejoren el coste efectividad deben ser prioritarias. La bibliografía relacionada, demuestra ampliamente la relación existente entre “relación de malos tratos” e “hiperfrecuentación de Urgencias, hiperutilización de consultas médicas, uso de fármacos antidepresivos y ansiolíticos e incluso aumento en los tiempos de hospitalización” y es en este sentido en el que valoramos muy positivamente por su posible aportación al sistema, los resultados obtenidos respecto a la mejora en el porcentaje de denuncias interpuestas, la disminución en el porcentaje de denuncias retiradas, la reducción de casos en fase de recaída, la mejora en el acceso a las medidas de protección o la intervención preventiva realizada con los menores.

Como recomendación proponemos **fortalecer la política institucional** en este campo en varios pilares:

- Diseño de **estrategias concretas para implantar los protocolos en centros sanitarios** potenciando la formación pre y postgrado en todas las titulaciones sanitarias.
- **Nombramiento y reconocimiento de profesionales de referencia** que coordinen la estrategia en los centros sanitarios.
- **Control integral de todo el proceso** a través de cuadros de mandos y auditorias a nivel local, utilización de indicadores cuantitativos y cualitativos en contratos programas y acuerdos de gestión e introducción de estándares específicos en los manuales de acreditación de profesionales y centros sanitarios.
- Creación e implementación de iniciativas innovadoras desde los observatorios de calidad autonómicos, como por ejemplo la “**acreditación de centros contra la violencia de género**”, la estrategia o distintivo de “centros sin violencia”...
- **Reorganización de los recursos**, para la creación de equipos multidisciplinares e interinstitucionales de intervención inmediata que atiendan a la mujer en un acto único y garanticen el asesoramiento, acompañamiento y empoderamiento continuo para que se enfrente al proceso con todos los recursos. La puesta en marcha de este procedimiento ha evidenciado una reducción en la retirada de denuncias y en las fases de recaídas por parte de la mujer.
- Utilización de nuevas tecnologías como la implantación de un Sistema de Códigos QR que permita a la mujer guardar toda la documentación referente al proceso con máxima garantía

de intimidad y protección, ya que sólo ella puede desbloquear el acceso a los datos. También facilitará a las instituciones la unificación de toda la documentación y observar de manera rápida las actuaciones realizadas por otros niveles asistenciales.

- Establecer un **Sistema de Comunicación** basado en medios informáticos (base de datos conjunta) que permita conocer en todo momento la actuación realizada desde todas las áreas que intervienen en la recuperación de la mujer.

13. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, nº 313 (29 de diciembre de 2004).
- 2.- Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 247 (18 de diciembre de 2007).
- 3.- Asamblea mundial de la Salud. La prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. WHA, 25 de mayo de 1996 [Acceso 08/02/2013] III (3a ed.): 1-11.
Disponible en:
http://who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf?ua=1
- 4.- Junta de Andalucía. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2ª edición 2015. Consejería de Igualdad, salud y políticas sociales.
- 5.- Junta de Andalucía. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género. 2012. Consejería de Igualdad, salud y políticas sociales.
- 6.- Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(1):7-10.
- 7.- Ballesteros Retamosa M.A., Sánchez González E. Conocimientos y actitudes ante la violencia de género de los/as profesionales sanitarios/as en atención primaria. Documentos de Enfermería 2012; 48: 17-23
- 8.- Ruiz Navarro MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? Enferm Integral. 2011 mar: 8-14.
- 9.- Junta de Andalucía. Mapa de recursos en materia de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
Dirección General de Violencia de Género. Sevilla; 2009.
- 10.- Plazaola Castaño J, Ruiz Pérez I, Escribá Agüir V, Jiménez Martín JM. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. OSM, 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf.
- 11.- Aguar- Fernández, M; Delgado –Sanchez, A; Castellano-Atrollo,M; Luna del Castillo,JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia en atención primaria



12.- Defensor del menor de Andalucía. Informe Especial. Menores expuestos a Violencia de Género. Víctimas con identidad propia. Septiembre 2012.

13.- Ferres,Eva et al. Gender- Based violence against women with visual and physical disabilities. Psicothema 2013.

14.- Junta de Andalucía. Proceso de práctica enfermera avanzada en la consulta de triaje de Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. Almería.2012

15.- Jones, L et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta analysis of observational studies. The Lancet, Volume 380,

16.Junta de Andalucía. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales 2014.

17. - Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012.

18.- Salvador Sánchez; Lydia; Rivas Vilas, María; Sánchez Ramón, Susana. Violencia y maltrato de género. Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. Emergencias: Rev Soc Esp Med Urg Emer. 2008

19.-Sánchez Castro, Sara; De la Fuente Aparicio, Diana; Salamanca Castro, Ana Belén; Robledo Martín, Juana. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Sep-oct .

20.- Junta de Andalucía. Procedimiento de Coordinación Institucional para la Prevención de la Violencia de Género y Atención a las Víctimas en Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla; 2005.

21.- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e Igualdad. Datos estadísticos de Violencia de Género. Año 2014.

22.- Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias, 2002; 14:224-232.

23.Junta de Andalucía. Protocolo para la intervención psicológica grupal con las mujeres víctimas de violencia de género en Andalucía. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Salud. 2012.

24.Junta de Andalucía. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Salud 2001.

25.- Ministerio de Sanidad, Políticas, Sociales e Igualdad. Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la violencia de Género. Informes, estudios e investigación. 2012

26.- Junta de Andalucía. Protocolos de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud.Servicio Andaluz de Salud. Sevilla; 2006.

27.- Czalbowski, Sofía. Hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género.



Convocatoria 2015
Buenas Prácticas en el
Sistema Nacional de Salud

En: Pérez Viejo, Jesús M. y Escobar Cirujano, Ana (Coords). *Perspectivas de la Violencia de Género*. Madrid, editorial grupo 5. 2011.