

## **La violencia de género y el trabajo social sanitario: una alianza cargada de buenos augurios**

Antonia Aretio Romero, Trabajadora Social (Centros de Salud de Atención Primaria)

Palabras clave: violencia, trabajo social.

### **Introducción**

El trabajo social sanitario ejercido en nuestro país presenta una gran heterogeneidad y fragmentación (Colom, 2008: 74). Su escasa sistematización, el retroceso en las intervenciones grupales y comunitarias así como el énfasis en los aspectos asistencialistas y burocráticos unidos al desconocimiento del mismo -incluso dentro de la propia organización sanitaria- son una amenaza que pesa cada vez más sobre su futuro (Colom, 2008: 22-25).

La violencia de género ha sido reconocida recientemente como un grave problema de salud pública, objeto de detección y abordaje desde el sistema sanitario.

En esta comunicación se expondrán los argumentos que defienden que el trabajo social sanitario es una profesión imprescindible para afrontar con éxito la violencia de género desde el ámbito de la salud y cómo ésta es una oportunidad para que el trabajo social sanitario despliegue todas sus potencialidades y ocupe el lugar que merece dentro del sistema sanitario.

### **La violencia de género y el sistema de salud**

En los últimos años se han sucedido una serie de acontecimientos legislativos y sociales que han cambiado la consideración de la violencia de género desde la sociedad en general y el sistema sanitario en particular. Algunos de los más relevantes son:

- la promulgación de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género,
- la inclusión del diagnóstico y la atención a la violencia de género en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud a través del Real Decreto 1030/2006 y

- la aprobación en 2007 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.

Todo ello, unido a la comprensión de que el sistema sanitario es un lugar privilegiado para la detección y abordaje de este grave problema de salud, ha suscitado un esfuerzo al interior de la organización sanitaria para mejorar los protocolos disponibles, la sensibilización y formación del conjunto de sus profesionales así como garantizar una coordinación interinstitucional en relación a esta materia. En la actualidad numerosas comunidades autónomas a su vez están actualizando sus protocolos con relación a la violencia.

Existe un amplio consenso -científico y social- que considera la desigualdad entre mujeres y varones como el factor determinante de la violencia de género (Sanz, 2005: 2). Causas socioculturales generan valores y roles de género diferenciales que sustentan un sistema de dominación masculina presente a lo largo de la historia y en todas las culturas en grados diversos. La violencia de género es un instrumento utilizado por los varones para mantener este sistema y controlar la vida de las mujeres.

El reconocimiento de la génesis estructural e institucional del problema – descartando modelos explicativos que enfatizaban factores individuales como agentes causales- implica una reorientación de los modos de abordar la violencia al interior de la organización sanitaria. Así los elementos socioculturales cobran el protagonismo de un conjunto de intervenciones destinadas a ayudar a la mujer atrapada por la violencia. Todas las mujeres - por el hecho de serlo- tienen riesgo de vivir situaciones de violencia de género, pero el afrontamiento de las mismas va a depender de la conjugación de factores psicosociales de riesgo y protección que cada mujer va a vivir de manera individual. Desde esta perspectiva, evaluar las situaciones que generan mayor dependencia y vulnerabilidad en las mujeres -y por consiguiente, en las relaciones afectivas de pareja de las mujeres- así como aquellas otras que les protegen y empoderan frente a la violencia se torna tarea ineludible y central en el proceso de ayuda.

¿Cuáles son estas situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia?:

- Aquellas que tienen que ver con el cambio vital (embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación)
- Aislamiento, tanto familiar como social.
- Migración, tanto interna como internacional.
- Discapacidad de cualquier tipo (física, psíquica y sensorial)
- Dependencia física.
- Dependencia/precariedad económica.
- Dificultades formativas y de ascenso en el trabajo.
- Analfabetismo, bajo nivel de instrucción.
- Desempleo y problemas laborales.
- Ausencia de habilidades sociales.
- Pertenencia a una minoría étnica.
- Estar en situación de exclusión social (adicciones, prostitución, reclusión, indigencia)
- Residir en el entorno rural.

En dirección opuesta se encuentran aquellos factores protectores frente a la violencia (Ruiz, 2004: 6):

- tener autoridad y poder fuera de la familia.
- Rápida intervención condenatoria de la violencia por parte de la familia extensa.
- Elevado apoyo social.

### **Competencias del trabajo social sanitario ante la violencia de género**

¿Qué tiene que ver el trabajo social sanitario en todo esto? A pesar de la diversidad de las prácticas, existe consenso para considerar esta disciplina como “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas situaciones”.

Si se analizan las situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia y los factores de protección antes señalados se podrá constatar que tienen relación directa -en su mayoría- con las competencias y funciones asignadas al perfil profesional del trabajo social; no de manera exclusiva, pero sí reconociendo que es la disciplina encargada habitualmente de trabajar estas circunstancias dentro del ámbito sanitario. El trabajo social sanitario es el responsable de abordar los elementos contextuales presentes en el proceso salud/enfermedad -en este caso de la violencia- aportando la dimensión social a este problema.

Uno de los retos actuales en el trabajo con la violencia de género desde salud es la importancia de generar dinámicas de trabajo en equipo interdisciplinar. Se aconseja acometer la situación global de la mujer afectada por la violencia desde un enfoque psicosocial, más allá de aspectos meramente biologicistas y puntuales -estilo todavía imperante dentro de la organización sanitaria. Esta opción desde una perspectiva integral implica un proceso a largo plazo. Supone una atención que abarca todas las consecuencias que la violencia genera: físicas, psíquicas y sociales. Un trabajo para ayudar a la mujer a ser consciente de su propia situación, generar motivación suficiente para el cambio, superar las dependencias, fomentar la recuperación global que precisa tras la destrucción que acarrea la violencia. Esta labor de acompañamiento requiere de mucho tiempo dedicado a aspectos que suman más tareas que la elaboración del parte de lesiones (importante pero que, desafortunadamente, ha acaparado el debate y las preocupaciones de una gran mayoría del personal sanitario en relación a la intervención en violencia de género) o atención a las consecuencias físicas inmediatas sobre la salud (Aretio, 2007: 274). Tiempo que alcanza a veces muchos meses -incluso años- dedicados al apoyo, escucha, aliento, orientación, coordinación. En definitiva, un proceso exhaustivo de tratamiento de trabajo social en la mejor perspectiva terapéutica esencial a la profesión (Ituarte, 1992: 4).

En todas estas tareas el trabajo social sanitario cobra un papel protagonista (Aretio, 2004: 51-54). Las funciones que desempeña esta profesión con respecto a la violencia guardan relación con el diagnóstico y tratamiento respecto a:

- tipología y gravedad del maltrato y los antecedentes personales y familiares de violencia.
- Exploración de la afectación de la violencia a otras personas, especialmente menores y personas en situación de dependencia.
- Las relaciones familiares (familia nuclear y la de origen).
- Tipología y régimen de tenencia de la vivienda. Necesidad de búsqueda de alojamiento alternativo si resultara preciso.
- Situación económica.
- Red de apoyo social (familia extensa, amistades, vecindario, compañeros de trabajo, recuperación antiguas relaciones, grupos de apoyo social...).
- Resto de situaciones de vulnerabilidad y dependencia antes enunciadas.
- Situación emocional y cognitiva: fomento de la autodeterminación, elevación de la autoestima y asertividad, comprensión de lo que implica la violencia y sus consecuencias, necesidad del cambio de roles de género hacia otros basados en mayor igualdad, trabajo con la ambivalencia respecto de la separación, búsqueda de alguna vía de realización personal para forjar un nuevo proyecto de vida...

Desde el trabajo social también se trabaja con los factores de protección, para reforzarlos y/o ampliarlos.

Todos estos aspectos propios de la dimensión social son –o deberían ser– compartidos y planificados dentro del equipo de salud junto con otros que aporten el resto de miembros del equipo (medicina, enfermería, pediatría, salud mental...), espacio desde donde se han de marcar los objetivos a cumplir en cada fase del proceso de ayuda a la mujer, definiendo tareas y responsabilidades para cada miembro del equipo interdisciplinar. Trabajar con la violencia así ayudará sin duda a fomentar el necesario trabajo en equipo y volver a situar al trabajo social como un integrante más del mismo.

La coordinación es un elemento de interés a destacar. En el abordaje de la violencia de género puede ser necesario en diferentes momentos recurrir a la

derivación a servicios que prestan entidades del resto de sistemas de protección social (servicios sociales, comunitarios, educativos, laborales, judiciales, policiales, vivienda). Los y las trabajadores sociales sanitarios son los profesionales del sistema sanitario más idóneos para realizar esta derivación por diferentes motivos:

- son quienes mejor conocen el funcionamiento del resto de sistemas de protección social por su formación y competencias.
- Suelen participar de manera habitual en espacios de coordinación interinstitucional.
- Tienen establecidos canales de comunicación continuada que aseguran el seguimiento de los casos y el trabajo compartido con otras instituciones.

En las situaciones de violencia, la intensa angustia que provocan y el desconocimiento y falta de formación adecuada precipita en numerosas ocasiones que cualquier profesional sanitario que detecta una situación de violencia de género derive de manera automática a servicios de otros sistemas de protección, sin existir un diagnóstico global previo y sin establecer ningún seguimiento posterior. Por ello se defiende que la coordinación sea establecida siempre desde el trabajo social sanitario tras la planificación integral de la intervención en el equipo de salud. Sólo así se evitará la pérdida de las mujeres en la maraña de recursos de otras instituciones, fenómeno frecuente cuando la coordinación no se realiza así.

La derivación que se defiende es parcial. El seguimiento del caso, salvo excepciones, debe corresponder al equipo de salud, espacio donde la mujer ha expresado su problema y competente para hacer el tratamiento hasta la superación del mismo. Desde aquí se rechazan las intervenciones sanitarias que se limitan a hacer derivaciones totales a otros sistemas -en su mayor parte servicios sociales y justicia- evidenciando que la violencia de género no se considera todavía un problema de salud y responsabilidad, por tanto, de sus profesionales.

El trabajo en equipo con la violencia no suele ser un camino de rosas. Además de las dificultades habituales para la labor interdisciplinar, en este caso suelen

constatarse con fuerza los choques entre los distintos enfoques presentes en el sistema de salud (biologicista frente al bio-psico-social). Así una tarea añadida para los y las profesionales del trabajo social es defender la necesidad de realizar un proceso continuado de acompañamiento, escucha y apoyo a la mujer respetando su ritmo y autodeterminación. Un proceso flexible que se adapte a las necesidades peculiares de cada una, más allá de los estándares señalados en los protocolos y de las presiones legales y asistenciales que puedan entrar en colisión con la autonomía de la misma.

En este sentido, uno de los aspectos más conflictivos es la emisión del Parte de Lesiones en contra de la voluntad de la mujer. Hay abierto un interesante debate en torno a los dilemas éticos y legales al respecto (Barbero, 2005: 225-239). La posición que aquí se defiende es la del respeto absoluto a la autonomía de la mujer, pese a los condicionantes legales. Leyes que deberán ser reformadas si es preciso para proteger con eficacia a las mujeres y evitar los riesgos añadidos que implica la denuncia sin el consentimiento y preparación adecuada de la mujer (y todos los dispositivos de apoyo necesarios) para ello. El trabajo social sanitario debe mostrarse combativo y rotundo en la defensa de la autodeterminación y seguridad de las mujeres, por encima de otro tipo de consideraciones.

Sin embargo, resulta muy útil aportar un Informe Social cuando la mujer decide denunciar la violencia recibida, recogiendo todo el proceso de violencia, desde su génesis, desarrollo y consecuencias, tanto para la mujer como para su entorno familiar. Sirve para fundamentar la violencia continuada como sistema de dominación y desigualdad dentro de la pareja, más allá del momento puntual de agresión que suelen reflejar la mayoría de los Partes de Lesiones. Así esta visión contextual, elaborada desde el trabajo social sanitario, es cada vez más requerida por los y las profesionales de la judicatura y fiscalía en los procesos penales. Por ello la elaboración de este tipo de informes, que fundamentan la globalidad proceso, reviste un interés creciente.

Desde el trabajo social sanitario se realiza intervención a nivel grupal y comunitario, para abordar los aspectos de fomento de la salud y prevención

relacionados con la violencia de género. Estas dimensiones grupal y comunitaria resultan imprescindibles si se pretende avanzar en el abordaje de este fenómeno sobrepasando los aspectos asistenciales, conectando al equipo de salud con otras redes de atención, articulando un espacio de trabajo comunitario que potencie estilos de vida más saludables en lo relativo a las relaciones de pareja y autonomía personal. Los grupos de mujeres centrados en el fomento de la autoestima, respeto y empoderamiento de las mismas son aliados necesarios en el proceso de superación de la violencia.

Lo anterior nos lleva a otra cuestión que es ineludible incorporar en el afrontamiento de la violencia: la perspectiva de género. Sólo a través de esta mirada posicionada de manera consciente es posible desvelar las causas estructurales que fomentan las relaciones de violencia contra las mujeres. Adoptar esta perspectiva –con la lucidez e inteligencia necesarias- conecta con un principio básico de nuestra profesión: la justicia social (evidenciar las discriminaciones, fomentar la solidaridad, usar con equidad los recursos).

Antes de finalizar, hay que hacer una última constatación: la diferencia existente entre el trabajo social desarrollado desde el interior del sistema de salud y el realizado desde otros sistemas de protección social, como por ejemplo el de servicios sociales. A veces es frecuente comprobar la confusión percibida en el personal sanitario, que en ocasiones llega a confundir las competencias de los y las profesionales del trabajo social de los dos sistemas. Sin embargo, la diferencia es notable. Los y las trabajadores sociales sanitarios forman parte del equipo de salud, tienen acceso y trabajan con la historia clínica, comparten la cultura y objetivos de salud y aportan la dimensión social necesaria para el abordaje biopsicosocial. Todo ello es muy diferente del trabajo social desarrollado desde los servicios sociales (Colom, 2008: 75, 80). El trabajo social sanitario tiene objetivos, competencias y funciones exclusivas respecto al trabajo social en general y compartidos con el equipo de salud y su rol no lo pueden desempeñar profesionales del trabajo social de otros sistemas de protección.

## **Conclusiones**

El abordaje de la violencia de género desde el sistema de salud todavía está en fase incipiente. Esta escasa consolidación abre la puerta a oportunidades que pueden aprovecharse desde el trabajo social sanitario para fortalecer actuaciones que ayuden a las mujeres de manera eficaz. Además de las señaladas en párrafos anteriores, resulta oportuno:

- Fomentar la investigación desde una mirada psicosocial, centrada en el contexto, evaluando intervenciones, demostrando la conveniencia de operar con el entorno.
- Publicar las experiencias, visibilizar la relevancia de las aportaciones del trabajo social sanitario en este tema. Difundir las “buenas prácticas”.
- Explorar de manera creativa estrategias adaptadas a las necesidades de cada mujer. Probar, innovar para encontrar hallazgos valiosos.
- Fomentar programas preventivos con perspectiva de género atendiendo a las causas socioculturales de la violencia.
- Incorporar específicamente el papel del trabajo social sanitario en los protocolos autonómicos sanitarios sobre violencia.
- Defender el derecho de las mujeres a protagonizar de manera única cada proceso de cambio desde su autonomía. Exigir que el sistema sanitario esté de verdad a su servicio, fomentando los cambios organizativos precisos.
- Recuperar el papel de agente de cambio.

En el ámbito de la violencia de género desde salud, el trabajo social sanitario tiene competencias específicas (aporte de la dimensión social al equipo de salud, trabajo con las situaciones de vulnerabilidad y dependencia así como con los factores de protección, acompañamiento a lo largo de todo el proceso de recuperación personal, coordinación con otros sistemas de protección social, elaboración del Informe Social, desarrollo de actividades grupales y comunitarias...) que no pueden realizar del mismo modo otros miembros del equipo de salud ni otros profesionales del trabajo social ajenos a este sistema.

Para afrontar de manera eficaz la violencia de género desde el sistema sanitario es necesario incorporar la figura del trabajo social sanitario en todas las situaciones de intervención con este problema. Asimismo, la violencia de

género es una oportunidad para que esta profesión despliegue todas sus potencialidades y ocupe el lugar que merece dentro del sistema sanitario. Una alianza cargada de buenos augurios que promete dar resultados alentadores si quienes ejercen esta profesión se muestran valientes en la defensa de un trabajo social fiel a sus orígenes. Enfatizar la mirada en los procesos psicosociales, asumir la responsabilidad de tratamientos terapéuticos alejados de inercias burocráticas, rechazar la rutina y comodidad profesionales, hacer autocrítica, crear nuevos escenarios, conjugar con sabiduría las complicidades. En definitiva, implicarse con todos los sentidos para recuperar el arte del trabajo social.

### Referencias bibliográficas

- ARETIO, Antonia et al. (2004) *Programa integral de detección y abordaje de la violencia doméstica desde el sistema sanitario público*. Logroño. Servicio Riojano de Salud. Gobierno de La Rioja.
- ARETIO, Antonia (2007) "Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres". *Gaceta Sanitaria*. Vol. 21(4):273-7.
- BARBERO, Javier (2005) "El maltrato de género en las relaciones de pareja: una mirada desde la Bioética". *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid. Ed: Díaz de Santos.
- COLOM, Dolors (2008) *El trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Santiago de Compostela. Siglo XXI.
- Guía de organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada. Consejo General de Diplomados en Trabajo Social e Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 2000.
- ITUARTE, Amaya (1992) *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y Siglo XXI.
- Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Enmiendas al Proyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Madrid, 10 de junio de 2003.
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2007). Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ruiz, Isabel, Blanco, Pilar y Vives, Carmen (2004) "Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias". *Gaceta Sanitaria*. Vol.18 (Supl 2):4-12.
- SANZ, Fina (2005) "Del mal trato al buen trato". *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid. Ed: Díaz de Santos.