



OMIS

OBSERVATORIO DE MODELOS
INTEGRADOS EN SALUD
DE NEW HEALTH FOUNDATION

Experiencias en Atención Integrada

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN CASOS DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Diseño y puesta en marcha del circuito de comunicación de casos para las mujeres en situación de violencia de género que garantice la continuidad asistencial entre los servicios de urgencias y la atención primaria; y que facilite la coordinación del ámbito sanitario con otros recursos sociales y/o comunitarios.

Tema: Promoción de la salud y autonomía personal; violencia de género; mujer.

Categorías: Gestión y procesos; profesionales; formación y liderazgo.

Organización: OSI BARRUALDE-GALDAKAO

Organizaciones implicadas: Organización Sanitaria Integrada OSI (Atención Primaria + Atención Hospitalaria), Ertzaintza, Instituto Vasco de la Mujer (Emakunde), Servicios Sociales municipales, Diputación Foral de Araba y Diputación Foral de Bizkaia.

Lugar: Vizcaya, País Vasco.

Fecha de inicio: El proyecto se puso en marcha en el año 2016 y sigue en activo en la actualidad.

Esta práctica continua activa: Si.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ¿QUÉ JUSTIFICÓ LA REALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA?

La OSI Barrualde-Galdakao se caracteriza por su amplia dispersión geográfica ya que da cobertura a 300.000 personas en gran parte del territorio histórico de Bizkaia, llegando hasta el de Alava. Por el norte, abarca las comarcas vizcaínas de Busturialdea y Lea-Artibai, atravesando las de Arratia y el Duranguesado hasta llegar a las Estibaciones del Gorbea e incluyendo la zona alavesa de Ayala.

La atención a mujeres que sufrían violencia de género en urgencias hospitalarias previo al diseño de los circuitos se llevaba a cabo de acuerdo al procedimiento interno de Urgencias, basado en el protocolo de Osakidetza, del 2008, sin embargo la atención por los servicios sociales de nuestra OSI se circunscribía a los casos detectados de 8 a 15 horas los días laborables y cuando las necesidades de la mujer eran importantes, por lo cual los servicios sociales de base tampoco tenían conocimiento de muchos casos. Además, los casos atendidos tanto en urgencias hospitalarias como en los Puntos de Atención Continuada (PACs) quedaban en el nivel en el que eran detectados, sin ser conocidos por medicina de familia de la mujer salvo que ella misma se lo comunicara.

Por otro lado, nos dimos cuenta de que algunos de los casos descubiertos en los servicios de urgencias (sobre todo hospitalarias) podían llegar a conocimiento de Atención Primaria a través de la comunicación de casos pactada en los protocolos de coordinación interinstitucional de los municipios (especialmente a través de la Ertzaintza si la mujer denunciaba el caso), y solo en el caso de que la mujer diera su consentimiento.

Ante esta realidad, decidimos elaborar un circuito que nos permitiera mejorar la coordinación interna y externa.

OBJETIVOS

El objetivo de la práctica fue definir un circuito de comunicación de casos para las mujeres en situación de violencia de género que garantizara la continuidad asistencial entre los servicios de urgencias y la atención primaria y que facilitara la coordinación del ámbito sanitario con otros recursos sociales y/o comunitarios, para lograr:

- Aumentar el número de casos mujeres en situación de violencia de género conocidos por los servicios de salud de atención primaria, que permita mejorar la atención prestada.
- Sensibilizar a los profesionales de salud sobre la violencia de género.

CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Este procedimiento se está llevando a cabo en la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Barrualde-Galdakao y se aplica en casos de mujeres mayores de 14 que acudan a los Puntos de Atención Continuada y Urgencias hospitalarias de nuestra área cuando la asistencia conlleve la realización de un parte de lesiones por violencia de género. A efectos de este proyecto, consideramos violencia de género la recogida en la Ley Orgánica 41/2002, que la define como aquella 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.

METODOLOGÍA

Diseño de los procedimientos

En diciembre de 2014 se constituyó el equipo sociosanitario de la OSI, que actualmente está compuesto por la directora integración asistencial, la referente sociosanitaria, la referente de violencia de género, la supervisora de material sanitario en residencias, la adjunta de enfermería de atención primaria, una trabajadora social del SAPU (servicio de atención al paciente y usuario) y la trabajadora social de psiquiatría. El equipo multidisciplinar se reúne quincenalmente y es el encargado de elaborar el plan de gestión de esta área y de priorizar las acciones en función de los resultados. En la primera reunión del equipo se decidió trabajar los circuitos de violencia de género, y se estuvo trabajando en su diseño durante todo el 2015.

El diseño implicó sesiones de trabajo con los responsables de los servicios implicados en la atención (urgencias, asesoría jurídica, servicio de atención al paciente...), con el objetivo de detectar fugas y/o duplicidades, y de redefinir la ruta de la forma más adecuada.

En mayo de 2016 se presentaron los nuevos circuitos diseñados a los JUAPs (jefes y jefas de unidad de atención primaria), además de al área administrativa de urgencias, jefe del servicio y secretaría. En el mismo mes se realizó una presentación general en la OSI, a la que acudieron 80 personas: el 85% fueron mujeres.

Implantación de los procedimientos

La puesta en funcionamiento comenzó en junio de 2016. Su implantación se está realizando a través de jornadas de formación/sensibilización de profesionales lideradas por la referente en violencia de género de la OSI; quien además es la persona de consulta para cualquier duda de los y las profesionales de la organización. Tanto los y las JUAPs como las personas referentes de violencia de género en las unidades de atención primaria, que impulsan el cumplimiento del circuito, están sirviendo de apoyo para la extensión de

los procedimientos a nivel de atención primaria. La presentación a otras instituciones implicadas: Ertzaintza, Emakunde, Diputación Foral de Araba y Diputación Foral de Bizkaia, se realizó en diciembre 2016.

Evaluación

Para realizar la evaluación, la persona referente en violencia contra las mujeres de nuestra OSI, enfermera especializada en la materia, procedió a hacer una auditoría accediendo a las historias clínicas de las mujeres para comprobar los siguientes datos:

- Existencia de una cita no presencial administrativa en la agenda del médico o médica de familia de la mujer.
- Existencia de un código CIE relacionado con la violencia de género en la historia clínica de atención primaria: 995.81, 995.82, 995.85.
- Acompañamiento policial para la asistencia sanitaria.

El resto indicadores se obtuvieron de los registros del servicio de trabajado social y del servicio de formación del Departamento de Personal de la OSI Barrualde-Galdakao.

PRINCIPALES BARRERAS

Las barreras que nos encontramos a la hora del diseño y puesta en marcha del circuito fueron fundamentalmente:

- La cantidad y dispersión de los/las profesionales implicado/as.

Esta fue la principal barrera que nos encontramos. La OSI Barrualde-Galdakao cuenta con una plantilla total de 2.357 personas. Para superar esta barrera en mayo de 2017 realizamos un video corto que resume el circuito de atención, y que se va a utilizar como apoyo audiovisual en la formación/sensibilización. Se espera que sirva para llegar a más profesionales.

- La dispersión geográfica y la cantidad/diversidad de organizaciones.

Nuestra área de salud comprende 17 Unidades de Atención Primaria (75 centros de salud y consultorios), 8 Puntos de Atención Continuada, 4 ambulatorios y 2 hospitales, en los que desarrollan su actividad un total de 2.357 profesionales. Los recursos socio sanitarios son prestados por 71 ayuntamientos (algunos de ellos agrupados en 5 mancomunidades de servicio) y 2 Diputaciones Forales. Dicha área atiende a más de 300.000 personas en un área geográfica de 1.572 km². La coordinación entre todas las organizaciones implicadas es compleja.

- Historia Clínica no unificada.

Existen herramientas informáticas diferenciadas para el registro en la historia clínica: la de urgencias hospitalarias y la de atención primaria. Se ha avanzado mucho en la integración de ambas y su conexión completa está planificada; pero a día de hoy, y a pesar de las muchas mejoras obtenidas, sigue siendo una dificultad en la atención a mujeres en situación de violencia y a sus hijos e hijas.

- El horario de atención de los servicios sociales.

La atención de los servicios sociales suele darse de 8-15h en días laborables, por lo que los casos detectados fuera de esos horarios, que suelen ser los más numerosos en caso de violencia física, se perdían con anterioridad al protocolo.

ELEMENTOS FACILITADORES

Los elementos facilitadores del proyecto a destacar son: el apoyo de la dirección de nuestra organización a la estrategia de violencia contra las mujeres; el apoyo corporativo de Osakidetza; y el equipo técnico constituido desde hace 3 años para avanzar en el espacio sociosanitario.

ENSEÑANZAS QUE APORTA LA PRÁCTICA

INDICADORES

Garantizar la continuidad asistencial entre los servicios de urgencias y la atención primaria

- INDICADOR Nº 1: Porcentaje de mujeres con citas no presenciales administrativas en la agenda del médico o médica de familia de las mujeres que hayan precisado realizar un parte de lesiones por violencia de género en urgencias hospitalarias o PAC.

(Este indicador nos informa de si el servicio administrativo de urgencias hospitalarias o la secretaría del PAC o de Atención Primaria ha notificado el caso al médico o la médica de familia de la mujer).

Facilitar la coordinación del ámbito sanitario con otros recursos sociales y/o comunitarios

- INDICADOR Nº 2: Intervenciones realizadas por las trabajadoras sociales de la OSI con las mujeres y recursos sociales y/o comunitarios con los que se han coordinado.
- INDICADOR Nº 3: Porcentaje de mujeres acompañadas a los servicios de salud por cuerpo policial.

Aumentar el número de casos de mujeres en situación de violencia de género conocidos por los servicios de salud de atención primaria

- INDICADOR Nº 4: Porcentaje de mujeres que hayan precisado realización de parte de lesiones por violencia de género en urgencias hospitalarias o Puntos de Atención Continuada (PAC) que tengan codificado un CIE relacionado con malos tratos en la historia clínica de Atención primaria.

(Este indicador nos informa de si el médico o la médica de familia de la mujer ha leído el informe de asistencia sanitaria del servicio de urgencias hospitalarias o del PAC)

Sensibilizar a los profesionales de salud sobre la violencia de género

- INDICADOR Nº 5: Número de profesionales que han acudido a una sesión de sensibilización en los servicios de: psiquiatría, ginecología, traumatología y urgencias hospitalarias de medicina.

RESULTADOS

Entre junio del 2016 y mayo del 2017 se realizaron en la OSI Barrualde-Galdakao 79 partes de lesiones por violencia de género. El 49% de ellos se llevaron a cabo en urgencias hospitalarias, el 34% en Puntos de Atención Continuada y el 16% en los centros de Atención primaria. Para poder hacer la auditoria de dichos casos, que precisaba acceder a la historia clínica de las mujeres, era necesario que esta tuviera a su médico o médica de atención primaria en nuestra OSI, quedando 13 casos excluidos del análisis, por lo que la muestra final analizada fue de 53 casos para los indicadores 1, 2 y 3 y toda la muestra para el indicador número 4.

En la tabla nº 1 se presentan el número de partes de lesiones realizados en nuestros servicios, así como los casos que fueron codificados en atención primaria.

PARTES LESIONES POR VIOLENCIA DE GÉNERO OSI BARRUALDE-GALDAKAO (JUNIO 2016-MAYO 2017)						
	Realizados	Auditados	Códigos CIE en A.P	% Casos codificados	Cita con AP	% Citas en AP
PACS	27	21	19	90%	13	62%
HOSPITAL	39	32	20	63%	18	56%
ATENCIÓN PRIMARIA (A.P)	13					

La edad media de las mujeres atendidas en el nivel hospitalario fue de 37 años, el 29% eran migrantes y el 29% fueron acompañadas por la Ertzaintza al hospital. El porcentaje de casos comunicados a atención



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

primaria es del 56% y el de codificados del 63%. En las historias clínicas de algunas mujeres se ha detectado la existencia de código previo de malos tratos, lo que indica que el caso ya era conocido por los y las profesionales de AP.

En el caso de las mujeres que acudieron a los PACs la media de edad fue algo menor, 33 años, el 42% era migrante y el 25% de ellas fueron acompañadas por la Ertzaintza. Los casos detectados en este medio son codificados (90%) y comunicados (63%) a atención primaria en mayor medida que los del ámbito hospitalario; la mayor cercanía física e incluso estructural de estos puede facilitar la coordinación, además, el propio profesional que atiende a la mujer puede optar por registrar directamente el caso en la historia clínica de atención primaria, a la que tienen acceso, sin esperar a que lo haga medicina de familia.

En cuanto a las trabajadoras sociales de la OSI, atendieron a 18 mujeres procedentes de las urgencias hospitalarias, lo que supone el 46% de los casos atendidos en dicho servicio. Hay que tener en cuenta que para que actúen los servicios sociales se precisa el consentimiento de la mujer, que no siempre desea esa atención. En uno de los casos se gestionó un recurso habitacional de urgencia, en el resto de los casos se contactó con los servicios sociales de base para garantizar la continuidad socio-asistencial. Otros recursos con los que se contactó fueron los dedicados a la atención psicológica.

A destacar el caso de una mujer atendida en el servicio de Urgencias donde se sospechó la existencia de violencia de género, sospecha que fue comunicada al servicio donde ingresó la mujer, confirmándose finalmente la existencia de maltrato en dicho servicio.

En cuanto a la sensibilización de profesionales del área hospitalaria durante el año 2016 y 2017 se realizaron sesiones en los servicios que actúan con mayor frecuencia en las urgencias hospitalarias: Medicina de urgencias, Psiquiatría, Ginecología y Traumatología. En enfermería de dichos servicios la sensibilización se realizó en 2015.

TABLA 3			
SESIONES SENSIBILIZACIÓN MEDICINA. NIVEL HOSPITALARIO.			
	ASISTENTES	MUJERES	HOMBRES
Servicio de Traumatología	21	38%	62%
Servicio de Ginecología	15	73%	27%
Servicio de Psiquiatría	23	87%	13%
Servicio de Urgencias	32	69%	31%
TOTAL	91	67%	33%

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Como hemos visto, 8 de cada 10 partes de lesiones relacionados con la violencia de género (física), son llevados a cabo por los servicios de urgencia (hospitalarios o PACs), lo que justifica la necesidad de que exista un circuito de comunicación de casos entre los niveles del área de urgencias (hospitalarias y PAC) y los Centros de Atención primaria. La comunicación de los casos detectados en urgencias al médico o la médica de familia de la mujer nos permite seguir trabajando con ella de una forma más planificada, lo que no es posible en los servicios de urgencias, donde la atención es puntual. Además, la difusión de estos circuitos ha sido una oportunidad para llevar a cabo sesiones de sensibilización a profesionales de los servicios claves en la atención de urgencias, que suelen acudir con menor frecuencia a los cursos de formación relacionados con la violencia de género, como es el caso de medicina de urgencias, ginecología, traumatología y psiquiatría.

Otro punto relevante a señalar es que la existencia de un circuito específico para atender a las mujeres que sitúa a la violencia de género en una posición relevante respecto a otros problemas de salud, lo que facilita que los y las profesionales sanitarias lo reconozcan como un problema de salud con entidad clínica propia sobre el que hay que actuar desde el ámbito sanitario.

Por último, con estos procedimientos también queda asegurada la continuidad entre el ámbito social y el sanitario, ya que, independientemente del día o la hora de la atención, o de la formación del profesional que atiende a la mujer, tanto los servicios sociales de la OSI como los de base serán informados de la existencia del caso (si la mujer accede a ello) lo que garantiza el cumplimiento de los derechos que, en materia de servicios sociales, les reconoce la ley. Esto, además, se produce sin aumento de coste en recursos humanos.

Recomendaciones

- Unificar las hojas de cesión de datos, que es una de las herramientas que se emplea para detectar a aquellas mujeres que desean una actuación de los servicios sociales.
- Elaborar un documento para informar a la mujer sobre los recursos que existen en el caso de que no quiera acceder a los servicios sociales, y, como medida mínima, informar sobre el teléfono de atención en violencia a las mujeres.
- Formar a profesionales de medicina que estén haciendo la residencia, puesto que hacen guardias en los servicios hospitalarios de urgencias pero pueden no pertenecer a los servicios de Medicina, Traumatología, Ginecología y Psiquiatría.



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

- Fomentar la realización de sesiones clínicas socio-sanitarias sobre la Violencia contra las mujeres.
- No olvidar a los y las profesionales de los PAC como colectivo clave a la hora de la sensibilización y difusión de los circuitos, sobre todo cuando no pertenecen al personal de Atención primaria.
- Evaluar anualmente y modificar los circuitos según las incidencias detectadas.
- Además de con los servicios sociales, es necesaria una buena coordinación con los cuerpos policiales, que pueden intervenir en el caso al mismo tiempo que los servicios de salud.
- El gran porcentaje de mujeres migrantes atendidas hace necesario personalizar la atención, adecuando los recursos a sus necesidades (traductores, folletos en varios idiomas...).

Lecciones aprendidas

Aunque las sesiones presenciales de sensibilización y formación permiten el intercambio de experiencias y conocimientos entre profesionales, sobre todo cuando son interdisciplinarias e interinstitucionales, la gran movilidad del personal que presta sus servicios en el área de las urgencias hospitalarias las convierte en actividades que no llegan a todos y todas las profesionales. La elaboración del vídeo corto que adjuntamos a esta memoria pretende ser un instrumento que dé a conocer los circuitos diseñados, así como sensibilizar en seis minutos al mayor número posible de profesionales y a un coste reducido.

La atención socio-sanitaria integral y coordinada frente a la violencia de género exige no solo que los servicios de salud, los servicios sociales y otros recursos comunitarios interactúen entre sí, sino también los distintos niveles de la atención sanitaria, las diversas organizaciones de servicios, así como los servicios de salud de las comunidades.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Contacto: SOZIOSANITARIOA.BARRUALDE-GALDAKAO@OSAKIDETZA.EUS

Enlaces al video (castellano y euskera):

- ✓ <http://www.euskadi.eus/sociosanitario/-/documentacion/2017/video-sobre-el-abordaje-sociosanitario-en-casos-de-violencia-de-genero/>
- ✓ <http://www.euskadi.eus/soziosanitarioa/-/dokumentazioa/2017/bideoaren-gaia-genero-indarkeriaren-biktima-diren-emakumeek-behar-duten-arreta-soziosanitarioari-heltzea/>



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA



NEW HEALTH
FOUNDATION

CALIDAD SOCIAL Y SANITARIA

+34 639 343 050 | +34 954 414 785

AVENIDA MENÉNDEZ PELAYO, 20, 4º, 41004 SEVILLA. SPAIN

[HTTP://WWW.NEWHEALTHFOUNDATION.ORG/](http://www.newhealthfoundation.org/)