

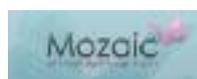


LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



Respuestas del sector sanitario a la violencia doméstica:

modelos de intervención prometedores en el marco de la atención primaria y de los servicios de obstetricia en Europa





¿Qué es lo que ya se sabe?

La violencia doméstica (VD) contra las mujeres es algo habitual y oculto que tiene importantes implicaciones en términos sanitarios y de recursos. Se sabe que el marco de la atención primaria y los servicios de obstetricia son puntos de intervención oportunos, lo que implica una formación de sensibilización para los profesionales sanitarios, para ser capaces de identificar y prestar atención a las víctimas de abusos.

Se están desarrollando y evaluando cada vez más intervenciones a escala internacional. Se trata de intervenciones complejas, que a menudo implican un cambio a varios niveles, entre organizaciones con filosofías, estructuras de autoridad y procedimientos operativos muy diferentes. Los contextos varían considerablemente en lo que respecta al marco legal de cada país y su agenda política en términos de organización y prestación de asistencia sanitaria, la presencia y fuerza de los movimientos dedicados a las afectadas, la disponibilidad de recursos comunitarios y organizaciones especializadas en la VD, así como las diferencias culturales inherentes.

¿Cuáles son las lagunas?

Existe muy poca documentación en torno a la implementación de servicios y pocos estudios hacen explícitas las teorías de los programas subyacentes.

Los políticos, financiadores y decisores del sistema sanitario deben comprender no solo cuándo funciona una intervención, sino también por qué y cómo funciona. Las características contextuales pueden ayudar a explicar el éxito o el fracaso de las intervenciones.

El proyecto Daphne

Este estudio extrae las lecciones aprendidas de una serie de modelos de intervención prometedores en siete países europeos: Reino Unido, Finlandia, Países Bajos, España, Alemania, Bélgica y Serbia. Las principales conclusiones se basan en: (i) datos a partir de 82 encuestas relativas a 81 intervenciones en dichos países que cubren unas amplias zonas geográficas, distintos dispositivos y profesionales de diferentes disciplinas sanitarias; (ii) estudios de casos llevando a cabo entrevistas con 37 miembros clave del personal participante en intervenciones realizadas en 6 países y (iii) un taller de dos días de duración con los socios de todos los países.

Modelos de intervención ejemplares en Europa



Reino Unido

El Proyecto para el Bienestar de las Mujeres MOZAIC es una colaboración entre los servicios de salud reproductiva y de obstetricia del Guy's & St. Thomas NHS Foundation Hospital Trust y del 170 Community Project, una organización no gubernamental situada en el sudeste de Londres. Este proyecto se sirve de un enfoque 'al alcance' en el que asesores independientes en violencia doméstica (IDVA) radicados en el centro hospitalario ofrecen un apoyo directo a las mujeres, formación a los profesionales sanitarios y defensa en el plano político para reforzar los vínculos dentro de la comunidad local y el centro hospitalario.



Finlandia

Como parte de la iniciativa nacional financiada por el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, el personal de enfermería del sistema público de salud en los centros de maternidad y salud infantil recibió una sesión formativa sobre violencia doméstica que incluía encuestas rutinarias utilizando un formulario de cribado. Las vías de asistencia incluyen la remisión a otros profesionales médicos en otros centros sanitarios (por ejemplo, terapeutas, trabajadores sociales y médicos de familia, así como a organizaciones comunitarias dedicadas a la violencia doméstica. Desde 2004, se han publicado orientaciones para los profesionales sanitarios del ámbito de la atención de la salud materno-infantil, cuya última versión se publicó en 2011. La Agencia Administrativa Pública Regional del sur de Finlandia ha desarrollado un formulario normalizado, que también está disponible en formato electrónico, para la evaluación de los pacientes admitidos en centros sanitarios y hospitalarios por lesiones físicas causadas por malos tratos (PAKE).



Países Bajos

La intervención MeMoSA (madres mentoras) se implantó en los centros de salud de Róterdam y Nijmegen. Los médicos de familia reciben formación en violencia doméstica a través de un grupo de formación establecido. También emplean un enfoque 'al alcance' en el que las mujeres que sufren violencia doméstica son remitidas a madres mentoras semivoluntarias formadas para apoyar a madres con hijos menores de edad que viven con ellas en el hogar. En esta fase temprana, la intervención limitada en el tiempo se concentra en cuatro áreas: reducción de la violencia, niños que presencian la violencia, gestión de dolencias depresivas, así como una mejora de la red social de la mujer y la reducción del aislamiento. En Nijmegen, las mentoras reciben una formación y un entrenamiento semanal por parte de HERA, la mayor organización especializada en violencia doméstica de la provincia, que también dirige una red de refugios.



España

Conforme a la Ley Orgánica española 1/2004, los gobiernos de las 17 comunidades autónomas (CCAA) están obligados a abordar la violencia de género (VG) dentro del sistema de asistencia sanitaria. En la Comunidad de Castilla y León, se ha adoptado un enfoque descendente y ascendente para aplicar el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la VG. Inicialmente, se realizó una actividad de sensibilización dirigida a los equipos directivos de los Servicios de Salud. Después se formó un equipo multidisciplinar de formadores en VG (35 profesionales), para impartir formación a los equipos de atención primaria (EAP) y servicios de urgencias, así como a matronas y de recepción. En 2008 se puso en marcha el servicio de detección y atención a la VG en todos los EAP de Castilla y León. Los profesionales sanitarios utilizan las redes establecidas con trabajadores sociales, los servicios sociales, servicios de atención psicológica, la policía, casas de acogida, y otros profesionales en la atención a las víctimas de VG. Todas las CCAA tienen programas de intervención frente a la VG, que responden a un protocolo de actuación común aunque con diferencias en su implantación y desarrollo y todas registran los casos de VG en el sistema de información sanitaria. Los datos se envían posteriormente al Ministerio de Sanidad y con carácter anual, se publican datos epidemiológicos, de formación y del seguimiento de las intervenciones.



Alemania

Entre las numerosas iniciativas que tratan la violencia doméstica en la atención primaria de la salud en Alemania, el estudio se centró en el proyecto piloto nacional MIGG (intervención médica contra la violencia) financiado por el Ministerio Federal de la Familia, la Tercera Edad, la Mujer y la Juventud (2008-2011). MIGG es el primer proyecto sistemático para mejorar la asistencia sanitaria de los pacientes afectados por la violencia doméstica en la atención primaria. Se desarrolló, evaluó y se sometió a prueba en 5 ciudades. Entre los participantes en este proyecto, cabe citar el Instituto de la Universidad de Medicina Forense de Düsseldorf, así como SIGNAL e.V. y Gesine (red de intervenciones sanitarias de lucha contra la violencia doméstica). Tanto SIGNAL e.V. como Gesine son organizaciones no gubernamentales que trabajan en estrecha colaboración con profesionales de la atención primaria de la salud. Las organizaciones ofrecen un programa de intervención en violencia doméstica, desarrollan material impreso de apoyo como pósters, folletos e impresos de documentación sobre maltrato. Las actividades de refuerzo y apoyo después de la formación incluyen reuniones multiprofesionales, conferencias anuales, círculos de calidad de médicos de cabecera y reuniones de 'formación de formadores' dos veces al año. Ofrecen un foro para intercambiar buenas prácticas e investigaciones, exámenes de casos y formación adicional. Atención, Detección, Acción es una intervención de formación en la lucha contra la violencia doméstica que se desarrolla en el Departamento de Psicoterapia y Psicopatología del Centro Hospitalario Universitario de Dresde. Se imparte formación al personal hospitalario y a profesionales de la atención primaria. Las vías de remisión incluyen a otros profesionales sanitarios y organizaciones dedicadas a la lucha contra la violencia de género.



Bélgica, Flandes

Existen una serie de iniciativas innovadoras en Bélgica. Domus Medica, organización profesional para médicos generalistas flamencos, que imparte formación avanzada en violencia doméstica a médicos generalistas promovida por el Ministerio Federal de la Salud y Seguridad de la Cadena Alimentaria. Imparte formación con los trabajadores sociales de los Centros para el Bienestar General (también conocidos como CAW). Los CAW ofrecen asistencia social de primera línea y dentro de una iniciativa del Ministerio flamenco de Bienestar Social, se financiaron 13 de los 26 CAW para desarrollar políticas y formación en materia de violencia doméstica. La intervención promueve la remisión directa a trabajadores sociales de los CAW, pero también incluye la creación de una red de apoyo de profesionales de distintas disciplinas para los médicos generalistas. El Servicio de Infancia y Familia (Kind en Gezin) imparte formación en violencia doméstica al personal de enfermería del servicio público que trabajan con niños de hasta 3 años de edad. El estudio aleatorio controlado MOM (Momentos y sentimientos difíciles) comparará información de remisión de mujeres embarazadas víctimas de violencia doméstica con la asistencia estándar. El estudio se está desarrollando en distintos lugares de Flandes y es coordinado por el Hospital Universitario de Gante.



Serbia

El Centro para la Promoción de la Salud de la Mujer (WHPC) es una organización no gubernamental creada en 1993 que trabaja sobre las consecuencias sanitarias de la violencia de género. WHPC diseña y ofrece programas educativos sobre la violencia de género avanzados para los profesionales de la atención sanitaria y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. También lleva a cabo investigación local e internacional, produce recursos de información sanitaria y organiza distintas iniciativas de defensa y alcance para las víctimas. WHPC fue uno de los autores del protocolo nacional sobre la protección de las víctimas de violencia basada en el género y, en 2008, desarrolló el único manual existente para profesionales sanitarios sobre el reconocimiento y tratamiento de estas víctimas. En 2011, el WHPC desarrolló un paquete de aplicaciones informáticas para los profesionales sanitarios a fin de documentar la violencia doméstica y sus consecuencias para la salud, así como para facilitar un seguimiento estricto de las actividades de intervención. Tras las pruebas piloto, el sistema entrará a formar parte del sistema de información electrónico para asuntos médicos.

Conclusiones clave acerca de lo que funciona

El liderazgo comprometido y el crecimiento orgánico desde abajo son esenciales para crear y mantener un sistema 'sensible a la violencia doméstica'. Los médicos comprometidos en el más alto nivel sensibilizan a sus compañeros en su papel a la hora de identificar y apoyar a las víctimas de violencia doméstica y pueden enfrentarse a las resistencias dentro de la organización. También desempeñan una importante función de establecimiento de redes con las organizaciones locales y foros multiinstitucionales, y ayudan a facilitar la implicación y sostenibilidad de las intervenciones a medida que éstas evolucionan.

Funciones directivas: Se informó de funciones directivas financiadas y/o formalmente reconocidas en algunos estudios de casos. En el Proyecto para el Bienestar de las Mujeres MOZAIC del Reino Unido, el Hospital Trust ha nombrado a una matrona para la violencia doméstica y la protección de los adultos. En Bélgica, algunos Centros de Bienestar General recibían financiación pública comunitaria para desarrollar un papel de responsabilidad en el trabajo social para la violencia doméstica. En Alemania, formando parte de la intervención SIGNAL, personal de enfermería de los departamentos de los Centros Hospitalarios Charité formaron a un grupo de trabajo en violencia doméstica con el apoyo del director de Enfermería. En los estudios de casos se informó de responsables clínicos informales y apoyo entre iguales en los Países Bajos (médicos de cabecera) y en Finlandia (enfermeras del sistema público y directores clínicos). En Serbia, se celebraron mesas redondas con los equipos de gestión de los centros sanitarios para lograr su colaboración en la implementación del Protocolo Especial para la Protección de las Mujeres Víctimas de la Violencia de Género. En España se creó una comisión estatal con representantes de todas las Comunidades Autónomas para el seguimiento de las políticas e intervenciones sanitarias frente a la VG.

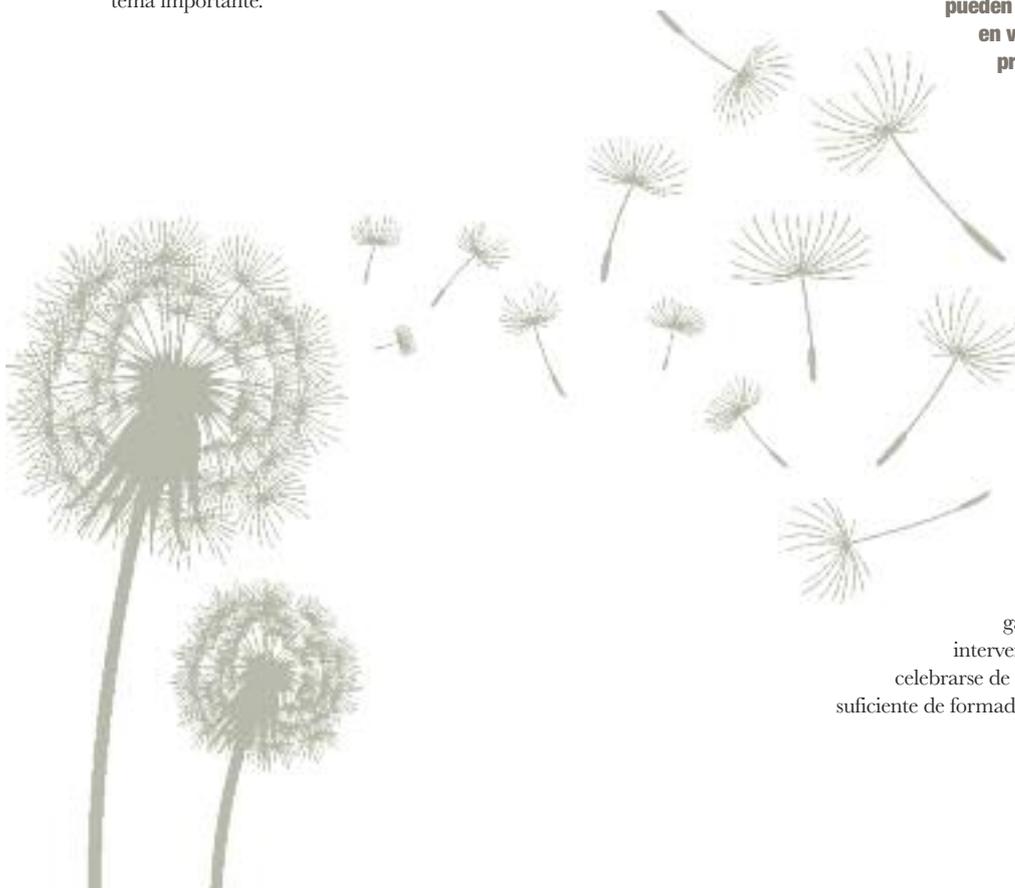
La formación regular con mecanismos de respuesta ayuda a crear una cultura de formación continua. Tras la formación inicial, los profesionales sanitarios tienen que poner en práctica sus habilidades, reflexionar y recibir opinión sobre sus experiencias al tratar con víctimas de la violencia doméstica. En todos los países, la post-formación de refuerzo y el apoyo eran un tema importante.

Información recabada y lecciones aprendidas: Los profesionales sanitarios disponen de una asociación y vías de remisión directa formalizadas para defender y tutelar a madres que dan información sobre casos individuales (MOZAIC en el Reino Unido, MeMoSA en los Países Bajos). Los defensores de MOZAIC también tienen un acceso limitado a los registros médicos electrónicos de maternidad de las mujeres y pueden alertar a las matronas y a los médicos del hecho de que una mujer esté recibiendo ayuda de ellos y que puede que no sea seguro darle el alta de la sección de neonatos o prenatal. El formador de MOZAIC utiliza los datos de evaluación y las mejores prácticas extraídas de las sesiones formativas. En Bélgica (Domus Medica y CAW) dirigen a grupos intervisión y en Alemania (SIGNAL e.V. y Gesine), se invita a los profesionales sanitarios a reunirse entre ellos y con representantes de las organizaciones locales en conferencias y círculos de calidad anuales. Se emplean para compartir investigaciones, experiencias al tratar casos complejos, establecer vínculos con organizaciones comunitarias y obtener formación adicional. En España y Bélgica, las redes de formadores son financiadas por los organismos locales y federales como apoyo a los profesionales de la asistencia sanitaria intercambiando herramientas y recursos de formación. Son coordinados por el Estado para decidir sobre la calidad de la formación y evaluación.

Se necesitan **programas de incentivos y formación flexible** para motivar a los profesionales sanitarios a asistir a la formación, especialmente en contextos en los que los éstos trabajan en consultorios individuales y/o reciben un cargo por cada servicio prestado.

Disponer/motivar la formación: Formación motivadora/de mandato: en Bélgica, los Países Bajos y Alemania, donde los médicos de cabecera suelen trabajar en consultorios individuales, la formación se imparte fuera del horario laboral (es decir, durante los fines de semana y por las noches). En los Países Bajos, los médicos generalistas cambian en su mayoría de las prácticas individuales a las prácticas en grupo. En los Países Bajos, los médicos generalistas precisan 40 puntos de formación médica continua para mantener su licencia y pueden acumular puntos a través de la formación en violencia doméstica. En Serbia, los proveedores de atención primaria deben obtener 24 puntos al año para mantener su licencia y reciben 6 puntos por la formación en violencia doméstica. En España, a los profesionales sanitarios que desean asistir a cursos de 'formador de formadores' se les exige de sus obligaciones laborales y se les pagan los gastos. En el Reino Unido, las matronas deben asistir a un determinado número de días de estudio cada año para mantener su licencia. En la intervención MOZAIC, la violencia doméstica se trata en un día de estudio.

La creación de un grupo de formadores locales que incluya a profesionales sanitarios es un método para garantizar la sostenibilidad de la intervención. Sin embargo, los cursos deben celebrarse de forma regular para mantener un número suficiente de formadores.



Formación sostenible: en Bélgica, Domus Medica celebra reuniones para médicos de cabecera y trabajadores sociales de los CAW que han asistido al curso de formador de formadores. En Alemania, SIGNAL e.V. cuenta con financiación para organizar reuniones anuales con su grupo de formación de formadores. En los Países Bajos, la intervención MeMoSA en Nijmegen ha creado un grupo de formación para garantizar la continuidad de la misma. En España, en la comunidad autónoma de Castilla y León, un equipo de formación multidisciplinar compuesto por 35 profesionales imparte formación a los profesionales sanitarios. De las 82 intervenciones descritas en la encuesta, 37 incluían un componente de formación de formadores.

El desarrollo de unas vías de remisión claras y el trabajo multiinstitucional son un paso necesario en cualquier intervención de violencia doméstica. Los profesionales sanitarios deben saber cómo realizar remisiones a las organizaciones que apoyan a las mujeres y los niños afectados por la violencia doméstica. Las intervenciones deben desarrollarse en un contexto multiinstitucional para desarrollar un consenso en torno a cuestiones como los papeles y responsabilidades, la puesta en común información, la confidencialidad y el tratamiento de casos de alto riesgo.

Vías de remisión seguras: en algunos países, como el Reino Unido y Alemania, el trabajo multiinstitucional está bien consolidado y formalizado. Sin embargo, el uso de Conferencias de Evaluación de Riesgos Interinstitucionales para ocuparse de los casos de alto riesgo sólo puede describirse en el estudio de casos y las encuestas del Reino Unido. En el Reino Unido (MOZAIC), los Países Bajos (MeMoSA) y Bélgica (Domus Medica/CAW), los defensores, las madres mentoras y los trabajadores sociales de los CAW ofrecen el vínculo para comunicarse con las organizaciones comunitarias. Las vías de atención cada vez se armonizan más entre distintos sectores. En España, Finlandia y algunas de las intervenciones en Alemania, los profesionales sanitarios trabajan en estrecha colaboración con otras organizaciones comunitarias para apoyar a las mujeres.

La aportación y la responsabilidad de las víctimas debería formar parte del desarrollo inicial de la intervención y continuar a medida que evolucione ésta. Aunque no es algo habitual, existen ejemplos de buenas prácticas dentro de las intervenciones de estudios de casos.

Escuchar a las víctimas: en el Reino Unido, MOZAIC puso en marcha un grupo de afectadas denominado MOZAIC VOICES en la Cámara de los Comunes en 2011. Tanto la presidenta como sus miembros eran personas afectadas tanto actuales como antiguas. Como entidad benéfica registrada, el grupo se dedica a realizar actividades de captación de fondos y sensibilización y se le consulta sobre decisiones relativas a los planes de investigación y servicios. En los Países Bajos, todas las mujeres que acuden a MeMoSA se someten a una entrevista de salida que proporciona información que se incorpora a la intervención. Los participantes en los talleres enfatizaban la necesidad de que las intervenciones estuvieran adaptadas a las necesidades de las mujeres.

La documentación del proceso de implementación de la intervención a través de una evaluación formal es necesaria para comprender el impacto en el contexto organizacional, en el personal, así como para identificar prácticas que funcionan, problemas que se producen, soluciones probadas y cambios realizados en el modelo. Se precisa un mecanismo para comunicar a los profesionales sanitarios estas evidencias. **La evaluación del impacto** también es necesaria para demostrar los beneficios y potenciales daños de la intervención. Los resultados deberían reflejar la teoría del programa subyacente ya que las intervenciones tempranas pueden tener unos resultados cualitativamente diferentes con respecto a aquellos que implican una defensa continuada y una evaluación de la intensidad de los riesgos. Sin evaluaciones o un seguimiento, resulta extremadamente difícil convencer a los financiadores para que inviertan en la intervención.

Evaluación y seguimiento: Casi la mitad de las 81 intervenciones de las encuestas informaron de la inclusión de la investigación formal o de actividades de seguimiento estricto. Todas las intervenciones de estudios de casos incluían un componente de investigación.



Desafíos comunes

A pesar de los distintos contextos de las intervenciones de estudios de casos, todos los participantes describían desafíos continuados similares como, por ejemplo: dificultades para motivar a los profesionales para asistir a la formación, especialmente cuando los médicos de cabecera trabajan en consultorios individuales y/o reciben un cargo por cada servicio prestado; la falta de funciones de liderazgo financiadas y respaldadas en el marco sanitario que son esenciales para implementar y mantener la intervención; la necesidad de grupos de trabajo multiinstitucional financiados y coordinados; la falta de financiación para las actividades de formación y refuerzo; la falta de financiación para la investigación y la evaluación; así como la reticencia de algunos profesionales sanitarios a la hora de identificar la violencia doméstica.

Recomendaciones de mejores prácticas

- Se necesitan funciones de liderazgo clínico en todas las fases desde el inicio del proceso de innovación hasta el mantenimiento de la intervención. Estos papeles se deben formalizar mediante la descripción de las tareas de sus roles y responsabilidades, con el respaldo de la gestión sanitaria y con financiación continua para evitar que la intervención fracase.
- La formación sobre violencia doméstica debería formar parte de todos los programas universitarios de grado y postgrado en la rama sanitaria y de la formación continua de los profesionales. Las necesidades formativas deben cubrirse de forma regular para garantizar que se incluya a todos los nuevos profesionales sanitarios.
- Se precisa una formación de refuerzo, mecanismos de feedback y apoyo después de la formación para los profesionales sanitarios con vistas a apoyar los cambios sostenidos en la práctica.
- Es necesaria una combinación de programas de incentivos para motivar a los profesionales sanitarios para que se impliquen en actividades formativas como la acreditación, la contabilización de puntos para la licencia médica, el reembolso de los gastos, así como ofrecer cursos durante o fuera del horario laboral según necesidades.
- Las habilidades de comunicación y prácticas para la identificación de la violencia doméstica deberían continuar después de la sesión inicial. Los profesionales de la salud deben practicar sus competencias en situaciones clínicas reales y recibir asistencia y feedback.
- Se debe suministrar financiación para las ONG que asumen un papel de responsabilidad en el diseño y suministro de programas formativos, la coordinación del apoyo post-educación y el suministro de ayuda directa a las mujeres.
- Pueden alcanzarse oportunidades para desarrollar asociaciones multiinstitucionales incluyendo a organizaciones comunitarias en la formación de los profesionales sanitarios y permitir a todos los participantes desarrollar una mayor comprensión del papel de cada uno en el apoyo a las familias afectadas por la violencia doméstica.
- Las intervenciones se deben realizar a la medida de las necesidades de cada mujer. Algunas mujeres necesitan asistencia y/o asesoramiento jurídico intensivo mientras que otras se beneficiarán de intervenciones tempranas que les ayudará a desarrollar una red de apoyo, disminuir su aislamiento e incrementar conductas más seguras.
- La investigación y la evaluación son esenciales para demostrar la eficacia del proceso y el impacto y la rentabilidad de la intervención. Las intervenciones deberían incluir mecanismos para comunicar las evidencias generadas a los profesionales sanitarios con vistas a motivar, implicar y garantizar la sostenibilidad.
- Los futuros estudios de intervenciones deberían tener en cuenta cómo medir los resultados para las víctimas y sus hijos y, en particular, otros grupos vulnerables como las ancianas, las personas con discapacidades físicas, deficiencias visuales y auditivas, sin habla, problemas mentales, discapacidades intelectuales, residentes en casas de acogida y asilos, presos, víctimas tráfico de personas y mujeres con problemas de alcoholismo o drogodependencia. Entre los ámbitos sanitarios que cuentan en menor medida con intervenciones por violencia doméstica se encuentran: salud mental, accidentes y urgencias, salud reproductiva y sexual (incluido el aborto) y servicios sociales.

Agradecimientos

Financiado con una subvención de la Unión Europea dentro del Programa Daphne III 2007-2013 y cofinanciado por el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad de Finlandia.

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a los socios del proyecto por su compromiso para que este haya sido un éxito y a los traductores e intérpretes por su duro trabajo. Nos gustaría expresar un agradecimiento especial a los participantes en las encuestas y las entrevistas de estudios de casos que tan generosamente han cedido su tiempo para compartir su visión basada en años de experiencia en el campo de la violencia doméstica y la salud.

Puede encontrarse el enlace web para el informe íntegro en el sitio web del proyecto DIVERSHSE (Violencia doméstica e interpersonal: dando respuestas en el sector sanitario en Europa

<http://diverhse.eu>
<http://diverhse.org>

Coordinador del Proyecto Daphne

Dr Loraine J. Bacchus, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Gender Violence & Health Centre, Reino Unido

Socios del Proyecto Daphne

Profesora Susan Bewley, Kings Health Partners, Reino Unido
Dra. Carmen Fernandez, Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, España
Doña Hildegard Hellbernd, SIGNAL, Alemania
Dra. Sylvie Lo Fo Wong, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Países Bajos
Dra. Stanislava Otasevic, Women's Health Promotion Centre, Serbia
Dra. Leo Pas, DOMUS MEDICA, Bélgica
Doña Siikka Perttu, University of Helsinki Palmenia Centre for Continuing Education, Finlandia
Doña Tiina Savola, University of Helsinki Palmenia Centre for Continuing Education, Finlandia

Evaluador independiente

Profesor Gene Feder, Universidad de Bristol