

Informe Violencia de Género 2010

Informe Violencia de Género 2010

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 Madrid

NIPO: 680-12-086-7

Imprime: ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.

Pol. Ind. Los Huertecillos, nave 13 - 28350 CIEMPOZUELOS (Madrid)
<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Informe Violencia de Género 2010



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

COORDINACIÓN DEL INFORME

Observatorio de Salud de las Mujeres

Rosa María López Rodríguez

Sonia Peláez Moya

INTEGRANTES DE LA COMISION CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Presidenta

Pilar Farjas Abadía (Secretaria General de Sanidad y Consumo)

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

M^a Mercedes Vinuesa Sebastián (Directora General)

Sonia García de San José (Subdirectora General de Calidad y Cohesión)

Rosa M^a López Rodríguez (Coordinadora de Programas del Observatorio de Salud de la Mujeres)

Ingesa

José Julián Díaz Melguizo (Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria)

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad

Blanca Hernández Oliver (Delegada del Gobierno para la Violencia de Género)

Begoña López-Dóriga Alonso. Instituto de la Mujer. (Directora del Programa de Salud y Servicios Sociales. Subdirección General de Programas)

Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas:

Juan Manuel Espinosa Almendro (Andalucía)

M^a José Amorín Calzada (Aragón)

Antonio Villacampa Duque (Aragón)

Ana María Otero Sierra (Asturias)

Federico Antonio Sbert Muntaner (Balears)

Hilda Sánchez Janáriz (Canarias)

Mar Sánchez Movellán (Cantabria)

María Paz Rodríguez Cantero (Castilla y León)

María Dolores Rubio y Leonart (Castilla-La Mancha)

Iria Caamiña Cabo (Cataluña)

Manuel Escolano Puig (Comunidad Valenciana)

José Luis Cordero Carrasco (Extremadura)

María Isabel Graña Garrido (Galicia)

M^a Belén Prado Sanjurjo (Madrid)

José Fernández-Rufete Gómez (Murcia)

Cristina Ibarrola Guillén (Navarra)
M^a Mercedes Estébanez Carrillo (País Vasco)
M^a Pilar Diez Ripollés (Ceuta)
Rabea Mohamed Tonsi (Ceuta)
Viviane Berros Medina (Ceuta)
M^a de los Ángeles Tascón Moreno (Melilla)

GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO DE LA COMISIÓN

Grupo de Sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la VG

Virtudes Gallardo García (Andalucía)
María Luz Alcaine (Aragón)
Elvira Muslera Canclini (Asturias)
Antonia María Tomás Vidal (Islas Baleares)
Lucina Dácil Marrero Rodríguez (Canarias)
José Francisco Santos (Cantabria)
Rosa María Andrés Margaretto (Castilla y León)
Berta Hernández Fierro (Castilla la Mancha)
Antonia Medina Bustos (Cataluña)
José Antonio Lluch Rodrigo (Comunidad Valenciana)
Julián Mauro Ramos Aceitero (Extremadura)
Mercedes Carreras Viñas (Galicia)
María Ordobás Gavín (Madrid)
Marina Tourné García (Murcia)
Isabel Sobejano Tornos (Navarra)
Iñaki Fraile Esteban (País Vasco)
Pilar Díez Ripollés (La Rioja)
Carmen Ruiz Rodríguez (Ceuta)
Ana Felicidad Egea Fernández (Melilla)
Carmen Ochoa Mateo (Ingresa)
Zaida Herrador Ortiz (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)
Alicia Llácer Gil de Ramales (Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III)
Victoria Abril Navarro (Delegación Estatal de Violencia de Género)

Grupo de formación de profesionales

Elisa Vizueté Rebollo (Andalucía)
Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)
Julio Bruno Bárcena (Asturias)
Alejandra Carmona Franco (Islas Baleares)
Rosa del Valle Álvarez (Canarias)
Mar Sánchez Movellán (Cantabria)
Fuencisla Yagüe García (Castilla y León)
Rosa María Modesto González (Castilla-la Mancha)

Lluisa Balañá Roldán (Cataluña)
Vicenta Escribá Agüir (Comunidad Valenciana)
Elisa Muñoz Godoy (Extremadura)
María Isabel Graña Garrido (Galicia)
Sonsoles Mories Álvarez (Madrid)
José Fernández-Rufete Gómez (Murcia)
Carmen Garde Garde (Navarra)
Miren Josume Ziarrusta (País Vasco)
Pilar Díez Ripollés (La Rioja)
Carmen Ruiz Rodríguez (Ceuta)
Ana Felicidad Egea Fernández (Melilla)
Carmen Ochoa Mateo (Ingesa)
Begoña Merino Merino (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)
Lucía Mazarrasa Alvear (Escuela Nacional de Sanidad)
Begoña López-Doriga Alonso (Instituto de la Mujer)
Pilar Vilaplana García (Delegación Estatal de Violencia de Género)
Itziar Abad Andújar (Delegación Estatal de Violencia de Género)

APOYO TÉCNICO

Universidad de Alicante. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia.

Responsable: Carmen Vives Cases

Colaboración: Erica Briones Vozmediano, Gaby Ortiz Barreda y Jordi Torrubiano Domínguez

Escuela Andaluza de Salud Pública

Responsable: Isabel Ruiz-Pérez

Colaboración: Carmen Juan del Río y Nayra Márquez

Índice

Presentación	11
1. Análisis de situación	13
1.1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud	13
1.1.1. Casos detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud en 2010	19
1.1.2. Evolución de casos detectados y registrados	42
1.2. Formación de profesionales. Análisis cuantitativo de las acciones formativas en violencia de género en el Sistema Nacional de Salud	54
1.2.1. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2010 agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS)	55
1.2.2. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2010 desagregados por Comunidades Autónomas	63
1.2.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud	87
1.2.4. Modalidades de la formación de profesionales y personal de los servicios sanitarios. Nuevos formatos y formación avanzada	92
1.2.5. Coordinación y colaboración interinstitucional e interdisciplinaria en la formación en violencia de género	99
1.2.6. Valoración de los procesos de formación. Fortalezas, dificultades, factores de éxito y fortalezas. Experiencias de evaluación	100
2. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud durante 2010	109
3. Subvenciones 2010. Proyectos financiados para la prevención y atención sanitaria a la violencia de género	113

4. Contexto Internacional. Prevención y detección precoz en el ámbito sanitario. Contextos y grupos de mayor vulnerabilidad ante la violencia de género	117
4.1. La violencia de género en los planes nacionales de salud	118
4.2. Experiencias destacadas dirigidas a menores testigos de VG	119
4.2.1. Experiencias Europeas	121
4.2.2. Experiencias en América	122
4.3. Experiencias destacadas orientadas a la atención sanitaria a mujeres en situación de vulnerabilidad ante la violencia de género	122
4.3.1. Experiencias Europeas	123
4.3.2. Experiencias en América	127
4.4. Experiencias destacadas contra la trata de mujeres (explotación sexual)	128
4.4.1. Experiencias Europeas	130
4.4.2. Experiencias en América	132
Índice de tablas y gráficos	135
Bibliografía	139

Presentación

La violencia de género (VG) representa una grave violación general de los derechos humanos de las mujeres y un obstáculo importante para la superación de la desigualdad entre hombres y mujeres en todas las sociedades (1, 2, 3). El impacto de este tipo de violencia sobre la salud y la calidad de vida de las mujeres tiene devastadores efectos que se traducen en problemas para la salud física y mental, e incluso la muerte (2). Dada su repercusión en la salud, la implicación del sector sanitario en la prevención, detección y rehabilitación de las víctimas de maltrato se define como una necesidad incontestable (4).

Las mujeres que sufren este tipo de violencia son más propensas a tener peor salud en comparación con aquellas que nunca han sido maltratadas (5). Los síntomas de sufrimiento psíquico -disminución de autoestima, ansiedad, depresión, entre otras-, en la mayoría de los casos, suelen estar acompañados de lesiones físicas (6). En este sentido, las mujeres en situación de maltrato tienden a hacer un uso más frecuente de los servicios sanitarios. Las y los profesionales son el primer punto de contacto con estas mujeres, por esta razón, el sector sanitario es considerado una herramienta privilegiada para la detección precoz y prevención temprana de este problema (7).

En los últimos años, importantes organismos internacionales han reconocido la necesidad que tienen de abordar esta problemática desde una perspectiva integral tanto las políticas públicas como las leyes de VG (8, 9). Según estas organizaciones, es requisito indispensable la participación de todos los sectores de la sociedad como la educación, el sector sanitario, los servicios sociales, policiales y judiciales, para prevenir, detectar precozmente y contribuir a erradicar este tipo de violencia (8, 9). Dada la relevancia de la participación del sector salud, diferentes países han empezado a incorporar en sus estrategias o planes nacionales de salud, una serie de planes específicos, programas e intervenciones que abordan la prevención y detección precoz de este problema desde el ámbito sanitario (10, 11, 12).

Debido a la importancia de estas consideraciones, en este Informe Anual 2010, se recogen los datos agregados del Sistema Nacional de Salud (SNS) tanto de los indicadores epidemiológicos comunes aprobados por el Consejo Interterritorial como de los procesos de formación de profesionales de los servicios sanitarios que integran el SNS, continuando con una síntesis de las acciones conjuntas de los grupos técnicos de trabajo de la Comisión durante 2010 así como de las subvenciones concedidas a los servicios de salud de las CCAA para la implementación de la Estrategia del SNS de prevención de la violencia de género (Real Decreto 829/2010) a través de diferentes proyectos.

El Informe finaliza con un capítulo de análisis descriptivo internacional sobre políticas públicas sanitarias y elementos destacados de las mismas en referencia a grupos y contextos de mayor vulnerabilidad frente a la VG, como son las hijas e hijos de mujeres que la sufren, las mujeres embarazadas, mujeres inmigrantes o aquellas otras inmersas en las redes de trata de seres humanos con fines de explotación sexual. Todas ellas, estrategias de intervención desarrolladas en diferentes países como consecuencia de las responsabilidades ejercidas por las administraciones sanitarias en su papel de prevención, detección y atención sanitaria a las mujeres que sufren VG.

1. Análisis de situación

1.1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud

La Comisión contra la violencia de género, constituida en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2004, ha promovido el desarrollo de una serie de medidas para ir construyendo un sistema de vigilancia epidemiológica en torno a este tema.

Disponer de un Sistema de Indicadores Comunes de Violencia de Género favorece la disponibilidad de contar con datos homogéneos, constituye una herramienta útil para analizar la magnitud y evolución del fenómeno, y para evaluar la eficacia de las medidas puestas en marcha desde la implementación de la Ley Orgánica 1/2004, proporcionando las bases para la toma de decisiones sobre intervenciones programadas en torno a esta problemática¹.

Desde la creación del grupo de trabajo de Sistemas de Información y vigilancia epidemiológica de la VG en el seno de la Comisión (2006), se ha hecho un gran esfuerzo por homogeneizar y sistematizar la recogida de los primeros 11 indicadores de violencia de género desde los sistemas de información sanitaria: la definición de caso de violencia de género, el establecimiento de numerador y denominador común para cada indicador y la construcción de formularios comunes para la recogida de los indicadores. Estos indicadores comunes aportan información sobre la magnitud de los casos de violencia de género que son atendidos en el SNS, el ámbito asistencial donde han sido detectados y atendidos (primaria o especializada), así como diferentes características de maltrato detectado (tipo, duración, relación de convivencia con el supuesto agresor, etc.) y de la mujer maltratada (edad, nacionalidad).

La existencia actual de 2 fuentes de información para obtenerlos, el Parte de Lesiones (PL) y la Historia Clínica (HC), de donde se extrae el numerador de los indicadores (nº de casos detectados y registrados) es un factor más de complejidad en la recogida de los mismos.

En todas las CCAA conviven ambas fuentes de información. En muchas de ellas se está desarrollando el proceso de informatización del PL integrado con la HC, lo que permitirá completar y mejorar el seguimiento de

¹ Teutsch SM, Thacker SB. Planning a public health surveillance system. *Epidemiol Bull* 1995;16(1):1-6.

actuaciones dentro de cada ámbito asistencial (atención primaria o atención especializada). Este será el primer paso para, en un futuro, poder realizar el seguimiento conjunto de actuación y derivaciones entre ámbitos asistenciales a través de la HC única. Será necesario que otra comisión, la Comisión de Sistemas de Información del SNS, proceda a estudiar la inclusión en la HC digital del SNS de aquellos datos básicos anonimizados -teniendo en cuenta la confidencialidad y sensibilidad de los mismos- que permitan la mejora del seguimiento clínico de los casos de mujeres que sufren este tipo de violencia, y de sus hijas e hijos.

Cabe señalar que, en el caso de atención especializada, el proceso de integración de ambas fuentes, PL e HC, ya se ha implementado de manera informatizada en los servicios de urgencia de algunas CCAA, no obstante en el caso de consultas externas de hospitales y en la asistencia ambulatoria especializada (sería de especial interés en las consultas de ginecología, salud mental o traumatología), la recogida y recopilación informatizada de los indicadores epidemiológicos de VG está limitada por los mismos hándicaps que el resto de indicadores de actividad sanitaria.

En resumen, la recogida agregada de datos para todo el SNS sobre indicadores comunes epidemiológicos de VG, se presentan en este Informe 2010, clasificados según la fuente de procedencia de los datos, **HC** o **PL**, existiendo algunas CCAA que los han facilitado de ambas fuentes.

DEFINICIÓN DE CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SNS

*Mujer mayor de 14 años atendida por el sistema sanitario
que reconoce por primera vez sufrir maltrato.*

Indicadores comunes epidemiológicos. Actuación sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud

OBJETIVOS GENERALES

Conocer la magnitud y consecuencias de la violencia de género en la salud y en el sistema sanitario

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar la planificación de la atención sanitaria a la violencia de género al conocer su magnitud y las características de las mujeres que la padecen.
- Promover la mejora de la calidad y la equidad en la atención sanitaria integral a la violencia de género mediante la valoración del impacto de las actuaciones implantadas por las Administraciones sanitarias, especialmente las relacionadas en el Protocolo Común.
- Favorecer la colaboración y el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre las administraciones implicadas en la atención sanitaria a las mujeres que padecen violencia.

INDICADORES COMUNES

Magnitud

1. Casos detectados en mujeres de 14 años o más, por 100.000.
2. Numero de partes de lesiones emitidos por nivel asistencial.

Por nivel de asistencia y fuente

3. Casos detectados en atención primaria.
4. Casos detectados en atención especializada.

Por características de maltrato

5. Casos detectados según el tipo de maltrato.
6. Casos detectados según duración del maltrato.
7. Casos detectados según la relación de convivencia con el maltratador.

Por características personales de la mujer maltratada

8. Casos detectados por edad.
9. Casos detectados por nacionalidad.
10. Casos detectados según situación laboral.
11. Casos detectados en mujeres embarazadas.

Para mostrar los resultados obtenidos a nivel epidemiológico se han diseñado una serie de tablas y gráficos.

Además de la dualidad de fuentes, los sistemas de información sanitaria de CCAA e INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para Ceuta y Melilla) se encuentran en diferentes fases de adaptación para incorporar las variables, codificarlas e informatizar el PL, incluso dentro de algunas CCAA dicha adaptación todavía no alcanza el 100% de sus dispositivos sanitarios, encontrándose más desarrollada en general, en los dispositivos de atención primaria.

En la **Tabla 1 y 2**, al igual que en ediciones anteriores de este informe, se observa el conjunto de CCAA, los indicadores que han podido proporcionar (del 1 al 11 de los que actualmente se recogen), y la(s) fuente(s) utilizadas (HC o PL).

De los 17 servicios de salud autonómicos que integran el Sistema Nacional de Salud, **13** han podido facilitar datos correspondientes al año 2010 acerca de algunos de los 11 primeros indicadores comunes epidemiológicos aprobados por el Consejo Interterritorial del SNS (no todas pudieron facilitar información del conjunto de los 11 indicadores). En el caso de INGESA, sólo la Ciudad con Estatuto de Autonomía de Melilla ha podido facilitar datos para este informe.

Tabla 1. Posibilidad de recogida de Indicadores Epidemiológicos por CCAA y fuente de información (Historia clínica y/o parte de Lesiones) en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Año 2010.

Comunidades Autónomas	Número total de indicadores facilitados	Fuente Historia Clínica	Fuente Parte de Lesiones
Andalucía	3		x
Aragón	12	x	
Asturias	9 / 8	x	x
Baleares	0		
Canarias	13 / 12*	x	x
Cantabria	12	x	
Castilla y León	8	x	
Castilla-La Mancha	5		x
Cataluña	0		
C. Valenciana	10		x
Extremadura	0		
Galicia	0		
Ceuta	0		
Melilla	9		x
Madrid	8	x	

Comunidades Autónomas	Número total de indicadores facilitados	Fuente Historia Clínica	Fuente Parte de Lesiones
Murcia	9 / 12*	x	x
Navarra	6	x	
País Vasco	6	x	
La Rioja	13*	x	

(*). Aunque en la actualidad se están recogiendo un total de 11 indicadores comunes como máximo, se reflejan con nº 12 y 13 aquellas Comunidades Autónomas (CCAA) que han podido recoger, el **indicador 8** (casos por grupo de edad) o el **indicador 9** (casos por nacionalidad) en los dos formatos en que se estableció su recogida (porcentaje de casos sobre total detectado y tasa /100.000 respecto al grupo de edad o nacionalidad referida).

Este primer epígrafe del Análisis de situación, contiene dos grandes apartados:

1.1.1. Se presenta una explicación descriptiva de los datos más relevantes obtenidos para cada indicador referido a **casos detectados y registrados en 2010**: nº CCAA que lo han podido facilitar y fuente de información utilizada (HC o PL), valor máximo de registro para cada indicador así como valor de la mediana estadística, obtenida a partir de los diferentes valores aportados por las CCAA.

1.1.2. Se presentan las tablas de **evolución de casos detectados y registrados en los años 2009 y 2010**, construidas con los datos aportados por las CCAA para este informe y los del año anterior, que fue el primer año de recogida agregada para el conjunto del SNS.

Es preciso señalar que en las tablas de datos, «n» se refiere al número de CCAA que han podido proporcionar el indicador correspondiente.

Por último señalar, para su adecuada interpretación, que los datos presentados en este Informe, al igual que en ediciones anteriores, corresponden a los **casos registrados por el personal sanitario y en ningún momento pueden ser considerados como el nº de casos de violencia de género existentes en cada CCAA**². Por tanto, aquellas CCAA que en las tablas presentan mayor nº de casos, indica un mayor registro por parte de los profesionales sanitarios de dicha CCAA, pero no necesariamente que existan más casos de violencia de género que en otras CCAA.

² Tal como se ha señalado anteriormente, se define como caso de violencia de género, para registrar en el Sistema Nacional de Salud, toda «mujer mayor de 14 años atendida por el sistema sanitario que reconoce por primera vez sufrir maltrato».

Tabla 2. Relación de comunidades Autónomas que han facilitado información sobre indicadores de VG.

Comunidades Autónomas	Información remitida	1	2	3	4	5	6	7	8.a	8.b	9.a	9.b	10	11
Andalucía	P	P												
Aragón	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC		HC
Asturias	HC/P	HC	HC/P	HC/P	HC/P			P	HC/P	HC/P	HC	HC		P
Baleares														
Canarias	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P
Cantabria	HC	HC	HC		HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC
Castilla y León	HC	HC	HC						HC	HC	HC	HC		HC
Castilla-La Mancha	P	P							P	P	P	P		
Cataluña														
C. Valenciana	P	P	P	P	P			P	P	P		P	P	P
Extremadura														
Galicia														
Ceuta														
Melilla	P	P	P		P	P	P	P	P	P	P	P		P
Madrid	HC	HC	HC		HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC			
Murcia	HC/P	HC/P	HC/P	P	HC/P	P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	HC/P	P
Navarra	HC	HC	HC		HC			HC	HC	HC				
País Vasco	HC	HC	HC	HC	HC				HC	HC				
La Rioja	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC	HC
HC/P	Datos proporcionados procedentes de historia clínica y partes de lesiones													
HC	Datos proporcionados procedentes de historia clínica													
P	Datos proporcionados derivados de parte de lesiones													

1.1.1. Casos detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud en 2010

Indicador 1. Casos detectados en mujeres de 14 años o más (tasa x 100.000)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: casos de mujeres de 14 años o más por 100.000 atendidas por el sistema sanitario (atención primaria y/o especializada y total) que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

Numerador de la tasa: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

Denominador de la tasa: población de mujeres de 14 años o más en cada CCAA.

Fuente Parte de lesiones: casos de mujeres de 14 años o más por 100.000 atendidas que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad y detectados desde parte de lesiones emitidos por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/ agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado (2010).

Numerador de la tasa: número de casos detectados por partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años cuyo motivo sea violencia de género.

Denominador de la tasa: población de mujeres de 14 años o más en cada CCAA.

En 2010, la tasa de casos de violencia de género, detectados y registrados por 100.000 mujeres de 14 años y más, presentó unos **valores máximos de registro** de 282,1 cuando la fuente de información fue la **HC** y 200,34 si la fuente de información fue el **PL**.

La mediana estadística de valores para este indicador en el conjunto de CCAA que han facilitado datos en 2010 se sitúa en una tasa de 83,71 (HC) y 92,15 (PL).

Respecto a la **HC**, un total de **10 CCAA** han aportado información de este indicador, variando los datos entre tasas de 282,10 y tasas de 3,79. Cuando la fuente es el **PL**, un total de **7 CCAA** han aportado información relacionada con este indicador. En este caso las tasas más altas registradas se sitúan en 200,34 y la menor en 48,95. Las CCAA de Asturias, Canarias y Murcia han proporcionado información procedente de ambas fuentes de información.

Se observa que, en la mayoría de CCAA, **las tasas de casos detectados fueron más altas si la fuente de procedencia era la HC**. Sólo una CCAA reporta una tasa mayor en los casos detectados desde el PL.

Indicador 2. N° de Partes de Lesiones emitidos por nivel asistencial (tasa por 100.000)

DEFINICIÓN

Indicador 2 con datos procedentes de la Historia Clínica: Casos de mujeres de 14 años o más por 100.000 que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/ agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de Atención Primaria y/o Especializada y total en el período analizado (2010).

Numerador de la tasa: número total de partes de lesiones emitidos referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género.

Denominador de la tasa: población de mujeres de 14 años o más en cada CCAA.

En la actualidad este indicador se obtiene en formato de tasa, sumando el n° de partes de lesiones emitidos en atención primaria y el n° de parte de lesiones emitidos en atención especializada por motivo violencia de género (VG), pero los servicios sanitarios no pueden conocer el porcentaje que estos partes de lesiones por causa VG suponen sobre el total de partes de lesiones emitidos desde los servicios sanitarios por cualquier causa.

En la actualidad existen diferentes sistemas de información y registro en las CCAA para el cómputo de los partes de lesiones emitidos por VG, unos se basan exclusivamente en recogida de parte de lesiones (PL) y otros, computan los partes de lesiones emitidos de forma informatizada desde la Historia Clínica (HC).

En 2010, sólo **6 CCAA** han aportado información relacionada con este indicador cuando la fuente ha sido directamente desde los partes de lesiones (PL), y **10 CCAA** lo han proporcionado recogido desde la Historia Clínica de forma informatizada (HC). Sólo 2 CCAA han proporcionado los datos utilizando ambas fuentes de información (HC y PL) y sólo 7 CCAA, han podido proporcionar conjuntamente los datos de parte de lesiones emitidos tanto en atención primaria como en especializada.

Por tanto, no podemos comparar tasas, ya que algunas CCAA sólo incluyen el n° de partes de lesiones de un ámbito asistencial (primaria o especializada) y otras incluyen la suma de los dos ámbitos en su numerador.

No obstante, al final de este capítulo, en el apartado 1.1.2.2, se presentan datos generales sobre el total de Partes de Lesiones emitidos desde los servicios sanitarios por causa violencia de género, que han llegado a los juzgados en el período comprendido entre el 1 de enero de 2007 y diciembre de 2010. Estos datos se encuentran publicados en el IV Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer 2011, elaborado desde la Delegación del Gobierno para la violencia de género (Secretaría de Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. MSSSI).

Indicador 3. Casos detectados en Atención Primaria (tasa por 100.000)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: casos de mujeres de 14 años o más por 100.000 atendidas en atención primaria que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

Numerador de la tasa: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

Denominador de la tasa: población de mujeres de 14 años o más en cada CCAA.

Fuente Parte de lesiones: casos de mujeres de 14 años o más por 100.000 que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género independientemente de quién sea el supuesto maltratador/agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria en el periodo analizado.

Numerador de la tasa: número de casos detectados por partes de lesiones emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria referidos a mujeres de 14 años cuyo motivo sea violencia de género.

Denominador de la tasa: población de mujeres de 14 años o más en cada CCAA.

En 2010, la tasa de casos de violencia de género, detectados y registrados en **Atención Primaria** por 100.000 mujeres de 14 años y más, presentó unos valores máximos de registro de 282,1 cuando la fuente de información fue la **HC** y 336,17 si la fuente de información fue el **PL**.

La mediana de valores para este indicador en el conjunto de CCAA que proporcionaron datos de 2010 se sitúa en una tasa de 65,83 (HC) y 75,48 (PL).

Un total de **11 CCAA** facilitaron este indicador recopilado desde la **HC**. Los servicios sanitarios de Navarra (282,10) y Canarias (106,53) presen-

tan las tasas más elevadas de registro, mientras que las CCAA de Murcia y Aragón presentan las tasas menores con 3,79 y 11,8, respectivamente.

Cuando la fuente utilizada es el **PL**, un total de **7 CCAA** han aportado información. Los valores de las tasas en este caso, oscilan entre 336,17 (Melilla) y 3,46 (Murcia). Asturias, Canarias y Murcia han proporcionado este indicador utilizando **ambas fuentes de información** (HC y PL). En las tres, las tasas más elevadas de registro se dan cuando los datos proceden de la HC.

Indicador 4. Casos detectados en Atención Especializada (tasa por 100.000)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: casos de mujeres de 14 años o más por 100.000 atendidas en atención especializada que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

Numerador de la tasa: número de casos detectados en la historia clínica en atención especializada referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

Denominador de la tasa: población de mujeres de 14 años o más en cada CCAA.

Fuente Parte de Lesiones: casos de mujeres de 14 años o más por 100.000, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/ agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención especializada en el periodo analizado

Numerador de la tasa: número de casos detectados por partes de lesiones emitidos en atención especializada referidos a mujeres de 14 años cuyo motivo sea violencia de género.

Denominador de la tasa: población de mujeres de 14 años o más en cada CCAA.

En 2010, la tasa de casos de violencia de género, detectados y registrados por 100.000 mujeres de 14 años y más, en **Atención Especializada** presentó unos **valores máximos de registro** de 64,96 cuando la fuente de información fue la **HC** y 63,67 si la fuente de información fue el **PL**.

La mediana de valores para este indicador en el conjunto de CCAA que proporcionaron datos de 2010 se sitúa en una tasa de 29,6 (HC) y 37,87 (PL).

Un total de **5 CCAA** han proporcionado este indicador recogido desde la **HC**. Las mayores tasas de registro 64,96 y 49,58 se han recogido en

País Vasco y Asturias, mientras que la menor tasa registrada fue 0,11 (Canarias).

5 CCAA han ofrecido información de este indicador recogido desde el **PL**. Los valores de las tasas, en este caso, oscilan entre 63,67 (Murcia) y 13,99 (Comunidad Valenciana).

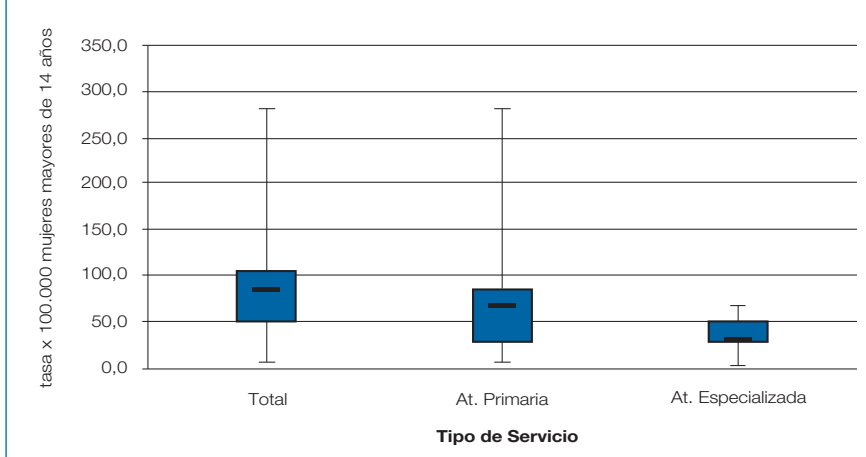
3 CCAA (Asturias, Canarias y Baleares) han proporcionado información procedente de **ambas fuentes de información**. En el caso de Canarias se observan tasas mayores cuando la fuente es el PL. Sin embargo en Baleares, la tasa de casos detectados y registrados es mayor cuando la fuente de procedencia de datos es la HC.

Indicadores 1, 3 y 4. Comparativa de casos detectados y registrados totales y por ámbito asistencial

Con relación a los indicadores que hasta ahora se han descrito y sus valores para 2010, al realizar el análisis de dispersión de los datos según las distintas fuentes de información de las que fueron recogidos representados mediante gráfico de cajas o boxplot, podemos observar algunas tendencias:

Los **casos totales** que fueron detectados y registrados **desde la historia clínica (HC)** presentan una gran dispersión (sus tasas varían entre 3,8 y 282,1). Sin embargo, el 75% de las tasas se agrupan, aproximadamente, entre los valores 0 y 100. Dejando una amplia dispersión para el 25% de valores restantes, que son los registros de tasas más elevadas. En el caso de datos recogidos en **atención primaria** presentan una forma muy similar a las tasas de los casos totales, con la misma amplitud en la dispersión. En el caso de datos recogidos desde **atención especializada**, se observa mucho menos dispersión. El 100% de las tasas se agrupan entre los valores 0,11 y 64,96, observándose una mayor agrupación de los datos en valores bajos. El valor de la mediana se encuentra muy próximo al valor del primer cuartil, que indica una mayor agrupación de los valores que se encuentran por debajo de la mediana.

Gráfico 1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud por ámbito asistencial. Año 2010. Fuente: Historia Clínica



	Historia Clínica		
	Totales	At. Primaria	At. Especializada
Mínimo	3,8	3,79	0,11
Mediana	83,7	65,825	29,6
Máximo	282,1	282,1	64,96

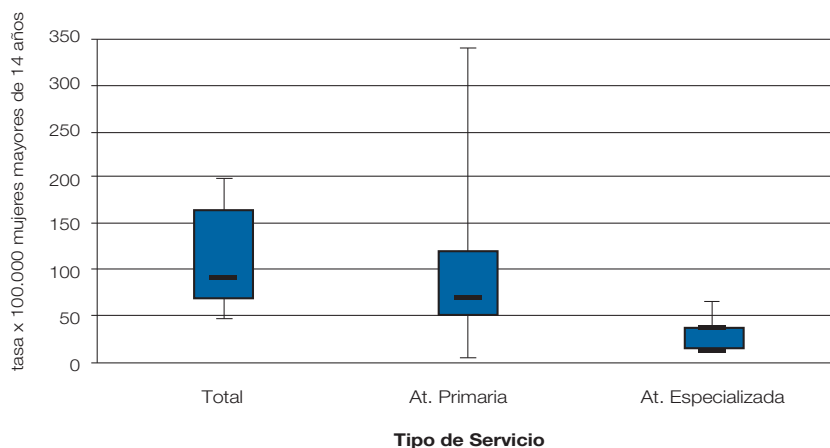
Fuente: Grupo de Trabajo. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2011

Cuando la fuente de recogida de datos es el **parte de lesiones**, los casos **totales** detectados y registrados varían entre un valor mínimo de 48,95 y un máximo de 200,24. El 50% de los valores se concentran aproximadamente, en unas tasas entre 70 y 160 (entre los cuartiles Q1 y Q3, caja coloreada). En cuanto a la dispersión, ambas líneas de dispersión son muy cortas, dando como resultado unos valores bastante agrupados. Por otro lado, la mediana se encuentra más cercana al valor del primer cuartil, lo que indica una mayor agrupación de los datos con valores menores y mayor dispersión en los valores más elevados.

Los casos detectados en **atención primaria** presentan una gran dispersión. Esta dispersión es mayor en el grupo de valores más elevados como lo indica el amplio recorrido que presenta la línea superior de dispersión.

En **atención especializada** las tasas están muy agrupadas. El 100% de los datos se recogen entre los valores 13,99 y 63,67.

Gráfico 2. Casos de violencia de género, detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud por ámbito asistencial. Año 2010. Fuente: Parte de Lesiones



	Parte de Lesiones		
	Totales	At. Primaria	At. Especializada
Mínimo	48,95	3,46	13,99
Mediana	92,15	75,48	37,87
Máximo	200,34	336,1738	63,67

Fuente: Grupo de Trabajo. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2011.

Indicador 5. Casos detectados según tipo de maltrato (porcentaje)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: porcentaje de mujeres de 14 años o más atendidas en atención primaria y/o especializada y total que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, por tipo de maltrato.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados por tipo de maltrato.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

Fuente Parte de Lesiones: porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/ agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado, por cada tipo de maltrato.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género desglosados por tipo de maltrato.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género

Violencia psicológica y física son el tipo de maltrato más frecuentemente detectado **en el conjunto del SNS en 2010**, con independencia de la fuente de procedencia de datos, **HC** o **PL**, siendo la violencia sexual la que menos se evidencia en el registro.

Cuando los datos se observan desagregados por ámbito asistencial, se perciben **ligeras diferencias entre Atención Primaria y Especializada** dependiendo de la fuente de recogida.

Respecto a la información procedente de la **HC**, un total de **9 CCAA** han aportado alguna información relacionada con este indicador. Se aprecian que **los mayores porcentajes corresponden al maltrato físico y al maltrato psicológico**. En las CCAA de Asturias, Cantabria, Murcia y País Vasco el maltrato psicológico es el maltrato más frecuentemente en los casos registrados. En el caso del maltrato sexual, las CCAA de La Rioja (13,20) y Murcia (13,04) presentaron los mayores porcentajes de este tipo de maltrato en los casos registrados.

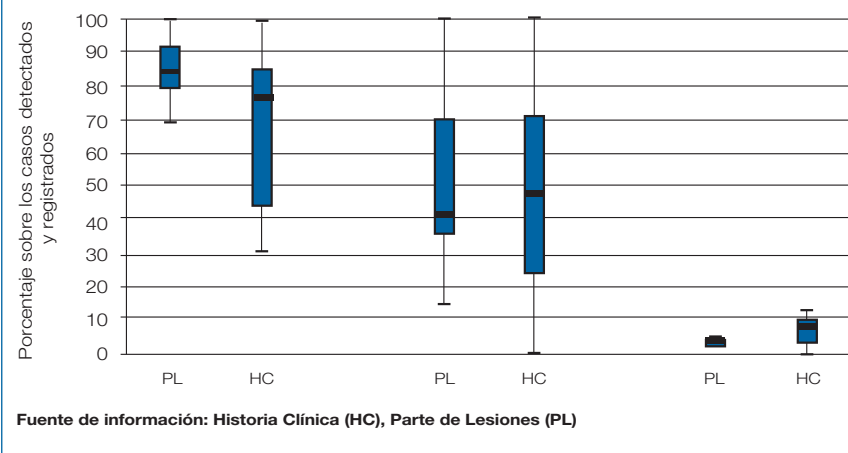
En los casos detectados y registrados en **Atención Primaria**, predomina el tipo de maltrato físico, mientras que en **Atención Especializada** predomina el maltrato psicológico registrado. En los datos aportados por las CCAA de Aragón y La Rioja, destaca el mayor registro en Atención Especializada de casos de violencia sexual en contraste con los datos procedentes desde los servicios de Atención Primaria, posiblemente explicado por la mayor frecuencia de casos de agresiones sexuales que llegan a los servicios de urgencia de especializada, y a la mayor dificultad de detección de violencia sexual por parte de la mujer en el seno de las relaciones de pareja o ex pareja sentimental.

En cuanto a la información procedente del **PL**, un total de **5 CCAA** han aportado los datos necesarios para el cálculo de este indicador. Los mayores porcentajes detectados corresponden al maltrato físico seguido del

maltrato psicológico. Respecto al maltrato sexual, todos los servicios de salud han aportado información excepto Melilla.

Cuando la fuente es el PL se observan diferencias entre atención primaria y especializada, respecto al tipo de maltrato. El registro de casos con maltrato físico y psicológico es mayor en Atención Primaria, mientras que los casos de maltrato sexual se detectan en mayor medida en Atención Especializada.

Gráfico 3. Casos de violencia de género, detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) por tipo de maltrato (físico, psicológico y sexual) y fuente de información (parte de lesiones e historia clínica). Año 2010. TOTALES



	Totales					
	Físico		Psicológico		Sexual	
	PL	HC	PL	HC	PL	HC
Mínimo	70,09	30,43	15,06	1,09	3,01	0,1
Mediana	84,1	76,7	40,76	49,1	3,585	9,11
Máximo	100	98,79	100	99,6	5,44	13,2

PL: Parte de Lesiones; HC Historia Clínica.

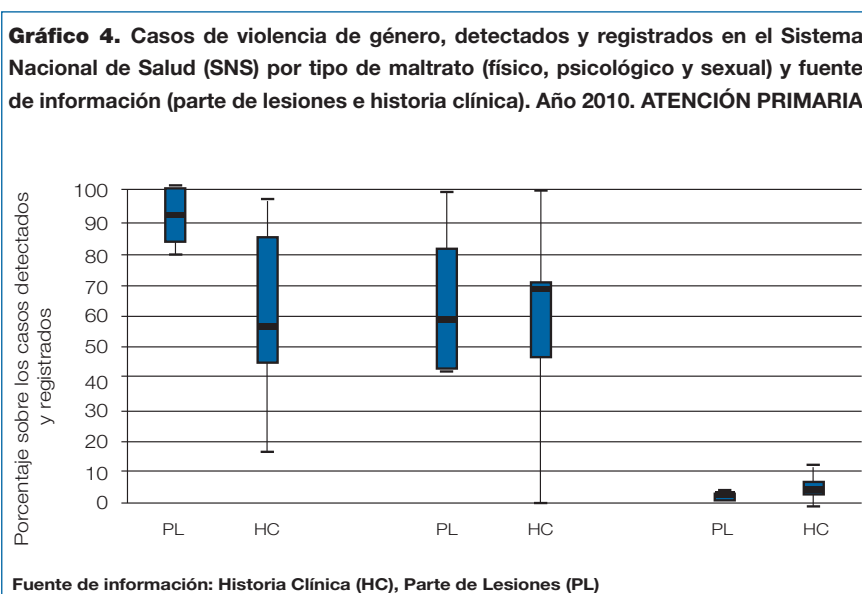
Fuente: Grupo de Trabajo. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2011

En los casos detectados y registrados de **violencia física** se observa una mayor dispersión en los porcentajes registrados desde historia (HC) clínica que en los registrados desde partes de lesiones (PL). En el caso de ser la fuente

de datos la HC, los porcentajes se encuentran más agrupados en torno a valores por encima de la mediana y la mayor dispersión de datos se da en porcentajes por debajo de la mediana.

En **violencia psicológica**, si la fuente de datos es la HC, la dispersión en los porcentajes es algo mayor que la observada cuando la fuente es el parte de lesiones (PL), donde los porcentajes se agrupan en torno a valores por debajo de la mediana, y presentan mayor dispersión para valores elevados.

En cuanto a la **violencia sexual** decir que los porcentajes se encuentran muy concentrados alrededor de la mediana, tanto si los datos proceden de HC como de PL.



	Atención Primaria					
	Físico		Psicológico		Sexual	
	PL	HC	PL	HC	PL	HC
Mínimo	79,51	17,85	43,29	1,09	1,15	0,1
Mediana	93,39	56,85	59,445	69,66	2,45	4,755
Máximo	100	98,79	100	99,6	3,61	13,04

PL: Parte de Lesiones; HC Historia Clínica.

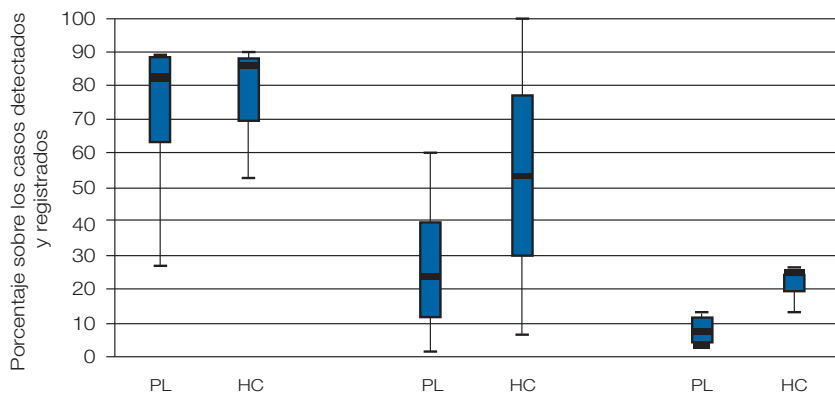
Fuente: Grupo de Trabajo. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2011

En los porcentajes de **violencia física** detectada en at. Primaria se observa bastante diferencia en el valor de las medianas según la fuente de información. Los porcentajes recogidos desde PL son mayores y más agrupados que los recogidos desde HC.

En el caso de la **violencia psicológica** se observa una mayor dispersión en los valores por debajo de la mediana en el caso de la HC.

En cuanto a la **violencia sexual** decir que los porcentajes se encuentran muy concentrados alrededor de la mediana en ambos casos

Gráfico 5. Casos de violencia de género, detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) por tipo de maltrato (físico, psicológico y sexual) y fuente de información (parte de lesiones e historia clínica) . Año 2010. ATENCIÓN ESPECIALIZADA



Fuente de información: Historia Clínica (HC), Parte de Lesiones (PL)

	Atención Especializada					
	Físico		Psicológico		Sexual	
	PL	HC	PL	HC	PL	HC
Mínimo	27,45	53,54	1,31	6,3	3,01	13,1
Mediana	82,335	86,3	23,98	53,8	7,66	24,8
Máximo	89,69	89,7	60,77	100	13,73	25,6

PL: Parte de Lesiones; HC Historia Clínica.

Fuente: Grupo de Trabajo. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2011

Cuando la fuente es el PL, en los casos de **violencia física** detectada en Atención Especializada se observa mayor dispersión de valores para los porcentajes situados por debajo de la mediana

En el caso de **violencia psicológica** detectada en Atención Especializada, el valor de la mediana cuando la fuente es PL es mucho menor que cuando la fuente es HC. El valor de la mediana de HC se sitúa más cerca de los valores extremos de porcentaje cuando la fuente es PL.

En cuanto a la **violencia sexual**, los porcentajes registrados presentan muy poca dispersión en ambos casos. Sin embargo, se observan diferencias en los valores de los porcentajes siendo los de HC más elevados que los recogidos desde PL.

Conclusión

Los valores de las medianas en general no apuntan a grandes diferencias en cuanto a los a la fuente de información (HC o PL). Son más significativas las diferencias que se observan en la dispersión de los datos dentro de cada fuente de información. En HC es donde el rango de datos es más amplio y se recogen valores más dispares.

Indicador 6. Casos detectados según duración del maltrato

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: porcentaje casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad por duración del maltrato.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad desglosados por duración del maltrato.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad.

Fuente parte de lesiones: porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado, por duración del maltrato.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género desglosados por duración del maltrato.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género.

Respecto a la información recogida desde la **HC**, un total de **5 CCAA** han aportado información relacionada con este indicador, y en su mayoría con datos procedentes de los servicios de Atención Primaria, salvo en las CCAA de La Rioja y Aragón donde los datos recogidos proceden de ambos ámbitos asistenciales. No obstante es importante tener en cuenta la dificultad de establecer conclusiones en torno a este indicador, en primera instancia por la gran variabilidad existente en la información aportada por las CCAA y por otro lado, lo costoso que resulta para las mujeres que sufren maltrato establecer el momento a partir del cual se originó la situación del maltrato.

Cuando la fuente es el **PL**, sólo **3 CCAA** han aportado información. En el caso de la ciudad autónoma de Melilla, destacan los porcentajes de casos declarados con una duración de 5 a 9 años (58,14) y más de 10 años (18,60).

Indicador 7. Casos detectados según relación de convivencia con el maltratador (porcentaje).

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: porcentaje de mujeres de 14 años o más atendidas en atención primaria y/o especializada y total que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad según la relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad según relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

Fuente parte de lesiones: porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/ agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado según la relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género desglosados según la relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género.

La recogida de este indicador por las CCAA, se ha realizado desde la **HC** o desde el **PL**, y se evidencia de forma general, independientemente de la fuente de información y del ámbito asistencial (atención primaria o especializada) que mayoritariamente es el compañero íntimo actual el presunto agresor, mostrándose en segundo lugar como presunto agresor, la expareja sentimental.

Cuando la fuente es la **HC**, **7 CCAA** han proporcionado información sobre este indicador. En todos los casos registrados, es el compañero íntimo actual, el principal supuesto agresor, seguido del ex-compañero. No se observan diferencias entre ámbitos asistenciales dentro de cada CCAA.

Respecto a los **PL**, **5 CCAA** proporcionaron información desde esta fuente. Los mayores porcentajes de registro corresponden al maltrato por parte del compañero íntimo actual, entre el 52,33% y 78,54%. En segundo lugar, se encuentran los casos perpetrados en los que el supuesto agresor fue ex-compañero íntimo, con porcentajes comprendidos entre un 11,63% y 17,74%.

Los **dos tipos de relación** de convivencia con el supuesto maltratador: compañero íntimo actual y excompañero, **representan casi el 75% de los casos registrados** en los servicios de salud de todas las CCAA que han podido facilitar los datos en 2010, independientemente de la fuente de información (HC o PL) o del ámbito de registro (atención primaria y especializada).

Indicador 8a. Casos detectados por edad (porcentaje)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: porcentaje de mujeres de 14 años o más atendidas por el sistema sanitario (atención primaria y/o especializada y total) que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados según grupos de edad

Numerador del porcentaje: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados según grupos de edad.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad.

Fuente Parte de Lesiones: porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/ agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado

Numerador del porcentaje: número de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género desglosados según grupos de edad.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género.

En el caso de este indicador, cuando nos referimos al **porcentaje** de casos por grupo de edad sobre el total de casos detectados, tanto en la información **recogida desde HC como desde PL**, se evidencia para el conjunto del SNS en 2010, que los casos de maltrato detectados y registrados más frecuentemente son los referidos a mujeres de edades comprendidas entre **25 y 34 años**.

10 CCAA han proporcionado información de este indicador en formato de **porcentajes por grupo de edad** recogido de la **HC**. En 7 de ellas (Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Madrid, Navarra y País Vasco), los mayores porcentajes se ubican en mujeres con edades comprendidas entre 30 y 34 años.

En el caso de Aragón y La Rioja, se observan los mayores porcentajes en mujeres con edades de 35-39 años y 25-29 años respectivamente.

No se apreciaron diferencias significativas entre los servicios sanitarios de **Atención Primaria y Especializada** de cada CCAA.

Respecto a **PL**, un total de **6 CCAA** han aportado alguna información relacionada con este indicador. De acuerdo con los porcentajes totales obtenidos, en 5 de estas CCAA (Asturias, Comunidad Valenciana, Canarias, Castilla-La Mancha y Melilla) los casos detectados más frecuentemente corresponden a mujeres de edades comprendidas entre 30 y 34 años. Difiere de esta tendencia general, el caso de Murcia, en la que, la mayor proporción de casos detectados corresponden a mujeres más jóvenes (15-19 años).

No se observan tampoco diferencias entre ámbitos asistenciales (**Atención Primaria** versus **Especializada**) en los porcentajes de los casos detectados por grupos de edad, a través de esta fuente de información.

Indicador 8 b. Casos detectados por edad (tasa por 100.000)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: tasa de mujeres de 14 años o más por 100.000 atendidas por el sistema sanitario (atención primaria y/o especializada y total) que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (2010) desglosados según grupos de edad.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (2010) desglosados según grupos de edad.

Denominador del porcentaje: población de mujeres de 14 años o más en la CCAA por grupos de edad.

Fuente parte de lesiones: tasa de casos de mujeres de 14 años o más por 100.000 que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/ agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado (2010) desglosados según grupos de edad.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género desglosados según grupos de edad.

Denominador del porcentaje: población de mujeres de 14 años o más en la CCAA por grupos de edad.

En este caso nos referimos a la **tasa** de mujeres que en cada grupo de edad sufre maltrato.

Con respecto a la **HC, 10 CCAA** han proporcionado la información de estas **tasas** por grupo de edad. Las mayores tasas se dan en mujeres con edades entre **20-24 años**.

El registro de casos en la CCAA de Navarra ha sido el más destacado, siendo el rango de 20-24 años el que presentó mayor tasa de registro.

De las 10 CCAA, sólo Aragón, Asturias y La Rioja, han podido proporcionar los datos recogidos tanto en los servicios de **Atención Primaria** como **Especializada**. El resto de CCAA únicamente facilitó información procedente de los servicios de **Atención Primaria**.

Respecto al **PL**, un total de **6 CCAA** han aportado los datos necesarios para el cálculo de este indicador. Las mayores tasas de casos detectados corresponden a mujeres en edades comprendidas entre los **30 y 34 años**.

Se observa que las tasas mayores corresponden a Melilla (597,21) y Asturias (300,60) en mujeres de 30 a 34 años. El registro de casos detectados en las CCAA de Asturias, Comunidad Valenciana y Canarias se ha realizado principalmente desde los servicios de atención primaria, mientras que en la CCAA de Murcia se registraron mayoritariamente desde atención especializada. No obstante, Castilla-La Mancha y Melilla no han podido proporcionar datos recogidos desde atención especializada.

Indicador 9 a. Casos detectados según nacionalidad (porcentaje)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: porcentaje de mujeres de 14 años o más atendidas por el sistema sanitario (atención primaria y/o especializada y total) que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados por nacionalidad.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados por nacionalidad.

Denominador del porcentaje: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

Fuente Parte de lesiones: porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado desglosados por nacionalidad.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género desglosados por nacionalidad.

Denominador del porcentaje: número de casos detectados por parte de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos de a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género.

Según los datos procedentes de la **HC**, un total de **8 CCAA** han proporcionado la información sobre este indicador. **Las mujeres españolas representan los porcentajes mayores** en las 8 CCAA. Entre las mujeres extranjeras en situación de maltrato, los mayores porcentajes de casos detectados se observaron en el colectivo de mujeres con nacionalidad peruana, ecuatoriana, colombiana y boliviana (países andinos) en las CCAA de Asturias, Castilla y León, La Rioja, Madrid y Murcia.

Estas tendencias no difieren entre **Atención Primaria y Especializada**.

Con respecto a la información del **PL**, un total de **5 CCAA** han aportado información relacionada con este indicador. En 4 de ellas, se observa que los **mayores porcentajes de casos detectados también son de nacionalidad española**, excepto en el caso de la ciudad autónoma de Melilla, dónde el mayor porcentaje corresponde a mujeres marroquíes.

Este indicador de porcentaje según nacionalidad ha sido calculado a partir de los datos procedentes de los servicios de **Atención Primaria** en todas las CCAA que han podido facilitar los datos, salvo en el caso de Aragón, Murcia y C. Valenciana que proceden también de **Especializada**.

Indicador 9 b. Casos detectados según nacionalidad (tasa por 100.000)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: tasa de mujeres de 14 años o más por 100.000 atendidas por el sistema sanitario (atención primaria y/o especializada y total) que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados por nacionalidad.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad desglosados por nacionalidad.

Denominador del porcentaje: población de mujeres de 14 años o más en la CCAA por nacionalidad.

Fuente Parte de lesiones: tasa de casos de mujeres de 14 años o más por 100.000 que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/ agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado, desglosados por nacionalidad.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género desglosados por nacionalidad.

Denominador del porcentaje: población de mujeres de 14 años o más en la CCAA por nacionalidad.

Respecto a la **HC**, un total de **7 CCAA** han proporcionado información. En 6 de ellas (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, La Rioja) las mayores tasas de casos detectados se dieron en mujeres procedentes de **países andinos** (Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia), y en el caso de Murcia éstas fueron las de las mujeres **marroquíes**, situando a estos grupos de mujeres como más vulnerables al maltrato.

En la CCAA de Aragón, destacan las mayores tasas de recogida y registro de este indicador por parte de los servicios de Atención Especializada frente a los de Primaria. En el resto de CCAA no se detectaron diferencias importantes en las tasas registradas en los dos ámbitos asistenciales.

Desde el **PL**, un total de **5 CCAA** han aportado alguna información relacionada con este indicador. En la CA de Murcia y ciudad con estatuto de autonomía de Melilla, las mayores tasas de casos detectados se observan en mujeres marroquíes (201,8 y 1428,2 respectivamente).

Desde esta fuente de información (PL) han sido los servicios de Atención Primaria los que mayoritariamente han recogido información para este indicador.

Indicador 10. Casos detectados según situación laboral (porcentaje)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: porcentaje de mujeres de 14 años o más atendidas en atención primaria y/o especializada y total que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados por situación laboral.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados según su situación laboral.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad.

Fuente parte de lesiones: porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/ agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado, desglosados según su situación laboral.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género desglosados según su situación laboral.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y total de casos de mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género.

En cuanto a la información de este indicador obtenido desde la **HC**, sólo **4 CCAA** han podido proporcionar información. En las CCAA de Canarias y Murcia el mayor valor se registró en la categoría trabajo remunerado «Sí» y en la CCAA de Cantabria y La Rioja fue en la categoría trabajo remunerado «No»

Cuando la fuente de información fue el **PL**, sólo **3 CCAA** pudieron recogerlo, Canarias, Murcia y C. Valenciana. En la CA de Canarias el mayor valor se registró en la categoría trabajo remunerado «Sí» (65,59%), en la C. Valenciana fue en la categoría trabajo remunerado «No» (54,96%), mientras que en Murcia fue en la categoría «No Consta» (97,79).

De esta manera los datos recogidos no permiten decir si los mayores porcentajes se dan en mujeres con o sin trabajo remunerado.

Indicador 11. Casos detectados en mujeres embarazadas (tasa/ porcentaje)

DEFINICIÓN

Fuente Historia Clínica: tasa de mujeres de 14 años o más por 100.000 atendidas en atención primaria y/o especializada y total que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad en situación de embarazo.

Numerador de la tasa: número de casos detectados en la historia clínica en atención primaria, especializada y total de casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad y que se encontraban en situación de embarazo en ese momento.

Denominador del porcentaje: número de nacidos vivos en cada CCAA en el año de estudio*.

Fuente parte de lesiones: porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad detectados de parte de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el supuesto maltratador/ agresor emitidos en los diferentes dispositivos de atención primaria y/o especializada y total en el periodo analizado en situación de embarazo.

Numerador del porcentaje: número de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializada y partes totales de mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género y que se encontraban en situación de embarazo en el momento de la emisión del parte de lesiones.

Denominador del porcentaje: número total de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en atención primaria, especializa

*Se considera que este denominador es el más adecuado para comparar tasas, dado que considerar la posibilidad de dar este indicador como porcentaje sobre la población de mujeres embarazadas parece más complejo para poder calcular el denominador total de mujeres embarazadas.

Este indicador ha sido proporcionado por **5 CCAA** cuando la fuente de información fue **HC** y por **5 CCAA** para **PL**.

Cuando la fuente de recogida ha sido la HC la mediana de la tasa se sitúa en 251,64 con un intervalo de valores máximos entre 474,88 (Canarias) y Cantabria (300,34) y mínimos de 28,60 (La Rioja).

Esta característica sólo ha sido recogida por 1 CA (La Rioja) desde los dos ámbitos asistenciales (atención primaria y especializada). Las otras 4 CCAA han obtenido la información de un ámbito u otro, nunca de ambos.

Con respecto a la información procedente del **PL**, **5 CCAA** han proporcionado información para el cálculo de este indicador. El mayor porcentaje de casos detectados se dio en la CA de Canarias (10,10% casos detectados de mujeres embarazadas en situación de maltrato) y el menor porcentaje se registró en la CA de Melilla (2,33%). La mediana se sitúa en un valor de 2,84, notablemente inferior en comparación con la HC.

Si estudiamos este indicador por ámbito asistencial, se observa como **la mayor detección y registro se da a través de HC en Atención Primaria**, siendo 275,07 el valor de la mediana para esta tasa, presentando un valor máximo y mínimo de 474,88 y 56,9 entre CCAA. En Atención Especializada la mediana se sitúa en 57,95 (máximo 85,3 y mínimo 30,6).

Si este indicador se recoge **desde PL**, tanto en Atención Primaria como Especializada la capacidad de detección y registro se sitúa en **tasas extremadamente bajas** (mediana de la tasa es 2,84 para el total, primaria más especializada).

Por tanto dado el escaso número de CCAA que lo han podido facilitar y la extrema variabilidad de valores, todavía no se pueden extraer conclusiones en las tendencias.

Síntesis final y discusión de resultados

Los datos aportados por las CCAA, nos permiten extraer estas conclusiones en relación a los casos de VG detectados y registrados en el SNS en el año 2010.

Conclusiones Generales. Casos de VG detectados y registrados en el SNS.

Año 2010

- En 2010 es mayor el nº de CCAA (10) que han utilizado la HC como fuente de información.
- Cuando las CCAA han utilizado ambas fuentes de información, HC y PL, han podido recopilar un mayor nº de indicadores que si utilizaban sólo una fuente de información.
- En general, la HC utilizada como fuente de información permite obtener un mayor nº de indicadores comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- En términos generales, los indicadores comunes epidemiológicos de VG presentan un intervalo más acotado entre valor máximo y mínimo de tasas y menor variabilidad entre CCAA, cuando la fuente de recogida es el PL.
- Por ámbito asistencial, cuando la fuente de información es la HC las tasas de casos detectados y registrados presentan valores máximos más altos en atención primaria que en atención especializada.

- Por tipo de maltrato, aunque la violencia psicológica y física son las que presentan tasas detectadas más altas, cuando la fuente de información es el PL, la violencia física presenta tasas mayores de detección y registro y la violencia psicológica presenta tasas más altas si la fuente de información es la HC.
- Cuando el tipo de maltrato es violencia sexual, es el único caso en que las tasas más altas detectadas y registradas se dan en el ámbito de atención especializada, independientemente de la fuente de información (HC o PL).
- Los datos recogidos no permiten extraer conclusiones respecto al periodo de duración del maltrato
- Se confirma por ambas fuentes de información (PL e HC) que es el compañero íntimo actual el principal supuesto agresor seguido de la ex-pareja.
- Tanto en los PL como en las HC, los casos detectados más frecuentes corresponden a edades comprendidas entre los 25 y 34 años de edad. En cuanto a la tasa por 100.000 en las HC, las mayores tasas se dan en mujeres con edades entre 20-24 años, y en los PL en mujeres cuyas edades oscilan entre los 30 y los 34 años.
- Tanto en los PL como en las HC, los porcentajes mayores se han observado en mujeres españolas. Si analizamos la tasa por 100.000, tanto en PL como HC, las mayores tasas se dan para mujeres procedentes de los denominados países andinos (Perú, Ecuador, Bolivia y Colombia) y marroquíes.

Discusión de resultados. Casos de VG detectados y registrados en el SNS. Año 2010

En el caso del **PL**, se trata de un documento estandarizado para todo el Sistema Nacional de Salud, respecto al contenido básico de los datos que tiene que recoger. El personal facultativo conoce dicho documento, su existencia, cumplimentación y su carácter de informe médico con repercusiones para el ámbito judicial.

En el caso de la **HC**, a pesar de haberse consensuado para todas las CCAA las codificaciones de los sistemas de información sanitaria que deben utilizarse para la recogida de los Indicadores Comunes, los servicios de salud de las CCAA se encuentran en diferentes etapas de desarrollo de la **cartera de servicios** de violencia de género en atención primaria y especializada, así como de los procesos informáticos y programas necesarios para su implementación en los **sistemas de información sanitaria** y de gestión que permitan la recogida normalizada y sistemática de los mismos.

En el caso de Atención Primaria (AP) de la salud se está en una etapa más avanzada de dichos procesos en relación al ámbito de especializada.

Por otra parte los procesos de **sensibilización y formación de profesionales** de los servicios (gestión y clínico) sanitarios en materia de violencia de género son un aspecto clave para promover y mejorar el registro de los casos a través de HC.

Es fundamental asimismo, para la implementación del **Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género** y por tanto para mejorar el registro y la posibilidad de recogida de indicadores, no sólo conocer el Protocolo, sino la capacitación del personal sanitario en el **conocimiento y manejo adecuado de los programas e interfaces operativas** instaladas en el ordenador de su consulta para cumplimentar adecuadamente los programas informatizados de cartera de servicios de atención a la violencia de género, así como de la importancia que esto tendrá en la obtención de los indicadores comunes que le darán información para poder conocer mejor la realidad de este problema de salud pública en su consulta.

El ámbito de atención primaria es donde mayor número de cursos básicos de formación y horas lectivas se han impartido desde 2008 tal como muestran los datos recogidos en anteriores informes anuales y como se puede comprobar en el segundo capítulo de este Informe Anual VG 2010.

Todas estas cuestiones pueden explicar las tendencias generales que se observan tanto en los datos recogidos de indicadores comunes epidemiológicos 2010 como su evolución respecto a los datos de 2009 que figuran en el capítulo siguiente.

1.1.2. Evolución de casos detectados y registrados

En este epígrafe se ofrece en primer lugar, la evolución de datos de casos detectados y registrados desde los servicios sanitarios comparando los años 2009 y 2010, únicos años en los que se ha realizado la recogida de los indicadores comunes de forma sistemática.

En segundo lugar, en el apartado 1.1.2.2 se ofrecen los datos sobre evolución de Partes de Lesiones emitidos desde los servicios sanitarios y recibidos en los juzgados desde enero de 2007 a diciembre de 2010. Estos datos se han extraído del «IV Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. 2011», publicado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, de la Secretaría de Estado de Igualdad de este Ministerio.

1.1.2.1. Casos de violencia de género detectados y registrados desde los servicios sanitarios. Años 2009-2010

A continuación se presentan los datos comparativos para los Indicadores 1, 3 y 4 que son los referidos a tasas de casos de violencia de género totales y diferenciados por ámbito asistencial.

INDICADORES 1, 3 Y 4. Casos detectados y registrados totales y por ámbito asistencial (Atención Primaria y Especializada) (Tasa x 100.000)

(n= número de CCAA que pudieron proporcionar en cada año los datos correspondientes para la obtención del indicador).

Tabla 3a. Fuente Historia Clínica

	2009			2010		
	n	Mediana	Rango (Min-Max)	n	Mediana	Rango (Min-Max)
Tasa de casos detectados TOTALES	11	93,7	2,3 – 330,2	10	83,71	3,79 – 282,1
Tasa de casos detectados en atención primaria	11	68,7	0,2 – 330,2	10	65,83	3,79 – 282,1
Tasa de casos detectados en atención especializada	6	8,7	0,2 – 100,9	5	29,6	0,1 – 65,0

Tabla 3b. Fuente Parte de Lesiones

	2009			2010		
	n*	Mediana	Rango (Min-Max)	n	Mediana	Rango (Min-Max)
Tasa de casos detectados TOTALES	10	115,5	37,2 - 35	7	92,15	48,95 – 200,34
Tasa de casos detectados en atención primaria	10	76,7	20,1 – 272,9	7	75,48	3,46 – 336,17
Tasa de casos detectados en atención especializada	10	40,4	1,9 – 212,3	5	37,87	13,99 – 63,67

Se observa un ligero descenso respecto a 2009 en el **número de CCAA** que han proporcionado datos, un poco más marcado cuando la **fente** es el PL, y dentro de este cuando el **ámbito** es atención especializada.

Respecto al valor numérico de los indicadores, en todos ellos se aprecia un ligero descenso en el valor máximo detectado y registrado, independientemente de que la fuente de información sea HC o PL. Este descenso de valor máximo hace que las medianas estadísticas también sean menores, no obstante, se observa que el valor mínimo detectado en 2010 es mayor, lo que hace decrecer en general el intervalo entre valor máximo y mínimo, lo que podría

estar indicando una mayor homogeneidad de criterios de recogida y/o sensibilización para una mejor recogida, posiblemente gracias tanto a los programas de formación de las CCAA como a la adaptación de los sistemas de información sanitaria a las especificidades de registro en este ámbito asistencial.

La capacidad de detección y registro sigue siendo mayor en atención primaria.

En un futuro cabría esperar que los valores observados no fueran tan dispares entre las CCAA, los amplios rangos que se producen tanto en 2009 como en 2010 denotan que todavía queda mucho por mejorar en la recogida sistemática y homogénea.

INDICADOR 5. Casos detectados según tipo de maltrato (porcentaje)
(n= número de CCAA que pudieron proporcionar en cada año los datos correspondientes para la obtención del indicador).

Tabla 4a. Fuente Historia Clínica				
	2009 (n=9)		2010 (n=9)	
TIPOS DE MALTRATO DETECTADOS (porcentajes)	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
En el sector salud				
Violencia Física	4,2	0,1 – 34,2	76,70	30,43 - 98,79
Violencia Psicológica	60,6	16,7 – 89,2	49,10	1,09 - 99,6
Violencia Sexual	16,6	1,2 – 99,7	9,11	0,1 - 13,2
En Atención Primaria				
Violencia Física	3,2	0,1 – 34,5	56,85	17,85 - 98,79
Violencia Psicológica	66,2	16,7 – 89,2	69,66	1,09 - 99,6
Violencia Sexual	20,1	1,2 – 99,9	4,76	0,1 - 13,04
En Atención Especializada				
Violencia Física	20,0	3,3 – 50,0	86,30	53,54 - 89,7
Violencia Psicológica	50,0	3,7 – 85,0	53,80	6,3 - 100
Violencia Sexual	51,6	8,3 – 96,9	24,80	13,10 - 25,6

Tabla 4b. Fuente Parte de Lesiones				
	2009 (n=6)		2010 (n=5)	
TIPOS DE MALTRATO DETECTADOS (porcentajes)	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
En el sector salud				
Violencia Física	83,2	47,7 - 90,9	84,10	70,09 – 100
Violencia Psicológica	25,0	1,2 – 69,7	40,76	15,06 – 100
Violencia Sexual	4,8	3,1 – 5,8	3,59	3,01 – 5,44

En Atención Primaria				
Violencia Física	84,8	76,8 – 94,4	93,39	79,51 - 100
Violencia Psicológica	37,6	5,6 – 69,8	59,45	43,29 – 100
Violencia Sexual	2,6	2,1 – 3,3	2,45	1,15– 3,61
En Atención Especializada				
Violencia Física	88,2	47,5 – 97,6	82,34	27,45 – 86,69
Violencia Psicológica	11,8	2,4 – 69,6	23,98	1,31 – 60,77
Violencia Sexual	11,0	5,6 – 13,3	7,66	3,01 – 13,73

En este caso se mantiene el nº de CCAA que han facilitado el dato desde HC y sólo es una menos en cuanto a PL. Es **especialmente relevante el aumento experimentado en la detección de violencia física** cuando la fuente de información es la **HC**, independientemente del ámbito asistencial. No obstante cuando la fuente es **PL** sigue siendo la violencia física la que se detecta con mayor frecuencia. Atención Primaria parece ser el ámbito donde mejor se detecta la violencia psicológica.

También se observa cómo la violencia física muestra un ligero descenso en su detección en el ámbito de Especializada a través de PL.

INDICADOR 7. Casos detectados según relación convivencia con el maltratador (porcentaje)

(n= número de CCAA que pudieron proporcionar en cada año los datos correspondientes para la obtención del indicador).

Tabla 5a. Fuente Historia Clínica				
TIPO DE MALTRATADOR (porcentajes)	2009 (n=6)		2010 (n=7)	
	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
Sobre total de casos				
Compañero Intimo Actual	57,1	30,0 – 92,3	68,4	53,9 – 100
Ex compañero	7,7	3,0 – 11,4	12,0	0,7 – 21,7
Padre	1,1	0,9 – 1,3	1,5	0,1 – 4,4
Hermano	2,5	2,0 – 2,6	2,4	0,4 – 4,4
Hombre no ámbito Familiar	2,0	0,9 – 3,0	12,4	7,3 – 17,5
En Atención Primaria				
Compañero Intimo Actual	61,7	30,0 – 95,2	69,3	40 – 100
Ex compañero	7,2	1,6 – 11,1	15,9	0,7 – 21,7
Padre	1,6	1,3 – 1,9	2,0	0,1 – 4,4
Hermano	1,2	0,0 – 2,5	2,7	0,4 – 4,4
Hombre no ámbito Familiar	--	--	14,7	14,7 – 14,7

En Atención Especializada				
Compañero Intimo Actual	76,4	36,7 – 81,3	63,1	59,4 – 66,7
Ex compañero	11,7	3,7 – 18,8	10,3	10,3 – 10,3
Padre	--	--	--	--
Hermano	3,7	2,5 – 5,0	1,8	1,8 – 1,8
Hombre no ámbito Familiar	2,7	1,7 – 3,7	16,7	10,3 – 23,1

Tabla 5b. Fuente Parte de Lesiones

TIPO DE MALTRATADOR (porcentajes)	2009 (n=5)		2010 (n=5)	
	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
Sobre total de casos				
Compañero Intimo Actual	72,7	70,0 – 84,5	61,8	52,3 – 78,5
Ex compañero	14,8	9,5 – 15,5	13,0	11,6 – 17,7
Padre	1,2	0,6 – 2,7	0,7	0,6 – 1,3
Hermano	2,4	2,0 - 3,3	3,7	2,2 – 9,1
Hombre no ámbito Familiar	3,8	1,2 – 6,4	4,7	2,2 – 5,4
En Atención Primaria				
Compañero Intimo Actual	73,0	64,3 – 91,0	68,9	53,5 – 77,9
Ex compañero	9,0	5,6 – 14,8	14,8	11,6 – 23,8
Padre	1,8	0,8 – 2,8	1,2	0,8 – 4,8
Hermano	4,1	1,7 – 11,1	4,1	2,5 – 4,8
Hombre no ámbito Familiar	3,4	3,4 – 3,4	3,7	2,8 – 4,7
En Atención Especializada				
Compañero Intimo Actual	71,8	63,2 – 78,0	67,5	51,6 – 68,0
Ex compañero	15,1	10,6 – 22,0	16,0	11,4 – 20,9
Padre	2,0	1,5 – 2,5	0,5	0,3 – 1,5
Hermano	2,1	1,5 – 2,8	2,6	1,6 – 9,3
Hombre no ámbito Familiar	7,4	1,5 – 13,2	6,8	2,3 – 11,3

La violencia perpetrada por el compañero íntimo actual sigue siendo la situación de malos tratos más detectada en el sector sanitario, tanto en atención primaria como en especializada e independientemente de la fuente de información (HC o PL).

No obstante se observa que cuando la fuente es **HC**, tanto en atención primaria como especializada, se detecta un aumento del porcentaje de casos en que el presunto agresor es el ex compañero, en 2010 respecto a 2009. Esto no se observa cuando la fuente es el **PL**.

Debería investigarse en sucesivas recogidas si la combinación de tipo de maltrato y relación de convivencia, se asocian en cuanto al aumento de detección de violencia psicológica, lo que permite identificar que este tipo de maltrato se viene sufriendo no sólo en la relación actual de la mujer sino

en otras que haya tenido, de ahí el aumento de violencia detectada cuando el presunto agresor es el ex compañero.

En cualquier caso los datos parecen indicar que existe una mayor sensibilización del personal sanitario en la detección del tipo de maltrato psicológico o bien en el acompañamiento y seguimiento de la mujer en consulta para reconocer la situación de maltrato que sufre o ha sufrido y la importancia de que esto se refleje en la HC.

INDICADOR 8. Casos detectados según edad (tasa x 100.000)

(n= número de CCAA que pudieron proporcionar en cada año los datos correspondientes para la obtención del indicador).

Tabla 6a. Fuente Historia Clínica				
EDAD CASOS DETECTADOS (Tasa)	2009 (n=9)		2010 (n=10)	
	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
En el total de CCAA con datos				
14-19	99,9	16,4 – 582,8	34,45	2,12 - 540,2
20-24	171,5	3,0 – 724,2	81,61	4,49 - 629,3
25-29	140,1	2,2 – 778,2	95,26	1,79 - 535,4
30-34	169,9	5,9 – 534,9	112,63	4,71 - 479
35-39	171,1	4,2 – 415,8	99,74	3,29 - 391,3
40-44	140,7	2,3 – 362,5	77,13	8,68 - 313,9
45-49	91,4	5,1 – 248,3	57,26	3,94 - 215,5
50-54	88,1	9,3 – 145,1	55,96	11,67 - 164,3
55-59	63,6	13,1 – 133,6	54,86	5,64 - 117,6
60-64	53,1	10,9 – 152,5	57,61	10,7 - 109,82
65-69	35,5	4,6 – 161,3	38,18	19,72 - 105,8
70 y más	30,3	0,6 - 80,9	31,35	10,1 - 75,8
En Atención Primaria				
14-19	28,8	5,7 - 582,8	25,90	2,12 - 540,2
20-24	128,9	8,1 - 724,2	72,34	4,49 - 629,3
25-29	102,2	4,4 - 778,2	95,26	1,79 - 535,4
30-34	144,3	11,2 – 534,9	107,28	4,71 - 479
35-39	170,2	19,4 – 415,8	86,73	3,29 - 391,3
40-44	119,1	11,8 – 362,5	76,11	8,68 - 313,9
45-49	100,5	8,3 – 248,3	52,96	3,94 - 215,5
50-54	83,9	4,6 – 145,1	50,88	9 - 164,3
55-59	64,6	5,2 – 133,6	43,76	5,64 - 117,6
60-64	53,1	10,9 – 152,5	71,67	8 - 106,12
65-69	68,9	9,9 – 161,3	38,18	19,72 - 105,8
70 y más	49,9	8,4 – 80,9	30,46	5,9 - 75,8

En Atención Especializada				
14-19	11,4	1,5 – 186,4	34,36	23,4 - 43
20-24	13,1	3,0 – 335,2	75,20	46,99 - 91,8
25-29	25,1	2,2 – 309,1	64,61	57,1 - 92,8
30-34	11,9	1,1 – 171,8	45,00	43,5 - 106,53
35-39	13,4	4,2 – 168,4	70,00	57,4 - 87,33
40-44	11,3	2,3 – 145,8	63,81	37,4 - 90,22
45-49	5,7	4,1 – 42,7	32,60	8,4 - 88,28
50-54	31,7	4,6 – 58,8	20,20	18,6 - 43,63
55-59	7,9	4,1 – 11,6	29,95	10,4 - 49,49
60-64	6,1	0,0 – 12,1	11,90	2,7 - 24,11
65-69	3,3	2,4 – 14,7	8,50	3,1 - 13,9
70 y más	2,5	0,6 – 5,2	3,55	0,9 - 4,2

En 2010 se observa una disminución de las tasas en las edades comprendidas entre 14 y 59 años, mientras que a partir de los 60 años se produce un ligero aumento respecto al año 2009. En los datos procedentes de atención primaria la disminución de las tasas es generalizada para todos los rangos de edad excepto en el rango de 60 a 64 años. Por otro lado, en lo referido a la atención especializada se produce el efecto contrario. La gran mayoría de los valores de la mediana recogidos en el año 2010 son superiores a los registrados en 2009. Únicamente en el rango de 50 a 54 años se observa una disminución en el valor de la mediana.

La mayor sensibilización de profesionales de Especializada debido a los programas de formación realizados y la mejora de los sistemas de información de algunas CCAA en Atención Especializada, pueden ser alguno de los dos motivos que explique el aumento de registro de casos en Atención Especializada.

En cuanto al aumento de casos registrados a partir de 60 años puede ser debido a una mayor sensibilización de profesionales a la detección en este grupo de edad.

Por otra parte, la ligera disminución general en AP, de casos registrados, podría ser precisamente porque se está normalizando y estabilizando la sistemática de recogida de datos.

Una amplitud registrada en los rangos puede indicar una metodología de recogida muy dispar entre CCAA, esto se observa en la tabla de HC anterior. En el caso de los PL (Tabla 6b) la amplitud de los rangos ha disminuido respecto a 2009. La gran amplitud que todavía se observa en HC sería un punto a tratar de corregir. Si la metodología de recogida fuera similar cabría esperar rangos menos amplios.

Tabla 6b. Fuente Parte de Lesiones				
EDAD CASOS DETECTADOS (Tasa)	2009 (n=7)		2010 (n=6)	
	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
En el total de CCAA con datos				
14-19	91,1	4,5 – 230,6	7,20	4,41 - 22,11
20-24	167,1	65,7 – 580,3	11,16	10,2 - 12,4
25-29	167,5	60,3 – 1059,2	15,61	12,17 - 17,44
30-34	160,6	53,8 – 656,9	17,07	14,74 - 20,93
35-39	133,7	51,7 – 405,6	15,11	14,24 - 16,27
40-44	89,4	40,2 – 447,2	12,50	5,9 - 15,37
45-49	73,1	26,9 – 169,1	8,00	7,13 - 10,46
50-54	38,8	20,4 – 213,6	3,91	2,32 - 5,1
55-59	38,4	10,3 – 228,8	2,56	0,74 - 4,5
60-64	19,8	6,3 – 212,8	1,54	0,74 - 2,4
65-69	10,0	7,1 – 72,0	1,30	0,98 - 2,1
70 y más	5,7	4,6 – 28,5	1,75	0,98 - 3,3
En Atención Primaria				
14-19	44,4	3,0 – 150,8	5,01	4,63 - 6
20-24	177,6	30,6 – 435,2	11,35	9,67 - 14,29
25-29	167,1	26,2 – 745,4	15,92	12,12 - 19,05
30-34	168,7	29,9 – 474,5	17,18	14,29 - 20,93
35-39	125,7	29,6 – 331,9	15,82	15,18 - 33,33
40-44	108,5	26,4 – 301,2	12,79	10,8 - 16,16
45-49	77,6	20,6 – 169,1	8,40	7,94 - 19,05
50-54	42,7	11,9 – 75,4	4,60	2,32 - 5,63
55-59	36,2	8,2 – 228,8	2,80	1,28 - 5,8
60-64	18,0	4,9 – 32,7	2,19	1,5 - 2,57
65-69	9,2	2,4 – 26,8	1,69	0,7 - 2,1
70 y más	10,2	3,4 – 38,2	1,83	1,4 - 3,3
En Atención Especializada				
14-19	3,5	0,0 – 197,7	17,61	3,85 - 24,18
20-24	31,6	5,9 – 355,1	11,94	9,8 - 14,38
25-29	33,2	6,5 – 564,2	16,02	12,42 - 17,04
30-34	29,3	2,0 – 326,8	17,19	11,76 - 22,2
35-39	26,7	2,1 – 173,1	12,15	11,76 - 15,03
40-44	16,2	2,3 – 309,6	10,78	6,22 - 12,54
45-49	12,9	4,4 – 72,1	7,52	6,48 - 8,03
50-54	11,2	3,1 – 170,9	3,45	1,96 - 4,1
55-59	8,1	2,1 – 57,4	1,14	0,65 - 1,92
60-64	4,2	1,4 – 65,1	1,29	0,78 - 2,1
65-69	4,8	4,2 – 72,0	1,16	0,65 - 1,5
70 y más	3,9	2,3 – 5,5	1,16	1 - 2,65

INDICADOR 9. Casos detectados según nacionalidad (tasa x 100.000)
(n= número de CCAA que pudieron proporcionar en cada año los datos correspondientes para la obtención del indicador).

Tabla 7a. Fuente Historia Clínica				
	2009 (n=8)		2010 (n=7)	
NACIONALIDAD CASOS DETECTADOS (Tasa)	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
En el sector salud				
Españolas	54,5	1,6 – 132,8	69,46	3,47 - 118,52
Rumanas	138,7	28,5 – 351,7	138,05	98,3 - 237,4
Países Andinos ^(*)	449,1	6,5 – 1271,7	369,03	6,75 - 777,98
Marroquíes	381,9	66,7 – 766,5	246,10	11,87 - 579,4
Otras nacionalidades (países en vías de desarrollo)	213,8	4,3 – 571,8	206,30	7,1 - 549,69
Otras nacionalidades (países desarrollados)	128,4	4,0 – 451,1	149,54	35,7 - 405,4
En Atención Primaria				
Españolas	54,5	7,4 – 132,8	69,46	3,47 - 97,86
Rumanas	128,3	8,2 – 212,7	130,38	15,7 - 215,8
Países Andinos ^(*)	254,3	19,6 – 1265,3	369,03	6,75 - 539,2
Marroquíes	137,7	22,6 – 694,6	246,10	11,87 - 579,4
Otras nacionalidades (países en vías de desarrollo)	149,0	24,6 – 571,8	175,46	7,1 - 425,23
Otras nacionalidades (países desarrollados)	49,2	0,0- 454,1	114,40	11,9 - 190,78
En Atención Especializada				
Españolas	5,3	1,6 – 38,6	15,20	14,6 - 44,68
Rumanas	20,4	14,8 – 351,7	28,99	21,6 - 82,6
Países Andinos ^(*)	23,3	6,5 – 1017,3	205,40	169,7 - 316,06
Marroquíes	71,9	67,8 – 550,7	41,60	0 - 152,4
Otras nacionalidades (países en vías de desarrollo)	31,5	4,3 – 425,8	155,50	124,46 - 182,1
Otras nacionalidades (países desarrollados)	24,2	2,0 – 200,9	161,80	23,8 - 214,62

(*) Mujeres con nacionalidad de Perú, Bolivia, Colombia y/o Ecuador.

En el caso de este indicador referido a la nacionalidad, en el año 2010, los casos más frecuentes se dieron en mujeres de nacionalidad peruana, ecuatoriana, colombiana y boliviana (en general y en atención primaria) al igual que ocurrió en 2009. Mientras que en 2009, en especializada se detectaron

con mayor frecuencia casos en mujeres marroquíes; en 2010, la tasa más alta se ha dado en mujeres procedentes de Perú, Ecuador, Colombia y/o Bolivia (países andinos).

Tabla 7b. Fuente Parte de Lesiones

	2009 (n=3)		2010 (n=5)	
NACIONALIDAD CASOS DETECTADOS (Tasa)	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
En el sector salud				
Españolas	47,4	27,0 – 72,4	33,90	29,14 - 92,21
Rumanas	144,9	144,4 – 145,5	90,11	65,57 - 230,1
Países Andinos ⁽¹⁾	825,8	517,2 – 1134,4	275,21	168,87 - 577,2
Marroquíes	103,9	54,5 – 153,3	344,29	164,07 - 1428,2
Otras nacionalidades (países en vías de desarrollo)	211,6	179,1 , 244,1	282,67	137,67 - 543,5
Otras nacionalidades (países desarrollados)	70,9	54,6 – 87,2	71,62	22,95 - 337,5
En Atención Primaria				
Españolas	45,5	20,0 – 72,4	33,90	2,12 - 92,21
Rumanas	164,5	124,7 – 144,4	65,57	0 - 230,1
Países Andinos ⁽¹⁾	825,8	517,2 – 1134,4	275,21	23,64 - 577,2
Marroquíes	95,4	54,5 – 136,3	325,44	11,87 - 1428,2
Otras nacionalidades (países en vías de desarrollo)	211,6	179,1 – 244,1	137,67	7,07 - 543,5
Otras nacionalidades (países desarrollados)	70,9	54,6 – 87,2	71,62	0 - 337,5
En Atención Especializada				
Españolas	4,9	1,9 – 8,0	18,47	9,93 - 27,01
Rumanas	20,8	20,8 – 20,8	90,11	90,11 - 90,11
Países Andinos ⁽¹⁾	--	--	145,23	145,23 - 145,23
Marroquíes	17,0	17,0 – 17,0	189,91	189,91 - 189,91
Otras nacionalidades (países en vías de desarrollo)	--	--	275,60	275,6 - 275,6
Otras nacionalidades (países desarrollados)	--	--	22,95	22,95 - 22,95

⁽¹⁾ Mujeres con nacionalidad de Perú, Bolivia, Colombia y/o Ecuador.
Nota metodológica: Los casos en que el valor de la mediana y los dos valores de los rangos coinciden se dan cuando en un determinado grupo la n se ve reducida 1, por que sólo una comunidad ha referido algún valor.

Cuando la fuente de información es el PL, la tasa más alta de casos detectados corresponde al colectivo de mujeres marroquíes para el año 2010.

En 2009, las tasas registradas en este colectivo también eran importantes, aunque en atención primaria se observó un mayor aumento en el caso de mujeres con nacionalidad peruana, boliviana, colombiana o ecuatoriana (de países andinos).

INDICADOR 11. Casos detectados en mujeres embarazadas

(n= número de CCAA que pudieron proporcionar en cada año los datos correspondientes para la obtención del indicador).

Tabla 8a. Fuente Historia Clínica (tasa x 100.000)				
	2009 (n=5)		2010 (n=5)	
CASOS DETECTADOS EN EMBARAZADAS (Tasa)	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
En el total de CCAA con datos	128,9	7,3 – 343,5	251,64	28,4 - 474,88
En Atención Primaria	154,6	28,4 – 338,6	275,07	56,9 - 474,88
En Atención Especializada	6,1	4,3 – 255,8	57,95	30,6 - 85,3

Tabla 8b. Fuente Parte de Lesiones (porcentajes)				
	2009 (n=5)		2010 (n=4)	
CASOS DETECTADOS EN EMBARAZADAS (Tasa)	Mediana	Rango (Min-Max)	Mediana	Rango (Min-Max)
En el total de CCAA con datos	3,4	1,4 – 4,7	2,84	2,46 - 3,22
En Atención Primaria	1,8	1,5 – 8,3	2,7	2,32 - 10,1
En Atención Especializada	3,3	0,8 – 7,7	2,84	2,46 - 3,22

Aunque siguen siendo pocas las CCAA con capacidad de recogida de este indicador, las diferencias más notables con respecto a las puntuaciones obtenidas en 2009, se observan en el incremento de registro de casos de violencia de género a través de la HC en mujeres embarazadas, este tipo de casos han sido recogidos en mayor medida en ambos años a través de la HC. Además, en 2010, las puntuaciones obtenidas parecen mayores. Este resultado podría interpretarse como una mejora en la adaptación de los sistemas de información sanitaria e historia clínica electrónica para la recogida de casos de violencia de género y a una mayor sensibilización de profesionales de los servicios sanitarios.

1.1.2.2. Evolución Parte de Lesiones Llegados a los Juzgados desde 1 de Enero de 2007 a diciembre de 2010

Según los datos reflejados en el **IV Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la mujer** (*Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Conocimiento de la Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. MSSSI*) desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2010, el **74,08% de las denuncias por violencia de género** derivaban de la presentación de éstas por la víctima en el juzgado o la policía, **el 11,27% de Partes de Lesiones³** y el 13,17% por atestados de policía por intervención directa, servicios de asistencia y terceros en general y un 1,48%, fueron interpuestas directamente por familiares de víctimas de violencia de género.

Gráfico 6. Origen de las denuncias por violencia de género



³ En este sentido conviene aclarar que se están considerando en este cómputo los partes de lesiones que emitidos por profesionales de los servicios sanitarios han seguido su proceso y han llegado a los Juzgados constituyéndose en denuncia.

1.2. Formación de profesionales. Análisis cuantitativo de las acciones formativas en violencia de género en el Sistema Nacional de Salud

La información de este capítulo se presenta en seis apartados diferenciados:

1.2.1. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2010 agregados para el conjunto del SNS.

1.2.2. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2010 desagregados por Comunidades Autónomas.

1.2.3. Evolución de los indicadores de formación referidos a los últimos años (2008-2010).

1.2.4. Nuevos formatos y modalidades de la formación de profesionales y personal de los servicios sanitarios. Estos se han ido desarrollando como consecuencia de la adaptación de los programas formativos a las diferentes realidades territoriales y para ir respondiendo a las diferentes necesidades formativas del personal. Se incluye además en este apartado las experiencias formativas en colaboración y coordinación con otros sectores implicados en la lucha contra la violencia de género. El capítulo finaliza con un Anexo que resume los planes integrales y programas de formación autonómicos para profesionales de los servicios sanitarios.

1.2.5. Coordinación y colaboración interinstitucional e interdisciplinaria en la formación en violencia de género.

1.2.6. Valoración de los procesos de formación. Fortalezas, dificultades, factores de éxito y fortalezas. Experiencias de evaluación.

Para el conjunto del capítulo, **los tipos de actividades formativas** se muestran clasificadas siguiendo los criterios de calidad comunes aprobados por el Consejo Interterritorial del SNS en 2008 y establecidos por el grupo de trabajo: cursos básicos (alrededor de 20h docentes), actividades de sensibilización (duración inferior a 10h) y otras acciones formativas (acciones formativas no específicas de violencia de género en las que se incluye algún módulo acerca de este tema).

Asimismo, se muestra el número de **horas lectivas** impartidas según ámbito asistencial: Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias. Al igual que en informes anteriores, se contempla el apartado «Otros», que hace referencia a aquellas actividades que impartidas desde los servicios sa-

nitarios incluyen en su participación profesionales de los tres ámbitos asistenciales y/o de otros sectores diferentes al sanitario (cuerpos de seguridad, etc.).

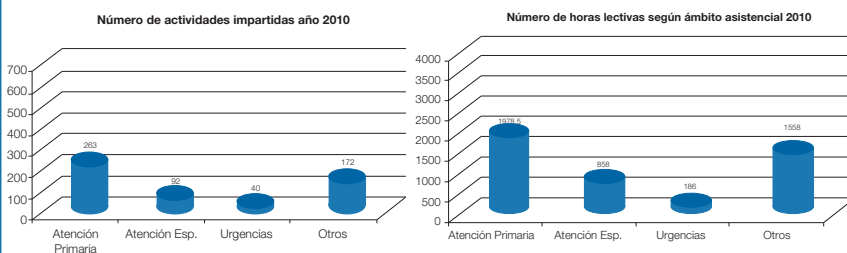
También se ofrecen datos sobre la **acreditación** de los cursos, el **perfil profesional** del alumnado y del profesorado (datos desagregados por sexo), así como la **adscripción** del personal docente a las distintas instituciones.

1.2.1. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2010 agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS)

1.2.1.1. Horas lectivas y total de actividades realizadas según ámbito asistencial

En **Atención Primaria** es el ámbito donde más actividades de formación de profesionales se han realizado en 2010. Por el contrario, es en **Urgencias** donde menos actividades y horas lectivas se han dedicado a la formación -40 y 186 respectivamente-, siendo el ámbito «Otros» el que mayor nº de horas lectivas acumula.

Gráfico 7. N° de Actividades impartidas y número de horas lectivas según ámbito asistencial. Año 2010

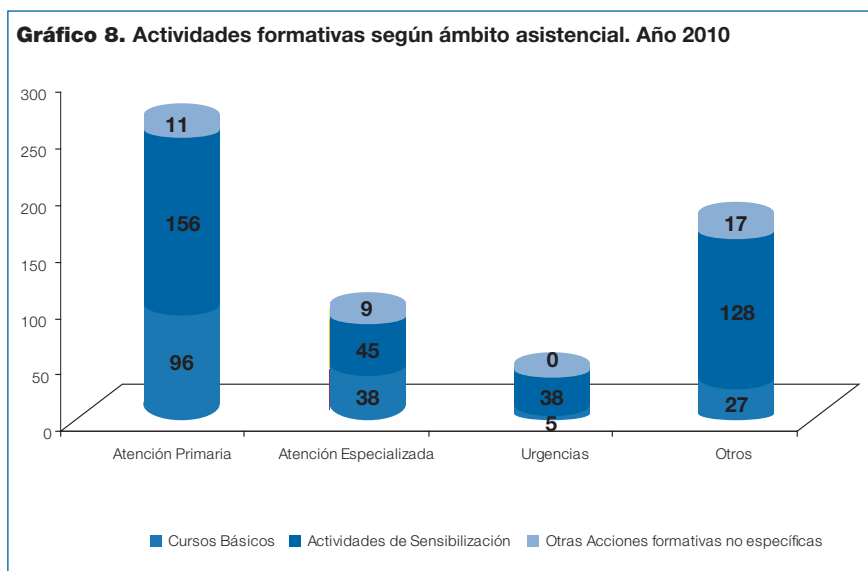


En el gráfico, "Otros" se refiere a actividades formativas impartidas en el ámbito sanitario donde participan como alumnado, profesionales procedentes de los tres ámbitos asistenciales y/o de otros sectores no sanitarios que trabajan en la lucha contra la violencia de género (cuerpos de seguridad, forenses, etc.). Para que estas actividades multidisciplinares y multisectoriales se cuenten en el apartado "Otros", la iniciativa y gestión de las mismas se ha realizado desde los servicios sanitarios y no desde otros sectores.

Respecto al tipo de actividad formativa, independientemente del ámbito asistencial, las Actividades de Sensibilización son las más frecuentes en 2010 (156 en AP, 45 en AE, 35 en Urgencias y 128 en Otros).

A las actividades de sensibilización le siguen los Cursos Básicos (96 en AP, 38 en AE, 24 en Otros y 5 en Urgencias).

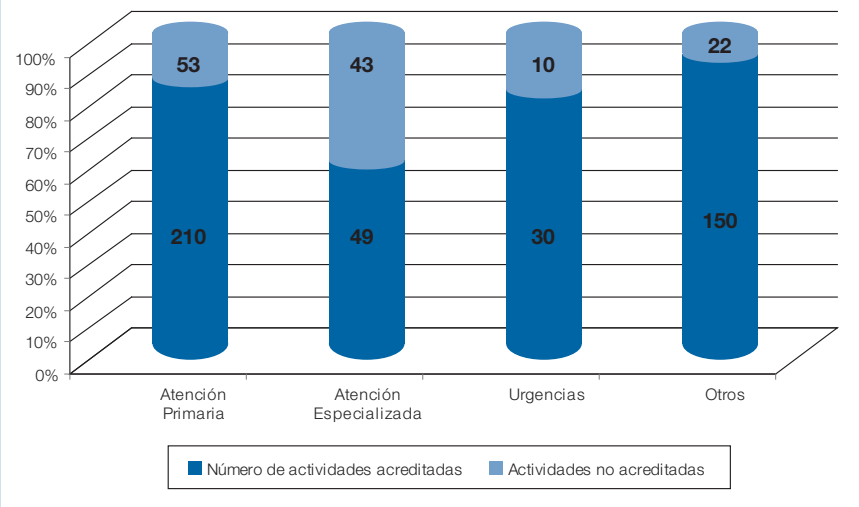
Otras Acciones formativas no específicas son las que en menor grado se han impartido en cualquiera de los ámbitos asistenciales, con un máximo de 17 acciones que además han reunido a profesionales de varios sectores (ámbito «Otros»). (Gráfico 8).



Si se observa el número de cursos acreditados en 2010, es en **Atención Primaria** donde se han acreditado mayor número de cursos (210), que supone el 80% de los 263 cursos realizados, seguido del ámbito «Otros» donde se han acreditado un 89%, 150 de los 169 cursos.

En el ámbito de **Atención Especializada** se han realizado 92 actividades de las que han conseguido **acreditación el 54%** y en el ámbito asistencial de **Urgencias** de las 40 actividades llevadas a cabo, han sido acreditadas un **75%** (Gráfico 9).

Gráfico 9. Valores absolutos y Porcentajes de Actividades Acreditadas según ámbito asistencial. Año 2010



Respecto a los datos de participación en las distintas acciones formativas, desagregados por sexo, es preciso aclarar que no todas las CCAA pueden ofrecer los datos con este grado de desagregación para los distintos tipos de acciones formativas. Por tanto, los datos totales que se muestran, no incluyen los datos de aquellas Comunidades Autónomas que todavía no cuentan con la información referida.

No obstante, a nivel general se puede observar cómo las mujeres han sido las que más han participado en todos los tipos de acciones formativas. En los Cursos Básicos las **mujeres** suponían casi un 80% de las personas asistentes, en las Actividades de Sensibilización un 65% y en Otras Acciones formativas el porcentaje de mujeres ha alcanzado el 75%. (Gráfico 10)

Atendiendo al **ámbito asistencial**, en Atención Primaria se mantiene la misma proporción de mujeres y hombres indicada anteriormente en los Cursos Básicos. En cuanto a las Actividades de Sensibilización y Otras Acciones formativas los porcentajes de mujeres han superado el 70%. (Gráfico 11, 12 y 13).

Gráfico 10. Participación según sexo en las distintas acciones formativas. Año 2010

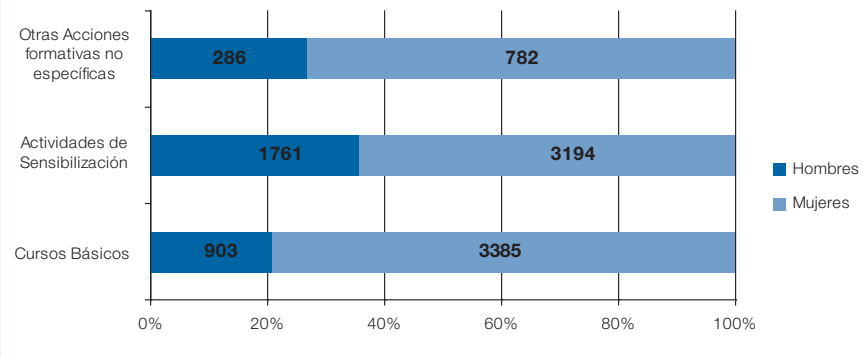
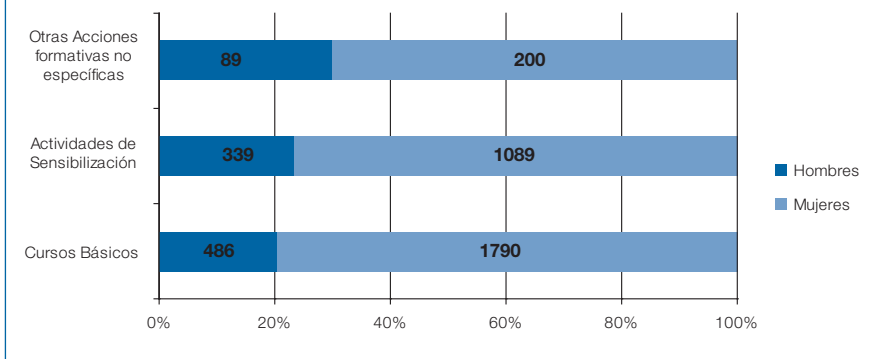


Gráfico 11. Participación según sexo en Atención Primaria. Año 2010



En el ámbito de Atención Especializada, las mujeres han participado en la formación, en cualquiera de los tipos de cursos, en un porcentaje superior al 75%, que ha llegado al 90% en los Cursos Básicos. En el ámbito de Urgencias la participación femenina ha alcanzado el 80%. (Gráficos 12 y 13).

Gráfico 12. Participación según sexo en Atención Especializada. Año 2010

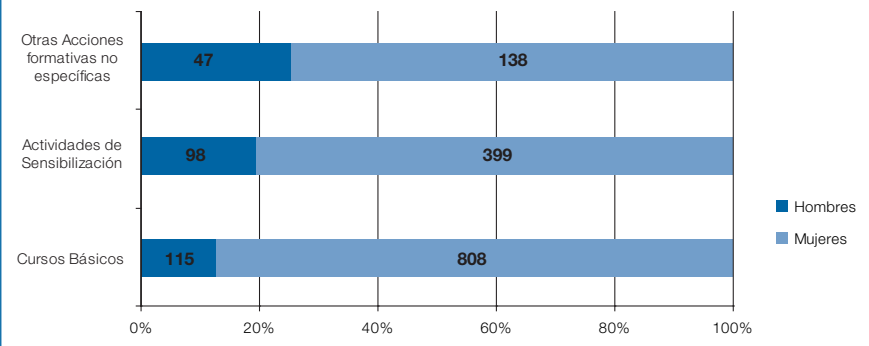
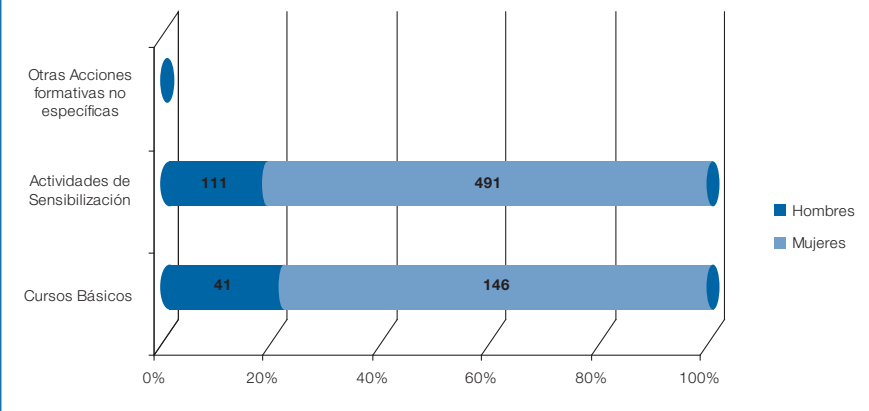
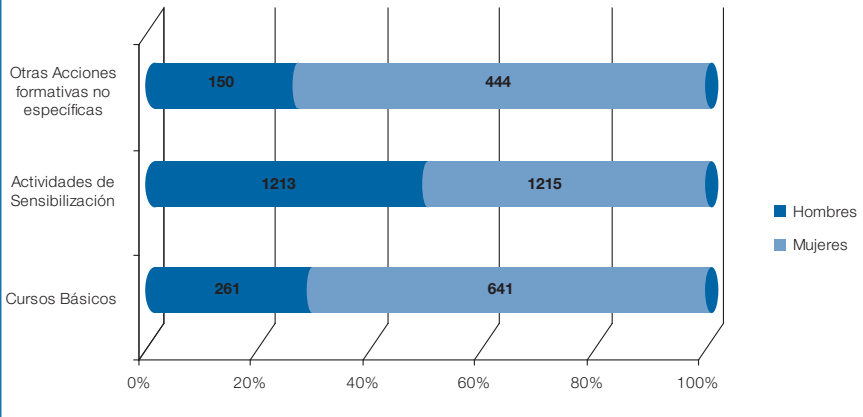


Gráfico 13. Participación según sexo en Urgencias. Año 2010



En el ámbito de «Otros» es donde se produce mayor participación de hombres. En el caso de Actividades de Sensibilización la distribución por sexos ha sido del 50%, en los Cursos Básicos han participado un 30% de hombres y en Otras acciones formativas no específicas un 25% (Gráfico 14)

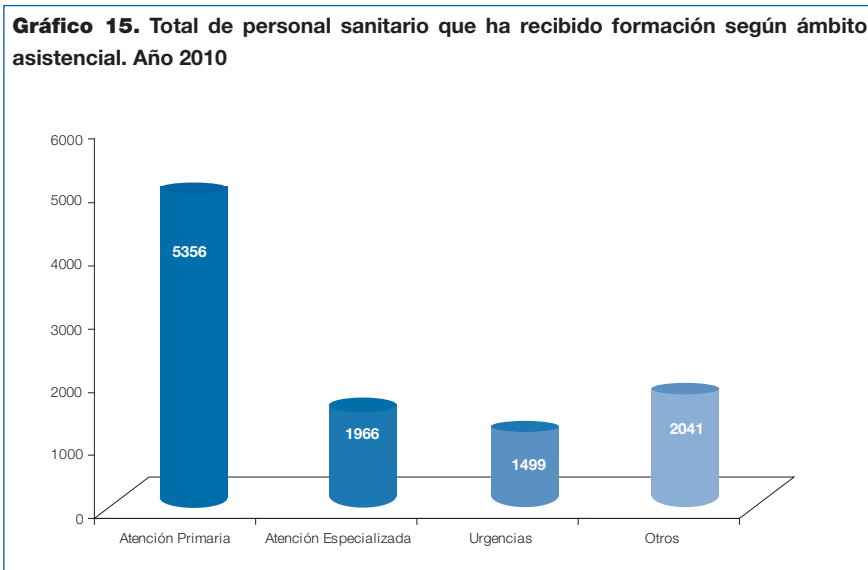
Gráfico 14. Participación según sexo en el ámbito "Otros". Año 2010



1.2.1.2. Total del personal sanitario que ha recibido formación por ámbito asistencial

El ámbito asistencial con mayor número de personal sanitario formado corresponde a Atención Primaria con un total de 3993 profesionales, le sigue Otros con 3924, Atención Especializada con 1605 profesionales y por último Urgencias con un total de 779. (Gráfico 15)

Gráfico 15. Total de personal sanitario que ha recibido formación según ámbito asistencial. Año 2010



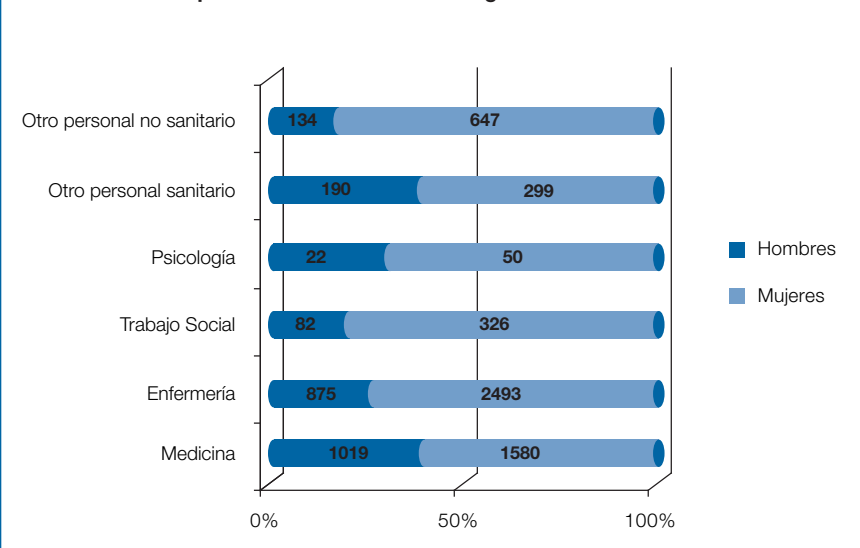
Resumen-recordatorio. Formación. Violencia de género. SNS. Año 2010	
Ámbito asistencial	En Atención Primaria es donde mayor número de actividades y horas lectivas se han impartido. En Urgencias donde menos.
Formato educativo	El formato educativo que se ha impartido con mayor frecuencia ha sido el de Actividades de Sensibilización con un total de 364 acciones formativas. Le siguen los cursos básicos, 163. Otras Acciones formativas no específicas son las que en menor grado se han impartido en cualquiera de los tres ámbitos asistenciales.
Datos de participación desagregados por sexo	La participación en las distintas acciones formativas y en los distintos ámbitos asistenciales se ha dado mayoritariamente por parte de las mujeres.
Total del personal sanitario formado	AP es el ámbito con mayor nº de profesionales que ha recibido formación. Seguido del ámbito Otros, después AE y finalmente Urgencias.
Número de Cursos acreditados	En el ámbito de la Atención Primaria es donde se ha acreditado un mayor número de cursos (210), Después se encuentra el ámbito asistencial de Otros (150), donde se alcanza el máximo porcentaje de actividades acreditadas.

1.2.1.3. Perfil profesional del alumnado

El siguiente gráfico muestra las CCAA que si han podido desagregar la información respecto al perfil profesional del alumnado.

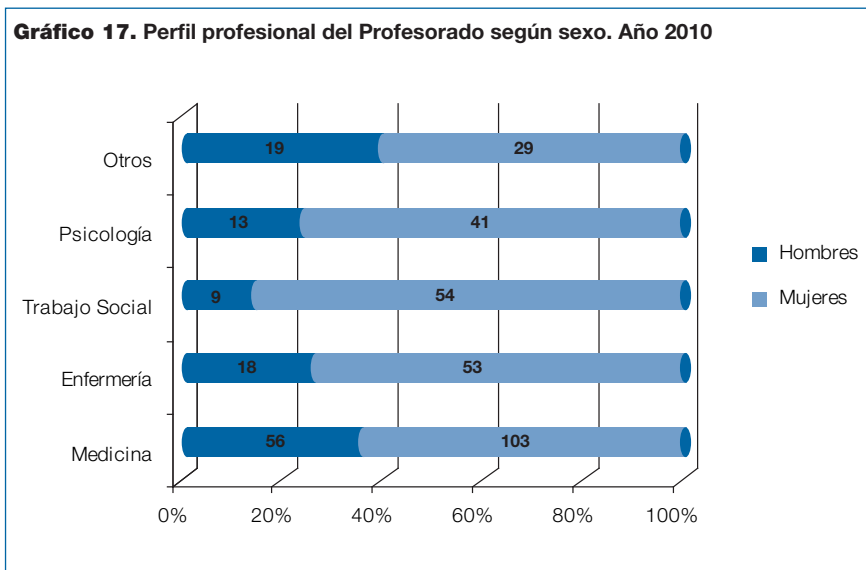
En general, las profesiones sanitarias se ha feminizado en los últimos años, no obstante como ya se señalaba el año pasado, también se debe considerar en esta mayor participación el hecho de la mayor sensibilización de las mujeres ante este problema. De todos los perfiles profesionales, destaca el de enfermería donde participan 2492 mujeres frente a 875 hombres, también se observa ésta distribución en psicología y trabajo social con unos porcentajes de hombres del 20% y 30% respectivamente. La mayor participación masculina se observa en la profesión de medicina y en lo que se ha denominado como «otro personal sanitario», donde se alcanzan el 39% de hombres formados en VG durante el año 2010. (Gráfico 16)

Gráfico 16. Perfil profesional del alumnado según sexo. Año 2010



1.2.1.4. Perfil profesional del profesorado

Gráfico 17. Perfil profesional del Profesorado según sexo. Año 2010



En cuanto a la **adscripción del profesorado**, en su mayoría, pertenece a la Administración Autonómica, seguido de la adscripción a la Universidad y ONGs, administración general y finalmente las catalogadas como personas expertas en violencia de género procedente de otras instituciones o por cuenta propia.

Resumen-recordatorio. Formación. Violencia de género. SNS. Año 2010	
Perfil profesional del profesorado según sexo	El perfil profesional del profesorado ha sido mayoritariamente el de Medicina seguido por el de Enfermería.
Profesorado según sexo	Los hombres pertenecientes al perfil profesional de Medicina son los que en mayor medida han participado como docentes, sin embargo continúan siendo las mujeres quienes en mayor medida han impartido formación en cualquiera de los perfiles profesionales.
Adscripción del profesorado	En cuanto a la Adscripción del profesorado la mayoría está adscrita a la Administración Autonómica.
Perfil profesional del alumnado , datos desagregados por sexo	El perfil profesional del alumnado es mayoritariamente el de Enfermería al que sigue Medicina y Otros perfiles sanitarios. Asimismo, entre el alumnado se da una mayor participación por parte de las mujeres.

1.2.2. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2010 desagregados por Comunidades Autónomas

En este apartado se resume la información facilitada por las diferentes CCAA e INGESA (Ceuta y Melilla) en relación a la formación impartida. Se sigue la misma sistemática que la mostrada en los datos agregados a nivel del Sistema Nacional de Salud (tipo o formato educativo, ámbito asistencial, perfil de alumnado y profesorado, adscripción, etc.) ofreciendo donde proceda los datos desagregados por sexo.

1.2.2.1. Formación impartida en cada CCAA, según el tipo de acciones formativas

En relación a la formación impartida en las distintas CCAA, 18 de ellas han impartido tanto el formato educativo de Cursos Básicos como el de Acti-

vidades de Sensibilización y 9 han realizado otras acciones formativas no específicas (Gráfico 18 y Tabla 9).

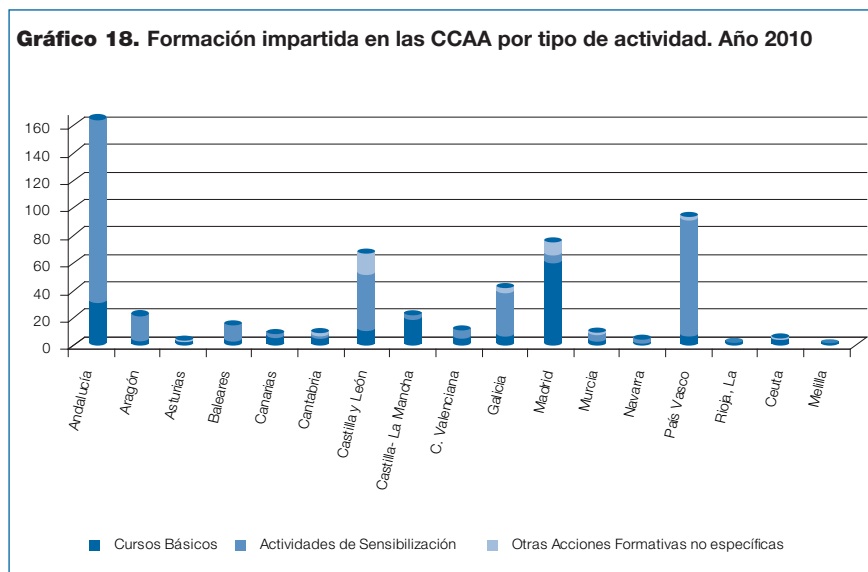


Tabla 9. Formación impartida en las CCAA por tipo de actividad. Año 2010

FORMACIÓN IMPARTIDA EN LAS CCAA			
CCAA	Actividades de Sensibilización	Cursos Básicos	Otras Acciones Formativas no específicas
Andalucía	31	134	0
Aragón	3	19	0
Asturias	2	0	1
Baleares	3	11	0
Canarias	5	3	0
Cantabria	4	2	2
Castilla y León	11	40	16
Castilla-La Mancha	19	3	0
Cataluña	0	0	0
C. Valenciana	6	3	1
Extremadura	0	0	0
Galicia	6	32	3

CCAA	Actividades de Sensibilización	Cursos Básicos	Otras Acciones Formativas no específicas
Madrid	5	59	10
Murcia	3	5	1
Navarra	1	3	0
País Vasco	6	84	2
Rioja, La	1	0	0
Ceuta	0	0	0
Melilla	1	0	0

1.2.2.2. Formación impartida en cada CCAA, según el ámbito asistencial

Predomina en general el número de horas lectivas impartido en el ámbito de la Atención Primaria y en «Otros», destacando 3 CCAA en el total de horas impartidas en el ámbito de Urgencias. País Vasco es la comunidad que mayor número de horas ha impartido en el ámbito de «Otros» (recordamos que es el intersectorial en cuanto a participación de profesionales de varios sectores además del sanitario) (Gráfico 19 y Tabla 10)

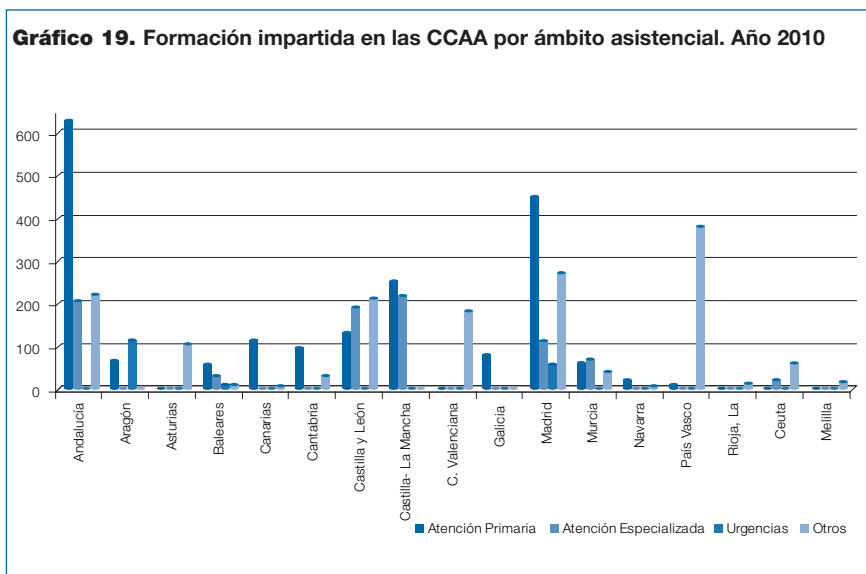


Tabla 10. Horas lectivas impartidas en formación por CCAA según ámbito asistencial. Año 2010

HORAS LECTIVAS IMPARTIDAS EN FORMACIÓN SEGÚN ÁMBITO ASISTENCIAL				
CCAA	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	632	206	0	221
Aragón	68	0	115	0
Asturias	0	0	0	105
Baleares	58	32	12	12
Canarias	116	0	0	7
Cantabria	96	0	0	32
Castilla y León	132,5	193	0	212
Castilla-La Mancha	252	219	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C. Valenciana	0	0	0	184
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	80	0	0	0
Madrid	450	113	59	271
Murcia	60	70	0	40
Navarra	24	0	0	6
País Vasco	10	0	0	380
Rioja, La	0	0	0	12
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	16

En cuanto al tipo de actividades, en Atención Primaria es donde mayoritariamente se ha impartido cualquiera de los formatos educativos llevados a cabo. Por otro lado, en Urgencias es donde menor número de actividades se han desarrollado; de hecho, sólo tres CCAA han impartido formación en este ámbito. De los diferentes formatos educativos, el de otras acciones formativas no específicas es el que en menor grado se ha impartido

En AP, doce CCAA han impartido Cursos Básicos y es la comunidad autónoma de Madrid la que mayor formación de este tipo ha impartido. Sin embargo, en Atención Especializada sólo seis CCAA han impartido este formato educativo. En el ámbito Otros ocho CCAA han impartido formación de Cursos Básicos, siendo las CCAA de Comunidad Valenciana y País Vasco las que mayor número de cursos han impartido.

En el ámbito de Urgencias sólo 2 CCAA han impartido Cursos Básicos. (Gráfico 20 y Tabla 11).

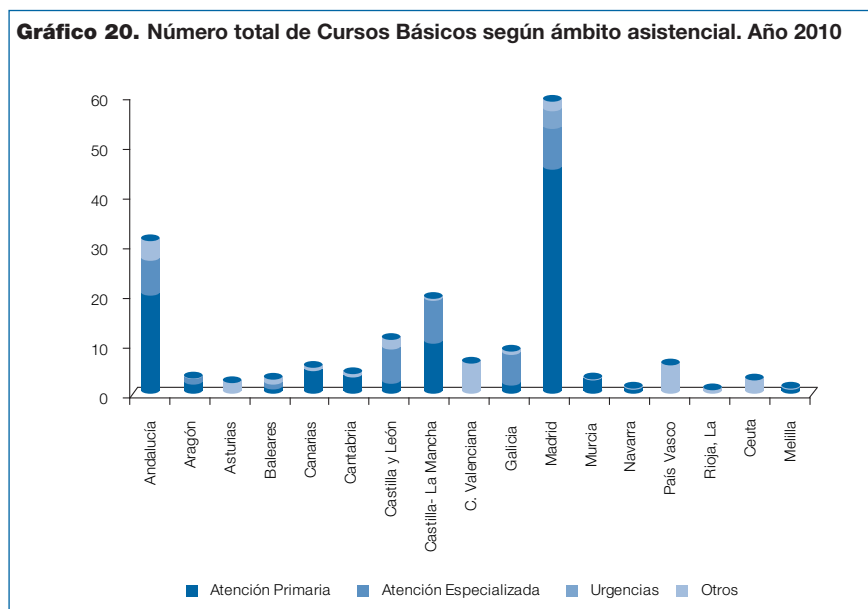


Tabla 11. Cursos Básicos impartidos según ámbito asistencial. Año 2010

CURSOS BÁSICOS IMPARTIDOS SEGÚN ÁMBITO ASISTENCIAL				
CCAA	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	20	7	0	4
Aragón	2	0	1	0
Asturias	0	0	0	2
Baleares	1	1	0	1
Canarias	5	0	0	0
Cantabria	4	0	0	0
Castilla y León	2	7	0	2
Castilla-La Mancha	10	9	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C. Valenciana	0	0	0	6
Extremadura	0	0	0	0

CCAA	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Galicia	2	6	0	0
Madrid	45	8	4	2
Murcia	3	0	0	0
Navarra	1	0	0	0
País Vasco	0	0	0	6
Rioja, La	0	0	0	1
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	1	0	0	0

Una CA destaca por el número de Actividades de Sensibilización totales que ha impartido en todos los ámbitos asistenciales. Otra CA destaca en esta modalidad en AE. En el ámbito «Otros» la comunidad que más actividades de sensibilización ha impartido ha sido País Vasco como en el apartado anterior (Gráfico 21 y Tabla 12).

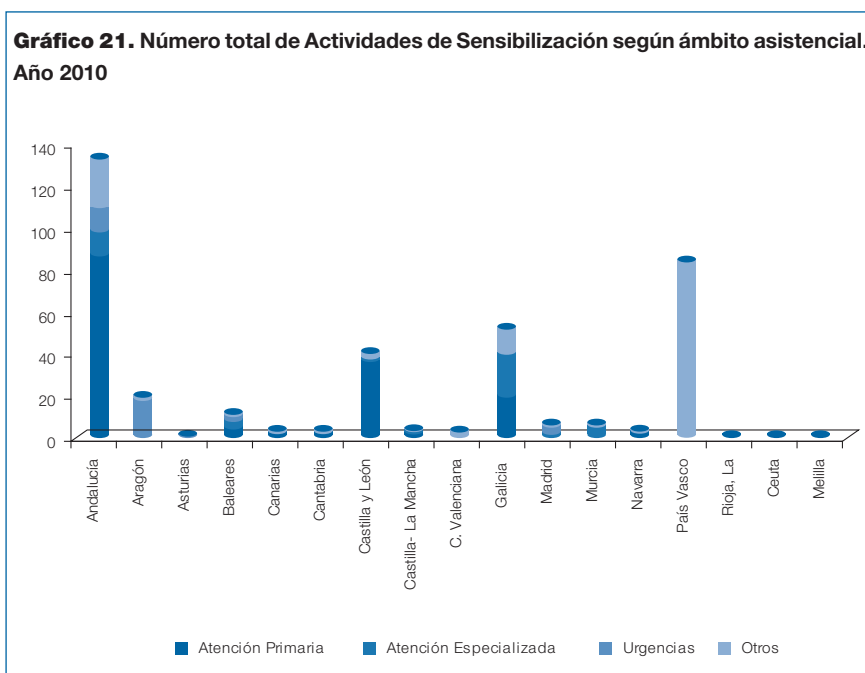


Tabla 12. Actividades de sensibilización según ámbito asistencial. Año 2010

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN SEGÚN ÁMBITO ASISTENCIAL				
CCAA	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	87	13	10	24
Aragón	0	0	19	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	5	4	2	0
Canarias	2	0	0	1
Cantabria	2	0	0	0
Castilla y León	36	1	0	3
Castilla- La Mancha	2	1	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C. Valenciana	0	0	0	3
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	20	20	0	12
Madrid	0	1	4	0
Murcia	0	5	0	0
Navarra	2	0	0	1
País Vasco	0	0	0	84
Rioja, La	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0

En relación a **Otras Acciones formativas** no específicas impartidas según el ámbito asistencial donde se realizan, ha sido el formato educativo que con menor frecuencia se ha desarrollado en general.

1.2.2.3. Personal que ha recibido formación en el año 2010

Cabe destacar que para la batería de datos y gráficos que se presentan en este apartado que algunas CCAA no disponen de datos desagregados por sexo y perfil profesional, ni todas las CCAA han impartido todos los tipos de acciones formativas.

Destacan 6 CCAA por el número total de personal sanitario formado en 2010 en términos generales (Gráfico 22).

Gráfico 22. Total del personal sanitario que ha recibido formación. Año 2010

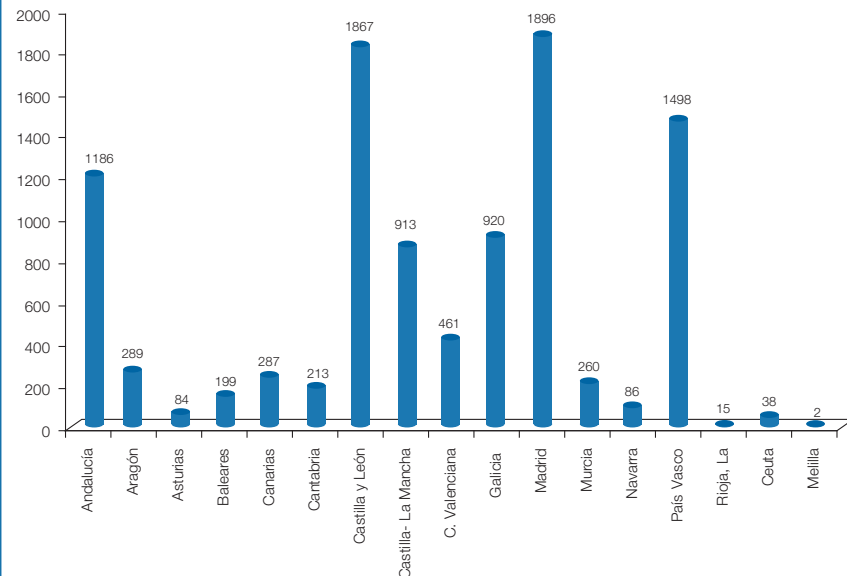
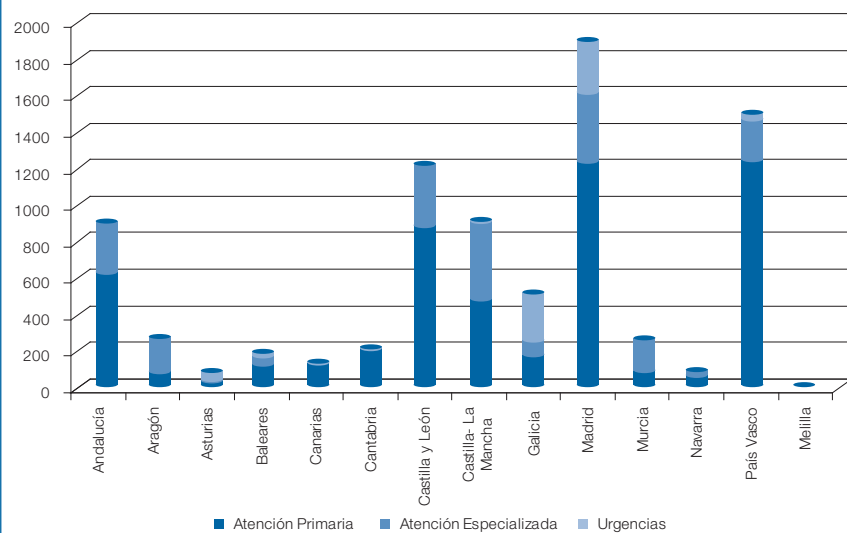


Gráfico 23. Total del personal sanitario que ha recibido formación por ámbito asistencial. Año 2010



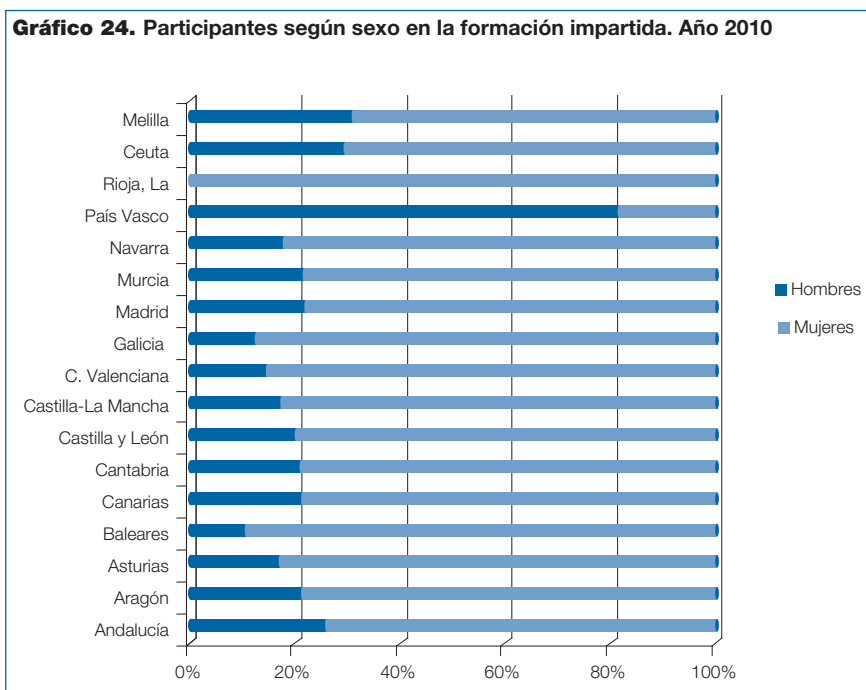
En cuanto a la formación recibida por ámbito asistencial y Comunidad Autónoma, hay que tener en cuenta que algunas comunidades no han reflejado los datos desagregados por ámbito asistencial. Se observa que es el de Atención Primaria el que mayor personal ha formado, destacando 3 CCAA. Atención Especializada ha formado a un total de 1605 profesionales y en el ámbito de Urgencias se han formado un total de 779 profesionales en 7 CCAA, suponen el 10,47% del total del personal formado. (Gráfico 23 y Tabla 13).

Tabla 13. Total del personal sanitario que ha recibido formación por ámbito asistencial. Año 2010

TOTAL DEL PERSONAL SANITARIO QUE HA RECIBIDO FORMACIÓN POR ÁMBITO ASISTENCIAL EN EL AÑO 2010				
CCAA	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Urgencias
Andalucía	622	282	-	282
Aragón	75	-	214	-
Asturias	29	5	50	-
Baleares	123	48	19	9
Canarias	127	-	-	160
Cantabria	203	-	10	-
Castilla y León	871	350	-	646
Castilla-La Mancha	476	426	6	5
Cataluña	-	-	-	-
C. Valenciana	-	-	-	461
Extremadura	-	-	-	-
Galicia	169	76	252	423
Madrid	1237	373	286	-
Murcia	89	171	-	-
Navarra	66	20	-	-
País Vasco	1249	215	34	-
Rioja, La	0	0	-	15
Ceuta	0	0	-	38
Melilla	2	0	-	2
TOTAL	5356	1966	1499	2041

En cuanto a la participación en cualquiera de los **ámbitos asistenciales** (Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias y Otros) es siempre

mayoritaria por parte de las **mujeres** con excepción del País Vasco, donde el porcentaje de hombres es mayor (80%), pudiendo deberse esta diferencia a que el nº de acciones formativas que mayoritariamente ha impartido ha sido el del ámbito «otros» donde se cuenta con otras profesionales diferentes a la sanitaria y entre las cuales puede que haya más hombres (ej: cuerpos de seguridad) a diferencia del resto de comunidades donde la participación masculina no ha superado el 30%. (Gráfico 24)



En relación con la **participación en los Cursos Básicos**, atendiendo a los datos desagregados por sexo, en general han sido las mujeres las que han participado con mayor frecuencia, excepto en el País Vasco. No obstante en 5 CCAA se ha superado el 20% de participación masculina, Por otro lado, en una CCAA el 100% del alumnado han sido mujeres. (Gráfico 25).

En el caso de Actividades de Sensibilización, de nuevo el País Vasco es donde mayor porcentaje de hombres han participado. En dos CCAA no se ha realizado este formato educativo.

Gráfico 25. Participación en los Cursos Básicos según sexo. Año 2010

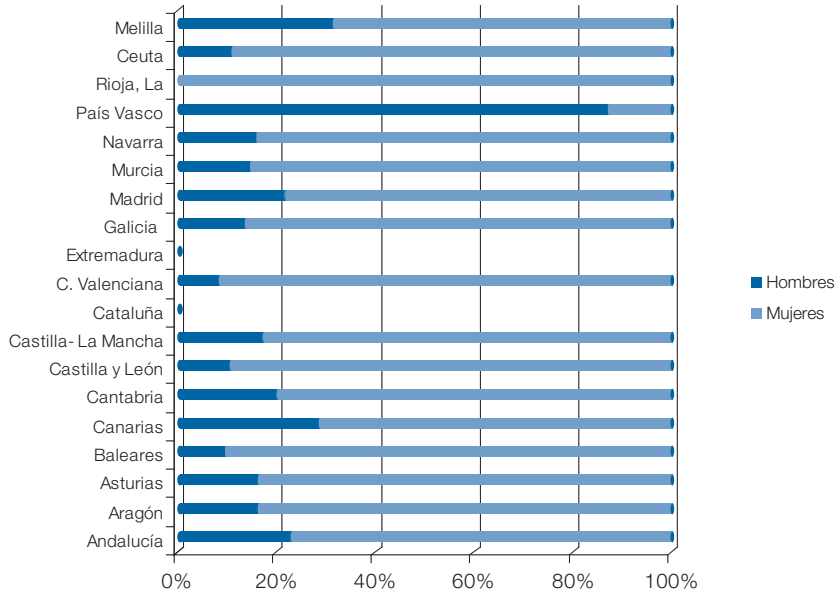
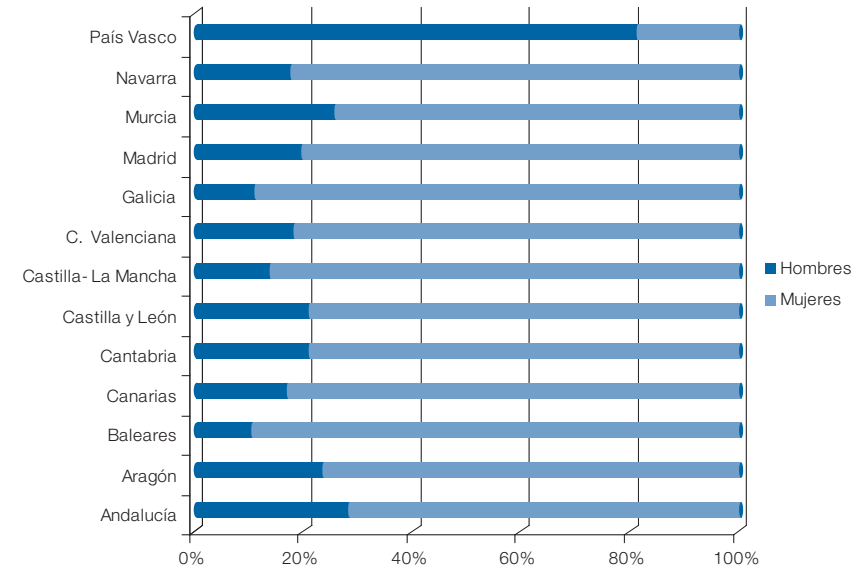
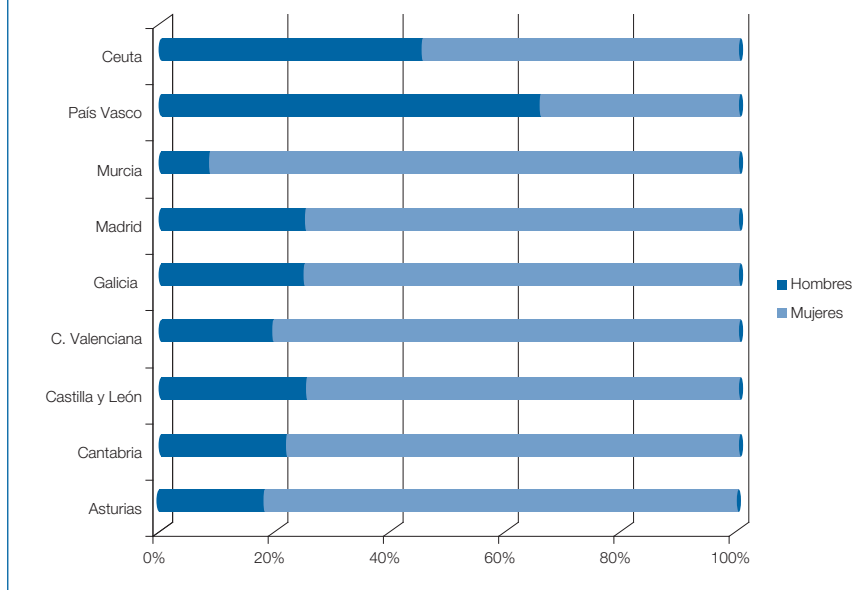


Gráfico 26. Participación en Actividades de sensibilización según sexo. Año 2010



La misma tendencia de mayor participación de mujeres como alumnado se da en el caso de actividades formativas no específicas, destacando País Vasco por la participación de hombres y 4 CCAA que han superado el 20% de participación de hombres. (Gráfico 27).

Gráfico 27. Participación en Otras acciones formativas no específicas según sexo. Año 2010



Resumen-recordatorio. Formación Vg. 2010. Ccaa

Ámbito asistencial	En AP es donde mayoritariamente se ha impartido cualquiera de los formatos educativos llevados a cabo, mientras que en Urgencias es donde menor número de actividades se han impartido, sólo 7 CCAA han impartido formación en este ámbito y en el ámbito de la AE han realizado formación 10 CCAA
Formato educativo	De las diferentes CCAA, 16 han impartido Cursos Básicos, 13 han impartido también Actividades de Sensibilización y 8 han realizado Otras Acciones formativas no específicas.
Horas lectivas	El mayor número de horas lectivas se ha impartido en el ámbito de AP en las CCAA de Andalucía (632) y Madrid (450). En el ámbito asistencial de Otros el mayor número de horas lectivas lo ha impartido la el País Vasco (380), seguido de Madrid, Andalucía y Castilla y León, comunidades en donde se han superado las 200 horas. Aragón ha sido la comunidad que más horas ha invertido en Urgencias ha sido Madrid (30).

Datos de Participación desagregados por sexo	En casi todas las CCAA ha sido mayor la participación por parte de las mujeres, excepto en el País Vasco donde la participación de hombres ha sido mayor.
Total del personal sanitario formado	En la participación de profesionales según ámbito asistencial es AP donde se da un mayor número de participación, seguido de AE y de Urgencias.

1.2.2.4. Perfil profesional del alumnado

Para esta batería de gráficos, hay que tener en cuenta que 2 CCAA multi-provinciales y 1 uniprovincial no han podido aportar datos por no tener desagregado el alumnado según el perfil profesional o bien no desagregados los datos de participación por sexo.

En el caso del alumnado, el perfil profesional que más se da es el de enfermería (3367 profesionales), seguido del de medicina (2596), profesionales no sanitarios (781), otro personal sanitario (486) y trabajo social (408). También la participación de las mujeres es mayor con un total 5389 mujeres y 2321 hombres. (Gráficos 28, 29, 30, 31, 32 y 33).

En la comunidad del País Vasco es donde se ha dado un mayor porcentaje de la participación de los hombres que pertenecen al perfil de medicina (70%), seguido de otras 2 CCAA que rondan el 50% (Gráfico 28).

En relación al alumnado que pertenece al perfil profesional de Enfermería en la comunidad del País Vasco también la participación de hombres supera el 90%. En 3 CCAA la totalidad del alumnado son mujeres (Gráfico 29).

El alumnado de psicología está compuesto en su totalidad por hombres en País Vasco y Melilla y en Galicia alcanza el 50%. En otras 2 CCAA está ocupado totalmente por la participación de mujeres (Gráfico 30).

La Comunidad de País Vasco muestra un 100% de participación de hombres en los perfiles de Trabajo Social, Otros perfiles sanitarios y Otros perfiles no sanitarios. (Gráficos 31, 32 y 33).

Grafico 28. Alumnado Medicina. Año 2010

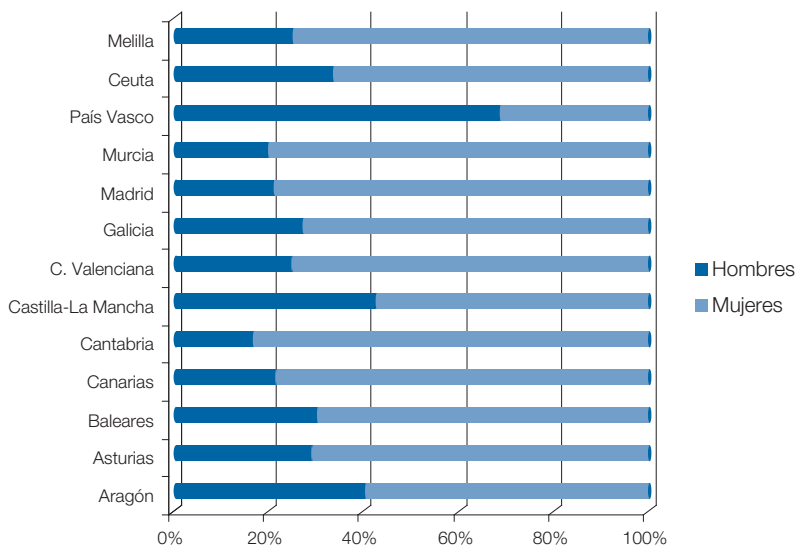


Grafico 29. Alumnado Enfermería. Año 2010

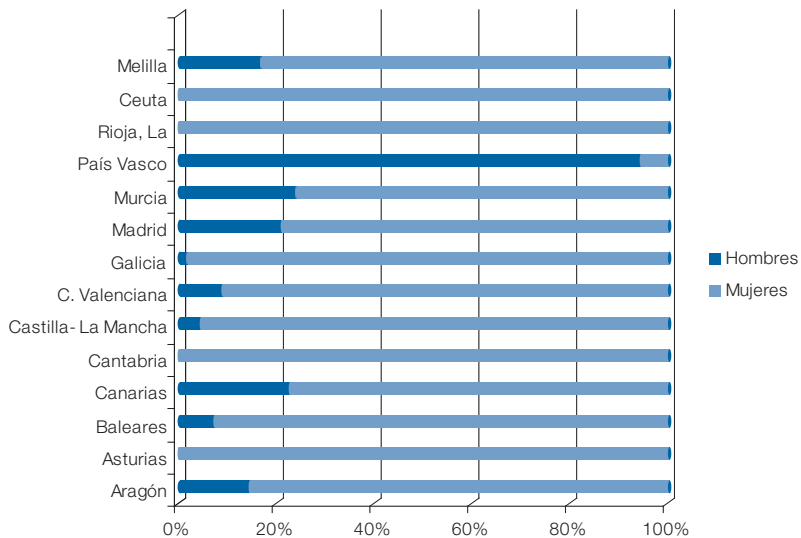


Grafico 30. Alumnado Psicología. Año 2010

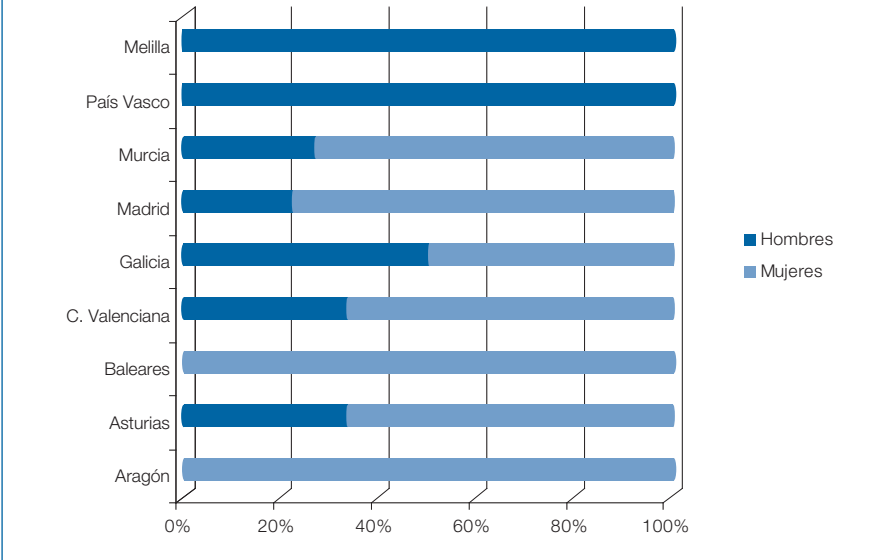


Grafico 31. Alumnado Trabajo Social. Año 2010

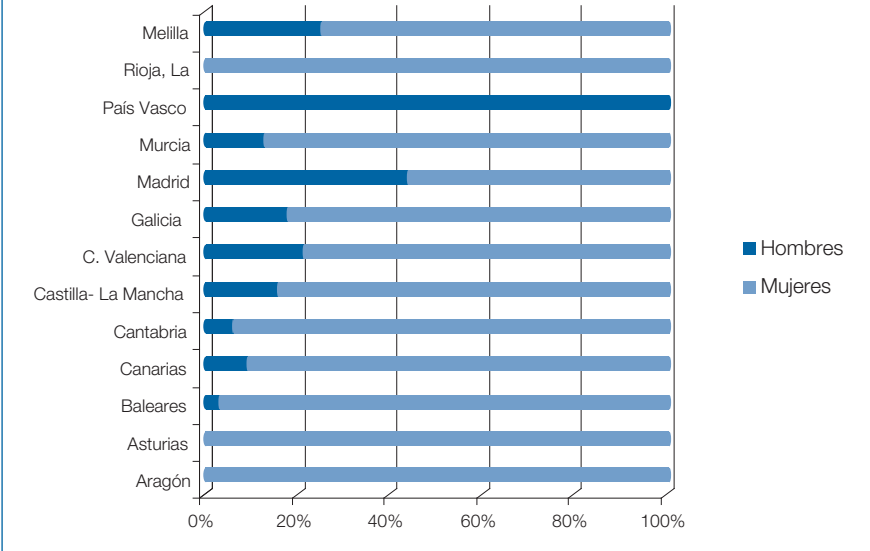


Grafico 32. Alumnado Otros perfiles sanitarios. Año 2010

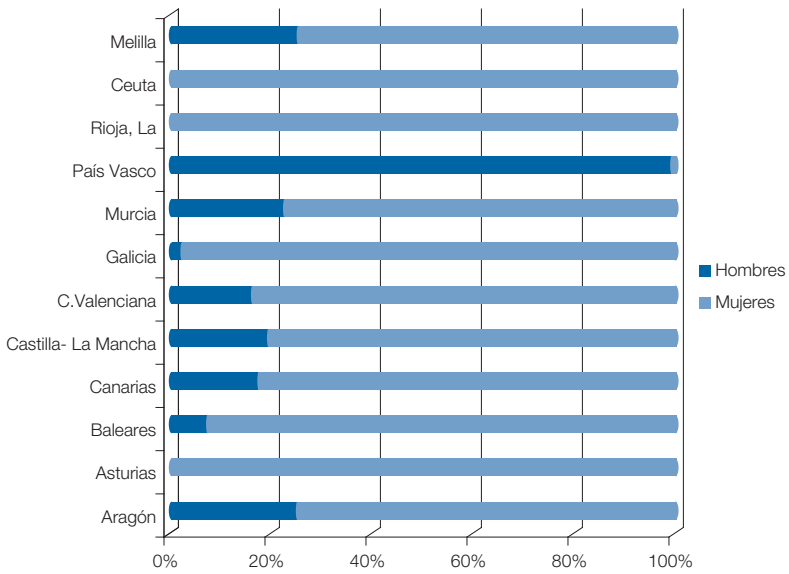
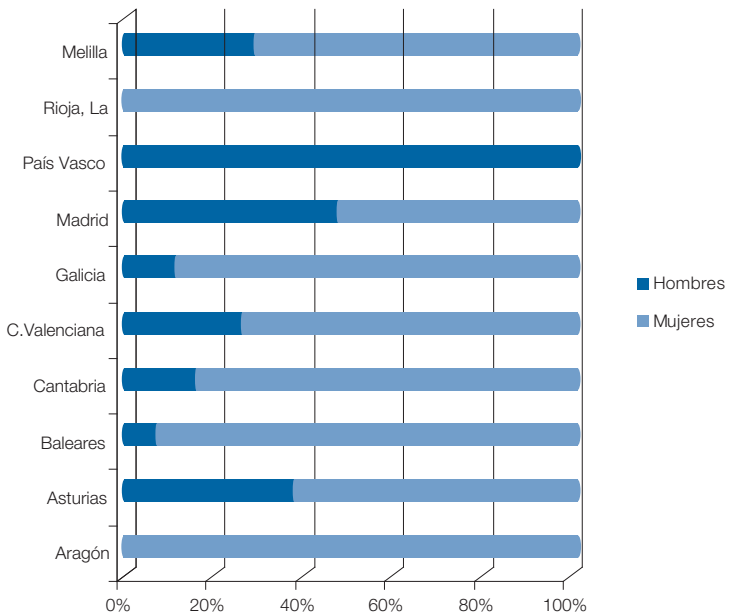


Grafico 33. Alumnado Otros perfiles no sanitarios. Año 2010



1.2.2.5. Perfil profesional del profesorado

En relación con los siguientes gráficos hay que tener en cuenta que no todas las CCAA cubren todos los perfiles profesionales de profesorado y que algunas comunidades no tienen los datos desagregados por sexo.

El perfil profesional que más se da entre el profesorado es el de Medicina (158 profesionales), seguido del de Enfermería (71), Trabajo Social (63), Psicología (53), Otros perfiles profesionales (48).

También se da en mayor porcentaje de participación de las mujeres frente a los hombres a la hora de impartir la formación. (Gráficos 34, 35,36,37 y 38)

En la CCAA de Castilla-La Mancha casi el 80% del profesorado del perfil de Medicina son hombres, en Cantabria los hombres suponen el 60% y en Aragón, Baleares y País Vasco la mitad de éste profesorado son hombres. En Navarra son las mujeres las que ocupan la totalidad de éste perfil. (Gráfico 34)

En relación al profesorado que pertenece al perfil profesional de Enfermería la mayoría son mujeres, en 17 CCAA se compone en su totalidad de mujeres, mientras que en 2 CCAA está compuesto por hombres. (Gráfico 35)

En relación al perfil de Trabajo Social únicamente imparten formación hombres en 1 CCAA, mientras que en otras 8 CCAA está compuesto sólo por mujeres. (Gráfico 36)

En relación al profesorado de Psicología la mayoría son mujeres, en 2 CCAA el 50% está compuesto por hombres. (Gráfico 37)

Otros perfiles profesionales está compuesto por hombres en País Vasco y en Valencia el 90% son también profesorado masculino. (Gráfico 38)

Gráfico 34. Medicina. Año 2010

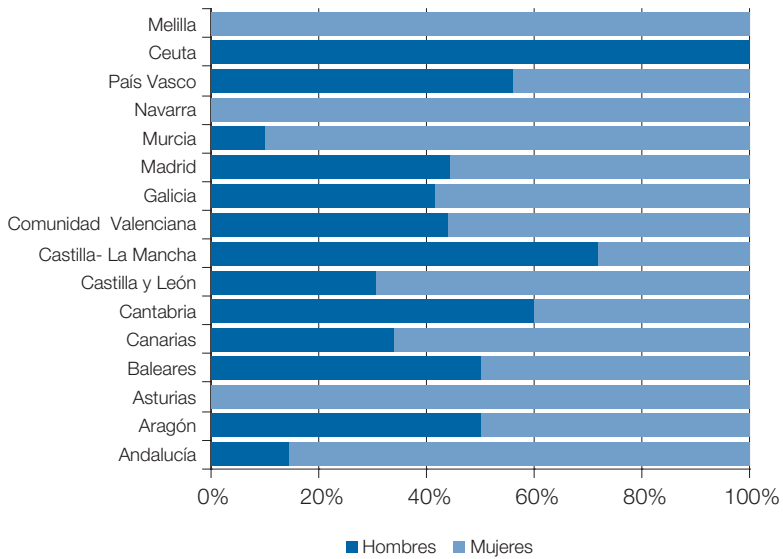


Gráfico 35. Enfermería. Año 2010

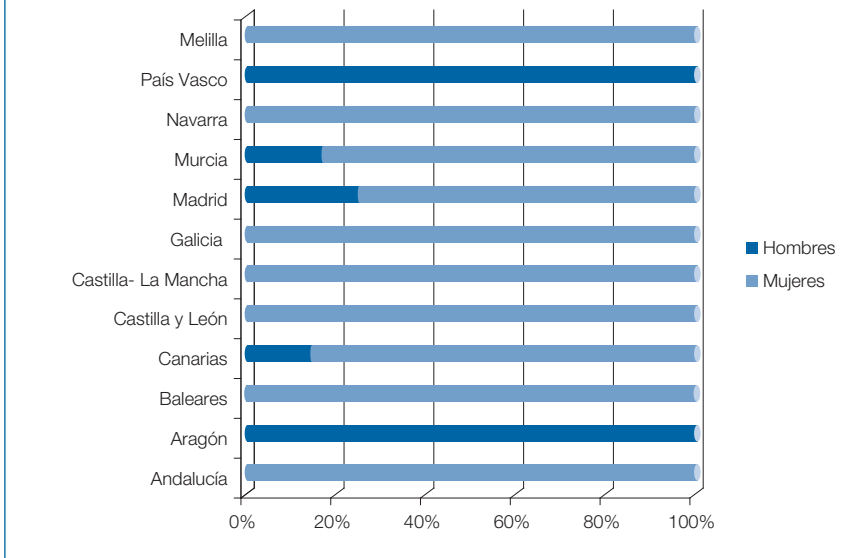


Gráfico 36. Trabajo social. Año 2010

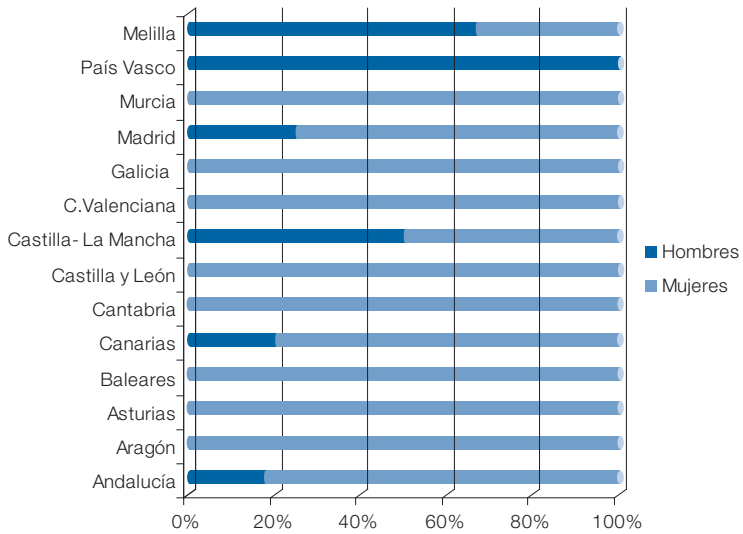


Gráfico 37. Psicología. Año 2010

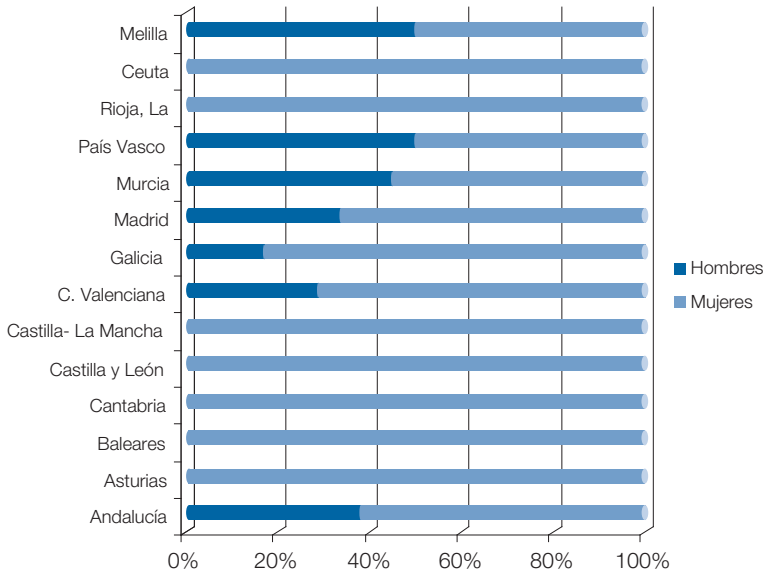
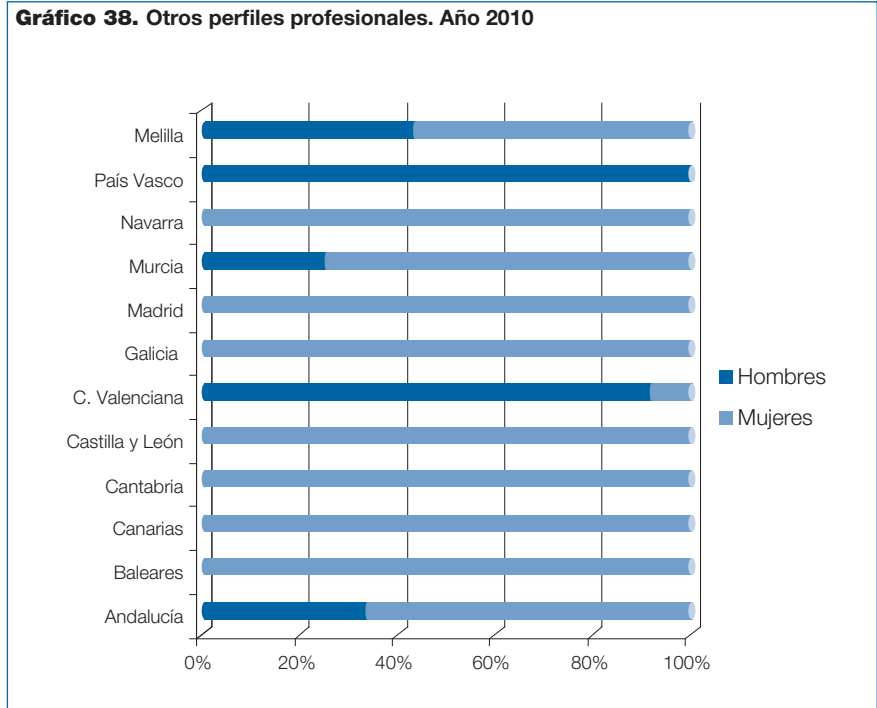


Gráfico 38. Otros perfiles profesionales. Año 2010



En general, una elevada proporción del profesorado pertenece a la Administración Autónoma (526 profesionales), 26 personas pertenecen a la Administración Local, 27 personas son expertas y 23 personas pertenecen a la Administración General. En menor medida se da la Adscripción de profesionales a Otras instituciones públicas (16), Universidad (11), Otras instituciones privadas (9) y ONG (8). En Canarias el profesorado está adscrito a la Administración Autónoma en su totalidad, en Cataluña la mayoría de las y los docentes están vinculados a la Administración Autónoma salvo un 10 % de profesionales adscritos a la Universidad. En el resto de CCAA el profesorado pertenece a una amplia variedad de instituciones: Instituto de la Mujer, Administración General, Personas Expertas, Universidad, Administración Local, ONG, etc.

Resumen-recordatorio. Formación. Violencia de género. SNS. 2010	
Perfil profesional del profesorado	El perfil mayoritario entre el profesorado es el de Medicina, seguido de Enfermería, Trabajo social, Psicología y Otros perfiles profesionales.
Profesorado según sexo	En general, la participación de las mujeres se da en mayor medida entre el profesorado en cualquiera de los perfiles profesionales. Sin embargo, en el perfil de medicina se da una mayor proporción de varones que de mujeres en Cantabria y Castilla-La Mancha. En el perfil de enfermería, País Vasco y Aragón la totalidad del perfil son hombres.
Adscripción del profesorado	En general, una elevada proporción del profesorado está adscrito a la Administración Autonómica.
Perfil profesional del Alumnado	El perfil profesional que más se da en el alumnado es el de Enfermería (3367 profesionales), seguido del de Medicina (2596), Otro personal no sanitario (781) y Trabajo social (408). En el País Vasco ha habido mayor participación de hombres que de mujeres que pertenecen al perfil de medicina. El alumnado que pertenece al perfil profesional de Enfermería en la comunidad del País Vasco la participación de hombres supera el 90%. En Asturias, Cantabria y La Rioja la totalidad del alumnado son mujeres. (Gráfico 28)
Alumnado según sexo	La participación en la formación por parte de las mujeres se da en mayor porcentaje.

1.2.2.6. Otras actividades relacionadas con la formación

En este apartado se han identificado otras actividades recogidas en las memorias, que relacionadas con la formación son necesarias para su desarrollo, como es la planificación de la misma o aquellos procesos que se desarrollan como consecuencia de los programas y acciones formativas, presentando otra diversidad de objetivos y actuaciones. Así por ejemplo, algunas tiene que ver más con actividades de gestión, constitución de grupos de trabajo y comisiones técnicas, organización de mesas en jornadas o actividades, investigación sobre impactos de la formación, elaboración de materiales didácticos, participación en congresos internacionales, colaboración intersectorial, etc.

Actividades de planificación, gestión y difusión

Tabla 14. Otras actividades relacionadas con la Formación. Año 2010.	
OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA FORMACIÓN.	
Violencia de género. SNS. 2010	
Andalucía	Consolidación de la Red Forma: actividades de gestión y coordinación de la Red y la web, actividades de captación y formación centralizada, organización de jornadas, encuentros y reuniones.
Baleares	Constitución de un grupo de trabajo para la elaboración del Plan y establecimiento de las líneas básicas de actuación Financiación de la formación de un o una profesional por centro en el Master Oficial de Políticas de Igualdad y prevención de la violencia de género de la Universidad de las Islas Baleares.
Cantabria	Han facilitado la asistencia de profesionales al Curso de Formación de Formadoras/es para la Prevención y Atención a la Violencia de Género.
Castilla y León	Entre sus objetivos está potenciar la implantación, atención y desarrollo del Servicio de Atención a la Violencia de Género y en los objetivos de los planes de gestión. Se ha incluido el plan anual de gestión 2010 de las gerencias de AP la anamnesis sobre violencia de género a todas las mujeres mayores de 14 años, su seguimiento periódico y presentación de resultados. Se esta trabajando en la inclusión de la Guía electrónica de atención a la Violencia de Género en la HCE de Atención Primaria. Desarrollo de grupo colaborativo on-line para la formación y apoyo del equipò de formadores y formadoras en VG de la CCAA.
Madrid	Desde la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención se ha realizado una jornada de intercambio de buenas prácticas para la prevención de la violencia de género en el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Previamente se había desarrollado el Proyecto de Identificación de Buenas Prácticas orientadas a la prevención y atención en violencia de Género. En el hospital Puerta de Hierro se ha creado un formulario en la HC electrónica (SELENE) de conexión directa con trabajo social para su control y seguimiento de las mujeres que sufren violencia de género.
Murcia	Se ha constituido una Comisión Técnica para Desarrollar e Implantar el Plan Integral de Formación en Violencia de género.
País Vasco	Entre uno de sus objetivos se encuentra el conocer los cauces de coordinación intersectorial e interinstitucional.
La Rioja	

Investigación

En cinco Comunidades Autónomas se han expresado en la memoria actividades relacionadas con la investigación o con la difusión de resultados de investigación y la participación en proyectos de investigación sobre violencia de género.

Tabla 15. Actividad Investigadora. Año 2010.	
	ACTIVIDAD INVESTIGADORA. Violencia de género. SNS. 2010
Andalucía	Investigación cualitativa sobre maltrato a mujeres en situación de discapacidad.
Baleares	Presentación de resultados de evaluación de la atención sanitaria especializada ante la violencia de género en el congreso Women's Health 2011.
Castilla y León	Uno de los objetivos es promover la investigación en violencia de género. Realizan una Jornada de formación en investigación en VG y presentación de resultados de proyectos finalizados al equipo de formadores y formadoras. Se ha participado en el congreso de la Wonca, se están haciendo revisiones sistemáticas, se está colaborando con el instituto Joanna Briggs (práctica de cuidados basados en la evidencia) y en el proyecto europeo del Programa Daphne III en VG.
C. Valenciana	Jornada de translación de los resultados de la investigación en violencia de género a las actuaciones sanitarias del sistema nacional de salud.
Madrid	En las Jornadas de buenas prácticas se presentan los resultados de las últimas investigaciones realizadas en materia de violencia de género.

Elaboración de materiales didácticos, guías y protocolos

Nueve Comunidades Autónomas han señalado la elaboración, impresión y difusión de materiales didácticos o guías como parte de la actividad formativa. Estos materiales van desde folletos y trípticos de información o cartelería hasta la entrega de guías de actuación en formato USB (*pen drives*).

Tabla 16. Elaboración de materiales didácticos y guías o protocolos. Año 2010

ELABORACIÓN DE MATERIALES DIDÁCTICOS Y GUIAS O PROTOCOLOS.	
Violencia de género. SNS. 2010	
Andalucía	Folletos y trípticos de información, manuales de sesiones de sensibilización, manuales de formación básica, manuales de alumnado del curso de formación para formar, dvs, manuales docentes de formación para formar.
Asturias	Difusión de las guías de material didáctico para el personal sanitario incluyendo vídeos de casos.
Castilla-La Mancha	Cartel digital para el programa de sensibilización.
Castilla y León	Publicación y difusión de guía de práctica clínica de atención a la VG y guía de atención a la VG informatizada en la HCE de AP.
Ceuta	Revisión y adecuación del protocolo común para la detección de la violencia en el ámbito sanitario en Ceuta e implementación del mismo.
Galicia	Folletos para la utilización de la Guía Técnica del proceso de atención a las mujeres en situación de violencia de género y folletos para la correcta cumplimentación del PL. El Plan Estratégico de Formación está en fase de diseño de imprenta.
Madrid	<p>Elaboración y publicación de la “Guía de Atención a mujeres con trastorno mental grave”, desarrollado conjuntamente por varios Centros y Servicios de Salud Mental junto con diferentes actividades desarrolladas en el marco del Proyecto “Violencia de género en mujeres con trastorno mental grave”</p> <p>En el Hospital Infanta Sofía se han impreso tarjetas de los algoritmos de actuación de los protocolos de actuación, se ha difundido información en formato USB: Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia la mujer) del Servicio Madrileño de Salud.</p> <p>En el Hospital de Móstoles y en Puerta del Hierro, se ha impreso y distribuido material informativo, tríptico y carteles. Se ha entregado material en formato USB: Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia la mujer.</p> <p>En los Hospitales Universitarios Infanta Cristina e Infanta Leonor se entregó material didáctico en formato USB.</p> <p>También se ha desarrollado el proyecto «Violencia de género en mujeres con trastorno mental grave», del que se ha derivado la publicación de la «Guía de Atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave» desarrollado conjuntamente por varios Centros y Servicios de Salud Mental.</p>
Melilla	Pancarta anunciadora de las jornadas, murales para la mesa de las personas ponentes, trípticos
País Vasco	Materiales de apoyo en la práctica asistencial: Guía breve de apoyo, cartel, carpeta, cuadernos, pins, presentación power point, guías de apoyo al profesorado, cuestionarios de evaluación.

1.2.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud

En este apartado se presentan algunos datos comparativos de evolución de los indicadores de formación en los últimos años. Es necesario tener en cuenta que en algunas CCAA sólo se han podido recopilar los últimos 3 años, mientras en otras ha sido posible obtener la información desde 2004.

En los últimos años se puede observar que el número de actividades formativas experimentó un aumento en el año 2009 con respecto a 2008 y un ligero descenso en el año 2010, en casi todos los **ámbitos asistenciales**, excepto en la categoría «Otros», donde se desarrollaron más actividades en 2010 que en 2009 (Gráfico 39)

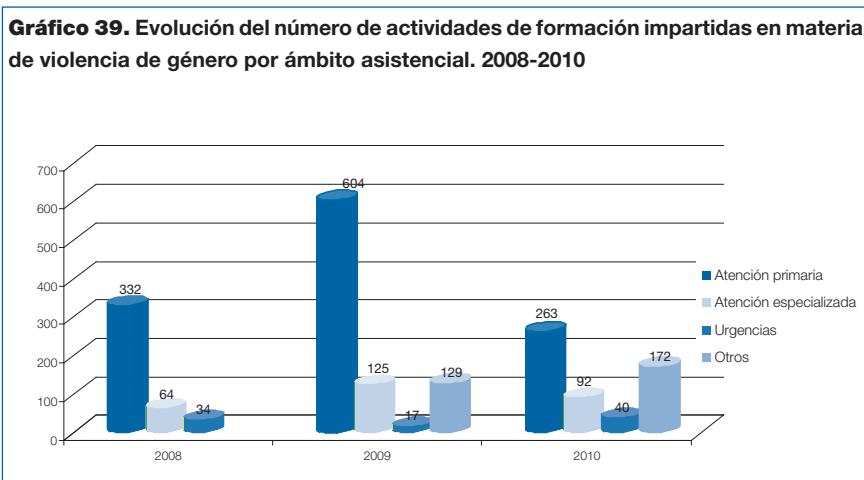
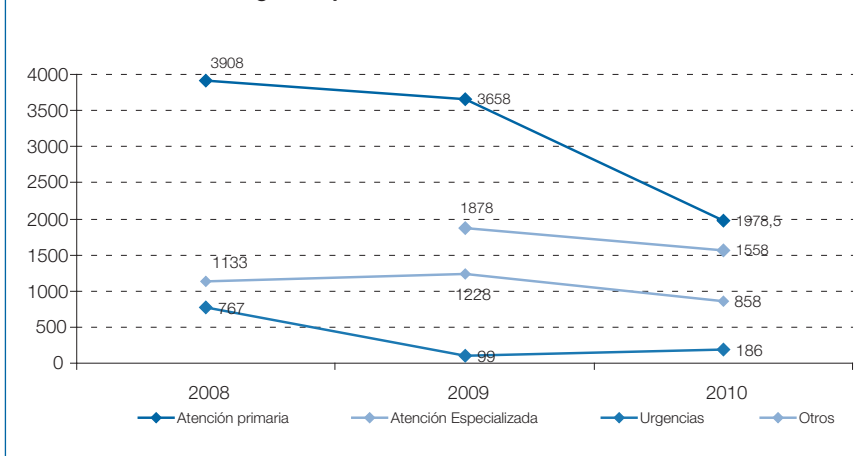


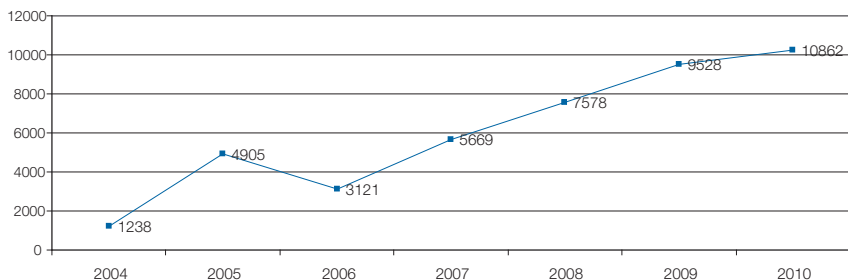
Gráfico 40. Evolución del número de horas lectivas de formación impartidas en materia de violencia de género por ámbito asistencial. 2008-2010



Si comparamos 2010 con los datos de 2009 se observa la tendencia clara del liderazgo de atención primaria tanto en el número de actividades impartidas como en horas lectivas, aunque en líneas generales haya descendido tanto el número de actividades como el de horas impartidas en 2010 respecto a 2009.

El **número de profesionales** que han recibido formación en los últimos años ha experimentado un crecimiento gradual desde el año 2006 a la actualidad, siendo el 2010 el año en que mayor número de profesionales la han recibido (Gráfico 41) y en casi todas las CCAA. (Gráfico 42). Por otra parte si atendemos el **número de profesionales que han recibido formación** entre 2004 (año de promulgación de la Ley Orgánica 1/2004 y de creación de la Comisión VG del Consejo Interterritorial del SNS) y 2007 (año de edición del Protocolo Común contra la violencia de género) se observa una tendencia al aumento en el nº de profesionales formados en todas aquellas CCAA que iniciaron antes los procesos de formación. El gráfico refleja como el número de profesionales formado ha ido en aumento cada año.

Gráfico 41. Evolución del número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género en el conjunto del SNS. 2004-2010(*)



(*) No todas las CCAA han podido facilitar los datos desde 2004, lo que explica la inflexión primera de la curva. La mayoría lo hace desde 2008-2010: Ver gráfico siguiente por CCAA

Gráfico 42. Número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Período 2004-2007

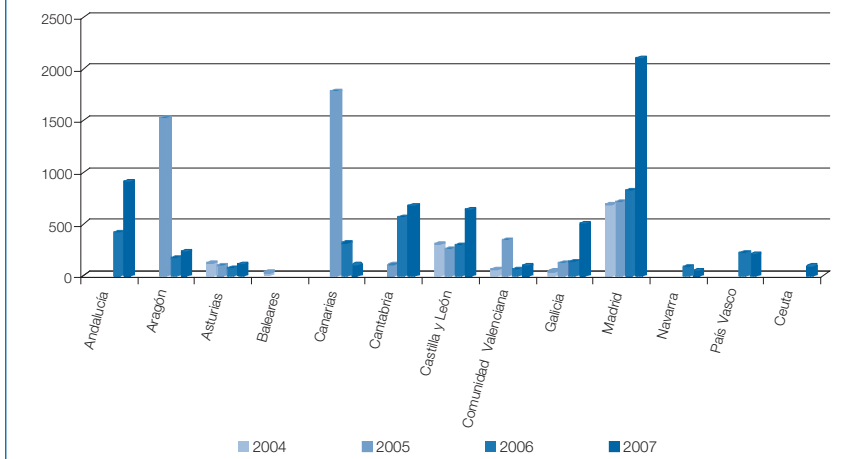


Gráfico 43. Número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Período 2008-2010

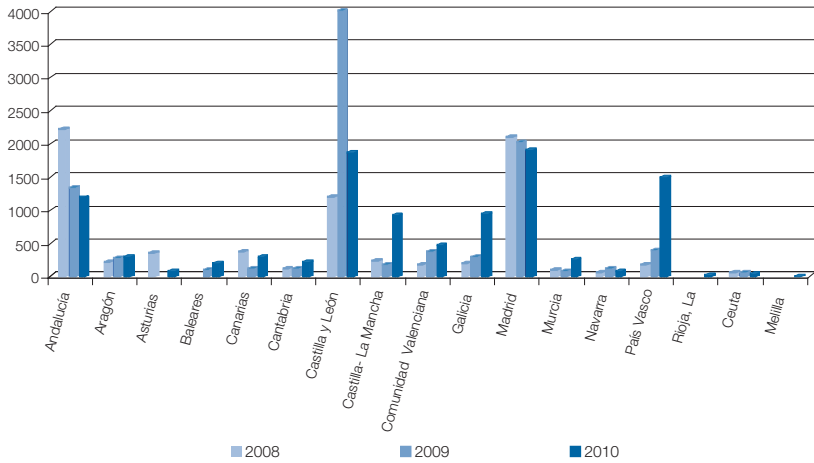
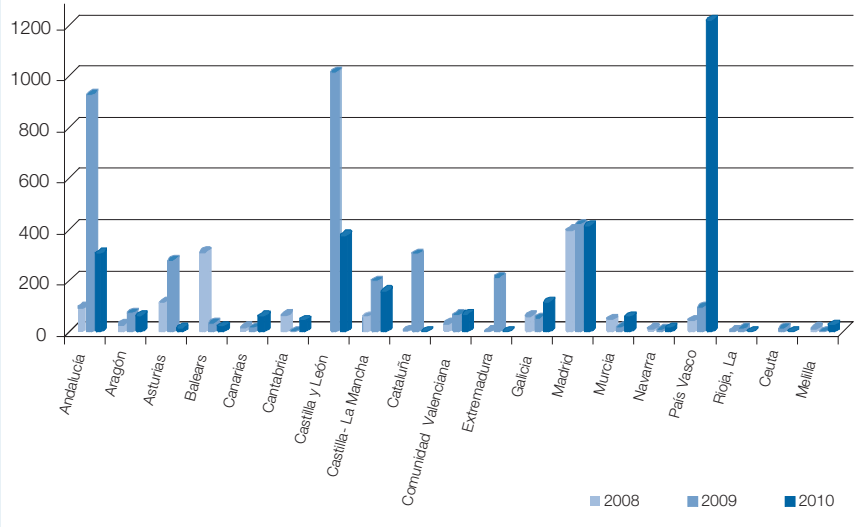
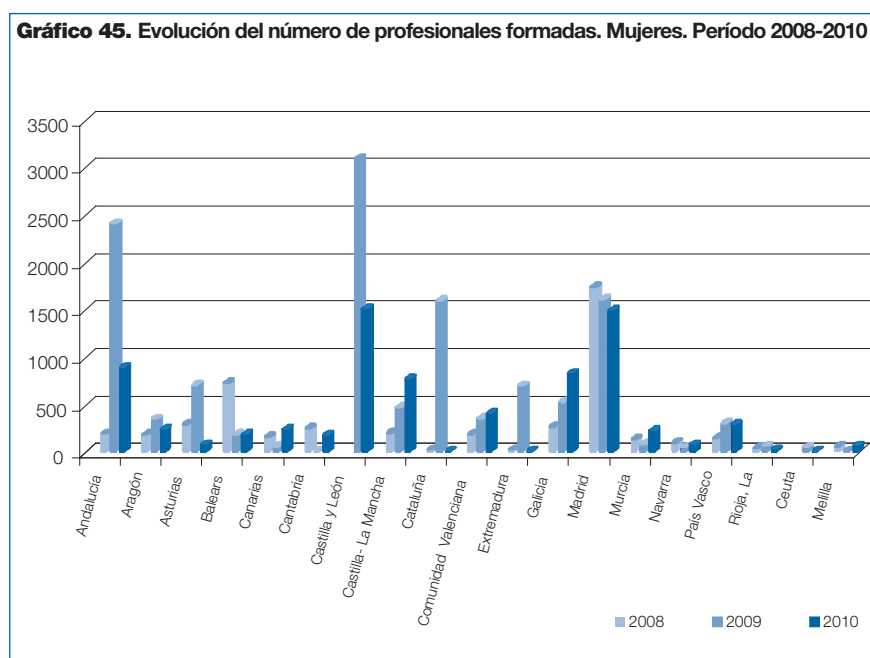


Gráfico 44. Evolución del número de profesionales formados. Hombres. Período 2008-2010



Aquellas CCAA que faltan en el gráfico (Cataluña, Extremadura y ciudad autónoma de Ceuta) no han podido facilitar aún los datos cuantitativos de 2010, aunque existe constancia de sus actividades de formación en las memorias de subvención.

En cuanto a la tendencia que muestran los **datos desagregados por sexo**, a medida que avanzan los años que se llevan realizando los programas de formación específica en violencia de género, aumenta el porcentaje de hombres que participa en la misma.



Respecto al **tipo de actividades formativas**, el ámbito «Otras acciones formativas no específicas» es el que ha experimentado un mayor aumento de participación de hombres, ya que en 2008 suponían un 14% del total de profesionales formados y en 2010 suponen un 27%. En las actividades de sensibilización se ha pasado del 28% de participación masculina en 2008, al 35% en 2010 y en los cursos básicos se ha mantenido la participación masculina alrededor del 22% en los tres últimos años.

El porcentaje de hombres que reciben formación en Violencia de Género ha aumentado en los últimos años en casi todas las comunidades, el caso más notable es País Vasco para el año 2010 (Gráfico 44).

1.2.4. Modalidades de la formación de profesionales y personal de los servicios sanitarios. Nuevos formatos y formación avanzada

1.2.4.1. Diferentes formatos educativos utilizados

a) Formación de formadores y formadoras

Nueve Comunidades Autónomas hacen referencia a actividades de formación para formar. En algunos casos se trata del diseño o elaboración del programa, en otros la puesta en marcha de ediciones de cursos de formación para formar.

b) Formación on-line

El formato on line se recoge en 5 Comunidades Autónomas, con diferentes características y a través de diferentes plataformas.

c) Otros

En este apartado se han incluido todas aquellas actividades que no se han considerado cursos propiamente dichos. Se trata de: talleres, encuentros, participación en jornadas, sesiones técnicas o clínicas.

En algunos casos se trata de eventos para la difusión de protocolos de actuación, en otros casos se trata de actividades de sensibilización.

Es posible que algunas CCAA hayan incluido estas sesiones/jornadas / encuentros/ contabilizados como formación en el apartado Otros.

Tabla 17. Formatos educativos utilizados para la formación. Año 2010	
FORMATOS EDUCATIVOS UTILIZADOS PARA LA FORMACIÓN.	
Violencia de género. SNS. 2010	
FORMACIÓN DE FORMADORES Y FORMADORAS	
Andalucía	Dos ediciones del curso de formación para formar en el abordaje sanitario del maltrato contra las mujeres, de 76 horas de duración cada uno.
Asturias	Desarrollo de un curso de formación de formadores para profesionales sanitarios en la guía didáctica.
Baleares	Elaborar el programa de formadores y formadoras en violencia de género. Establecer una red de formadores y formadoras en la materia para desarrollar el plan de formación.

Cataluña	Curso de Formación para Formar de 75 horas de duración.
Castilla y León	Curso de Formación de formadores y formadoras. Desarrollo de grupo colaborativo on-line para la formación y apoyo del equipo de formadores y formadoras en VG de la CCAA.
C. Valenciana	I Edición de un curso de formación de formadores y formadoras con una duración de 32 horas.
Galicia	Dos cursos de formación de formadores en violencia de género.
Murcia	Acción de formadores y formadoras en violencia de género, de 40 horas presenciales.
País Vasco	Formación para personas formadoras.
FORMATOS ON-LINE	
Cataluña	3ª Edición del Curso semipresencial para la atención sanitaria en casos de violencia de género, 30 horas. Curso básico on-line de atención sanitaria en casos de violencia de género, 4 horas.
Castilla-La Mancha	Programa de formación Continuada Básica con metodología online, a través de la plataforma e-learning del Sescam.
Castilla y León	Curso mixto (presencial y online, con 30 horas online, de Atención Sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres.
C. Valenciana	I Edición del curso online "violencia de género para responsables de administración y dirección" (2 horas). I Edición del curso online "violencia de género con atención directa a pacientes" (8 horas de formación).
Galicia	Un curso mixto (presencial y online, con 30 horas online, de Atención Sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres.
País Vasco	Diseño de un curso semi presencial (formación online para personal sanitario).
OTROS FORMATOS (Jornadas, sesiones técnicas, encuentros)	
Andalucía	Encuentro anual de la Red Formma.
Aragón	Sesiones clínica.
Asturias	Participación en los III Encuentros de Igualdad, organizado por la Fundación Universidad de Oviedo. Participación en el curso de Especialización para abogados del turno de oficio de violencia de género, organizado por el Instituto Asturiano de la Mujer y el Ilustre Colegio de Oviedo. Jornadas de buenos tratos en colaboración con asociaciones juveniles, de mujeres y el Consejo de la Juventud de Asturias.
Castilla-La Mancha	Talleres y sesiones clínicas.
Castilla y León	Realización de Jornadas de sensibilización, de atención sociosanitaria, de presentación de la guía de práctica clínica. Asimismo indican la participación de un profesional de la Comunidad en la Jornada de violencia de género en adolescentes realizada por la Escuela Nacional de Salud, y en el curso de formadores en violencia de género en la Escuela Nacional de Salud. Jornada de formación en Investigación.

Cataluña	Talleres.
Melilla	Realización de unas Jornadas Multidisciplinares.
Galicia	Cursos para Servicios de Urgencias y Puntos de Atención Continuada, y talleres.
Madrid	<p>Proyecto de Identificación de Buenas Prácticas orientadas a la prevención y atención en violencia de Género y Jornada de intercambio de buenas prácticas para la prevención de la violencia de género en el servicio sanitario de la Comunidad de Madrid.</p> <p>I Jornada de violencia intrafamiliar-Abordaje Integral, realizada el día 25 de noviembre de 2011 en El Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.</p> <p>En el Hospital Infanta Sofía se difundió y se presentó el Protocolo de Actuación en Urgencias ante la violencia de género contra las mujeres y el protocolo de actuación coordinada de los organismos competentes en materia de agresiones sexuales hacia las mujeres. Se han realizado talleres de abordaje clínico práctico para el conocimiento fluido de la aplicación de protocolos.</p> <p>En el Hospital de Móstoles se ha realizado un Cine Forum y posterior coloquio con personas expertas en la celebración del día internacional para la eliminación de la violencia contra la mujer del 25 de noviembre. Actividades informativas (mesas informativas) y de sensibilización (charlas coloquio) coordinadas en las 11 áreas de SP de la Comunidad de Madrid, dirigidas a mujeres de zonas rurales o inmigradas.</p>
Navarra	Talleres.
País Vasco	Sesiones Técnicas de sensibilización.

1.2.4.2. Formación dirigida a diferentes perfiles profesionales

a) Formación dirigida a personal sanitario

La formación se orienta principalmente a profesionales de la medicina y la enfermería, concretamente a Ginecología y Obstetricia, Matronas, profesionales de Salud Mental, Psiquiatría, Medicina Interna, Urgencias, Cirugía general y pediatría.

b) Formación dirigida a personal no sanitario

Se trata de profesionales de perfiles no sanitarios que trabajan en Educación para la Salud, Administración y Atención a la Ciudadanía/Usuario, o bien alumnado de las carreras de medicina y enfermería en los últimos años de facultad. También personal administrativo de las diferentes escalas funcio-

nariales (C,D,E) u otros profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad autonómica (ej:Mossos de Escuadra), mediadores/as, educadores/as sociales, personal funcionario de prisiones, personal del ámbito de la gestión.

c) Formación dirigida a personal de gestión y dirección

Algunas Comunidades Autónomas han presentado o difundido los programas o actividades formativas específicas a responsables de las Gerencias o directivos. En otros casos, se les ha impartido formación como actividades de sensibilización para Equipos Directivos o un curso online de violencia de género para responsables de administración y dirección.

Tabla 18. Formación dirigida a personal de diferentes ámbitos asistenciales y no asistenciales. 2010	
FORMACIÓN DIRIGIDA A PERSONAL DE DIFERENTES ÁMBITOS ASISTENCIALES Y NO ASISTENCIALES.	
Violencia de género. SNS. 2010	
FORMACIÓN DIRIGIDA A PERSONAL SANITARIO	
Andalucía	Profesionales de enfermería, medicina de familia, trabajo social, matronas.
Aragón	Profesionales de medicina y enfermería de los servicios de urgencia sobre violencia de género.
Cantabria	Profesionales en formación Mir de Medicina de Familia y Comunitaria, de Medicina Preventiva y Salud Pública, de Ginecología y Obstetricia, PIR y EIR.
Castilla-La Mancha	Profesionales de psicología, medicina de urgencias, enfermería.
Castilla León	Actividades de sensibilización para alumnado de enseñanza media en experiencia de colaboración de atención Primaria, con Educación y Fuerzas de Seguridad Municipales (Salamanca).
Cataluña	Profesionales de ginecología, obstetricia, matronas y profesionales de salud mental.
Galicia	Matronas, y personal médico en formación de 1er año (EIR y MIR).
Madrid	En el Hospital de Móstoles, formación a profesionales de Urgencias, de Traumatología y de Psiquiatría. En el Infanta Sofía, Psiquiatría, Medicina Interna, Urgencias, Cirugía general, ginecología y obstetricia y pediatría. En el Infanta Cristina de Parla, personal de medicina, enfermería, auxiliares de enfermería). Se entregó material didáctico (formato USB) realizada por los siguiente hospitales: Hospital Universitario Infanta Cristina y Hospital Universitario Infanta Leonor.
Navarra	Profesionales de AP (enfermería, trabajo social y enfermería) y personal médico residente (Medicina de Familia).
País Vasco	Profesionales sanitarios de Atención Primaria.

Ceuta	<p>Profesionales en actividades formativas: matronas de Atención Especializada y Primaria, médicas y médicos Mir de familia y comunitaria, DUE de AP.</p> <p>Profesionales para la formación y creación del grupo que está trabajando en el protocolo de detección precoz y atención sanitaria: psicólogas clínicas, trabajador/as sociales de AP, medicina y enfermería de AP, médica del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Ceuta (HUCE), enfermera supervisora del Servicio de Urgencias del HUCE, médicos jefe y coordinadores del servicio de urgencias de AP (SUAP) y médicos y enfermeras del SUAP.</p>
FORMACIÓN DIRIGIDA A PERSONAL DE PERFIL NO SANITARIO Y POBLACIÓN GENERAL	
Andalucía	Profesionales de educación para la salud, Administración y Atención a la Ciudadanía.
Asturias	Alumnado de disciplinas como la economía. Formación de los grupos C,D,E.
Cantabria	Sensibilización a profesionales de Atención al Usuario.
Castilla-La Mancha	Profesionales de la Universidad y del título de expertos en prevención contra la violencia de género.
Cataluña	Actividades de Sensibilización para profesionales que trabajan con adolescentes y a quienes trabajan con mujeres inmigradas. Mossos de escuadra, mediadores/as, educadores/as sociales, funcionarios de prisiones, técnicos gestores y auxiliares de clínica.
C. Valenciana	Realización de curso de formación para la detección y atención de la violencia de género desde el ámbito de Cruz Roja Española en la Comunitat Valenciana, dirigido al personal laboral y al voluntariado de Cruz Roja en Valencia.
Galicia	Talleres de prevención de violencia en alumnado de los últimos cursos de las facultades de: Medicina, Enfermería, Psicología, Matronas y Fisioterapeutas. Cursos en el último curso de la Escuela Universitaria de Enfermería y de la facultad de Medicina. Cursos para la ciudadanía en la Escuela Gallega de Salud para ciudadanos.
Madrid	<p>Cineforum: proyección y posterior debate con personas expertas, dirigido a la población general y asociaciones del municipio de Móstoles y profesionales en formación.</p> <p>En el Hospital Infanta Cristina de Parla personal de gestión auxiliar sanitaria y personal administrativo.</p> <p>En el Hospital Puerta del Hierro, se ha formado a urgencias de adultos y pediátricas, ginecología y obstetricia. La Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención ha elaborado y/o distribuido materiales, como folletos divulgativos y volantes sobre prevención de la violencia y los efectos en la salud, lazos blancos marca páginas, globos de lazo blanco, camisetas, carteles, roll ups, carteles. Folleto sobre acoso sexual, agresiones sexuales, derechos de las mujeres maltratadas, violencia de género en mujeres con discapacidad intelectual...</p>
País Vasco	Participación de personas de atención al público de los puntos de Atención Continuada en las Sesiones Técnicas de Sensibilización.

FORMACIÓN DIRIGIDA A PERSONAL DE GESTIÓN Y DIRECCIÓN	
Andalucía	Presentación/Difusión de la Red y sus actividades a directivos (no formación).
Baleares	Contacto (no formación) con responsables de las gerencias de AP, 061, Atención Especializada, GESMA, Menorca e Ibiza.
Castilla-La Mancha	Alumnado de las gerencias de Atención Primaria y Especializada.
C. Valenciana	Realización de un curso online de violencia de género para responsables de administración y dirección (2 horas).
Murcia	Actividades de sensibilización a Equipos Directivos Presentación (no formación) del Plan Integral de Formación en violencia de género a gerentes, a responsables de formación especializada.

1.2.4.3. Novedades en la Formación avanzada

En estas Comunidades Autónomas se han identificado aspectos específicos, como itinerarios formativos según el perfil profesional, o actuaciones formativas que abordan el maltrato infantil, o el maltrato en mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, como mujeres inmigradas o en situación de exclusión social. En algunos casos la formación específica se realiza en colaboración con otros organismos, en otros se trata de actividades de coordinación con otros ámbitos no sanitarios.

Tabla 19. Novedades en la formación avanzada. Año 2010.

NOVEDADES EN LA FORMACIÓN AVANZADA.	
Violencia de género. SNS. 2010	
Baleares	En su plan de formación se establecen itinerarios formativos para equipos de: Atención Primaria, Ginecología, Salud Mental, Pediatría, Trabajo social y mediador cultural, Gestión y Formadores.
Cantabria	Entre uno de sus objetivos está el mejorar la detección de violencia en mujeres especialmente vulnerables (discapacidad, inmigración y exclusión social). Realizan un: Curso de coordinación de los servicios sanitarios con otros ámbitos profesionales (policía, servicios sociales, etc.). Curso "Formadores en Educación para la salud en el colectivo inmigrante", para profesionales de Atención Primaria en el que se aborda la violencia de género. Curso de formación "Abordaje de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud" para residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, de Medicina Preventiva y Salud Pública y EIR de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Jornada "La violencia contra las mujeres: Un problema de salud pública" para residentes. Curso básico "Abordaje de la violencia contra las mujeres en AP de Salud" para profesionales de nueva incorporación.

	Curso Avanzando en el abordaje de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud para profesionales que ya han realizado la formación básica. Trata principalmente habilidades de comunicación y atención a mujeres con mayor vulnerabilidad mujeres inmigradas y mujeres con discapacidad.
Castilla-La Mancha	Indica el diseño y la elaboración de un programa de formación avanzada. Tienen como objetivo el diseño y la elaboración de un programa de formación especializada. Realizan un taller y sesión clínica sobre Maltrato infantil.
Castilla y León	Formación para pediatras y enfermeras de pediatría sobre las consecuencias de la violencia en hijos e hijas. Inclusión de módulos de violencia de género en el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Inclusión de módulos de violencia de género en el programa de Matronas Residentes (Enfermería Interna Residente) en las Unidades Docentes de Valladolid y Salamanca Se realizan tres módulos de formación avanzada para los formadores y formadoras en violencia de género
Cataluña	Abordaje del abuso sexual infantil; Violencia de género en adolescentes; violencia contra la pareja y consumo de sustancias; prevención e identificación en mujeres inmigradas.
C. Valenciana	Formación de profesionales en Trata con fines de explotación sexual, dirigida a profesionales sociosanitarios, en colaboración con ONG's (Médicos de mundo). Inclusión de un módulo de violencia de género en el curso "Diplomado de Sanidad".
Extremadura	Detección, derivación e intervención para aquellas personas con presentan trastornos mentales a consecuencia de la violencia.
Galicia	Curso de la salud de las mujeres inmigrantes para profesionales de AP. Postgrado de mediación sanitaria, Master en Medición de la Universidad de Santiago de Compostela
Madrid	Intervención dirigida a sensibilizar y dar a conocer como actuar a las mujeres inmigrantes y a mujeres de entornos rurales
Murcia	Acción Formativa en Incidente Crítico para desarrollar una herramienta de diagnóstico, evaluación, apoyo y formación en los diferentes procesos que intervienen en la violencia de género.
Navarra	Se realiza un taller avanzado sobre violencia de género dirigido tanto a mejorar el conocimiento, la actitud y el manejo de las emociones que se producen en los profesionales de Atención Primaria (enfermería, trabajo social y medicina) en la atención a las mujeres que sufren violencia doméstica.
La Rioja	Inclusión de formación en violencia de género en la formación MIR de primer año.

1.2.5. Coordinación y colaboración interinstitucional e interdisciplinaria en la formación en violencia de género

Un número importante de actividades dentro de los proyectos se realizan en colaboración con otras instituciones y otros profesionales. Esta colaboración se expresa en forma de participación en la elaboración de los programas o cursos de formación o actuaciones de coordinación intersectorial. Asociaciones juveniles y de mujeres, la Universidad, institutos de administración pública y organismos oficiales de la mujer o Ayuntamientos son las instituciones más frecuentes.

Tabla 20. Coordinación y colaboración interinstitucional e interdisciplinaria en la formación en violencia de género. Año 2010	
COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERDISCIPLINARIA EN LA FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO. SNS. 2010	
Asturias	Programa formativo para profesionales de Atención Primaria y Especializada en colaboración con el Instituto Asturiano de Administración Pública (IAAP). Participación en los III Encuentros de Igualdad, organizado por la Fundación Universidad de Oviedo. Participación en el curso de Especialización para abogados del turno de oficio de violencia de género, organizado por el Instituto Asturiano de la Mujer y el Ilustre Colegio de Oviedo. Jornadas de buenos tratos en colaboración con asociaciones juveniles, de mujeres y el Consejo de la Juventud de Asturias.
Baleares	En la elaboración del Plan de formación han participado, además de los Servicios de Salud y la Dirección General de Evaluación y Acreditación, el Instituto Balear de la Dona y la Escuela Balear de Administración Pública.
Cantabria	Curso de coordinación de los servicios sanitarios con otros ámbitos profesionales (policial, servicios sociales, etc.) que intervienen.
Castilla y León	Colaboración con la Dirección General de la Mujer en el desarrollo de actividades formativas en VG. Colaboración con la Subdelegación del Gobierno, para el desarrollo de los programas de Atención a la VG en el medio rural y colaboración en la formación de las Fuerzas de Seguridad.
C. Valenciana	Colaboración con Cruz Roja y Médicos del Mundo.
Extremadura	Coordinación de los dispositivos de salud mental: profesionales de los equipos de salud mental y los profesionales de los puntos de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia.

Madrid	En el Hospital de Móstoles, los miembros de la Comisión contra la violencia se han coordinado con la dirección de AP y el Hospital, con Ayuntamientos, Concejalías y Salud Pública.
	De entre los objetivos de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, está el de promover entre los recursos locales de apoyo y respuesta a la violencia de género: ayuntamientos, asociaciones, centros de salud y servicios del área de Salud Pública. Plan de actuación integral ante la violencia de género en mujeres de origen rumano en el distrito de Coslada, desarrollado por el Hospital Universitario del Henares.
Melilla	Diseño y evaluación de medidas e iniciativas para la coordinación intrasanitaria e interinstitucional. Se han realizado unas Jornadas multidisciplinares con método expositivo y mesas participativas, en las que han participado el Delegado de Gobierno, el Dtor. Territorial de INGESA, la Dtra. De Enfermería de AP de Melilla, responsables de la Unidad de Coordinación contra la violencia sobre la mujer, la Viceconsejería de la Mujer de la Ciudad Autónoma y responsables de Educación de la Dirección Provincial del Ministerio de Educación.

1.2.6. Valoración de los procesos de formación. Fortalezas, dificultades, factores de éxito y fortalezas. Experiencias de evaluación

Este apartado recoge de forma resumida aquellos factores facilitadores y dificultades que se van observando durante los procesos de formación y que van orientando las mejoras posibles, reconociendo entre ellos los que pueden considerarse factores de éxito. Todo ello recogido de las diferentes memorias presentadas por las CCAA en los proyectos que han sido objeto de subvención mediante Real Decreto 829/2010.

1.2.6.1. Factores facilitadores y dificultades

Factores facilitadores

- La existencia de las subvenciones del Ministerio a las CCAA relacionadas con la Estrategia de prevención de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud y la línea de formación (años 2009 y 2010).
- La sensibilidad y disposición adecuada por parte de la mayoría de profesionales a formarse en género y salud y violencia de género.

- Realizar actividades de sensibilización con el personal de los ámbitos directivos y de gestión, lo que facilita el apoyo a los procesos de formación.
- La existencia de centros y plataformas que facilitan la inclusión (p.e. la existencia de Escuelas e Instituciones de formación en salud en la CCAA, disponer de una web institucional sobre el tema en la CCAA).
- Conocer experiencias de otros centros sanitarios en la misma o diferente CCAA.
- Ser una línea estratégica consolidado en el programa formativo de las administraciones desde hace ya tiempo.
- La existencia entre el alumnado de profesionales que han participado previamente en cursos de formación en Salud y Género en la Escuela Nacional de Sanidad.
- La incorporación en el grupo docente de personas con formación en igualdad y violencia, expertas y con competencia en esta materia.
- La formación basada en la ínter actuación mediante una metodología participativa.
- La implementación del Protocolo Común y la necesidad de superar las barreras para la detección de la violencia de género.

Dificultades

- La crisis económica ha supuesto en algunas CCAA tener que modificar criterios temporales relacionados con las actividades formativas, la falta de subvenciones en el futuro podría dificultar la implantación de estos proyectos. La dificultad para lograr sustituciones de profesionales, ya que el contexto de crisis hace necesario reajustes de presupuestos.
- La presión asistencial que sufren las y los profesionales y la falta de recursos a veces para la sustitución necesaria para poder asistir a los cursos de formación.
- Poder disponer del número suficiente de personas para impartir la formación continuada en CCAA de gran extensión territorial y otras veces dificultades para encontrar en un territorio geográfico pequeño, variedad de profesionales que aborden la violencia de género.
- La falta de sensibilización y resistencias que a veces se dan desde diversos ámbitos como el político y de gestión y asistencial.
- La falta de formación en violencia de género en la etapa pregrado y postgrado.

- La falta o escasez de tiempo o duración corta de las actividades formativas y a veces la amplitud del temario en tan corto tiempo.
- Pocos hombres implicados en los procesos de esta formación.
- La falta de manejo adecuado del protocolo y barreras existentes para la detección.
- Dificultades para motivar a algunos y algunas profesionales. Las actitudes como considerar que no están capacitados/as para detectar y abordar la violencia, o porque no tienen tiempo de dedicarse a ello, o resistencias por considerar que no les corresponde a ellos o a ellas la detección.
- La disparidad de enfoques y la debilidad de algunas metodologías en el trabajo de formación.

1.2.6.2. Aprendizajes y principales factores de éxito en la formación impartida

A continuación se detallan tanto los principales factores de éxito, como el aprendizaje extraído de los proyectos de formación en Violencia de género realizados en las diferentes CCAA durante 2010:

Aprendizajes

- Los profesionales reconocen tener mayor capacidad para el reconocimiento y la detección. Algunas CCAA manifiesta que la sensibilización y formación ha mejorado la cumplimentación del PL, han aumentado las consultas y comunicaciones a trabajo social de casos de violencia de género.
- La inclusión en la cartera de servicios y del Protocolo Común o guías de las CCAA en sintonía con el mismo diseñada para su inclusión en la HC electrónica ha sido muy importante para mejorar la detección sanitaria. La inclusión de objetivos específicos en el contrato programa.
- La experiencia de compartir la formación con el alumnado de las Escuelas Universitarias se considera muy positiva.
- La formación en materia de violencia de género y salud, ha permitido incorporar la perspectiva de género en todas las actividades formativas del sector sanitario, no solamente en aquellas cuestiones relacionadas con la salud reproductiva o la violencia de género.
- Ha resultado muy interesante la formación en violencia de género en poblaciones especialmente vulnerables: inmigración, discapacidad, etc.

- El cine-forum es una buena herramienta de comunicación y sensibilización, aunque no es útil para aclarar dudas.
- La presentación de resultados de investigaciones permite tener conocimientos actualizados de este problema de salud pública. La creación de un espacio para la puesta en común de los proyectos permite el intercambio de ideas, la reflexión y el debate sobre las dificultades.

Factores de éxito

- La implicación y el apoyo del equipo directivo y responsables de formación, de comunicación o de calidad para priorizar estas actividades.
- La alta valoración de las actividades: de los contenidos, la metodología, los docentes y su utilidad.
- La colaboración con ONG's y Asociaciones, especialmente ha sido la colaboración con Médicos del Mundo en los cursos sobre Trata con fines de explotación sexual, o los Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género, Ayuntamientos, institutos de Enseñanza Secundaria y Asociaciones de Vecinos y de Mujeres.
- El interés de los y las profesionales, su implicación y dedicación: Cada vez es mayor el nº de casos detectados y registrados en los sistemas de información sanitaria a raíz del aumento de la sensibilización.
- La mayor publicidad ha fomentado la participación.
- La metodología on line ha permitido que profesionales del ámbito rural accedan a la formación y que se amplíe el número de profesionales formados. También la formación de formadoras y formadores y la difusión de material didáctico a través de Internet.
- La formación en horario laboral y la posibilidad de trabajar con equipos completos, aspectos como las actitudes y las creencias entorno a la violencia de género.
- La implicación y el apoyo del equipo directivo y responsables de formación, de comunicación o de calidad para priorizar estas actividades.
- La acreditación del programa formativo.
- La plataforma de intercambio entre los equipos docentes de una misma CCAA o entre CCAA a través del Grupo de trabajo de formación de la Comisión.
- La numerosa legislación nacional y regional a favor de la igualdad así como los estudios idóneos y las evidencias científicas disponibles.

- La flexibilidad y adaptación individualizada a los distintos servicios para facilitar el acceso a la formación de los y las profesionales.
- Cuanto mayor sea la ejemplificación clínica en los contenidos docentes, mayor es la aceptación e impacto formativo en los facultativos y facultativas.
- El abordar la violencia de género a través de la Inteligencia Emocional y Programación Neurolingüística (PNL) ha llamado mucho la atención.
- La discusión sobre el protocolo de actuación ha permitido recoger una valiosa información sobre aspectos no considerados y mejorables.

Consecuencias positivas de la inclusión del enfoque de género en la formación sobre violencia de género

- Le ha permitido al proyecto su apertura de forma transversal al resto de actividades formativas de salud y poder disponer de datos objetivos y evidencia científica que demuestra las desigualdades y el sesgo de género en la atención sanitaria.
- Esta capacitación está permitiendo hacer un abordaje muy importante de carácter preventivo sobre la historia de vida de las mujeres, trabajando fundamentalmente su empoderamiento.
- Incluir este enfoque facilita la superación de los enfoques biologicistas reduccionistas de la salud. Implica reconocer la categoría género como uno de los determinantes de la salud.
- Niveles muy altos de satisfacción entre las personas participantes.

1.2.6.3. Recomendaciones y/o propuestas para el futuro

Las Comunidades Autónomas (CCAA) proponen una serie de recomendaciones para el futuro, con el objetivo de mejorar la calidad de la formación de profesionales en materia de violencia de género y permitir su continuidad:

- La necesidad de incidir en los casos prácticos, dinámicas y debate en base a experiencias.
- Realizar más formación avanzada y especializada.
- Aumentar la duración de algunas actividades.
- Es necesario sensibilizar a los hombres, aumentar su participación.
- Promover la comunicación entre alumnado y profesorado a través de las plataformas virtuales como foro de comunicación y discusión.
- Continuar con la formación en Atención Primaria (AP), fomentar la formación en Atención Especializada (AE) y Urgencias, así como a profesionales de Salud Mental.

- Necesidad del apoyo de los sistemas de información sanitaria para la unificación de los Partes de Lesiones y la introducción del Protocolo Común de actuación sanitaria en el ámbito no sólo de AP sino también en AE (ej: Ginecología).
- Avanzar en la línea de violencia la atención a poblaciones especialmente vulnerables (inmigración, discapacidad, etc.). Profundizar y fomentar herramientas de trabajo que permitan identificar e intervenir ante situaciones de trata con fines de explotación sexual como expresión extrema de la violencia de género.
- Ampliar la formación a la temática de género y salud.
- Continuar con la difusión de protocolos y con la sensibilización.

1.2.6.4. Evaluación de la formación. Diferentes experiencias

Si desarrollar actividades de formación resulta fundamental de cara a la detección y prevención de los casos de violencia de género, también lo es la evaluación de los distintos programas formativos que se llevan a cabo para adecuar los contenidos a las necesidades de las y los profesionales y, por supuesto, a la de las mujeres, hijos e hijas que sufren violencia de género.

A continuación se presentan algunas de las experiencias llevadas a cabo por las CCAA.

Tabla 21. Evaluación de la formación. Año 2010	
EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN.	
Violencia de género. SNS. 2010	
Andalucía	Se realizan evaluaciones de las sesiones de sensibilización, formación básica y formación para formar, tanto por el alumnado como por los y las docentes.
Baleares	Evaluación del Plan de formación para la prevención y atención sanitaria ante la violencia de género 2011-2013, evaluación pre y post de los conocimientos, actitudes y barreras percibidas por parte de los profesionales, y evolución de indicadores comunes.
Castilla-La Mancha	Evaluación de la formación básica y para detectar las necesidades de formación avanzada en esta materia
Castilla y León	Se evalúan de forma sistemática las actividades formativas, tanto por el alumnado como por el personal docente (pertinencia, utilidad, cumplimiento de objetivos, calidad docente, etc.) y se solicitan aportaciones y propuestas de mejora. Se evaluaron los resultados de cartera, del servicio de detección de la VG correlacionándolo con la formación impartida.

Cataluña	Evaluación cualitativa de los resultados de las actividades de metodología grupal y evaluaciones de las actividades por las personas asistentes.
C. Valenciana	La evaluación de los cursos ha permitido conocer los temarios más interesantes para el alumnado, así como oportunidades de mejora, y facilitan la adaptación de contenidos según el tipo de alumnado
Melilla	Incremento en la detección y notificación de casos de violencia de género, mayor grado de empatía de los profesionales sanitarios y mejor nivel de aprovechamiento de los recursos existentes
Madrid	La inclusión de preguntas abiertas en los cuestionarios realizados para evaluar los talleres permitió adaptar los contenidos desde el primer taller hasta los sucesivos.
Navarra	La evaluación del alumnado se realizó mediante control de firmas y la valoración del alumnado mediante encuesta anónima en la que se pregunta por la información aportada, la organización, la documentación, el contenido, la metodología, el profesorado, los resultados y la satisfacción.
País Vasco	Evaluación de las actitudes del personal de salud ante la violencia de género de las necesidades formativas y de los niveles de satisfacción

Anexo I. Planes integrales contra la VG y planes de formación en las Comunidades Autónomas

CCAA	NOMBRE
Andalucía	Plan de formación de la Red Andaluza de Formación contra el Maltrato a las Mujeres (RED FORMMA)
Aragón	<p>II Plan integral para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en Aragón 2009-2011</p> <p>Entre sus objetivos figura la necesidad de desarrollar un programa de formación específico para recoger los casos atendidos</p> <p>Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Aragón</p> <p>Primer plan de atención a la salud de la mujer 2010-2012</p> <p>Programa de atención integral a las mujeres víctima de violencia de género en los servicios de urgencia hospitalarios (PCH-VG)</p>
Asturias	Diseño, elaboración e implantación de planes de formación. Desarrollo de Formación básica, específica y formación para formar (desarrollo de programa formativo y docente).

Baleares	Atención sanitaria desde la perspectiva de género –Octubre 2010- 1ª edición Recomendaciones para la actuación sanitaria frente a la Violencia de Género Diseño del plan de Formación 2011-2013.
Canarias	No consta en el informe entregado
Cantabria	“Formación del personal de los servicios de salud en la sensibilización, detección y atención a la violencia contra las mujeres”.
Castilla y León	El Plan Estratégico de Formación de la Consejería de Sanidad 2008-2011 incluye un programa Plurianual de Formación en Violencia de Género y es un objetivo institucional su implantación y desarrollo. Diseño, elaboración, implementación y evaluación de planes de formación dirigidos al personal sanitario
Castilla-La Mancha	Desarrollo, implantación y evaluación de planes de formación en materia e información en materia de violencia de género dirigidos a profesionales sanitarios y sociosanitarios del servicio de salud de Castilla-La Mancha. Periodo de actuación:2010 Plan de Igualdad de las empleadas y empleados públicos de la JCCM. Periodo de actuación:2010-2011
Cataluña	No enviado el informe
Comunidad Valenciana	Plan de Formación Continuada de la Conselleria de Sanitat para 2010. Disponible en: http://www.docv.gva.es/datos/2009/12/24/pdf/2009_14683.pdf Plan de Formación de los Empleados Públicos al Servicio de la Administración de la Generalitat, para el año 2010. Disponible en: http://www.docv.gva.es/datos/2010/01/26/pdf/2010_589.pdf
Extremadura	No consta información
Galicia	Realización del Plan Estratégico de Formación en Prevención de Violencia de género 2010-2014. Las actividades de formación indicadas en el documento se programaron dentro del Programa Específico de Formación de la Consejería de Sanidad
Madrid	Plan Estratégico de Formación en Violencia de Género para profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid. La formación en materia de VG está incluida en los respectivos Planes Anuales de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La gestión y liderazgo de dichos planes corresponde a la Agencia Laín Entralgo En el Hospital Infanta Cristina se ha diseñado un plan de formación en violencia de género para su personal. Plan de actuación Integral ante la violencia de género en mujeres de origen rumano en el distrito de Coslada, desarrollado por el Hospital Universitario del Henares.

Murcia	<p>Plan Integral de Formación en Violencia de Género de la Región de Murcia (PIFOVIG). El Plan no tiene una vigencia temporal asignada sino que el objetivo es formar en violencia de género al mayor número de profesionales posibles de nuestra Comunidad Autónoma adscritos al Servicio Murciano de Salud. Disponible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1594&idsec=88</p> <p>Desarrollar e Implantar el Plan Integral de Formación en Violencia de género dirigido a los colectivos profesionales sanitarios y no sanitarios. Los niveles formativos: Nivel básico, nivel avanzado, nivel experto, formación de formadores y formadoras y uno transversal a todos ellos.</p>
Navarra	<p>Plan docente del departamento de salud 2010. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Docencia+y+desarrollos+sanitarios/</p> <p>En Atención Primaria: Plan Docente de Formación y de formación de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)</p>
País Vasco	<p>Plan de Formación para la mejora en la Atención a la Violencia de Género integrado dentro del Programa Zaindu: Inicio 2010</p> <p>V Plan de Igualdad de Mujeres y Hombres de la CAPV</p> <p>El Acuerdo Interinstitucional para la Mejora en la Atención a las Mujeres Víctimas de Maltrato en el Ámbito Doméstico y de violencia sexual</p> <p>Diseño y puesta en marcha de un plan de actuación en formación a corto y medio plazo 2010-2012.</p>
La Rioja	No consta información
Ceuta	No consta información
Melilla	No consta información

2. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud durante 2010

Al amparo de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género¹, el 22 de septiembre de 2004, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud (CISNS) aprobó la creación de la Comisión contra la Violencia de Género. Esta comisión la preside la Secretaría General de Sanidad del Ministerio y en ella están representados los servicios de salud de las Comunidades Autónomas e INGESA², lo que repercute positivamente en el consenso de la toma de decisiones y la implicación colectiva en el desarrollo de las líneas estratégicas y acciones aprobadas.

Por parte de la Administración General del Estado, son integrantes de la Comisión, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, el Instituto de la Mujer, la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de la Agencia de Calidad, que a través del Observatorio de Salud de las Mujeres, asume la labor de coordinación y secretaría técnica.

Desde su creación, la Comisión y sus grupos de trabajo técnico han ido asumiendo los compromisos específicos establecidos por la Ley 1/2004 respecto a la prevención, detección y atención a la violencia de género desde los servicios de salud (artículos 15, 16 y 32.3 de la Ley).

1. Grupo técnico de sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la violencia de género. Desde su creación en el 2006 este grupo de trabajo, es el responsable de la elaboración de los indicadores comunes epidemiológicos en el SNS y su labor fundamental ha sido homogeneizar la *recopilación y difusión de datos* recogidos por las Comunidades Autónomas. En el año 2009 se elaboró la ficha técnica de cada indicador con el

¹ Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Art. 15. BOE núm. 313, 29-12-2004.

² Instituto de gestión Sanitaria, dependiente del Ministerio. Gestiona la Atención sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

fin de analizar la magnitud y evolución de la violencia de género detectada y atendida desde el SNS, con el fin de, en un futuro, planificar y evaluar las intervenciones sanitarias, identificando las áreas que precisen más iniciativas y recursos. Esta información se ha recogido durante los años 2009 y 2010. En su esfuerzo por la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica sobre VG, las comunidades autónomas han remitido información sobre los primeros 11 indicadores de violencia de género durante el año 2010.

2. El grupo técnico de formación de profesionales de la Comisión contra la VG del SNS, encargado de estudiar y proponer los criterios comunes de formación en el SNS respecto a la violencia de género así como los contenidos y materiales educativos comunes. Durante 2010, además de la **recopilación sistemática de indicadores** de los procesos formativos, ha trabajado en la introducción de **contenidos educativos específicos** sobre la *trata de seres humanos* con fines de explotación sexual, como una de las expresiones extremas de la violencia de género y en aquellos referidos a la prevención de la violencia de género en *mujeres inmigrantes* como grupos más vulnerables.

La actualización durante 2010 de los contenidos y materiales educativos comunes para la formación de profesionales de los servicios sanitarios³, ha seguido los siguientes criterios:

- **contenidos específicos** en materia de trata de seres humanos con fines de explotación sexual y especiales características a contemplar en la atención sanitaria a mujeres inmigrantes.
- **materiales educativos** de apoyo para el desarrollo de dichos contenidos específicos.

A finales de 2010 estas adaptaciones fueron aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y se encuentran actualmente disponibles en la web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad⁴.

Por otra parte, como cada año, en 2010 desde el Observatorio de Salud de las Mujeres se han financiado diferentes **cursos de formación** dirigidos a responsables de la gestión de planes, programas sanitarios y formación en las CCAA, así como personal de los equipos sanitarios, contando con el apoyo docente de la *Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos*

³ Texto completo actualizado disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/materialesEducativosFormacionVG.pdf>

⁴ <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/materialesEducativosFormacionVG.pdf>

III. Ministerio de Economía y Competitividad) y la colaboración del Instituto de la mujer (Secretaría de Servicios Sociales e Igualdad, MSSSI).

Estos cursos desarrollan acciones de formación en detección y atención a situaciones de violencia de género para profesionales de la salud mediante:

- *Curso de formación de formadoras y formadores para la prevención y atención a la violencia de género (6.ª ed.).* Se subvencionó la formación de 25 profesionales (19 mujeres y 6 hombres).
- *Curso de prevención y atención a la violencia de género para equipos de salud mental (5.ª ed.).* Se subvencionó la formación de 16 profesionales (15 mujeres y 1 hombre).
- *Diploma de Especialización en Salud Pública y Género (se incluyen módulos específicos en violencia de género) (5º ed).* Se subvencionó la formación de 16 profesionales.

3. Subvenciones 2010. Proyectos financiados para la prevención y atención sanitaria a la violencia de género

Por el Real Decreto 829/2010, de 25 de junio, publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) n.º 166, de 9 de julio de 2011, se regula la concesión directa de subvenciones a las CCAA y Ciudades con estatuto de Autonomía (a través del INGESA) para la implementación de las estrategias del Sistema Nacional de Salud¹ entre las que se encuentra la estrategia de prevención de la violencia de género.

Para su desarrollo, en 2010 se presentaron 6 líneas de financiación: formación de profesionales, incorporación de las variables necesarias para la obtención de los indicadores comunes de violencia de género en la HC digital, programas dirigidos a mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad, programas dirigidos a la atención sanitaria de hijas e hijos de mujeres en situación de maltrato y, por último, diseño, evaluación y coordinación intrasanitaria.

Para ello, todas las CCAA han presentado una memoria justificativa de sus proyectos en tiempo y forma de acuerdo con lo estipulado en el BOE.

En total, las CCAA han presentado 67 proyectos repartidos en las 6 líneas de financiación que se presentan en la Tabla 22 y Gráfico 46. Los presupuestos concedidos a cada CCAA se desglosan en la Tabla 23.

¹ <http://www.boe.es/boe/dias/2010/07/09/pdfs/BOE-A-2010-10889.pdf>

Gráfico 46. Proyectos subvencionados por línea. Convocatoria 2010

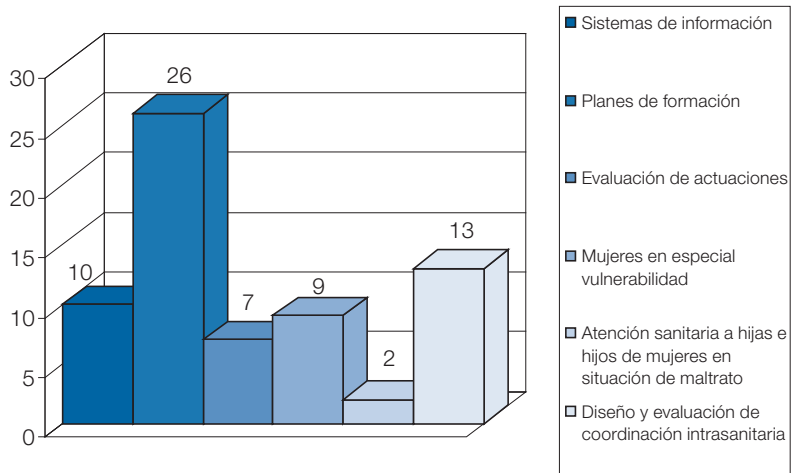


Tabla 22. Subvenciones RD 829/2010. Estrategia de prevención de la Violencia de género en el SNS. N° de Proyectos presentados por línea

LÍNEAS DE SUBVENCIÓN 2010	Número de proyectos subvencionados
Sistemas de información	10
Planes de formación	26
Evaluación de actuaciones	7
Mujeres en especial vulnerabilidad	9
Atención sanitaria a hijas e hijos de mujeres en situación de maltrato	2
Diseño y evaluación de coordinación intrasanitaria	13

Tabla 23. Subvenciones RD 829/2010. Estrategia de prevención de la violencia de género en el SNS. Cuantía correspondiente por CCAA

CCAA	Presupuesto concedido 2010 (Euros)
Andalucía	577.000,00
Aragón	93.600,00
Asturias	75.400,00
Baleares	76.050,00

CCAA	Presupuesto concedido 2010 (Euros)
Canarias	57.606,00
Cantabria	37.800,00
Castilla y León	173.901,00
Castilla-La Mancha	144.625,00
Cataluña	519.675,00
C. Valenciana	354.250,00
Extremadura	76.000,00
Galicia	194.350,00
Madrid (comunidad)	443.950,00
Murcia	100.750,00
Navarra	5.668,54
País Vasco	151.125,00
La Rioja	22.425,00
Ceuta (INGESA)	5.525,00
Melilla (INGESA)	5.200,00
TOTAL CONCEDIDO	3.113.051

En 2010 se presentaron 18 proyectos más que en 2009 (RD 924/2009), a pesar de una menor dotación económica global. Se mantiene con respecto al año anterior el claro predominio de solicitud de subvención para proyectos de la línea de formación, seguida de aspectos relacionados con las mejoras en los sistemas de información sanitaria. Es destacable, respecto a 2009, el aumento de proyectos relacionados con grupos más vulnerables y también con la evaluación de actuaciones.

Si atendemos en conjunto a las dos convocatorias (2009 y 2010), en la línea que más proyectos han presentado las CCAA, ha sido la línea de formación de profesionales y sistemas de información, coincidiendo, además con las líneas que más cuantía económica han recibido.

Las líneas de sensibilización de órganos gestores y coordinación intras sanitaria han quedado de alguna forma encuadradas en 2010, dentro de la línea de formación y del de diseño, evaluación y coordinación intras sanitaria.

Gráfico 47. Subvenciones RD. Estrategia de prevención de la violencia de género. Comparativa nº de proyectos presentados por línea. 2009-2010

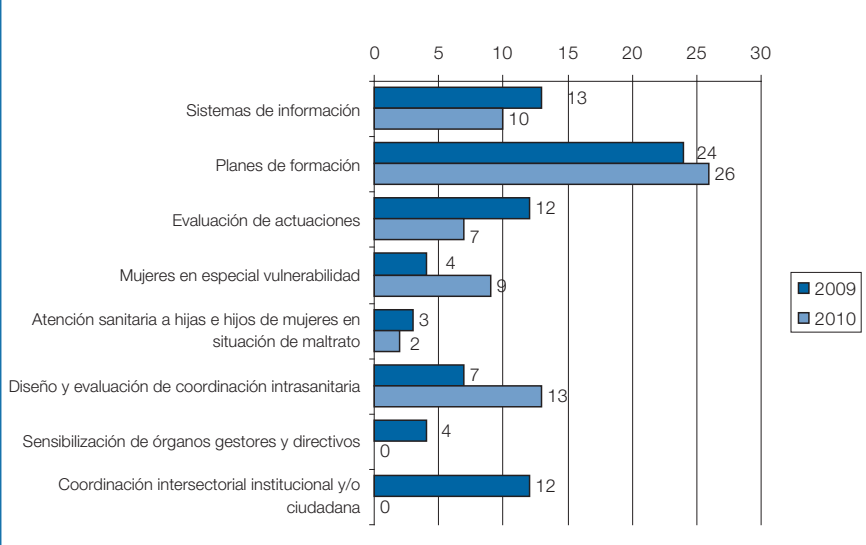


Tabla 24. Subvenciones RD. Estrategia de prevención de la violencia de género. Comparativa de cuantías otorgadas por línea. 2010-2009

COMPARATIVA CUANTÍA OTORGADA POR LÍNEA DE SUBVENCIÓN. 2010-2009			
LÍNEAS SUBVENCIÓNADAS DURANTE 2009 Y 2010	CUANTIA OTORGADA 2010	CUANTÍA OTORGADA 2009	CUANTÍA TOTAL
Sistemas de información Historia Clínica digital e indicadores	606.046	621.261	1.227.307
Planes de formación	1.275.404	1.440.296	2.715.700
Evaluación de actuaciones	426.018	149.476	575.494
Mujeres en especial vulnerabilidad	369.022	166.161	535.183
Atención sanitaria a hijas e hijos de mujeres en situación de maltrato	76.509	408.129	484.638
Diseño y evaluación de coordinación intrasaneitaria	360.052	493.696	853.748
Coordinación intersectorial institucional y/o ciudadanía		50.249	50.249
Sensibilización órganos gestores y directivos		465.738	465.738
TOTAL	3.113.051	3.925.325	7.108.376

4. Contexto Internacional. Prevención y detección precoz en el ámbito sanitario. Contextos y grupos de mayor vulnerabilidad ante la violencia de género

En este apartado incluye la recopilación de algunas experiencias en el contexto internacional relacionadas con la prevención y detección en el ámbito sanitario de situaciones de violencia de género, fundamentalmente la referida a las actuaciones relacionadas con menores, grupos de mujeres considerados de mayor vulnerabilidad, y específicamente las mujeres víctimas de la trata.

La metodología empleada ha consistido en una búsqueda sistemática de **Planes Nacionales de Salud y experiencias clave destacadas por las instituciones oficiales sanitarias o Ministerios de Salud** de todos los países procedentes de los continentes europeos y americano. Se han utilizado tres bases de datos que recopilan los enlaces a los ministerios de salud de todos los países: la web de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología (10), el portal de salud de Cuba (11) y la Organización Panamericana de la Salud (12).

Para la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave, en español, inglés, portugués e italiano:

- Plan, programa, estrategia o política nacional de salud, para la búsqueda de Planes
- Violencia de género, violencia contra las mujeres, violencia doméstica. Intervención, estrategia y salud de las mujeres, para la búsqueda en páginas web de los ministerios de salud

En cuanto a los **Planes Nacionales de Salud**, una vez recopilados se realizó un análisis de su contenido para identificar la inclusión de la VG entre sus prioridades sanitarias, a través de la descripción, planteamiento de objetivos o propuesta de estrategias para ser implementadas en los Servicios de Salud. Especialmente, se ha prestado atención a las intervenciones dirigidas a la prevención y atención de la VG de colectivos vulnerables de muje-

res: mujeres inmigrantes y/o pertenecientes a minorías étnicas, residentes en zonas rurales, adolescentes o mayores de 65 años, entre otros.

En cuanto a las **páginas WEB** de los Ministerios de Salud, se ha analizado el contenido de los documentos sobre VG para identificar las intervenciones de abordaje en torno a los colectivos especialmente vulnerables a la VG (menores testigos de violencia, mujeres embarazadas, inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas, mujeres mayores, menores, con discapacidad y víctimas de la trata de mujeres).

4.1. La violencia de género en los planes nacionales de salud

La mayoría de los planes nacionales de salud del contexto internacional (América y Europa) no incluyen en sus últimas versiones intervenciones específicas ante colectivos vulnerables de sufrir VG. La atención a estos colectivos se ha introducido tímidamente en los planes nacionales de salud.

En Europa, los planes de salud de **Austria** (*Public Health in Austria. 2005*), **Hungría** («*Johan Béla*» *National Programme for the decade of health, 2003*), **Portugal** (*Plano Nacional de Saúde 2004-10*) y **Bélgica** (*Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé. 2004-2008*) son los únicos que hacen referencia a la prostitución entre los grupos en riesgo de exclusión. En América Latina, son los de **Brasil** (*Plano Nacional de Saúde. Un pacto pela saúde no Brasil. 2005*), **México** (*Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud*) y **Nicaragua** (*Plan nacional de Salud 2004-2015*).

Resaltamos los planes de salud de América latina (Perú y Brasil) y Europa (Italia) que centran sus medidas en fortalecer la atención integral y sanitaria a las víctimas de maltrato.

El **Piano sanitario nazionale 2006-2008** de **Italia** describe que las intervenciones también se deben dirigir para prevenir la mutilación genital femenina (MGF), para lo que los y las profesionales deben estar preparados para tratar las posibles complicaciones físicas y psicológicas. Para ello, las políticas de salud pública dirigidas a la consecución de estos objetivos deben necesariamente considerar otras culturas y promover la formación de las personas que trabajan en la salud en este campo. En este contexto se menciona la Ley de 9 de enero de 2006, nº 7 «Disposiciones relativas a la prevención y prohibición de la mutilación genital femenina», que proporciona las medidas necesarias para prevenir, combatir y erradicar la práctica de la MGF, que constituye una violación de los derechos fundamentales a la integridad personal y la salud de las mujeres y las niñas.

El *Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020* de **Perú**, en el apartado sobre discapacidad, refiere que la violencia familiar y terrorista (3%) es una de las causas de la discapacidad adquirida.

El *Plano nacional de saude 2008/2009-2011* de **Brasil** destaca que las condiciones de salud de la población rural están determinadas por características propias de su estilo de vida, que la hacen más vulnerable de sufrir situaciones de VG y que, a su vez, la hacen más vulnerable a padecer enfermedades.

La atención básica enfatiza algunos grupos de riesgo a partir de las llamadas líneas de cuidado, integrando medidas de protección, vigilancia y asistencia orientadas a grupos de población específicos o con necesidades individuales, para lograr la atención oportuna de pacientes en coherencia con las diversas posibilidades de diagnóstico y tratamiento, así como una visión global de sus condiciones de vida.

En cuanto a la población joven y adolescente, se prevé la generalización de servicios de atención a adolescentes de ambos sexos, víctimas y autores de violencia.

4.2. Experiencias destacadas dirigidas a menores testigos de VG

A partir de la búsqueda de información en las **páginas web de los Ministerios de Salud**, conocemos que algunas políticas sanitarias sobre VG contienen un apartado dirigido explícitamente a los hijos e hijas de las mujeres afectadas, que son testigos de la situación de violencia en sus hogares.

Los hijos e hijas de las mujeres que están sufriendo violencia física, sexual o emocional por sus parejas o exparejas, son **víctimas directas** de la violencia de género. La exposición reiterada a un ambiente de maltrato hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico hacia las hijas e hijos a su cargo, que están expuestas/os a una amplia gama de experiencias que tendrán importantes consecuencias negativas para los/as hijos/as de las afectadas.

Estos niños y niñas, están en mayor riesgo de exposición a la pobreza y la indigencia, a efectos nocivos para su bienestar y oportunidades de vida a corto y largo plazo (51). La VG puede tener consecuencias en:

- *Salud mental*: ansiedad y ataques de pánico, terrores nocturnos y pesadillas, miedo, baja autoestima, síndrome de estrés post traumático, depresión, culpabilidad, agresividad o problemas de ira, problemas de aprendizaje, de concentración

- *Salud sexual*: menor comprensión y entendimiento de lo que son relaciones sexuales saludables, embarazos adolescentes, mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, mayor riesgo de caer en la prostitución o explotación sexual.
- *Salud social*: aislamiento, dificultades de socialización.

Por lo tanto, es necesario tener presente que los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género requieren de una especial atención desde el sistema sanitario, adquiriendo el personal de Pediatría un papel de gran relevancia, así como la coordinación con las y los profesionales de trabajo social dentro del equipo de salud.

También en las consultas de medicina de familia, es preciso prestar atención a la sintomatología en adolescentes y jóvenes, que puede ser una manifestación de su exposición a la violencia de género, para actuar en colaboración con el resto de profesionales tanto del equipo de salud de atención primaria, como la derivación a atención especializada.

En el caso de este especial colectivo, los países que dedican algún recurso en las páginas web de los ministerios de salud son Reino Unido y Argentina.

Tabla 25. Medidas específicas dirigidas a menores testigos de VG		
País	Título documento	Medidas contempladas
Reino Unido	<i>Improving Safety, Reducing Harm: Children, young people and domestic violence. A practical toolkit for front-line professionals</i>	- Entrevista - Registro de información: <i>Contact Point</i> - Intervención temprana y la prevención - Profesionales especialistas
	<i>Every child matters (2003)</i>	- Formación especializada para el personal - Capacitación y educación - Apoyo y asesoramiento a familiares
Argentina	<i>Protocolo de Detección Sistemática de Situaciones de Violencia contra la Mujer en la Consulta Médica</i>	- Detección precoz (consulta pediátrica)
	<i>Promoción y sensibilización sobre VG</i>	- Medidas de sensibilización en las escuelas

4.2.1. Experiencias Europeas

En **Reino Unido**, el documento dirigido a profesionales sanitarios ***Improving Safety, Reducing Harm: Children, young people and domestic violence. A practical toolkit for front-line professionals*** no sólo les provee de destrezas para la atención de violencia doméstica, sino además, otros tipos de violencias.

Además, se ofrece una visión general de otro documento, **Every child matters (2003)**. El documento afirma que son los servicios sociales y la policía las personas encargadas de entrevistar a los y las menores testigos de violencia, ya que están formados para ello, pero se puede dar el caso en que se detecte un caso de VG en la consulta médica. Se recalca que no es misión del personal sanitario efectuar demasiadas preguntas a los menores, pero se recogen una serie de recomendaciones para todos los y las profesionales que trabajan con niñas y niños, para que en el caso de que se produzca la situación tengan herramientas para gestionarla.

Improving Safety, Reducing Harm: Children, young people and domestic violence. A practical toolkit for front-line professional recuerda a los profesionales sanitarios que la información obtenida de las madres víctimas de violencia o sus hijos/as, o menores víctimas de violencia, sólo debe ser revelada para proteger su seguridad. Sobre el registro de la información, existe un *Contact Point*, en el que se registra la información, y se convierte en la manera de saber quién está trabajando con el mismo niño, niña o joven, por lo que es más fácil ofrecer un apoyo coordinado. Este directorio está a disposición de personal autorizado.

El documento recoge, además, información relativa a lo que pueden hacer las y los profesionales de salud ante menores testigos de violencia de género, y consideraciones en torno a los diferentes riesgos y necesidades a tener en cuenta de las personas con discapacidad y los temas a considerar cuando se trabaja con familias de diferentes culturas.

Ejemplo de buena práctica

The Greater London Domestic Violence Project (GLDVP) se llevó a cabo en la ciudad de Londres a principios de 2009. Tiene un foro on line donde los y las profesionales que trabajan con niños, niñas y jóvenes en relación a la violencia doméstica pueden enviar mensajes /preguntas / información, etc. El foro electrónico ofrece una base de datos de enlaces de interés, las últimas actualizaciones sobre eventos relevantes, políticas relacionadas, buenas prácticas, etc.

En Noruega, según *The Act relating to Municipal Crisis Centre Services (Crisis Centre Act)*, los municipios deberán garantizar que los niños y niñas reciban una atención adecuada que se adapte a sus necesidades especiales, y también se asegurará de que sus derechos reconocidos en otras leyes se cumplan.

4.2.2. Experiencias en América

En Argentina, el *Protocolo de Detección Sistemática de Situaciones de Violencia contra la Mujer en la Consulta Médica* (Provincia de Corrientes) se dirige a mujeres, niños y niñas. Resalta la importancia de la comunicación en la consulta de pediatría bien porque los niños y niñas pueden ser víctimas directas del maltrato o por las secuelas psicológicas que les puede ocasionar el hecho de ser testigos de la violencia ejercida contra su madre.

También el documento *Promoción y sensibilización sobre VG* incluye el caso de las medidas en escuelas, dirigidas a niños/as de familias en situación de vulnerabilidad frente a la violencia. Esta medida, incluida en el Marco del «Día Internacional de la No Violencia contra la mujer», brinda atención integral (psicológica, médica, educativa, social y recreativa) a los niños/as.

4.3. Experiencias destacadas orientadas a la atención sanitaria a mujeres en situación de vulnerabilidad ante la violencia de género

Los hallazgos de esta búsqueda han recuperado una serie de recursos específicos dirigidos sobre todo a mujeres embarazadas (Australia, Reino Unido), inmigrantes (Noruega, Argentina, Reino Unido), específicos en torno a la MGF (Bélgica, Reino Unido), mujeres con discapacidad (Luxemburgo, Costa Rica, Reino Unido, Canadá), indígenas (Costa Rica, Canadá), jóvenes (Reino Unido, Argentina, Brasil) y mayores (Costa Rica, Reino Unido).

En el caso de las mujeres inmigrantes, las experiencias recogidas van fundamentalmente dirigidas a la atención y prevención de la MGF. Éstas contienen consejos para los profesionales en materia de prevención, como signos de detección o pautas de atención, diagnóstico y tratamiento precoz.

Los documentos destacados se distinguen por exigir un trato equitativo según etnia, discapacidad y género. Fomentan la coordinación para ofrecer una atención sensible según las necesidades específicas de estos colectivos.

4.3.1. Experiencias Europeas

Tabla 26. Medidas específicas dirigidas a grupos vulnerables		
País	Título documento	Medidas y Colectivo
Noruega	<i>The Act relating to Municipal Crisis Centre Services (Crisis Centre Act)</i>	• Servicios de traducción (mujeres inmigrantes)
	<i>'Ethnicity and domestic violence 2005–07'</i>	• terapia sensible (mujeres inmigrantes)
Bélgica	<i>Mutilaciones genitales femeninas. Guía de uso para los profesionales implicado</i>	• Emisión de certificados médicos (Mujeres inmigrantes)
Luxemburgo	<i>Femmes & Handicap. Informer por mieux agir</i>	<ul style="list-style-type: none"> • prevención violencia sexual • atención médica y psicosocial • tratamiento médico de urgencia • transporte • refugio (mujeres con discapacidad)
Argentina	<i>Línea 0800 de salud sexual</i>	• difusión multilingüe (mujeres jóvenes y mujeres inmigrantes)
	<i>Campaña de comunicación por los derechos sexuales y reproductivos</i>	• atención especializada (mujeres jóvenes)
Costa Rica	<i>Protocolo de asistencia a víctimas de violencia sexual</i>	• atención especializada (mujeres jóvenes)
	<i>Atención a Víctimas de Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Medicina Legal (2008)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • servicio de traducción • difusión información • atención especializada • transporte (mujeres indígenas, discapacitadas, mayores)
Reino Unido	<i>Responding to violence against women and children – the role of the NHS The report of the Taskforce on health aspects of Violence against Women and Children. Equality Impact Assessment (2010).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • capacitación de los profesionales • evaluación del riesgo • entrevista (mujeres mayores, jóvenes, inmigrantes, menores con discapacidad)
	<i>Disabled women: Making the Links (2007)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • campaña de sensibilización • guía de buenas prácticas • planes de acción y estrategias específicas (mujeres con discapacidad)
	<i>Línea telefónica 24 h.</i>	(mujeres inmigrantes)
	<i>Call to End Violence Against Women and Girls: Action Plan</i>	• guías sobre MGF (mujeres inmigrantes)

País	Título documento	Medidas y Colectivo
	<i>Guía de prevención y asistencia a víctimas de violencia familiar y sexual para los trabajadores del primer nivel de atención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • sensibilización profesionales • recomendaciones detección precoz e HC
	<i>Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • detección precoz (mujeres embarazadas)
	<i>Improving Safety, Reducing Harm: Children, young people and domestic violence. A practical toolkit for front-line professionals.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • formación de profesionales (mujeres adolescentes, homosexuales e inmigrantes)
	<i>The Right to Choose: Multi-agency statutory guidance on forced marriage</i>	(mujeres inmigrantes)
Canadá	<i>La santé des femmes au Canada: Beijing et au-delà (2005)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • programas específicos (mujeres indígenas)
	<i>Plan de consolidación de los servicios 1999-2002</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención especializada (mujeres con discapacidad)

The Act relating to Municipal Crisis Centre Services (Crisis Centre Act) de **Noruega** indica que los municipios deberán garantizar que las usuarias de los servicios y el alojamiento para víctimas de VG tengan acceso a un intérprete si es necesario, con el fin de asegurar que reciban los servicios adecuados. Asimismo, deberán garantizar que se establezcan procedimientos que aseguren la calidad, la adquisición y pago de los servicios de un intérprete.

En **Noruega** hay un programa dirigido a las minorías étnicas, ***'Ethnicity and domestic violence 2005-07'***. El programa ofrece terapia para las mujeres maltratadas y también para los agresores, sensible a las diferentes culturas.

El documento **belga** ***«Mutilaciones genitales femeninas. Guía de uso para los profesionales implicados»*** es una guía se dirige a profesionales en contacto con los **grupos de población vulnerables a la MGF**: profesionales de la salud, trabajadores psicosociales, juristas, policías, profesores, etc. Incluye un capítulo sobre los certificados médicos que deben emitirse, dirigido al personal sanitario (médicos/as generales, pediatras, ginecólogo/as, urólogo/as, psiquiatras...). Este capítulo aborda dos situaciones a las que se enfrentan el personal médico: la emisión de un certificado médico para las víctimas de MGF y para sus hijas y el monitoreo de las niñas en riesgo de sufrir una MGF. Existen varios tipos de certificados o informes según el nivel de detalle solicitado y el uso previsto, pero en la actualidad no existe un consenso en materia de monitoreo de las niñas en riesgo de sufrir MGF. La falta de medidas de protección y seguimiento de las niñas plantea cuestiones éticas, legales y prácticas.

En Francia, La santé des femmes en France de Conseil Économique, Social et Environnemental, menciona un estudio sobre «*Excision et handicap*» en 2007-2008 dentro del marco del *Plan violence et santé* del Ministerio de Salud.

En **Luxemburgo**, la página web del Ministerio de salud también dirige a otros documentos de otras instituciones ministeriales que son de interés, como el correspondiente a *Femmes & Handicap. Informer por mieux agir*, del Ministerio de Asuntos Extranjeros en coordinación con *Handicap International* (www.handicap-international.lu).

Este documento aborda la seguridad de las **mujeres con alguna discapacidad**, pues sufren una tasa de violencia tres veces superior que las mujeres sin discapacidad. Resalta que es vital prestar atención a la seguridad de estas mujeres a través de acciones de prevención que puedan reducir las situaciones de vulnerabilidad contra las violencias sexuales. Este documento también incluye el apoyo social, médico y psicológico a las víctimas. De hecho, para cada tipo de violencia conviene ofrecer un tratamiento médico de urgencia (mediante atención y exámenes médicos apropiados) así como el transporte de estas personas (con el fin de que la movilidad y la accesibilidad no sean un obstáculo para recibir dicha atención), el refugio en un entorno seguro y una atención psicológica indispensable para la recuperación, sin olvidar el acompañamiento de los familiares.

En Reino Unido podemos destacar:

- El informe *Responding to violence against women and children - the role of the NHS The report of the Taskforce on health aspects of Violence against Women and Children. Equality Impact Assessment* (2010). [Respuesta a la violencia contra las mujeres y los niños: el papel del Servicio Nacional de Salud (NHS). Informe del Grupo de Trabajo sobre los aspectos sanitarios de la violencia contra mujeres y niños. Evaluación del impacto en la equidad] se dirige también a los grupos vulnerables a la VG como las **mujeres mayores**, las mujeres más jóvenes o pertenecientes a minorías étnicas.

Se menciona que el grupo de trabajo trabaja con información brindada por la *Women's National Commission*, que formó una serie de grupos de discusión sobre el rol de los servicios de salud en la atención a las víctimas con mujeres de diferentes edades, contextos étnicos, ocupaciones y discapacidades:

Otro colectivo de mujeres al que hace referencia este documento son las mujeres **menores con discapacidad**, puesto que éstas tienen más probabilidades de sufrir violencia del compañero íntimo, y sus opciones de escapar

a ella son más restringidas. Además, la guía nacional para la discapacidad ofrece información sobre mujeres que han sufrido violencia.

- Un ejemplo de **buena práctica** es *Disabled Women and Domestic Violence: Making the Links* [**Mujeres con Discapacidad y Violencia Doméstica: Tejiendo Lazos**] un proyecto de investigación desarrollado por el Grupo de Investigación sobre Violencia contra de la Mujer (*Violence Against Women Research Group*) y el Centro para el Estudio de Seguridad y Bienestar (*Centre for the Study of Safety and Well-being*) y las universidades de Bristol y Warwick, en colaboración con Ayuda a la Mujer (*Women's Aid*) por tres años. Fue el primer estudio del Reino Unido sobre las necesidades de las **mujeres con discapacidad víctimas de violencia doméstica**, y los servicios disponibles para satisfacer sus necesidades específicas. El informe señala ejemplos de buenas prácticas. El proyecto de ligas interinstitucionales [*Leeds Inter-Agency Project*] fue especialmente destacado y elogiado por su trabajo sobre la incorporación de las necesidades de las mujeres con discapacidad en el trabajo estratégico local sobre la violencia doméstica.

Como resultado de *Making the Links (2007)* [*Tejiendo Lazos*], *Women's Aid* (Ayuda a la Mujer) ha desarrollado carteles y folletos para promover el conocimiento de los temas, así como una guía de buenas prácticas de resumen.

- *Call to End Violence Against Women and Girls: Action Plan* contiene una serie de acciones en materia de VG, en las que también se hace referencia a las necesidades especiales de los colectivos vulnerables.
- *Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals*. El Grupo Consultivo sobre Violencia Doméstica y Embarazo (*The Domestic Abuse and Pregnancy Advisory Group*) tuvo representación del Departamento de Salud, e incluyó a instituciones relevantes y ONGs de violencia doméstica, para asesorar a las personas responsables en salud sobre la necesidad de crear un entorno favorable y propicio en el **atención prenatal** para las mujeres que puedan sufrir violencia doméstica.
- **Improving Safety, Reducing Harm: Children, young people and domestic violence. A practical toolkit for front-line professionals**. Este documento también dedica un apartado, en calidad de colectivos vulnerables a la VG, a las adolescentes y a las mujeres homosexuales. Asimismo, un capítulo se dedica a los crímenes denominados «ba-

sados en el honor», en que se hace referencia a la MGF, los matrimonios forzados o los asesinatos «basados en el honor». Al tratar los casos de matrimonio forzado se remite a la Guía Práctica para Profesionales de la Salud. La Guía está disponible para la policía, profesionales de la salud y trabajadoras/es sociales. Este documento ofrece una serie de recursos para las mujeres jóvenes, que pueden visitar en busca de consejo sobre sexo y relaciones de pareja, incidiendo en que las relaciones sexuales deben ser consentidas. También aporta información de legislación sobre el abuso sexual. En el documento se menciona también **The Right to Choose: Multi-agency statutory guidance on forced marriage** publicado el 25 de noviembre de 2008, que describe las responsabilidades estratégicas de las agencias estatales.

4.3.2. Experiencias en América

En **Canadá** encontramos:

- En el documento *La santé des femmes au Canada: Beijing et au-delà* (2005) [La salud de las mujeres en Canadá: de Beijing en adelante] se afirma que, el gobierno federal ha creado unos programas específicos para combatir la violencia administrados por asociaciones de mujeres indígenas.
- El **Plan de consolidación de los servicios 1999-2002** de Canadá, propone una estrategia en salud en materia de violencia y salud reproductiva, que recomienda tener en cuenta las necesidades especiales de las mujeres afectadas por una deficiencia física, intelectual o un problema de desarrollo.

Argentina cuenta con:

- Una la *Línea 0800 de salud sexual* y la *Campaña de comunicación por los derechos sexuales y reproductivos* que se dirigen también a mujeres jóvenes y mujeres pertenecientes a minorías étnicas. Para ello, disponen de material en diferentes lenguas.
- *El Protocolo de asistencia a víctimas de violencia sexual* (en Mendoza) está elaborado para el caso de violencia a mujeres, a adolescentes de 18 años o menores y niñas/os. Este protocolo prevé una atención especializada integral para las mujeres, sean mayores o menores.

El Protocolo *de Atención a Víctimas de Violencia Sexual y/o Doméstica en el Departamento de Medicina Legal* (2008) de **Costa Rica** reconoce los derechos de las personas indígenas y pertenecientes a pueblos tribales de ser informadas en su propio idioma y a ser asistidas por intérpretes en caso de no comprender o hablar el idioma. Se establecen recomendaciones generales para la atención a personas adultas mayores, personas en condición de discapacidad y población indígena.

4.4. Experiencias destacadas contra la trata de mujeres (explotación sexual)

La trata de personas es un delito internacional reconocido como una de las formas extremas de violencia contra las mujeres, hombres e infancia (55). Después del tráfico de drogas y junto al tráfico de armas, es una de las mayores industrias criminales del mundo, y su magnitud va en aumento.

Las mujeres y niñas objeto de trata han experimentado una violencia extrema, pueden haber sido raptadas o atraídas con falsas promesas de conseguir unas mejores condiciones de vida en otro país, proceso durante el cual han podido ser drogadas, maltratadas, violadas, encerradas, privadas de alimentos o explotadas para trabajar, sobre todo, en la prostitución y trabajos forzados. Para las personas que son víctimas del tráfico, los riesgos y consecuencias para la salud pueden comenzar antes de ser reclutadas en el proceso de trata de personas, continuarán durante todo el período de explotación y persisten incluso después de que las personas sean puestas en libertad (55).

Como consecuencia de la coacción y la explotación sexual continuadas, se producen graves secuelas físicas, psicológicas y en la salud sexual y reproductiva.

La trata de mujeres y niñas ha sido bien documentada, pero existe todavía poca evidencia científica en cuanto a signos y síntomas de sospecha e impacto y cuidados en salud. La formulación de políticas, la prestación de servicios y de investigación a menudo se centran casi exclusivamente en violaciones que se producen durante el período de explotación. A pesar de que los datos disponibles son escasos, el daño a la salud de las mujeres y niñas objeto de trata es contundente, por lo que el sector de salud pública está en el proceso de incorporar la trata de personas como un problema de salud.

Las personas objeto de trata, mayoritariamente mujeres, pueden sufrir daños físicos, sexuales y psicológicos, riesgos laborales, restricciones de diversa índole. Para hacer frente a un riesgo para la salud tal como el tráfico,

que se extiende por las fronteras geográficas e involucra a múltiples sectores, incluyendo la aplicación de leyes de inmigración, laborales, sociales y los servicios de salud, las intervenciones deben ser coordinadas entre las naciones y todos los sectores para promover la protección y recuperación de las personas que son víctimas de la trata (55).

Las víctimas de la trata, al igual que las víctimas de otras formas de abuso, sufren lesiones y enfermedades que con frecuencia llegan al sector de la salud para ser abordadas de una manera segura y confidencial. Para una persona víctima de trata, ponerse en contacto con alguien en el sector de la salud puede ser la primera - o la única- oportunidad de explicar lo ocurrido o pedir ayuda, por lo que el personal sanitario debe estar informado y capacitado para abordar esta situación desde su detección hasta todo el proceso de recuperación de la víctima

Los documentos que se presentan a continuación corresponden a investigaciones, informes, documentos estratégicos, guías, planes nacionales de acción o estratégicos. Aportan información práctica y de orientación para el personal sanitario, que aborda los problemas de salud asociados a la trata de mujeres y medidas de atención sanitaria a las víctimas.

Tabla 27. Medidas específicas dirigidas a víctimas de tráfico de seres humanos con fines sexuales

País	Título del documento	Medida
Francia	<i>L'esclavage contemporain et ses réseaux (2003)</i>	---
EEUU	<i>Trafficking Victims Protection Act (2000)</i>	---
	<i>Fact sheet: victim assistance</i>	---
Reino Unido	<i>Caring for trafficked persons. Guidance for health providers (2009)</i>	---
	<i>Report from the Harmful Traditional Practices and Human Trafficking subgroup. Responding to violence against women and children – the role of the NHS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • evaluación del riesgo • tratamiento psicológico • formación profesionales
Luxemburgo	<i>Programme d'action gouvernemental (2009)</i>	Sensibilización y formación de los profesionales
Austria	<i>Strategies for social protection (2007)</i>	---
Canadá	<i>La santé des femmes au Canada : Beijing et au-delà (2005)</i>	Creación de un Grupo de Trabajo Interdepartamental sobre la Trata de Personas

País	Título del documento	Medida
Islandia	<i>Action Plan against Trafficking in Human Beings (2009)</i>	---
El Salvador	Plan Estratégico 2008	Actividades de capacitación al personal de salud
	Plan Nacional del Tema de Trata de Personas	---

4.4.1. Experiencias Europeas

En el portal de salud de **Francia** se concreta que la violencia ligada a la trata de seres humanos conlleva graves consecuencias físicas, de tipo ginecológico (falta de atención, ETS, VIH-Sida), infecciones, traumas psicológicos o adicciones. El Consejo Económico, Social y Medioambiental, en colaboración con la Delegación de los Derechos de las Mujeres y la Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, es responsable del documento *L'esclavage contemporain et ses réseaux (2003)* [La esclavitud contemporánea y su investigación]. Este documento aborda las problemáticas ligadas a la trata de seres, así como sus graves consecuencias físicas, de tipo ginecológico (falta de atención, ETS o VIH), infecciones, traumatismos o psíquicos (también los relacionados con las adicciones a drogas, sustancias psicotrópicas o alcohol).

En el **Reino Unido** nos encontramos con dos documentos destacados:

- *Caring for trafficked persons. Guidance for health providers (2009)* de **Reino Unido**, fue producido en coordinación por International Organization for Migration (IOM), Gender Violence and Health Centre of the London school for hygiene and tropical medicine (LSHTM), y United Nations Global Initiative to fight human trafficking (UN.GIFT).

Se trata de una guía elaborada por personas expertas en salud y tráfico de personas, que tiene como objetivo aportar información práctica, no clínica, para orientar a quienes proveen la salud: reconocer los problemas de salud asociados al tráfico y cuales son los principios a seguir en la atención de las personas afectadas.

- El documento *Report from the Harmful Traditional Practices and Human Trafficking sub-group. Responding to violence against women and children - the role of the NHS*, incluye una serie de recomendaciones a seguir por los servicios de salud.

En él se afirma que el departamento de salud debe trabajar en coordinación con otras instituciones para desarrollar un sistema de

transmisión de información sobre casos de tráfico humano y debe ser éste departamento el que fije las bases comunes de la formación del personal sanitario sobre la trata de mujeres y otras prácticas tradicionales dañina. Asimismo, los centros de salud deben introducir un procedimiento de evaluación del riesgo de las víctimas de tráfico humano, así como asegurar tratamiento psicológico para las mujeres víctimas de trata.

Programme d'action gouvernemental (2009) de Luxemburgo aborda la problemática de la violencia en general y específica acciones contra la trata de las mujeres con fines de explotación sexual, así como la sensibilización de los clientes de la prostitución acerca de los peligros involucrados. Otra medida contemplada es el establecimiento de una red de apoyo para víctimas de tráfico explotadas sexualmente.

Los objetivos de estas medidas son la disminución de la trata y la prostitución, la detección y protección de las víctimas, la disminución de las ETS y el fomento de relaciones sexuales seguras.

En **Austria**, ***Strategies for social protection*** [Estrategias de protección social] es un proyecto piloto que ofrece alojamiento temporal y asistencia a las víctimas de la trata de mujeres, financiado por el Ministerio Federal del Interior en 2007. Estos refugios proporcionan asesoramiento psicológico, legal y médico a las víctimas de la trata de seres humanos desde 2008. Otras medidas son:

- asegurar la calidad de los servicios prestados por las instituciones dirigidas a las mujeres
- mejorar la cualificación del personal (se va a desarrollar un programa especial para el personal psicosocial, que también prestan apoyo en los casos judiciales).

También se puso en marcha una campaña para dar a conocer la línea directa para las mujeres contra la violencia machista, que ofrece ayuda profesional a las mujeres que viven relaciones violentas.

En **Islandia**, el documento ***Action Plan against Trafficking in Human Beings*** (2009) contiene el primer plan de acción gubernamental contra el tráfico de seres humanos. Su objetivo es fomentar la coordinación de acciones necesarias para prevenir la trata de personas en Islandia, así como investigar el problema. Especifica acciones orientadas a la prevención y formación sobre la materia (programa de formación para empleados y empleadas públicas que traten a las personas afectadas por esta problemática), y a asegurar la ayuda y protección de las víctimas. Asimismo, este documento otorga importancia a la persecución de los perpetradores.

En el ámbito europeo, *Trends in social protection in Finland* (2005) describe la preparación de un Plan de Acción Nacional para la prevención del tráfico de seres humanos por parte de un grupo de trabajo coordinado por el Ministerio de Asuntos Exteriores y que fue aprobado por el gobierno. También el Consejo para la Equidad de Género de Finlandia formó un grupo de trabajo para el periodo 2003-2007 sobre tráfico sexual y tráfico humano, formado por personal experto del Consejo.

4.4.2. Experiencias en América

En el continente americano, veremos en primer lugar algunas experiencias de **Estados Unidos**:

- En su página WEB <http://www.womenshealth.gov/> ofrece recursos de ayuda para las víctimas de tráfico humano. Entre los recursos que ofrece este portal web se incluyen documentos sobre el tráfico sexual (**Fact Sheet: Sex Trafficking**) o la asistencia gubernamental de las víctimas (**Fact Sheet: Victim Assistance**), enlaces a webs específicas sobre tráfico humano (*Human Trafficking*, United Nations y *Human Trafficking: A Hidden Shame*, Family Violence Prevention Fund) o publicaciones que ofrecen ayuda a los proveedores de servicios de salud para identificar y atender a víctimas de tráfico o violencia doméstica (*Turning Pain into Power: Trafficking Survivors' Perspectives on Early Intervention Strategies*, Family Violence Prevention Fund).

También ofrece el contacto con otras organizaciones como el *National Center for Victims of Crime*, el *National Human Trafficking Resource Center*, el *National Online Resource Center on Violence Against Women* o los Departamentos de Justicia, Estatal y de Trabajo.

- **Trafficking Victims Protection Act (2000)** recoge los beneficios y derechos de las personas víctimas de trata.
- **Fact sheet: victim assistance** contempla los detalles de la asistencia disponible para las víctimas de tráfico humano. Aquellas que sean certificadas por el Departamento de Salud y Servicios humanos de EEUU (HHS) pueden recibir beneficios financiados por los servicios federales, equiparables a las personas refugiadas. Estos incluyen servicios necesarios para su seguridad y protección de sus vidas, como asistencia sanitaria, económica, alimenticia, laboral o de vivienda, además de servicios de traducción para las personas inmigrantes.

En **Canadá**, en el documento *La santé des femmes au Canada: Beijing et au-delà (2005)* [La salud de las mujeres en Canadá: de Beijing en adelante] se afirma que los esfuerzos en la investigación y la intervención sobre VG se extienden ahora al problema de la trata de mujeres y niños, incluyendo la creación de un Grupo de Trabajo Interdepartamental sobre la Trata de Personas

En América Latina, **El Salvador** cuenta con el Comité Nacional contra la Trata de Personas desde 2006. Hasta fecha se ha trabajado un Plan Estratégico 2008 en el cual se incluyen actividades de capacitación al personal de salud. Se ha trabajado la Política Nacional del Tema de Trata de Personas junto con CEMUJER y en el Plan Nacional de Trata de Personas, el cual será aprobado próximamente.

Índice de tablas y gráficos

Tablas

Tabla 1.	Posibilidad de recogida de Indicadores Epidemiológicos por CCAA y fuente de información (Historia clínica y/o parte de Lesiones) en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Año 2010	16
Tabla 2.	Relación de Comunidades Autónomas que han facilitado la información sobre indicadores de VG	18
Tabla 3a.	Casos detectados y registrados totales y por ámbito asistencial (Atención Primaria y Especializada). Fuente Historia Clínica (tasa x 100.000)	43
Tabla 3b.	Casos detectados y registrados totales y por ámbito asistencial (Atención Primaria y Especializada). Fuente Parte de Lesiones (tasa x 100.000)	43
Tabla 4a.	Casos detectados según tipo de maltrato. Fuente Historia Clínica (porcentaje)	44
Tabla 4b.	Casos detectados según tipo de maltrato. Fuente Parte de Lesiones (porcentaje)	44
Tabla 5a.	Casos detectados según relación convivencia con el maltratador. Fuente Historia Clínica (porcentaje)	45
Tabla 5b.	Casos detectados según relación convivencia con el maltratador. Fuente Parte de Lesiones (porcentaje)	46
Tabla 6a.	Casos detectados según edad. Fuente Historia Clínica (tasa x 100.000)	47
Tabla 6b.	Casos detectados según edad. Fuente Parte de Lesiones (tasa x 100.000)	49
Tabla 7a.	Casos detectados según nacionalidad. Fuente Historia Clínica (tasa x 100.000)	50
Tabla 7b.	Casos detectados según nacionalidad. Fuente Parte de Lesiones (tasa x 100.000)	51
Tabla 8a.	Casos detectados en mujeres embarazadas. Fuente Historia Clínica (tasa x 100.000)	52
Tabla 8b.	Casos detectados en mujeres embarazadas. Fuente Historia Clínica (porcentaje)	52
Tabla 9.	Formación impartida en las CCAA por tipo de actividad. Año 2010	64

Tabla 10.	Horas lectivas impartidas en formación por CCAA según ámbito asistencial. Año 2010	66
Tabla 11.	Cursos Básicos impartidos según ámbito asistencial. Año 2010	67
Tabla 12.	Actividades de sensibilización según ámbito asistencial. Año 2010	69
Tabla 13.	Total del personal sanitario que ha recibido formación por ámbito asistencial. Año 2010	71
Tabla 14.	Otras actividades relacionadas con la Formación. Año 2010	84
Tabla 15.	Actividad Investigadora. Año 2010	85
Tabla 16.	Elaboración de materiales didácticos y guías o protocolos. Año 2010	86
Tabla 17.	Formatos educativos utilizados para la formación. Año 2010	92
Tabla 18.	Formación dirigida a personal de diferentes ámbitos asistenciales y no asistenciales. Año 2010	95
Tabla 19.	Novedades en la formación avanzada. Año 2010	97
Tabla 20.	Coordinación y colaboración interinstitucional e interdisciplinaria en la formación en violencia de género. Año 2010	99
Tabla 21.	Evaluación de la formación. Año 2010	105
Tabla 22.	Subvenciones RD 829/2010. Estrategia de prevención de la Violencia de género en el SNS. Nº de Proyectos presentados por línea	114
Tabla 23.	Subvenciones RD 829/2010. Estrategia de prevención de la violencia de género en el SNS. Cuantía correspondiente por CCAA	114
Tabla 24.	Subvenciones RD. Estrategia de prevención de la violencia de género. Comparativa de cuantías otorgadas por línea. 2010-2009	116
Tabla 25.	Medidas específicas dirigidas a menores testigos de VG	120
Tabla 26.	Medidas específicas dirigidas a grupos vulnerables	123
Tabla 27.	Medidas específicas dirigidas a víctimas de tráfico de seres humanos con fines sexuales	129

Gráficos

Gráfico 1.	Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud por ámbito asistencial. Año 2010. Fuente: Historia Clínica	24
Gráfico 2.	Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud por ámbito asistencial. Año 2010. Fuente: Parte de Lesiones	25

Gráfico 3.	Casos de violencia de género, detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en atención primaria y especializada por tipo de maltrato y fuente. Año 2010	27
Gráfico 4.	Casos de violencia de género, detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) por tipo de maltrato y fuente. Año 2010. Atención Primaria	28
Gráfico 5.	Casos de violencia de género, detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud (SNS) por tipo de maltrato y fuente. Año 2010. Atención Especializada	29
Gráfico 6.	Origen de las denuncias por violencia de género	53
Gráfico 7.	Nº de Actividades impartidas y número de horas lectivas según ámbito asistencial. Año 2010	55
Gráfico 8.	Actividades formativas según ámbito asistencial. Año 2010	56
Gráfico 9.	% de actividades acreditadas según ámbito asistencial. Año 2010	57
Gráfico 10.	Participación según sexo en las distintas acciones formativas. Año 2010	58
Gráfico 11.	Participación según sexo en Atención Primaria. Año 2010	58
Gráfico 12.	Participación según sexo en Atención Especializada. Año 2010	59
Gráfico 13.	Participación según sexo en Urgencias. 2010	59
Gráfico 14.	Participación según sexo en el ámbito «Otros». Año 2010	60
Gráfico 15.	Total de personal sanitario que ha recibido formación según ámbito asistencial. Año 2010	60
Gráfico 16.	Perfil profesional del Alumnado según sexo. Año 2010	62
Gráfico 17.	Perfil profesional del Profesorado según sexo. Año 2010	62
Gráfico 18.	Formación impartida en las CCAA por tipo de actividad. Año 2010	64
Gráfico 19.	Formación impartida en las CCAA por ámbito asistencial. Año 2010	65
Gráfico 20.	Número total de Cursos Básicos según ámbito asistencial. Año 2010	67
Gráfico 21.	Número total de Actividades de Sensibilización según ámbito asistencial. Año 2010	68
Gráfico 22.	Total del personal sanitario que ha recibido formación. Año 2010	70
Gráfico 23.	Total del personal sanitario que ha recibido formación por ámbito asistencial. Año 2010	70
Gráfico 24.	Participantes según sexo en la formación impartida. Año 2010	72

Gráfico 25. Participación en los Cursos Básicos según sexo. Año 2010	73
Gráfico 26. Participación en Actividades de sensibilización según sexo. Año 2010	73
Gráfico 27. Participación en Otras acciones formativas no específicas según sexo. Año 2010	74
Gráfico 28. Alumnado Medicina. Año 2010	76
Gráfico 29. Alumnado Enfermería. Año 2010	76
Gráfico 30. Alumnado Psicología. Año 2010	77
Gráfico 31. Alumnado Trabajo Social. Año 2010	77
Gráfico 32. Alumnado Otros perfiles sanitarios. Año 2010	78
Gráfico 33. Alumnado Otros perfiles no sanitarios. Año 2010	78
Gráfico 34. Medicina. Año 2010	80
Gráfico 35. Enfermería. Año 2010	80
Gráfico 36. Trabajo social. Año 2010	81
Gráfico 37. Psicología. Año 2010	81
Gráfico 38. Otros perfiles profesionales. Año 2010	82
Gráfico 39. Evolución del número de actividades de formación impartidas en materia de violencia de género por ámbito asistencial. 2008-2010	87
Gráfico 40. Evolución del número de horas lectivas de formación impartidas en materia de violencia de género por ámbito asistencial. 2008-2010	88
Gráfico 41. Evolución del número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género en el conjunto del SNS. 2004-2010	89
Gráfico 42. Número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Período 2004-2007	89
Gráfico 43. Número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Período 2008-2010	90
Gráfico 44. Evolución del número de profesionales formados. Hombres. Período 2008-2010	90
Gráfico 45. Evolución del número de profesionales formadas. Mujeres. Período 2008-2010	91
Gráfico 46. Proyectos subvencionados por línea. Convocatoria 2010	114
Gráfico 47. Subvenciones RD. Estrategia de prevención de la violencia de género. Comparativa nº de proyectos presentados por línea. 2009-2010	116

Bibliografía

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva:WHO; 2002.
2. Heise LI, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington DC: The World Bank; 1994.
3. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* 2006;368:1260-9.
4. Jewkes R. Intimate partner violence: causation and primary prevention. *Lancet*. 2002;359:1423-9.
5. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368:1260-9.
6. Plazaola-Castaño J, Ruiza Perez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica*. 2004; 122(12):461-7.
7. Ruiz-Pérez I, Blanco Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria*. 2004; 18 (Supl 2):4-12.
8. United Nations. Handbook for legislation on violence against women. Advance version. Accessed at <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/handbook/Handbook%20for%20legislation%20on%20violence%20against%20women.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud. Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. Accessed at <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/LeyModelo.pdf>
10. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C. et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: Lo que pudo ser y no fue. *Gaceta Sanitaria*. 2004. 18(suppl 2):36-46.
11. Council of Europe. Combating Violence Against Women. Stocktaking study on the measures and actions taking in the council of Europe member states. 2006. Accessed at: [http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_CDEG\(2006\)3_E.pdf](http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_CDEG(2006)3_E.pdf)
12. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM). Isis Internacional. Informe sobre la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe español: 1990- 2000 Balance de una Década. 2002. Accessed at: <http://www.isis.cl/temas/vi/balance/portadanew.htm>
13. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moyá C, Borrell C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 2): 36-46.
14. Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, Álvarez-Dardet C. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado Español. *Gac. Sanit*. 2005; 19(4): 277-86.
15. Peiró R et al., Rapid appraisal methodology for «health for all» policy formulation análisis. *Health policy* 2002.

16. OMS. Política de la OMS en Materia de Género. Integración de la perspectiva de género en la labor de la OMD. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf> accedido 21/10/2008
17. Donner L. Including gender in health planning. Prairie women's health centre of excellence.
18. Sen G, George A, Östlin P. Engendering health equity: A review of research and policy. Working Papers (vol 12, n°2), Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health (febrero 2002).
19. Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science Medicine* 51 (2000) 931-939.
20. <http://www.enfermeriaencardiologia.com/enlaces/ministerios.htm>
21. <http://www.sld.cu/temas.php?idv=15432>
22. http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_content&task=view&id=290&Itemid=352
23. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R (Eds). Violence a global public health problem. En *World Report on violence and Health*. 1º ed. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 15.
24. The Fourth World Conference on Women, Beijing China, 4-15 june 1993. New York, NY, United Nation, 1995(document A/CONF.177/20).
25. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. [Accessed 14 May 2008]. Available at <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
26. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará. Brasil. Junio 1994.
27. García AI, Gomáriz E, Hidalgo AL, Ramellini T, Barahona M. Sistemas públicos contra la violencia doméstica en América Latina. GESO.San José, 2000.
28. Banco Interamericano de Desarrollo. Violencia Doméstica: intervenciones para su prevención y tratamiento. Planes Nacionales contra la Violencia Doméstica.2001. Disponible en: www.iadb.org/sds/violence
29. Organización Panamericana de la Salud. Hacia un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica. 2001.
30. Organización Panamericana de la Salud. Descontruyendo la violencia intrafamiliar: Estado y sociedad civil. El papel del sector salud. 2001.
31. Centro Reina Sofia. [Accessed 20 April 2008]. Available at <http://www.centroreinasofia.es/english/legislacion.asp>
32. Base de datos del Secretario General sobre Violencia Contra la Mujer. Disponible en: <http://webapps01.un.org/vawdatabase/home.action>; Revisado sep 2008.
33. Cases Vives-Cases C, Ortiz-Barreda G, Gil-González D. Mapping violence against women laws in the world: an overview of state commitments. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2010; 64 (6): 474-5.
34. Macaulay F. Judicialising and (de) Criminalising Domestic Violence in Latin America. *Social Policy & Society* 2005; 5(1):103-114.

35. United Nations. In-depth study on all forms of violence against women. (2006). Revisado 15 noviembre, 2009, from: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/484e58702.html>
36. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet*. 2002;359: 1509-14.
37. Organización Panamericana de la Salud. Modelo de Atención Integral de Atención a la Violencia Intrafamiliar en Centroamérica «Reconstruir la violencia Intrafamiliar: El Estado y Sociedad Civil y Rol del Sector Salud. [citado 13 enero 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/gph10.pdf>
38. Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. [citado 7 enero 2011]. Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/VAW-HealthSectorResponSP.pdf>
39. Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de Estados Americanos. Propuesta de medidas apropiadas para dar seguimiento a la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Belém do Pará, Brasil: (CIM/OEA); 2003. [citado 1 enero 2011]. Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_interinteres/cimremimiiesp.pdf
40. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexoes acerca de los valores que merecem ser definidos. En: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atençao e cuidado à saude. Rio de Janeiro: ABRASCO, UERJ, IMS; 2001.p.39-64.
41. Ortiz Barreda G; Vives Cases C; Gil Gonzales D. Worldwide violence against women legislation: An equity approach. *Health Policy*. 2011. 100(2-3):125-33.
42. Maira G. La violencia intrafamiliar: una experiencia ecuatoriana en la formulación de políticas de atención en el sector salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2009. 5(4/5): 332-337.
43. The Annual Review of Population Law on-line database on law and population. [actualizado 1 diciembre 2010; citado 1 enero 2011]. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/population/annual_review.htm
44. International Digest of Health Legislation (IDHL) on-line database. [actualizado 1 diciembre 2010; citado 1 enero 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/idhl-rils/frame.cfm?language=english>
45. European Institute of Women's Health: Discrimination against women and young girls in the health sector. Women rights and gender equality. Dublin, 2007.
46. Flaskerud JH, Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nursing Research*1998;47(2):69.
47. World Health Organisation: *Women's mental health - an evidence based review*. Geneva, 2000.
48. WHO Regional Office for Europe: Strategic action plan for the health of women in europe., Copenhagen, 2001.
49. A Raj, J Silverman. Violence Against Immigrant Women. The Roles of Culture, Context, and Legal Immigrant Status on Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 2002; 8 (2): 367-398.
50. Groves BMA, Zuckerman B, Marans S, Cohen DJ. Silent Victims Children Who Witness Violence. *JAMA: the journal of the American Medical Association*1993;269(2):262.
51. MA Straus. Children as Witness to Marital Violence: A Risk Factor for Life Long Problems among a Nationally Representative Sample of American Men and Women. Disponible en: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED336713.pdf>

52. Jackson S, Justice NIo. Batterer intervention programs: Where do we go from here?: US Dept. of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice; 2003.
53. Holtzworth-Munroe, Amy; Stuart, Gregory L. Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 1994; 116(3):476-97.
54. Organización Mundial de la Salud (2001), Strategic action plan for the health of women in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
55. Zimmerman C, Hossain M, Watts C. Human trafficking and health: A conceptual model to inform policy, intervention and research. *Soc Sci Med*. 2011 Jul;73(2):327-35. Epub 2011 Jun 30.
56. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet* 2002;359(9313):1232-7.
57. Rubin G. The traffic in women. *Toward an anthropology of women* 1975:157-210.

La elaboración de este Informe forma parte sistemática de las tareas anuales de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS). En este Informe 2010, se recogen los datos agregados para el conjunto del SNS, tanto de los indicadores epidemiológicos comunes aprobados por el Consejo Interterritorial como de los procesos de formación de profesionales durante este año. Una síntesis de las acciones desarrolladas por la Comisión a través de sus grupos técnicos de trabajo y un resumen de las subvenciones concedidas a los servicios de salud de las CCAA para el desarrollo de actuaciones en prevención de la violencia de género (Real Decreto 829/2010) completan la información. El Informe finaliza con un capítulo de análisis descriptivo internacional sobre políticas públicas sanitarias, estrategias de intervención y elementos destacados de las mismas en referencia a grupos y contextos de mayor vulnerabilidad frente a la violencia de género (hijas e hijos de mujeres que la sufren, mujeres embarazadas, mujeres inmigrantes o aquellas otras inmersas en las redes de trata de seres humanos con fines de explotación sexual).



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.msssi.gob.es