

Informe Violencia de Género 2012

Informe Violencia de Género 2012

Comisión contra la Violencia
de Género

Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud

Edita y distribuye:

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

NIPO: 680-14-060-X

Imprime: ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.

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

Informe Violencia de Género 2012

Comisión contra la Violencia
de Género

Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

COORDINACIÓN TÉCNICA DEL INFORME

Observatorio de Salud de las Mujeres

Rosa María López Rodríguez

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Alicia Llácer Gil de Rames

Equipo de Apoyo Administrativo

Candelaria Eguren Serrano

Angel Nogales Bueno

Ana Sánchez González

Beatriz Castellanos González

GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO DE LA COMISIÓN

Grupo de Sistemas de información y Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género (VG)

Virtudes Gallardo García (Andalucía)

María Luz Alcaine (Aragón)

Elvira Muslera Canclini (Asturias)

Antonia María Tomás Vidal (Islas Baleares)

Lucina Dácil Marrero Rodríguez (Canarias)

Lourdes Cossio García (Cantabria)

Rosa María Andrés Margareto (Castilla y León)

Fuencisla Martín Jurdado (Castilla-La Mancha)

Josep Fusté Sugañes (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)

M^a José López de Valdivielso (La Rioja)

Ángel Francisco González Ramírez (Ceuta)

María Isabel Montoro Robles (Melilla)

Asunción Ruiz de la Sierra (Ingesa)

Alicia Llácer Gil de Rames (Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III)

Rosa María López Rodríguez (Observatorio de Salud de las Mujeres)

Grupo de Formación de Profesionales de Servicios Sanitarios en materia de VG

Elisa Vizueté Rebollo (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Julio Bruno Bárcena (Asturias)

Alejandra Carmona Franco (Islas Baleares)
Rosa del Valle Álvarez (Canarias)
Lourdes Cossio García (Cantabria)
Mari Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)
Rosa María Modesto González (Castilla-La Mancha)
Lluisa Balañá Roldán (Cataluña)
Vicenta Escribá Agüir (Comunidad Valenciana)
Guadalupe Fernández García-Hierro (Extremadura)
María Isabel Graña Garrido (Galicia)
Isabel Carrasco González (Madrid)
José Fernández-Rufete Gómez (Murcia)
Carmen Garde Garde (Navarra)
Miren Josune Ziarrusta (País Vasco)
M^a José López de Valdivielso (La Rioja)
Ángel Francisco González Ramírez (Ceuta)
Ana Felicidad Egea Fernández (Melilla)
Asunción Ruiz de la Sierra (Ingresa)
Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad)
Rosa María López Rodríguez (Observatorio de Salud de las Mujeres)

Grupo de Evaluación de Actuaciones Sanitarias en materia de VG

Amalia Suarez Ramos (Andalucía)
M^a Luz Lou Alcaine (Aragón)
Borja Rodríguez-Maribona Trabanco (Asturias)
Rosa Del Valle Álvarez (Canarias)
Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)
Josep Fusté Sugrañes (Cataluña)
Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad)
Raquel Rodríguez Llanos (Extremadura)
Mercedes Carreras Viñas (Galicia)
Milagros de Borbón y Cruz (Madrid)
Carmen García Riobobos (Madrid)
José Fernández-Rufete Gómez (Murcia)
Isabel Sobejano Tornos (Navarra)
Diana Gil González (Univ. Salud Pública)
Rebeca Palomo Díaz (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)
María Pilar Moreno Fernández (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)
Rosa María López Rodríguez (Observatorio de Salud de las Mujeres)

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

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Presidencia

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

Asunción Ruiz de la Sierra (Jefa de Servicio)

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)

Antonio Villacampa Duque (Aragón)

Julio Bruno Bárcena (Asturias)

Marina Sans Barrueco (Baleares)

Antonia María Pérez Pérez (Canarias)

José Francisco Díaz Ruiz (Cantabria)

Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)

María Dolores Rubio y Leonart (Castilla-La Mancha)

Josep Fusté Sugañes (Cataluña)

Lourdes Monge García (Comunidad Valenciana)

Juan Luis Cordero Carrasco (Extremadura)

María Isabel Graña Garrido (Galicia)

M^a Belén Prado Sanjurjo (Madrid)

José Fernández-Rufete Gómez (Murcia)

Cristina Ibarrola Guillén (Navarra)

Miren Dorronsoro Iraeta (País Vasco)

M^a Pilar Diez Ripollés (La Rioja)

Viviane Berros Medina (Ceuta)

M^a de los Ángeles Tascón Moreno (Melilla)

Índice

Índice de tablas y gráficos	11
Presentación	15
1. Análisis de situación	17
1.1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud. Año 2012	17
1.2. Acciones formativas en materia de violencia de género realizadas en el Sistema Nacional de Salud. Año 2012	31
1.2.1. Datos agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Año 2012. Formación en materia de violencia de género	45
1.2.2. Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Año 2012. Formación en materia de violencia de género	57
1.2.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. período 2008-2012	80
2. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud. Año 2012	89
3. Recogida, evaluación y difusión de buenas prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Año 2012. Resultados del pilotaje	93
Bibliografía	119

Índice de tablas y gráficos

Tablas

Tabla 1. Formación en materia de violencia de género. Programas Formativos de Especialidades en Ciencias de la Salud	36
Tabla 2. Resumen. Cuestiones generales. Formación. Violencia de género. SNS. Año 2012	52
Tabla 3. Resumen. Perfil profesional del profesorado y alumnado. Formación. Violencia de género. SNS. Año 2012	56
Tabla 4. Personal formado por CCAA. Datos facilitados desagregados por sexo	60
Tabla 5. Perfil profesional del alumnado. Año 2012. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo	62
Tabla 6. Perfil profesional del profesorado. Año 2012. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo	63
Tabla 7. Resumen Datos desagregados por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Año 2012	64
Tabla 8. Correspondiente al gráfico 22. Evolución del Nº de profesionales formado en cada CCAA. Violencia de género. Sistema Nacional de Salud. 2008-2012	66
Tabla 9. Tabla correspondiente al Gráfico 17c	67
Tabla 10. Tabla correspondiente al Gráfico 17d	68
Tabla 11. Tabla correspondiente al Gráfico 17e	70
Tabla 12. Tabla correspondiente al Gráfico 18	72
Tabla 13. Tabla correspondiente al Gráfico 19	74
Tabla 14. Tabla correspondiente al Gráfico 20	76
Tabla 15. Perfil profesional del alumnado. Año 2012. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo	77
Tabla 16. Perfil profesional del profesorado. Año 2012. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo	78
Tabla 17. Datos desagregados por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Año 2012	79
Tabla 18. Datos desagregados por ámbito asistencial	83

Gráficos

Gráfico 1. Personal formado por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	45
Gráfico 2. N° de actividades por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	46
Gráfico 3. N° de horas lectivas impartidas por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	46
Gráfico 4. Acreditación de actividades por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	47
Gráfico 5. Personal formado por tipo de actividad. Formación en materia de violencia de género Sistema Nacional de Salud. Año 2012	47
Gráfico 6. Tipo de actividades formativas por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	48
Gráfico 7. Personal formado por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	49
Gráfico 8. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	49
Gráfico 8a. Atención primaria. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2012	50
Gráfico 8b. Atención especializada. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2012	50
Gráfico 8c. Urgencias. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2012	51

Gráfico 8d. Otros. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2012	51
Gráfico 9d. Perfil del alumnado. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	53
Gráfico 10. Perfil del alumnado. Datos desagregados por sexo Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	54
Gráfico 11. Perfil del profesorado. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	54
Gráfico 12. Adscripción del profesorado. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	55
Gráfico 13. Perfil del profesorado. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	56
Gráfico 14. Personal formado por CCAA. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	57
Gráfico 15. Formación impartida por ámbito ASISTENCIAL en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012	59
Gráfico 16. Personal formado por Ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012	61
Gráfico 17. Tipo de actividad. Formación impartida en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012	63
Gráfico 17a. Actividades de sensibilización por ámbito asistencial. Formación en violencia de género. Datos desagregados por CCAA Año 2012	64
Gráfico 17b. Formación básica por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012	65
Gráfico 17c. Formación avanzada por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012	67
Gráfico 17d. Formación de formadores por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012	68

Gráfico 17e. Formación interno residente por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012	69
Gráfico 18. Nº de horas lectivas. Formación impartida por ámbito asistencial. Formación en materia de Violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012	71
Gráfico 19. Personal formado por tipo de actividad Datos desagregados por CCAA. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012	73
Gráfico 20. Personal formado por CCAA. Formación en materia de violencia de género Datos desagregados por sexo. Sistema Nacional de Salud Año 2012	75
Gráfico 21. Nº de profesionales. Formación en materia de violencia de género. Evolución 2004-2012	81
Gráfico 22. Nº de profesionales por CCAA. Formación en materia de violencia de género. Evolución 2008-2012	82
Gráfico 23. Nº actividades por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Evolución 2008-2012	84
Gráfico 24. Número de horas lectivas. Formación en materia de violencia de género. Por ámbito asistencial. Sistema Nacional de Salud. Evolución 2008-2012	85

Presentación

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), se constituyó en noviembre de 2004, la Comisión contra la Violencia de Género para apoyar técnicamente y orientar la planificación de actuaciones sanitarias contempladas en el Capítulo III de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, contribuyendo así desde el sector sanitario a la erradicación de esta forma de violencia.

En su primera reunión, la Comisión acordó las siguientes líneas de trabajo para 2005:

- Revisar los proyectos y estrategias que existiesen en el ámbito sanitario de las Comunidades Autónomas, incluyendo la revisión de protocolos, guías y documentos
- Promover el estudio de propuestas metodológicas para el conocimiento del impacto real de este fenómeno y para su detección precoz y diagnóstico.

Desde 2005, año de edición del primer Informe Anual, se ha venido editando este informe de situación. Elaborado por consenso y colaboración entre las CCAA y el Ministerio, permite conocer mejor la magnitud del problema atendido desde los servicios sanitarios, así como la naturaleza de las múltiples y variadas acciones que desde los servicios de salud se vienen desarrollando para dar respuesta en materia de vigilancia epidemiológica, para concienciar y formar al personal de los servicios sanitarios en la prevención y detección precoz, y para mejorar la calidad de la atención sanitaria en este importante problema de salud pública.

El Informe Anual de la Comisión, presenta una síntesis de la información básica para el seguimiento y rendición de cuentas del Sistema Nacional de Salud a la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género y a la sociedad en general, acerca del cumplimiento del Capítulo III de la Ley Orgánica.

En este Informe Anual 2012, al igual que años anteriores, se presentan los datos correspondientes de cobertura, magnitud y características del maltrato detectado y atendido desde los servicios sanitarios que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como información sobre los procesos de formación de profesionales de los servicios sanitarios en esta materia. Todo ello se completa con un sumario de las principales actuaciones realizadas por los grupos técnicos de la Comisión, concluyendo con los resultados obtenidos durante el pilotaje realizado en 2012, de la metodología para la

recogida y difusión de Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género. En base a dicho pilotaje, en 2013 ha tenido lugar la segunda edición de esta recogida cuyos resultados se reflejarán en sucesivos informes.

1. Análisis de situación

1.1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud. Año 2012

Introducción

Se presentan los datos de mujeres maltratadas obtenidos desde el sistema sanitario para 2012 mediante la colaboración de los profesionales que las atienden tanto a nivel primario como especializado. Estos datos tienen como soporte dos fuentes muy distintas: la Historia Clínica y el Parte de Lesiones remitido en su caso a los juzgados.

Este es el quinto año que se recogen y analizan estos indicadores. Desde su comienzo, el proceso de recogida en el Sistema Nacional de Salud (SNS), se ha realizado contando con los datos que podían ser aportados cada año por los servicios de salud de las 17 CCAA e INGESA (gestión sanitaria en Ceuta y Melilla).

Nos encontramos ante datos que muestran de forma cuantitativa la respuesta sanitaria ante el maltrato a las mujeres en aquellos casos en que la mujer reconoce en los servicios sanitarios su situación de maltrato, y por tanto, para la obtención de los mismos, es necesario el esfuerzo y colaboración conjunta de profesionales en el ámbito clínico, de los equipos de formación que les conciencian y forman y el del personal de los equipos de gestión e informática que trabajan de forma conjunta para visibilizar, analizar y dar una respuesta integral a este importante problema de salud pública.

Los datos se presentan diferenciando siempre la fuente ya que los casos no son acumulables a efectos de magnitud ante la posibilidad de su duplicación. Este aspecto tiene especial relevancia cuando se comparan datos de las dos fuentes en aquellas Comunidades que aportan datos obtenidos de ambas. Pero incluso, para cada fuente, este año tampoco se han sumado los casos de ambos niveles asistenciales ya que podrían darse igualmente casos duplicados. Sin embargo se va avanzando en su detección, siendo cada vez más las CCAA que lo hacen. En algunas CCAA ya se han articulado para sus servicios sanitarios, mecanismos de cómputo que eliminan los posibles duplicados a través del Número de identificación de paciente (NIP), otras han desarrollado aplicaciones “ad hoc” creadas para el registro de casos de violencia de género, y algunas han aprovechando las fases de implantación

de la Historia Clínica Digital en sus sistemas de información sanitaria para incorporar los cambios precisos que permitieran introducir las especificaciones necesarias para poder extraer los Indicadores Comunes del SNS en esta materia.

Durante 2013, se han mantenido audio conferencias con cada Comunidad Autónoma (CA) y se les ha pasado una pequeña encuesta para clarificar y mejorar en lo posible el sistema de recogida de datos. Con toda esta información se ha elaborado un pequeño informe que ha circulado en el grupo de trabajo para su corrección. Todo ello ha permitido la simplificación de los formatos de recogida de los indicadores y la readecuación de algunos de ellos.

Como se indicaba en el informe anterior correspondiente a 2011, *“lo importante es que estos datos reflejan en parte la magnitud de la demanda y atención por parte del sistema sanitario al problema del maltrato en las mujeres y por tanto, del esfuerzo de las y los profesionales de la salud por visibilizarla, analizarla, y responder a ella”*.

Sigue siendo necesario tener en cuenta la diversidad de los sistemas de información que subyacen a efectos comparativos, e interpretar las tasas para los indicadores de magnitud y de algunas de sus características personales, como la edad, la nacionalidad o la situación de embarazo como una forma de corregir en lo posible las diferencias poblacionales entre las CCAA, sin que todavía reflejen con exactitud la incidencia del problema.

Principales aspectos

1. Cobertura

a) Poblacional. Por primera vez, todas las 19 CCAA (incluyendo las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) han remitido datos referidos al 2012. Este año lo destacable es que la cobertura poblacional de la fuente Historia Clínica (HC) del 47%, supera ampliamente la de los partes de lesiones (PL) que siguen cubriendo el 38% poblacional, similar al año anterior. Las CCAA que aportan datos de ambas fuentes, engloban un 15% de la población de mujeres de las edades objeto de estudio.

b) Cobertura de indicadores por niveles:

Todas las CCAA que aportan datos facilitan el número de mujeres maltratadas detectadas por atención primaria (AP) y también, excepto una, desde especializada (AE). Globalmente, al igual que el año anterior, es mayor la cobertura de indicadores en AP que en AE (73% vs 62%) y mayor si proceden de la HC que del PL. (71% vs 63%)

El indicador de edad de las mujeres (I8) y el de tipología del maltrato siguen siendo los dos de mayor cobertura por ambas fuentes. Al igual que los

de duración del maltrato (I6), situación laboral (I10) y maltrato en embarazadas (I11) son los de menor. Una CA (Andalucía) no facilita datos de ningún indicador, a excepción de los generales (I1-I3-I4) y otra (Rioja) aporta el total de indicadores, situación que se repite en relación al año anterior.

2. Magnitud del problema

INDICADORES I1-I3-I4. Casos detectados totales y por ámbito asistencial

En 2012, globalmente, el sistema sanitario ha detectado e informado 9230 mujeres maltratadas de 14 años y mayores desde la CCAA a partir del PL. A partir de la fuente de la HC lo han sido 8795 mujeres. No es posible determinar el grado de coincidencia.

En 2012, a partir de la fuente HC, el sistema sanitario desde la Atención primaria (AP) ha detectado e informado 6340 mujeres maltratadas de 14 años y mayores (tasa de 49 por 100000) y otras 2455 mujeres más, a partir de la AE (tasa de 19 por 100000). Sigue siendo difícil valorar globalmente la incidencia real de mujeres maltratadas atendidas por el sistema sanitario, que habría que restringir a las CCAA que detectan y corrigen duplicidades entre fuentes y niveles.

3. Características del maltrato

INDICADOR I5.- Tipo de maltrato

El maltrato físico sigue siendo el más frecuente entre las mujeres detectadas por ambas fuentes y niveles y es mayor cuando la fuente es el PL, sobre todo desde AP. El nivel especializado sigue detectando mayor frecuencia de maltrato sexual a partir de los PL que lo señalan en un 10% de los casos detectados por esta fuente. La cobertura de este indicador parece haber mejorado este año a partir del PL pero sigue faltando en la quinta parte de los casos y el cuarenta por ciento cuando la fuente es la HC, según se trate de AE o AP respectivamente.

INDICADOR I6. Duración del maltrato

Este indicador es el de menor cobertura, testimonial cuando se trata del PL, a partir del cual solo 2 CCAA presentan datos y solo para algunos de sus casos. Los datos que aporta la HC en el nivel primario señalan que un 47% de las mujeres habrían sido detectadas por el sistema antes del año de duración del maltrato. Este dato, obtenido de la información de 7 CCAA, está sesgado por la importancia de una de ellas que aportan más de un tercio de los casos con información de este indicador y cuyos casos detectados han sido todos ellos de duración inferior al año.

INDICADOR 17. Relación de la mujer maltratada con el agresor

El sistema de información, en ambas fuentes, pero sobre todo si se trata del nivel primario, focaliza abrumadoramente a la pareja actual como agresor principal. La importancia de la expareja es a destacar y supone entre un 15% a un 20% (mediana) considerando ambas fuentes y niveles.

La importancia de otro tipo de agresor- del entorno familiar o fuera de él- es muy pequeña pero hay que valorar que el propio sistema de información y los protocolos que subyacen condicionan estos datos.

En ambos niveles 3 CCAA de las que utilizan la HC, carecen de este dato a partir de esta fuente y entre las que utilizan el PL una cuarta.

4. Características de las mujeres maltratadas

INDICADOR 18. La edad de las mujeres

El perfil etario sigue siendo similar al año anterior. Las tasa más altas se dan en los grupos jóvenes, especialmente de 20 a 39 años. Antes de los cuarenta años se acumulan entre el 50% (HC) y el 60% de los casos (PL). Señalar que aunque en baja proporción, nuevamente se detectan casos en mujeres también a partir de los 70 años, suponiendo el 7% de los detectados a partir de la HC en el nivel primario de atención.

INDICADOR 19. La nacionalidad de las mujeres

Las mujeres son mayoritariamente españolas, más en AP. Las tasas son muy superiores en mujeres de la inmigración económica, especialmente las de países andinos, seguidas de las marroquíes aunque el grupo no diferenciado de “otras” es también muy importante. La situación es pues semejante al año anterior. La proporción de mujeres procedentes de países de nivel de renta alta oscila del 4% al 5% en el nivel primario según la fuente y es del 2% en especializada en ambas.

INDICADOR 110. Situación laboral

Este indicador era de baja cobertura si bien ha mejorado este año. Todavía en atención primaria, a pesar de que lo informan 8 CCAA desde la HC, en más de un tercio de los casos no consta este dato. Como ya se apuntaba el año anterior, este indicador tendría que valorarse conjuntamente con la edad. Cualquiera que sea la fuente y el nivel de atención, en los casos que se conoce este indicador, son más las mujeres que trabajan que las que no lo hacen.

INDICADOR 111. Mujeres embarazadas

El sistema de información desde AP ha detectado 148 mujeres maltratadas en situación de embarazo a partir de los PL, con datos de 8 CCAA y 189 a partir de la HC, con datos de 8 CCAA. Suponen una tasa por cada 100000 nacidos vivos de 109,5 y 170,5 respectivamente.

Tablas

Tabla 1. Cobertura poblacional y de indicadores* por fuente de información y nivel de la asistencia sanitaria

CCAA	FUENTE DE INFORMACIÓN		mujeres 14a-85a+		INDICADORES INFORMADOS			
	HISTORIA CLÍNICA	PARTE DE LESIONES	Población 2012	%	Fuente PL Fuente HC	AP (8) AP (9)	AE (8) AE (9)	total (16) total (18)
Andalucía		X	3643553	17,6	Andalucía	1	1	2
Aragón	X		592567	2,9	Aragón	8	7	15
Asturias	X	X	508127	2,4	Asturias_PL	5	5	10
Balears, Illes	X	X	481489	2,3	Asturias_HC	5	3	8
					Balears, Illes	0	3	3
Canarias	X	X	921746	4,4	Balears, Illes	5	5	10
					Canarias_PL	6	3	9
Cantabria	X	X	267682	1,3	Canarias_HC	8	7	15
					Cantabria_PL	7	7	14
Castilla y León	X		1145938	5,5	Cantabria_HC	9	9	18
Castilla-La Mancha	X	X	903476	4,4	Castilla y León	7	9	16
					Cas-La Man_PL	6	0	6
Cataluña	X		3290132	15,9	Cas-La Man_HC	8	0	8
					Cataluña	5	5	10
Comunitat Valenciana		X	2233808	10,8	Com. Valenciana	7	7	14
Extremadura	X		485911	2,3	Extremadura	8	8	16
Galicia		X	1290145	6,2	Galicia	5	5	10
Madrid	X		2906428	14,0	Madrid	6	7	13
Murcia		X	613252	3,0	Murcia	8	8	16
Navarra	X		277354	1,3	Navarra	5	4	9
País Vasco	X		985375	4,7	País Vasco	8	1	9
Rioja, La	X		140165	0,7	Rioja, La	9	9	18
Ceuta		X	33001	0,2	Ceuta	7	6	13
Melilla		X	31126	0,1	Melilla	7	7	14
CCAA solo fuente PL	6		7844884	37,8	Partes lesiones	59	52	111
CCAA solo fuente HC	8		9823870	47,3	%	67,0	59,1	63,1
CCAA ambas fuentes	5		3082520	14,8	Historia Clínica	91	74	165
TOTAL España	19		20751273	100,0	%	77,8	63,2	70,5
					Total por fuente PL	88	88	176(100%)
					Total por fuente HC	117	117	234(100%)

*Indicadores = A partir de la fuente Partes de Lesiones hay 8 Indicadores y 9 a partir de la fuente de la Historia Clínica. El total de Indicadores por cada fuente se obtiene multiplicando por el número de CCAA implicadas.

Tabla 2. Magnitud del problema. Casos y tasas por 100.000 m por niveles de asistencia sanitaria y fuente de información (indicadores 1-3-4)

CCAA	FUENTE=PARTE de LESIONES 2012				FUENTE=HISTORIA CLINICA 2012				Poblacion 2012
	Nº casos detectados		tasas PL (10 ⁵)		Nº casos detectados		tasas PL (10 ⁵)		
	AP	AE	AP	AE	AP	AE	AP	AE	
Andalucía	3866	722	106,1	19,8					3643553
Com. Valenciana	525	395	23,5	17,7					2233808
Galicia	567	17	44,0	1,3					1290145
Murcia	172	182	28,1	29,7					613252
Ceuta	4	17	12,1	51,5					33001
Melilla	76	7	244,2	22,5					31126
Total (6 CCAA)	5210	1340	66,4	17,1					7844884
Aragón					52	506	8,8	85,4	592567
Castilla y León					621	338	54,2	29,5	1145938
Cataluña					586	515	17,8	15,7	3290132
Extremadura					19	18	3,9	3,7	485911
Madrid					1301	20	44,8	0,7	2906428
Navarra					286	5	103,1	1,8	277354
País Vasco					362	645	36,7	65,5	985375
Rioja, La					97	34	69,2	24,2	140165
Total (8 CCAA)					3324	2081	33,8	21,2	9823870
Asturias	286	183	56,3	36,0	360	295	70,1	58,1	508127
Baleares		65		13,5	335	2	69,0	0,4	481489
Canarias	827	97	89,7	10,5	1050	77	113,9	8,4	921746
Cantabria	1	114	0,4	42,6	160	0	59,8	0,0	267682
Castilla-La Mancha	1107		122,5		1111		123,0		903476
Total (5 CCAA/PL-HC)	2221	459	72,1	14,9	3016	374	97,8	12,1	3082520
Total (11 CCAA/PL)	7431	1799	68,0	16,5					10927404
Total (13 CCAA/HC)					6340	2455	49,1	19,0	12906389

FUENTE=PARTE de LESIONES (11 CCAA)				CASOS Y TASAS 2012	FUENTE=PARTE de CLÍNICA (11 CCAA)			
Nº casos detectados		tasas PL			Nº casos detectados		tasas HC	
AP	AE	AP	AE		AP	AE	AP	AE
SOLO Parte de Lesiones (6 CCAA)				SOLO Historia Clínica (6 CCAA)				
5210	1340	66,4	17,1	total	3324	2081	33,8	21,2
349	100	36,0	21,1	mediana	324	186	40,7	19,9
4	7	12,1	1,3	mínimo	19	5	3,9	0,7
3866	722	244,2	51,5	máximo	1301	645	103,1	85,4
Parte de Lesiones (e Historia Clínica) (5 CCAA)				Historia Clínica (y Parte de Lesiones) (5 CCAA)				
2221	459	72,1	14,9	total	3016	374	97,8	12,1
557	106	73,0	24,8	mediana	360	40	70,1	4,4
1	65	0,4	10,5	mínimo	160	0	59,8	0,0
1107	183	122,5	42,6	máximo	1111	295	123,0	58,1
TOTAL CASOS DECLARADOS POR PARTE DE LESIONES				TOTAL CASOS DECLARADO POR HISTORIA CLÍNICA				
7431	1799	68,0	16,5	total	6340	2455	49,1	19,0
406	106	50,2	21,1	mediana	360	56	59,8	12,0
1	7	0,4	1,3	mínimo	19	0	3,9	0,0
3866	722	244,2	51,5	máximo	1301	645	123,0	85,4
1 CA sin datos de Parte de lesiones en AP (Balears)				1 CA sin datos de Historia Clínica en AE (Castilla-La Mancha)				
1 CA sin datos de Parte de lesiones en AE (Castilla-La Mancha)				1 CA con cero datos de Historia Clínica en AE (Cantabria)				

Tabla 3. Características del maltrato

3.1. TIPO DE MALTRATO. (INDICADOR 5)

Porcentaje de cada tipo de maltrato respecto al total de casos detectados en cada nivel asistencial y fuente

Fuente = PARTE LESIONES 2012 (11CA)				Fuente = HISTORIA CLÍNICA 2012 (13 CCAA)			
8 CCAA (n = 2458 casos)		AP (no consta= 0,1 %)		12 CCAA (n = 5754 casos)		AP (no consta= 40,6 %)	
Tipo	Psicol.	Sexual	Físico	Tipos	Psicol.	Sexual	Físico
Nº casos	1255	64	2091	Nº casos	1334	124	2359
% Total	51,1	0,1	85,1	% Total	23,2	2,2	41,0
% mediana (md)	49,4	1,5	91,3	% mediana (md)	30,9	5,28	48,2
8 CCAA (n = 1009 casos)		AE (no consta= 8,7 %)		8 CCAA (n = 1000 casos)		AE (no consta= 21,4 %)	
Tipos	Psicol.	Sexual	Físico	Tipos	Psicol.	Sexual	Físico
Nº casos	376	102	797	Nº casos	258	16	720
% Total	37,3	10,1	79,1	% Total	25,8	1,6	72,0
% mediana (md)	24,9	7,5	87,3	% mediana (md)	43,9	3,6	67,5
3 CCAA sin datos en ambos niveles (Andalucía; Balears y Castilla-La Mancha) y 2 CCAA (Ceuta, Melilla) con cero casos de tipo sexual en ambos niveles				1 CCAA sin datos en ambos niveles (Cataluña) y 4 CCAA sin datos en AE (Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, País Vasco) 1 CA con maltrato sexual incluido en el físico (Asturias)			

Tabla 3.2. Duración del maltrato (indicador 6)

2 CCAA	PARTE LESIONES 2012						nº casos
	AP.Duración del maltrato %						
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 y más	Nc	Total	
Total	28,9	7,6	2,8	0,4	60,2	100,0	249

3 CCAA	AE.Duración del maltrato %						nº casos
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 y más	Nc	Total	
Total	12,5	8,6	3,6	2,3	72,9	100,0	303

Las CCAA con datos son Murcia y Melilla en ambos niveles y Cantabria en AE.

7 CCAA	HISTORIA CLINICA 2012						nº casos AP
	AP %						
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 y más	Nc	Total	
Total *	46,6	2,8	4,3		46,4	100,0	3041
Total (sin Aragón)*	46,8	2,5	0,7	3,3	46,7	100,0	2989

4 CCAA	AE %						nº casos
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 y más	Nc	Total	
Total	8,0	2,4	0,4	0,2	89,0	100,0	993

Las CCAA con datos son Aragón, Canarias, Cantabria, País Vasco solo en AP; Castilla y León en AE y Extremadura, Madrid y Rioja en ambos niveles.

*Un total colapsa los dos últimos intervalos para poder incluir a Aragón que los une en 5 años y más. El total (sin Aragón) resume las otras 6 CCAA por el interés de diferenciar los intervalos.

Tabla 3.3. Agresor (indicador 7)

Fuente = PARTE LESIONES 2012 (11 CCAA)						Fuente = HISTORIA CLÍNICA 2012 (12 CCAA)					
AP*						AP					
% sobre total casos de agresor conocido (n=959)						% sobre total casos de agresor conocido (n=1735)					
7 CCAA (2146 casos)	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/pareja madre	Hermano, tío u otro hom. familia	Hombre NO familia	10 CCAA (4595 casos)	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/pareja madre	Hermano, tío u otro hom. familia	Hombre NO familia
Total %	74,9	19,6	1,9	2,4	1,3	Total %	86,6	8,0	1,5	3,4	0,5
Mediana %	77,5	20,4				Mediana %	78,4	14,7			
no constan=1186 (55,3% del total de casos)						no constan=2860 (62,2% del total de casos)					
AE*						AE					
% sobre total de casos de agresor conocido (n=723)						% sobre total de casos de agresor conocido (n=956)					
6 CCAA (864 casos)	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/pareja madre	Hermano, tío u otro hom. familia	Hombre NO familia	8 CCAA (1513 casos)	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/pareja madre	Hermano, tío u otro hom. familia	Hombre NO familia
Total %	68,7	22,2	1,0	2,1	6,1	Total %	73,8	17,9	2,5	3,2	2,5
Mediana %	69,8	20,0				Mediana %	76,5	18,8			
no constan=141 (16,3% del total de casos)						no constan=557 (36,8% del total de casos)					
Las CCAA SIN datos en esta fuente son: Andalucía, Canarias y Galicia en ambos niveles; Castilla-La Mancha solo en AE.						Las CCAA SIN datos en esta fuente son: Asturias ambos niveles; Canarias solo en AP; Cantabria, Castilla-La Mancha y País Vasco solo en AE.					
* No se han incluido los casos de una CA correspondientes a agresiones perpetradas por mujeres del ámbito familiar y que suponen el 5% de los casos por PL de AP y el 8,6% de los de AE.											

Tabla 4.1. Edad (indicador 8; 8a y 8b)

PARTE DE LESIONES 2012 (11 CCAA)															
10 CCAA	14-19a	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 y más	NC	Total	
número de mujeres															
Totales	AP (9 CCAA)	172	402	494	575	578	477	311	204	121	65	40	73	53	3565
	AP (9 CCAA)	59	112	162	171	146	131	95	46	24	17	7	25	82	1077
	Pob>14a	451369	439011	536766	667935	696189	663641	628312	574887	491673	456296	417746	1260027		7283852
Indicador 8a (%)															
totales	AP (9 CCAA)	4,8	11,3	13,9	16,1	16,2	13,4	8,7	5,7	3,4	1,8	1,1	2,0	1,5	100,0
	AP (9 CCAA)	5,5	10,4	15,0	15,9	13,6	12,2	8,8	4,3	2,2	1,6	0,6	2,3	7,6	100,0
Indicador 8b (Tasa por 100.000)															
totales	AP (9 CCAA)	38,1	91,6	92,0	86,1	83,0	71,9	49,5	35,5	24,6	14,2	9,6	5,8		48,9
	AP (9 CCAA)	13,1	25,5	30,2	25,6	21,0	19,7	15,1	8,0	4,9	3,7	1,7	2,0		14,8
No aportan datos: Andalucía ambos niveles, Baleares faltan en AP y Castilla-La Mancha en AE.															

HISTORIA CLINICA (12 CCAA)															
12 CCAA		14-19a	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 y más	NC	Edades
		número de mujeres													
totales (sin Cataluña)	AP (12 CCAA)	255	518	680	766	835	727	531	393	286	204	154	381	24	5754
	AE 9 CCAA)	71	139	155	193	190	157	103	68	42	26	12	38	101	1295
	Pob>14a	573053	563396	706154	873088	926003	882957	846820	771156	653142	595761	535231	1689497		9616258
	%														
	AP (12 CCAA)	4,4	9,0	11,8	13,3	14,5	12,6	9,2	6,8	5,0	3,5	2,7	6,6	0,4	100,0
	AE 9 CCAA)	5,5	10,7	12,0	14,9	14,7	12,1	8,0	5,3	3,2	2,0	0,9	2,9	7,8	100,0
	Tasa por 100.000														
AP (12 CCAA)	44,5	91,8	96,0	87,7	90,2	82,3	62,7	51,0	43,8	34,2	28,8	22,6		59,8	
AE 9 CCAA)	12,4	24,7	21,9	22,1	20,5	17,8	12,2	8,8	6,4	4,4	2,2	2,2		13,5	

No aportan datos Cantabria, Castilla-La Mancha y País Vasco en AE.

Cataluña		14-19a	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 y más	NC	Total
Casos	AP	23	71	121	92	57	40	56	126	586
	AE	37	121	134	89	49	12	14	59	515
Pob>14a		164758	435066	648287	578370	478019	392409	558570		3290132
%	AP	3,9	12,1	20,6	15,7	9,7	6,8	9,6	21,5	100,0
	AE	7,2	23,5	26,0	17,3	9,5	2,3	2,7	11,5	100,0
		14-19a	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 y más	NC	Total
Tasa por 10 ⁵	AP	11,5	37,7	38,3	30,7	22,4	19,2	10,0		17,8
	AE	18,6	64,2	42,4	29,7	19,2	5,8	2,5		15,7

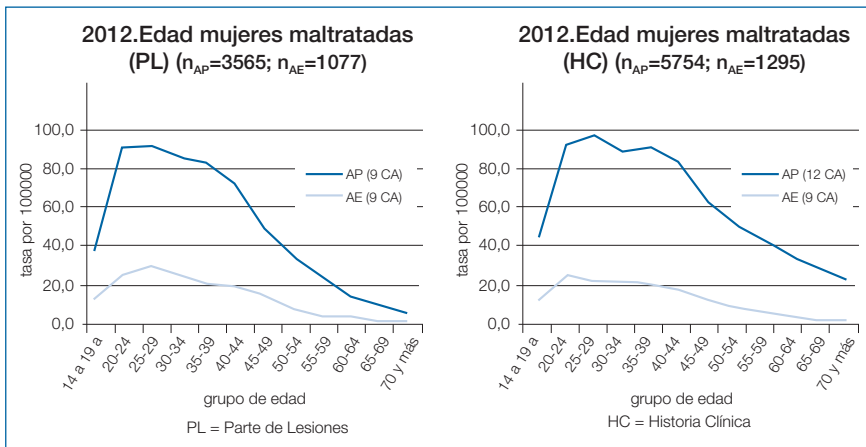


Tabla 4.2. Nacionalidad (indicador 9; 9a y 9b)

PARTE DE LESIONES										
8 CCAA		Espa- ñolas	Todas Inmi- gración Econó- mica	Ruma- nas	Andinas	Marro- quies	Otras Muj. Países in- migración económica	Otras Muj. Países desa- rollados	NC	Total
Número de mujeres										
Total sin Asturias	AP (7 CCAA)	1787	724	128	259	128	209	125	76	2712
	AP (5 CCAA)	401	179	2	102	19	56	19	213	812
	Pob> 14a	4292650	429714	111942	108421	58421	1509930	281727	0	5004091
% porcentaje										
Total sin Asturias (%)	AP	65,9	26,7	4,7	9,6	4,7	7,7	4,6	2,8	100,0
	AE	49,4	22,0	0,2	12,6	2,3	6,9	2,3	26,2	100,0
media- na (%)	AP	69,0	31,4					3,1	1,0	
	AE	59,8	14,0					0,9	17,5	
tasa por 100000										
Asturias	AP/ AE	349	104	10	36	1	57	16	0,0	469
Casos y Pob>14a		485269	18486	4525	3276	840	9844	4372		508127
%	AP/ AE	74,4	22,2	2,1	7,7	0,2	12,2	3,4	0,0	100,0
Tasa por 10 ⁵	AP/ AE	71,9	562,6	221,0	1098,8	119,0	579,0	366,0		92,3

SIN datos Andalucía, Baleares y Galicia en ambos niveles; Canarias y Castilla-La Mancha en AE.

HISTORIA CLINICA 2012										
10 CCAA		Espa- ñolas	Todas Inmi- gración Econó- mica	Ruma- nas	Andinas	Marro- quies	Otras Muj. Países in- migración económica	Otras Muj. Países desa- rollados	NC	Total
Número de mujeres										
Total sin Ba- leares	AP (10 CCAA)	3401	1249	246	455	142	406	185	298	5133
	AE (6 CCAA)	560	270	57	60	23	130	23	160	993
	Pob> 14a	7901038	744834,8	198794	196189	64059	285792	208443		8857415

			% porcentaje							
Total sin Baleares (%)	AP	66,3	24,3	4,8	8,9	2,8	7,9	3,6	5,8	100,0
	AE	54,4	27,2	5,7	6,0	2,3	13,1	2,3	16,1	100,0
mediana (%)	AP	63,6	24,2					2,3	1,5	
	AE	56,9	28,3					0,8	7,9	

			tasa por 100000							
Total sin Baleares (tasa)	AP	43,0	167,7	123,7	231,9	221,7	142,1	88,8		58,0
	AE	6,8	36,2	28,7	30,6	35,9	45,5	11,0		11,2
mediana (tasa)	AP	39,1	201					65,2		
	AE	8,6	96,1					26,5		

Baleares		Españolas	Extranjeras				Total
Casos	AP	205	130				335
	AE	2					2
Pob>14a		377427,6	104061,2				481489
%	AP	61,2	38,8				100,0
	AE	100,0					100,0
Tasa por 10 ⁵	AP	54,3	124,9				70,0
	AE	0,5					0,4

SIN datos Cataluña y Navarra en ambos niveles; Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha y País Vasco en AE.

Gráfico 1. 2012. Mujeres Maltratadas según su nacionalidad/país de origen. Por ámbito sanitario y fuente de información. Tasas por 100000 mujeres >14 años

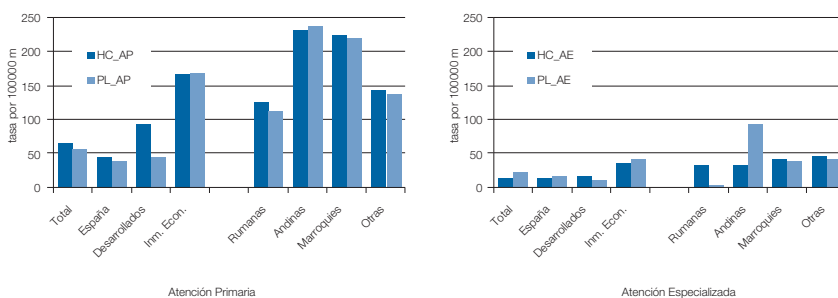


Tabla 4.3. Situación laboral (indicador 10)

PARTE DE LESIONES 2012 (11CA)						HISTORIA CLINICA 2012 (12 CCAA)					
7 CCAA		TRABAJO REMUNERADO				8 CCAA		TRABAJO REMUNERADO			
		Número de casos						Número de casos			
		SI	NO	NC	total casos			SI	NO	NC	total casos
totales	AP (6)	1682	1208	313	3203	totales	AP (8)	1501	1080	1425	4006
	AE (4)	205	235	382	822		AE (5)	39	96	847	982
%						%					
%	AP (6)	52,5	37,7	9,8	100,0	%	AP (8)	37,5	27,0	35,6	100,0
	AE (4)	24,9	28,6	46,5	100,0		AE (5)	4,0	9,8	86,3	100,0
máximo (%)	AP (6)	79,0	57,1	3,5		máximo (%)	AP (8)	76,0	59,4	95,2	
	AE (4)	53,0	56,2	12,0			AE (5)	32,3	72,2	97,7	
mínimo (%)	AP (6)	4,7	7,6	87,8		mínimo (%)	AP (8)	1,3	1,9	3,0	
	AE (4)	0,9	3,8	99,1			AE (5)	1,0	1,4	11,1	
mediana (%)	AP (6)	40,6	41,0	7,7		mediana (%)	AP (8)	28,8	31,6	25,0	
	AE (4)	35,9	35,0	34,0			AE (5)	16,7	55,8	59,6	
SIN datos Andalucía, Asturias y Melilla en ambos niveles; Cantabria en AP; Canarias y Ceuta en AE.						SIN datos Aragon, Asturias, Madrid, Navarra en ambos niveles; Cantabria, Castilla-La Mancha y País Vasco en AE.					

Tabla 4.4. Maltrato en embarazadas (indicador 11)

PARTE DE LESIONES 2012 (11CA)						
8 CCAA		Nº casos en embarazadas	%	tasa por 100000 nacidos	Nº casos TOTALES	Nacidos 2011
Total	AP (8)	148	4,5	109,5	3279	135200
	AE (6)	27	3,7	20,0	729	
máximo	AP (8)		6,1	318,3		
	AE (6)		4,4	46,0		
mínimo	AP (8)		0,0	0,0		
	AE (6)		0,0	0,0		
mediana	AP (8)		2,7	39,8		
	AE (6)		0,9	17,2		
SIN datos Andalucía, Asturias, Baleares en ambos niveles; Canarias y Castilla-La Mancha en AE.						

Historia clínica 2012 (12 CCAA)						
9 CCAA		Nº casos en embarazadas	%	tasa por 100000 nacidos	Nº casos TOTALES	Nacidos 2011
Total	AP (8)	189	3,7	170,5	3472	182891
	AE (6)	13	1,3	7,1	973	
máximo	AP (8)		6,4	344,4		
	AE (6)		5,9	63,1		
mínimo	AP (8)		0,0	0,0		
	AE (6)		0,0	0,0		
mediana	AP (8)		3,9	106,4		
	AE (6)		1,8	13,7		

SIN datos en Asturias, Cataluña, Navarra en ambos niveles; Madrid en AP; Cantabria, Castilla-La Mancha y País Vasco en AE.

5. Conclusiones

- A pesar de que los sistemas de información desde el Sistema Nacional de Salud para la detección de los casos de violencia de género en las mujeres que acceden al mismo se están desarrollando de forma desigual entre las Comunidades autónomas, se aprecia un avance de los mismos en consonancia con la progresiva informatización de los sistemas de atención sanitaria y la preocupación de los profesionales por el tema de la violencia de género.
- En concreto, este año, se han obtenido datos de Violencia de Género de todas las CCAA y se observa un desplazamiento a una **mayor utilización de la historia clínica** como fuente de datos, lo cual indicaría una mejor calidad de los mismos.
- **Entre las 12 CCAA que utilizan la HC, al menos en 11 se corrigen los casos duplicados** en AP, en 7 también en AE y en 4 entre ambos niveles. Entre las que utilizan solo el PL también se detectan los duplicados al menos en AP. Ello abre la posibilidad de empezar a valorar los datos como indicador de incidencia.
- Las características que se detectan a través los indicadores, siguen siendo a pesar de los problemas detectados, bastante consistentes con otras fuentes de información tal y como se señalaba el año anterior: “la extensión del problema, la **mayor afectación de las mujeres jóvenes** pero la vulnerabilidad a todas las edades, la **gran afectación de las mujeres de la inmigración económica, el origen fundamental del maltrato en el compañero íntimo, actual o pasado, y la combinación del maltrato psíquico y físico junto con la baja detección del sexual**”

- Siguen con **baja cobertura** los dos **indicadores “maltrato en el embarazo” y “duración del maltrato”** y dada su importancia, merecerían una atención especial con el fin de intercambiar experiencias entre las distintas CCAA para su detección.
- Se observa que se están desarrollando en mayor o menor medida las reflexiones del grupo técnico sobre las posibles **mejoras en el sistema de recogida de datos** que se señalaban en el Informe anterior, sobre todo en **esfuerzos de normalización y detección de duplicados**. Estarían pendientes de valorar los **aspectos de coordinación y colaboración con los sistemas de información de la Historia clínica y de los Partes de Lesiones al juzgado**, así como la introducción específica de la obtención de indicadores de calidad dentro de las actividades de formación.
- Se considera necesario e imprescindible para seguir en estos avances, la continuidad de los procesos formativos que están llevando a cabo los servicios de salud de las CCAA (presenciales, semi-presenciales o modalidad online), con especial énfasis en la capacitación para el manejo de las correspondientes aplicaciones informáticas que incorporan el Protocolo Común del SNS y poder realizar un mejor seguimiento tanto de los signos y síntomas de sospecha observados, como de los casos confirmados a través de su registro en la Historia Clínica, siendo necesario que la formación incida asimismo, en la gran importancia que tiene la correcta cumplimentación de los partes de lesiones que se derivan de dicha actuación.
- Finalmente, sigue siendo pertinente, proceder a una evaluación de los indicadores más consolidados, tanto de una fuente como de la otra, al menos en aquellas CCAA cuya estabilidad en la recogida de datos lo indicase. Ello permitiría valorar su idoneidad, evolución y su posible modificación y revisar los indicadores que se recogen actualmente para una mejor adecuación a los objetivos que persiguen.

1.2. Acciones formativas en materia de violencia de género realizadas en el Sistema Nacional de Salud. Año 2012

Este apartado ha sido elaborado a partir de los datos facilitados por las CCAA para el año 2012, excepto Asturias, Baleares y Cataluña que hasta el momento actual no han podido facilitarlos. En el caso de Canarias no se han realizado actividades de formación en esta materia durante 2012.

La información aparece organizada según este criterio:

- o Datos agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Año 2012
- o Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Año 2012
- o Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Años 2008-2012

Cada uno de estos apartados sigue una *estructura común* en la que se diferencia:

- Nº de profesionales que han recibido formación
- Tipo de actividades de formación realizadas
- Horas lectivas
- Acreditación de actividades
- Perfil del alumnado
- Perfil del profesorado

Según los criterios de calidad de la formación en prevención y detección precoz de la violencia de género (VG) en el ámbito sanitario, aprobados en 2008, los formatos educativos se clasificaban en:

- *curso básico*, con duración alrededor de 20 horas docentes.
- *actividad de sensibilización* cuando la duración fuese inferior a 10 horas.

Esta clasificación es la que se ha venido contemplando para recoger los indicadores anuales desde 2008, al que se le sumaba una tercera categoría de *Otros*, referida a aquellas acciones formativas sanitarias no específicas de violencia de género (VG) pero que incluían dentro de su temario una parte dedicada a VG, independientemente de su duración.

Las CCAA han ido incorporando en los programas de formación interno residente (MIR, EIR, etc.) esta temática, se ha avanzado en los programas de formación continuada en esta materia, y se ha ido profundizando en el desarrollo o mejora de capacidades para la detección precoz, prevención, abordaje y seguimiento de casos detectados desde los servicios sanitarios (avanzada) o ha sido necesario dotar de una masa crítica de personas formadoras (formación de formadores) para poder llegar a más centros y servicios.

Desde el Observatorio de Salud de las Mujeres, se ha procedido a realizar un análisis descriptivo de las normativas publicadas en el BOE al respecto¹ (en total 58), revisando el texto de la norma y si en él se explicitaba

¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Página Web. Ver Programas Formativos de Especialistas en Ciencias de la Salud en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>

la formación en conocimientos o desarrollo de capacidades y habilidades en relación con la prevención y detección precoz de la violencia de género, bien en la declaración de contenidos generales y específicos o en el apartado de resultados formativos (competencias, destrezas, etc.). El resultado de dicho análisis se refleja en la tabla siguiente.

PROGRAMAS FORMATIVOS DE ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD²				
(-)= NO explicitado en el texto BOE o Guía consultada según cuadro				
(X)=SI explicitado en el texto BOE o Guía consultada según cuadro				
Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
Alergología	9/10/2006	-	-	-
Análisis Clínicos	2/11/2006	-	-	-
Anatomía Patológica	10/10/2006	-	-	-
Anatomía Patológica (Anexo al Programa)	28/5/2009	-	-	-
Anestesiología y Reanimación	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas)	-	-	-
Angiología y Cirugía Vascul ar	8/5/2007	-	-	-
Aparato Digestivo	26/10/2009	-	-	-
Bioquímica Clínica	21/10/2006	-	-	-
Cardiología	8/5/2007	-	-	-
Cirugía Cardiovascular	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas)	-	-	-
Cirugía General y de Aparato Digestivo	8/5/2007	-	-	-
Cirugía Oral y Maxilofacial	29/9/2007	-	-	-
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	7/2/2007	-	-	-
Cirugía Pediátrica	21/10/2006	-	-	-
Cirugía Plástica Estética y Reparadora	15/5/2010	-	-	-

² Resultados obtenidos tras el análisis de las normativas publicadas en el BOE al respecto y disponibles en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, consultada en septiembre de 2013 en esta dirección: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/guiaFormacion.htm>

Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
Cirugía Torácica	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas)	-	-	-
Dermatología Médico Quirúrgico y Venereología	25/9/2007	-	-	-
Endocrinología y Nutrición	11/10/2006	-	-	-
Enfermería Familiar y Comunitaria	29/6/2010	X	X	X
Enfermería Geriátrica	30/11/2009	-	-	-
Enfermería Pediátrica	29/6/2012	-	X	X
Enfermería de Trabajo	28/5/2009	-	-	-
Enfermería Obstétrico Ginecológico (Matronas)	28/5/2009	X	X	X
Formación Especializada	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas))	-	-	-
Farmacia Industrial y Galénica	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas)	-	-	-
Farmacología Clínica	12/10/2006	-	-	-
Geriatría	15/9/2008	-	-	-
Hematología y Hemoterapia	21/10/2006	-	-	-
Hidrología	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas)	-	-	-
Inmunología	21/10/2006	-	-	-
Medicina Educación Física y el Deporte	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas)	-	-	-
Medicina Familiar y Comunitaria	3/5/2005	-	X	X
Medicina Física y Rehabilitadora	29/2/2008	-	-	-
Medicina Intensiva	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas) 7/2/2007	-	-	-
		-	-	-

Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
Medicina Legal y Forense	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas)	-	-	-
Medicina Nuclear	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas)	-	-	-
Medicina Preventiva y de Salud Pública	27/6/2005	-	-	X
Medicina de Trabajo	28/5/2005	-	-	X
Microbiología y Parasitología	21/10/2006	-	-	-
Nefrología	15/5/2008	-	-	-
Neumología	15/9/2008	-	-	-
Neurocirugía	29/3/2008	-	-	-
NeuroFísica	16/9/2008	-	-	-
Neurología	9/3/2007	-	-	-
Obstétrico y Ginecológico	28/5/2009	-	X	-
Oftalmología	16/11/2009	-	-	-
Oncología Médica	13/4/2006	-	-	-
Oncología Radioterapia	13/10/2006	-	-	-
Otorrinolaringología	8/5/2007	-	-	-
Pediatría y sus Áreas Específicas	14/11/2006	-	X	-
Psicología Clínica	17/6/2009	X	-	-
Psiquiatría	16/9/2008	-	-	-
Radiodiagnóstico	10/3/2008	-	-	-
Radiofarmacia	22/9/2007	-	-	-
Radiofísica Hospitalaria	No hay B.O.E (Guía de formación en Especialistas)	-	-	-
Reumatología	26/10/2009	-	-	-
Urología	1/11/2006	-	-	-

Tabla 1. Formación en materia de violencia de género				
PROGRAMAS FORMATIVOS DE ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD				
<i>Elaboración propia</i>				
Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
Enfermería Familiar y Comunitaria	29/6/2010	<p>- <u>La atención a la salud general en la etapa adulta</u></p> <p>*Identificar y actuar en situaciones de violencia especialmente ante la VG.</p> <p>*Identifica e interviene ante signos y síntomas de VG.</p> <p>- <u>La atención a la SS, SR y de género</u></p> <p>*Detectar y actuar en situaciones de VG.</p> <p>*Problemas de salud en relación con VG.</p> <p>*Empatía con las víctimas de VG</p>	<p>- <u>La atención de las personas adultas.</u></p> <p>*Situaciones de violencia contra las personas ancianas.</p> <p>- <u>La atención a las familias.</u></p> <p>*Gestionar programas comunitarios y familiares de prevención y detección de crisis y de violencia intrafamilia</p> <p>- <u>La atención a las personas ancianas</u></p> <p>*Situaciones de violencia contra las personas ancianas.</p> <p>*Identifica e interviene de modo precoz en casos de maltrato al mayor.</p>	<p>- <u>La atención a la adolescencia</u></p> <p>*Fomentar el desarrollo sexual y la identidad de género.</p> <p>*Detectar precozmente problemas de identidad relacionadas con el género</p> <p>- <u>La atención a la SS, SR y de género</u></p> <p>*Detecta precozmente dificultades en la perfección en la identidad de género y orienta o deriva a otros profesionales según fuese preciso.</p> <p>*Colabora en la educación de hombres y mujeres en el respeto y la convivencia entre géneros.</p> <p>*Atiende en el primer nivel de atención, el malestar bio-psico-social de las mujeres y de los hombres con un abordaje que incluya condicionantes de género y subjetividad.</p>

Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
Enfermería Pediátrica	29/6/2012		<p>- <u>En el ámbito de atención Primaria (guardias)</u></p> <p>* Fomentar en la adolescencia conductas responsables asociadas a la prevención de trastornos alimentarios, consumo de drogas, salud afecto-sexual, conflictos y violencia</p> <p>* Realizar intervenciones grupales planificadas relacionadas con conductas de riesgo de los adolescentes, trastornos afecto sexuales, de la conducta alimentaria, o los vinculados al consumo de drogas, así como actividades relacionadas con la prevención del embarazo, enfermedades de transmisión sexual, maltrato, violencia, etc.</p>	<p>* Condicionantes de género en la salud.</p> <p>- Competencias docentes</p> <p>* Considera la perspectiva de género y el lenguaje no sexista en la elaboración de materiales informativos.</p> <p>- Recién nacidos <u>Niños y adolescentes.</u></p> <p>* Realizar educación sanitaria a los niños y adolescentes sobre las dimensiones físicas y psicosociales del desarrollo sexual e identidad de género.</p>

Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
Enfermería Obstétrica Ginecológico (Matronas)	28/5/2009	<p>- <u>Competencias profesionales, desglosadas en competencias específicas y criterios para su adquisición</u></p> <p>- 1 Diagnosticar y llevar a cabo el control y seguimiento del embarazo normal.</p> <p>*Detectar situaciones de violencia de género en la mujer gestante.</p> <p>*Atender a las necesidades que presentan las mujeres gestantes en situación de violencia de género.</p> <p>- 2 Asistir a la mujer en el proceso.</p> <p>* *Detectar situaciones de violencia de género en la mujer durante el proceso de parto.</p> <p>*Atender a las necesidades que presentan las mujeres durante el proceso de parto en situación de violencia de género</p> <p>- 3 Asistir y supervisar la evolución de la madre y el neonato durante el puerperio.</p>	<p><u>Aspectos socioantropológicos en salud reproductiva:</u></p> <p>* Perspectiva de género. Significado social y cultural de ser mujer. Violencia educación. Mujer y trabajo. Violencia contra las mujeres</p>	<p><u>Aspectos socioantropológicos en salud reproductivos</u></p> <p>* Perspectiva de género. Significado social y cultural de ser mujer. Mujer y educación. Mujer y trabajo. Violencia contra las mujeres</p>

Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
		<p>*Atender a las necesidades que presentan las mujeres durante el puerperio en situación de violencia de género.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 Realizar asesoramiento y detección en el campo de los derechos de la mujer y familia. <p>* Identificar y asesorar a la mujer sobre la legislación vigente en materia de VG.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 Centros de planificación familiar. <p>Comunidad.</p> <p>*Asesorar en materia de prevención de violencia de género.</p>		
Medicina Familiar y Comunitaria	3/5/2005	-	<p><u>Violencia Familiar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Conocer los tipos de maltrato y realizar la detección precoz en la consulta mediante la identificación de situaciones de riesgo, indicios y síntomas de violencia doméstica - 2 Conocer y aplicar las pautas específicas de entrevista clínica ante la sospecha de violencia doméstica 	<p><u>Formación Médica Continuada</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *La investigación de calidad debe ser fomentada - 1 La Atención Primaria es el primer punto de contacto que los servicios sanitarios proporcionan a los individuos y a la población de forma continua, integral e integrada, e indiferenciada por edad, género, estado de salud o enfermedad, siendo sin

Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
			<ul style="list-style-type: none"> - 3 Realizar el diagnóstico de maltrato y evaluar su magnitud, valorando el riesgo inmediato - 4 Realizar un examen físico, la valoración psicológica (actitudes y estado emocional) y establecer un plan de actuación integral y coordinado - 5 Conocer las pautas de actuación (qué hacer y qué no hacer) ante la atención de una de agresión sexual - 6 Cumplimentar correctamente el parte de lesiones que se remitirá al juez - 7 Conocer los recursos sociales y sanitarios disponibles, forma de acceso y criterios de derivación. 	<p>embargo llamativa la diferencia entre el alto nivel de actividad asistencial en Atención Primaria y su escasa presencia en la Investigación actual.</p> <p>*Área docente de competencias relacionadas con la atención a la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 A tal fin, el Médico de Familia debe obtener la información suficiente para identificar las necesidades de salud de la población, considerando a la comunidad en su conjunto como sujeto de atención, identificando a los grupos de riesgo que, por razones de clase social, género, etnia, edad, etc., sufren desigualdades en salud, programando e implementando intervenciones para abordar los problemas de salud comunitarios y conseguir el acceso al sistema sanitario de los sujetos más vulnerables.

Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
Medicina Preventiva y de Salud Pública	27/6/2005	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Evaluar servicios y programas sabiendo:</u> *Evaluar la eficacia, la efectividad, la eficiencia, la utilidad, la seguridad, la equidad (geográfica, social, étnica o de género) de las intervenciones sanitarias
Medicina de Trabajo	28/5/2005	-	-	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Las etapas del programa Formativo</u> *Sociología Laboral. - 1 Diferencias de Género
Obstetricia y Ginecología	28/5/2009	-	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Mapa de competencias de la especialidad: conocimientos</u> *Bioética - 1 Conocer la repercusión de la violencia de género en la afectada, familia y comunidad. 	-
Pediatria y sus Áreas Especificas	14/11/2006	-	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Contenidos específicos.</u> *Pediatria preventiva - 1 Prevención de la violencia - 2 Programa de salud para niños: (Maltrato, Violencia) 	-

Especialidad	Fecha B.O.E.	Violencia de género	Violencia en general	Perspectiva de género
Psicología Clínica	17/6/2009	<p>- Contenidos clínicos-asistenciales</p> <p>*Salud Sexual y Reproductiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Conocer y aplicar los programas de psicoterapia y tratamientos e intervención psicológicos aplicables a conflictos de pareja, delitos sexuales, y violencia de género - 2 Elaboración de informes psicológicos y periciales relacionados con delitos sexuales y violencia de género. - 3 Participación en desarrollo y aplicación de actividades relacionadas con la problemática legal de las personas involucradas en delitos sexuales y de violencia de Género. - 4 Evaluación y tratamientos psicológicos para conflictos de pareja y violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 Supervisión de la salud infanto-juvenil: (Prevención de la violencia). - 4 Pediatría social: (Maltrato, violencia) 	-

Puesto que muchas CCAA vienen ya impartiendo formación interno residente y otro tipo de actividades relacionadas con formación avanzada para profesionales en determinadas áreas de capacitación (entrevista clínica, sesiones o talleres específicos sobre atención en contextos de especial vulnerabilidad, etc.) para este Informe Anual 2012, el Grupo técnico de trabajo de la Comisión decidió adaptar los criterios de calidad³, considerando que los datos no debían ser recogidos exclusivamente en función de la duración de horas de la actividad formativa, sino de otra manera que refleje mejor la nueva realidad de la formación en materia de VG en las CCAA, eso sí, procurando que no se desvirtuaran las análisis de series de evolución temporal.

De esta forma, la nueva clasificación de tipo de actividad formativa quedó como se indica a continuación:

- **Formación básica:**

- **curso básico (20-25 horas).** Puede ser presencial o formato online o semi-presencial, habrá que especificarlo
- **actividad de sensibilización (10h o menos)**
- **otros (no específicos de VG pero incluyen algún módulo o contenido en VG)**

- **Formación Avanzada**, donde se incluyen *Jornadas Técnicas, Seminarios Formativos, Talleres, Sesiones Clínicas y Formación de formadoras/es*
- **Formación de formadores**, que en muchas CCAA facilita la formación en red para llegar a profesionales de más centros y servicios sanitarios.
- **Formación Interno Residente** (*MIR, EIR, PIR, etc.*) se añade como nueva categoría por separado, ya que esta formación en detección precoz y prevención de la VG se contempla en la actualidad en algunos Programas Formativos de Especialidades en Ciencias de la Salud, en concreto, en aquellas más relacionadas por su perfil con la atención a las mujeres que sufren VG y sus hijas e hijos

Por otra parte, la presentación general de datos se refleja para cada **ámbito asistencial**: Atención Primaria (AP), Atención Especializada (AE) y Urgencias (URG), figurando un cuarto grupo denominado genéricamente

³ Criterios de calidad de la formación. Aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en 2008. Disponibles en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolCriteriosDef.pdf>

“Otros”, que hace referencia a aquellas actividades impartidas desde los servicios sanitarios, pero que incluyen la participación conjunta de profesionales de los tres ámbitos asistenciales (AP, AE y URG) o incluso profesionales de otros sectores diferentes al sanitario, implicados en la lucha contra la violencia de género (*medicina forense, cuerpos y fuerzas de seguridad, etc.*), como expresión de la necesidad de coordinación para una atención integral y continuada a las mujeres que sufren este tipo de violencia y a sus hijas e hijos.

Finalmente, también con carácter general, y tal como establece la Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, se ofrecen desagregados **por sexo** los datos de personal formado y perfiles profesionales, tanto de alumnado como de profesorado, aunque algunas CCAA todavía tienen dificultades para obtenerlos con este nivel de desagregación.

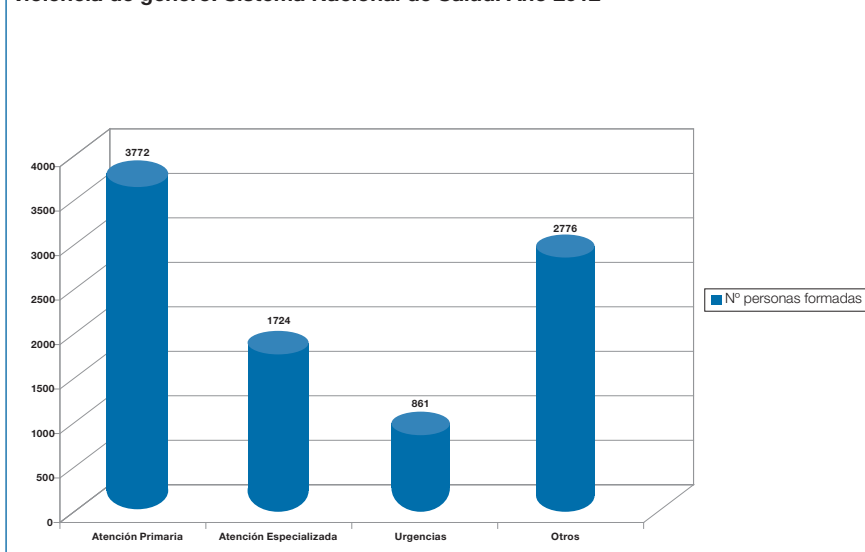
1.2.1. Datos agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Año 2012. Formación en materia de violencia de género

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud se han formado en 2012 en materia de violencia de género, un total de 9133 **profesionales** que participaron en **489 actividades formativas**. De todas estas actividades, fueron acreditadas en el conjunto del SNS un **95,75%**, alcanzándose la mayor proporción de acreditación en el ámbito de atención primaria (97,67%) y urgencias (93,75%). El conjunto de actividades impartidas en 2012 en esta materia **supuso un total de 2.604,5 horas lectivas** de formación.

Análisis por ámbito asistencial

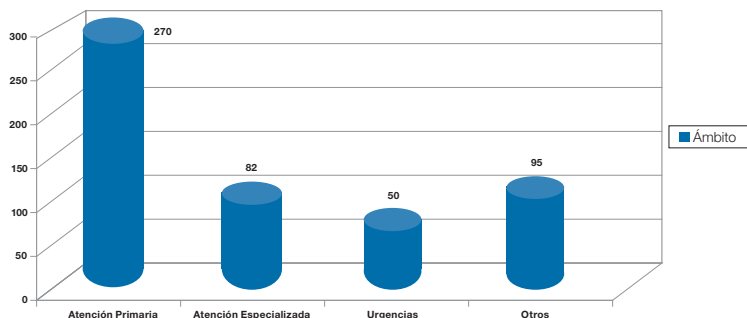
Durante 2012, el ámbito de atención primaria (AP) sigue encabezando el mayor porcentaje (41%) sobre el total de profesionales formados en el SNS. Destaca este año también, el amplio porcentaje (30%) de profesionales formados de manera conjunta en el ámbito “Otros”, ámbito en el que como se verá más adelante se han dado todos los formatos educativos de forma más proporcionada entre sí, incluida la formación básica, a diferencia de AP, AE o Urgencias, donde mayoritariamente ha sido sensibilización.

Gráfico 1. Personal formado por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



Respecto al N° de actividades formativas impartidas, es de nuevo AP quien predomina respecto al resto de ámbitos (489 actividades) que supone el 54,4% del total de acciones formativas en 2012.

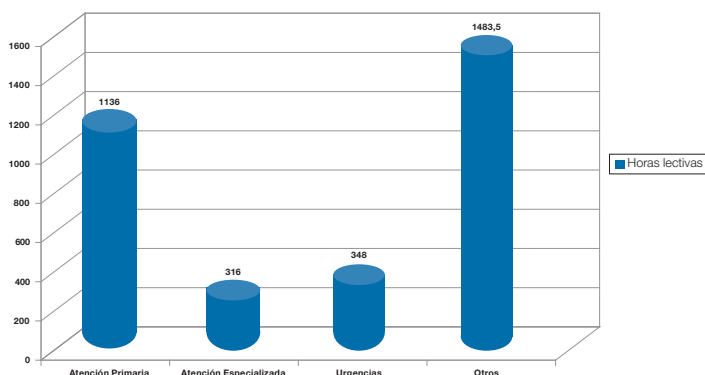
Gráfico 2. N° de actividades por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



El ámbito OTROS se refiere a aquellas actividades formativas impartidas a profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales en su conjunto, o bien, a aquellas otras que siendo organizadas desde los servicios sanitarios cuentan entre su alumnado con la participación de profesionales de servicios sanitarios y de otros sectores implicados en la lucha contra la VG (justicia, fuerzas y cuerpos de seguridad, igualdad y servicios sociales, etc.)

Respecto al N° de horas lectivas impartidas, aunque sigue siendo AP la que predomina (1049), se observa que el número de horas del ámbito “Otros” (1408,5) se aproxima bastante, por lo que podemos deducir que aunque fue notablemente menor el número de acciones formativas impartidas en este ámbito respecto a AP (ver gráfico anterior), fueron actividades de mayor extensión horaria en algunos casos.

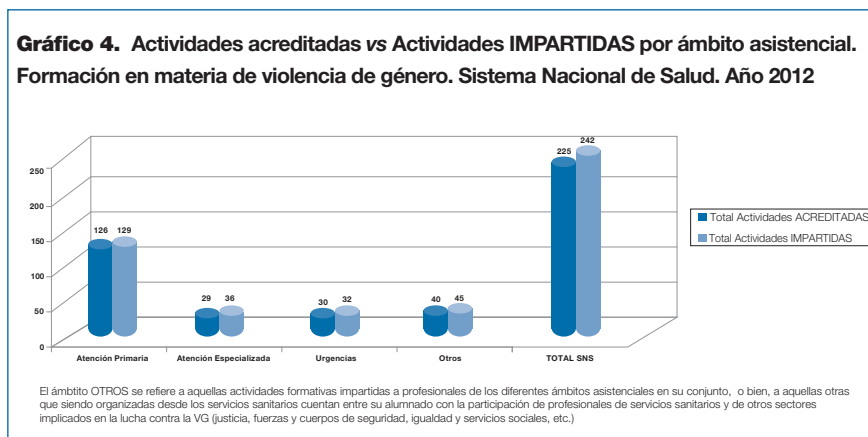
Gráfico 3. N° horas lectivas por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



En el caso concreto de la acreditación de las actividades impartidas, como se puede observar en el gráfico siguiente, en ámbitos asistenciales como AP

y Urgencias se mantiene en porcentajes superiores al 90%, mientras en el ámbito de AE y en las actividades impartidas de forma conjunta para varios ámbitos (Otros) la acreditación se sitúa por debajo del 90% (80,56% y 88,10% respectivamente). No obstante, tal como se explicaba al comienzo de este Informe, no se ha contabilizado la formación IR (interno residente) en el cálculo que se ofrece del % de actividades acreditadas por las CCAA, puesto que la formación interno residente, se rige por los criterios de acreditación docente que le son propios, y está acreditada al 100%.

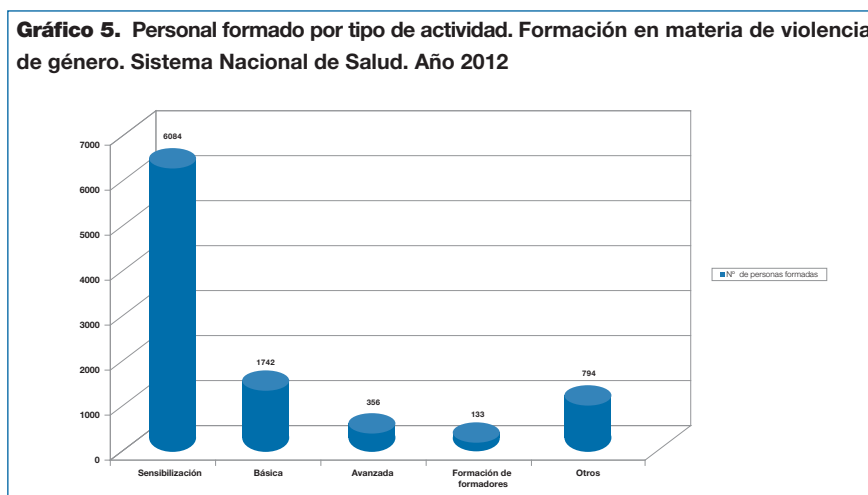
Gráfico 4. Actividades acreditadas vs Actividades IMPARTIDAS por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



Análisis por tipo de actividad formativa

Si observamos el personal formado por cada tipo de actividad, en 2012 destaca el gran número de profesionales formado en **actividades de sensibilización** (5796).

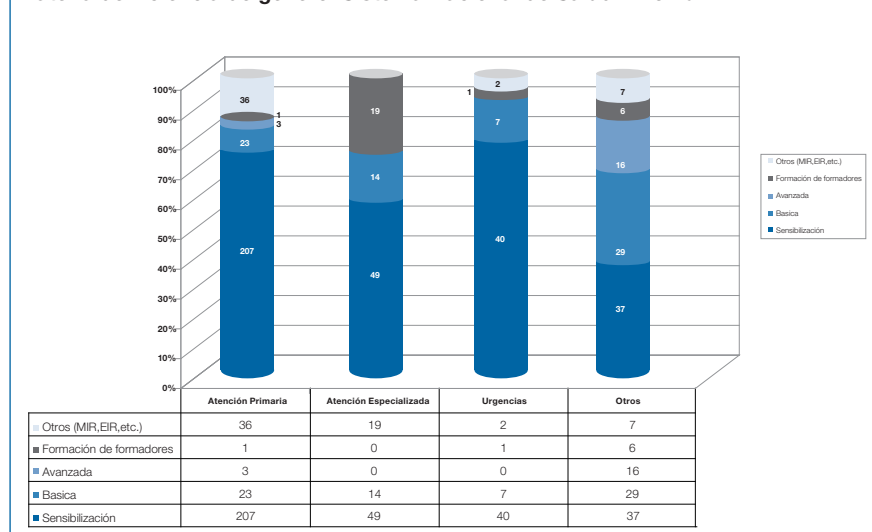
Gráfico 5. Personal formado por tipo de actividad. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



Como se puede observar a continuación, independientemente del ámbito asistencial, las **actividades de sensibilización son las más frecuentes en 2012** (207 en AP, 49 en AE, 40 en Urgencias y 33 cuando participan conjuntamente profesionales de varios ámbitos asistenciales, incluidos profesionales de otros sectores implicados en la lucha contra la VG).

A las actividades de sensibilización, le siguen en mayor número la formación básica (65) y la formación interno residente (60). La formación de formadores sigue dándose en un bajo porcentaje respecto al resto de modalidades.

Gráfico 6. Tipo de actividades formativas por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012

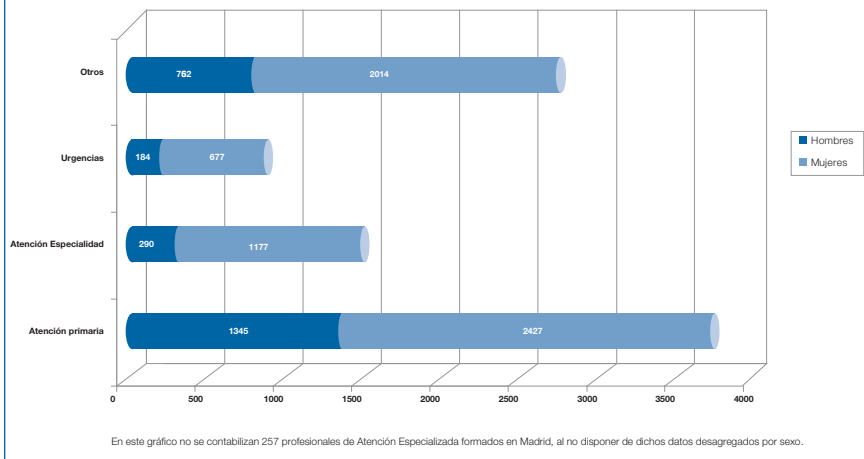


Datos desagregados por sexo

Respecto a los datos de **participación desagregados por sexo**, tal como se comentó anteriormente, no todas las CCAA pueden ofrecer los datos con este grado de desagregación para los distintos tipos de acciones formativas y ámbitos asistenciales.

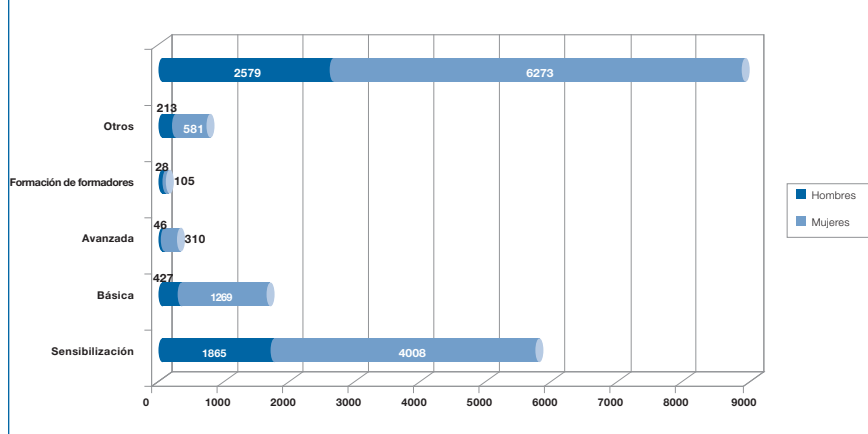
No obstante, vuelve a confirmarse como en años anteriores, que **las profesionales sanitarias** siguen siendo las que más participan en la formación en materia de VG respecto a sus homólogos masculinos, independientemente del **ámbito asistencial** donde desarrollen su trabajo. No obstante, a pesar de la menor participación de los hombres en este tipo de formación, ese porcentaje varía, siendo algo mayor en AP (35,9%) que en Especializada (19,76%) o Urgencias (21,4%).

Gráfico 7. Personal formado por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



Atendiendo al **tipo de actividad formativa**, la participación de los hombres en las actividades de sensibilización (31,53%) y formación básica (25,46%) o en actividades que contienen algún elemento formativo de VG aunque no sean específicas de dicha materia (26,82%) es mayor que en las de tipo formación de formadores (21,05%) o en formación avanzada (11,18%).

Gráfico 8. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



Ahora bien, si combinamos ambos análisis, es decir, cómo dentro de cada ámbito asistencial hombres y mujeres participan en los diferentes tipos de

actividad formativa, obtenemos los cuatro gráficos siguientes (gráficos 8a, 8b, 8c y 8d), donde se constata la mayor participación de los hombres en actividades de sensibilización en todos los ámbitos asistenciales, siendo mayor la presencia en el ámbito “Otros” (formación conjunta de todos los ámbitos o con otros sectores) o bien en otras acciones formativas no específicas de violencia de género donde se imparte algún módulo sobre VG.

Gráfico 8a. Atención primaria. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2012

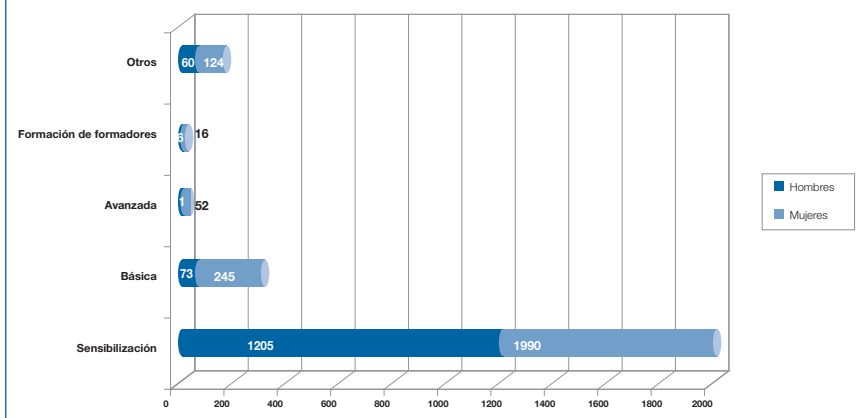


Gráfico 8b. Atención especializada. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2012

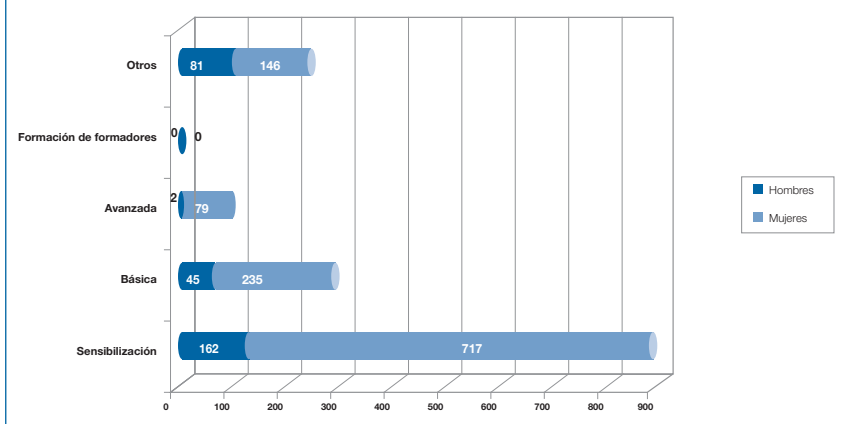


Gráfico 8c. Urgencias. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2012

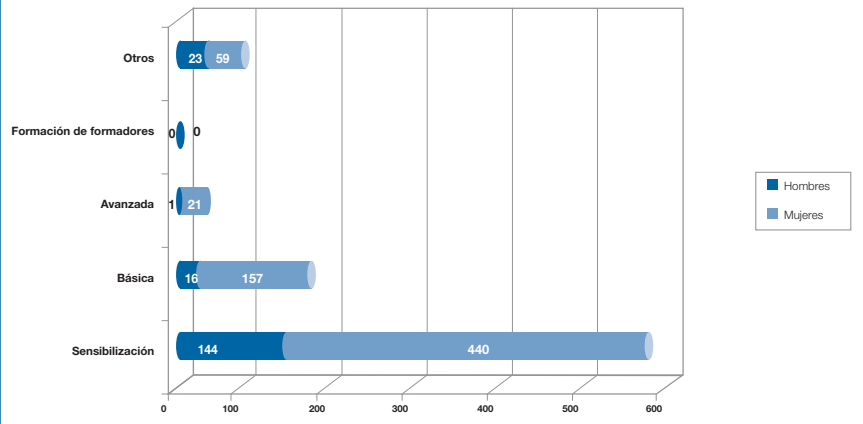


Gráfico 8d. Otros. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2012

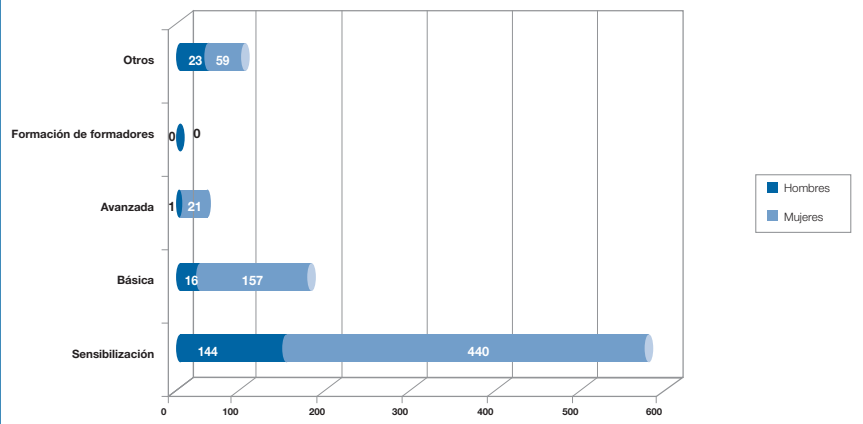


Tabla 2. Resumen. Cuestiones generales. Formación. Violencia de género. SNS. Año 2012

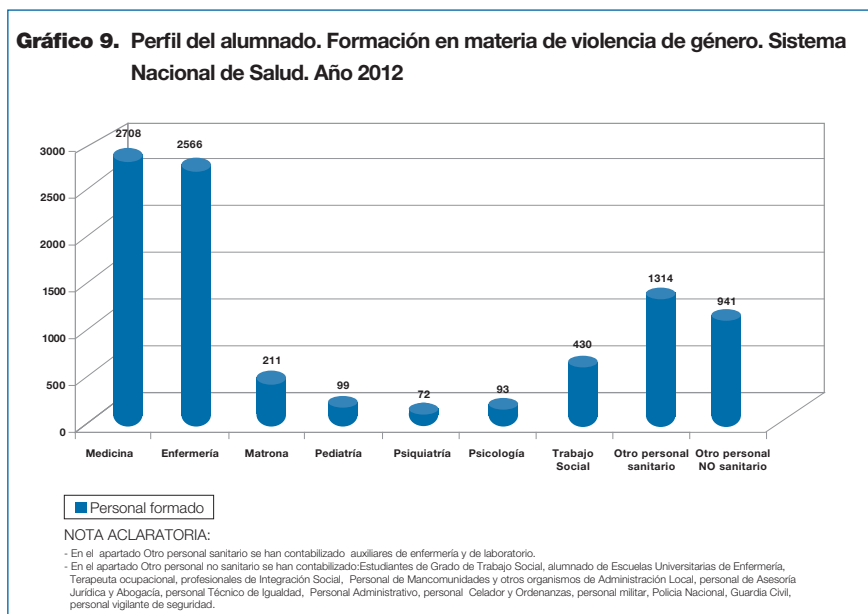
Ámbito asistencial	<p>Atención Primaria es el ámbito asistencial donde mayor número de actividades y horas lectivas se imparten relacionadas con esta materia. En Urgencias donde menos.</p> <p>El nº de horas lectivas impartidas en lo que denominamos ámbito “Otros” (actividades formativas que reúnen a profesionales de diferentes ámbitos asistenciales sanitarios o de otros sectores) aumentó bastante en 2012 y se sitúa muy próxima a los niveles de horas lectivas de atención primaria (935,5 en Otros y 1049 en AP).</p>
Formato educativo	<p>La actividad de sensibilización es el formato educativo que con más frecuencia se sigue utilizando en este tipo de formación y donde más profesionales se forman.</p> <p>El formato de cursos básicos en AP es bastante menor que las actividades de sensibilización.</p> <p>En el ámbito “Otros” es donde más profesionales se han formado para cualquiera de los tipos de actividad, destacando la formación en cursos básicos y en actividades de sensibilización.</p>
Datos de participación desagregados por sexo	<p>La participación en las distintas acciones formativas y en los distintos ámbitos asistenciales sigue siendo mayoritaria por parte de las mujeres.</p> <p>No obstante, la participación más elevada de hombres en 2012 se ha producido en las actividades de sensibilización en AP.</p> <p>En el ámbito Otros es donde más hombres han participado en la formación⁴.</p>
Total del personal sanitario formado	<p>Atención Primaria sigue siendo el ámbito con mayor nº de profesionales formados. Especializada y Urgencias presentan menos profesionales formados, con cifras más próximas entre sí.</p>
Número de Cursos acreditados	<p>El % de acreditación de acciones formativas en materia de violencia de género es del 96% en el conjunto del SNS. Dónde más actividades se han acreditado ha sido en Atención Primaria, seguidas de aquellas en las que se forma a profesionales de varios ámbitos conjuntamente (“otros”).</p>

Perfil profesional del alumnado

Se observa como en años anteriores que Medicina (2410) y Enfermería (2265) son las profesiones mayoritarias en este tipo de formación sanitaria.

⁴ Quizás la mayor presencia de hombres en el ámbito “otros” es debida no sólo a ser donde más profesionales participaron del ámbito sanitario, sino que además en este puede haber profesionales de otros sectores donde la presencia de hombres es mayor (ejemplo: fuerzas y cuerpos de seguridad, judicatura, fiscalía)

No obstante, si se suman las cantidades de otros profesionales sanitarios formados (fundamentalmente auxiliares de enfermería (1134) y otro personal técnico (919) formado en materia de violencia de género, se sitúan en magnitudes similares a Enfermería.

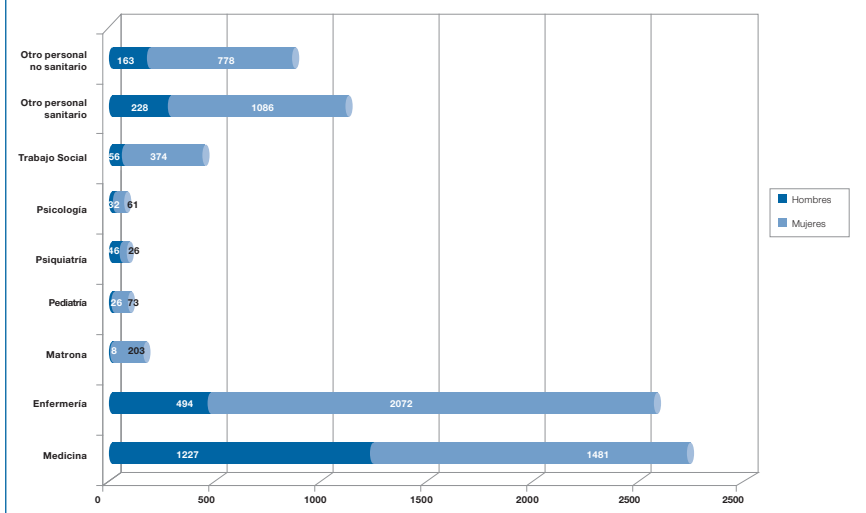


En el siguiente gráfico, donde figuran los datos desagregados por sexo para los diferentes perfiles profesionales del alumnado⁵ se observa como destacan **Medicina** 2410 (1128 hombres y 1282 mujeres) y **Enfermería** con 2265 (1798 mujeres y 467 hombres), al igual que en años anteriores.

La mayor **participación masculina** se observa en **Medicina** (46,8%) seguido de Psicología (40%). Y Psiquiatría (35,71%) y a continuación Pediatría (29,54%) Enfermería (20,61%) y Otro personal sanitario (17,981%) y Personal no sanitario (17,41%). Los que presentan *menor porcentaje de hombres* formados son Trabajo Social (12,73%) y Matronas (5%).

⁵ Basado sólo en los datos remitidos por aquellas CCAA que han podido facilitar la información desagregada por sexo

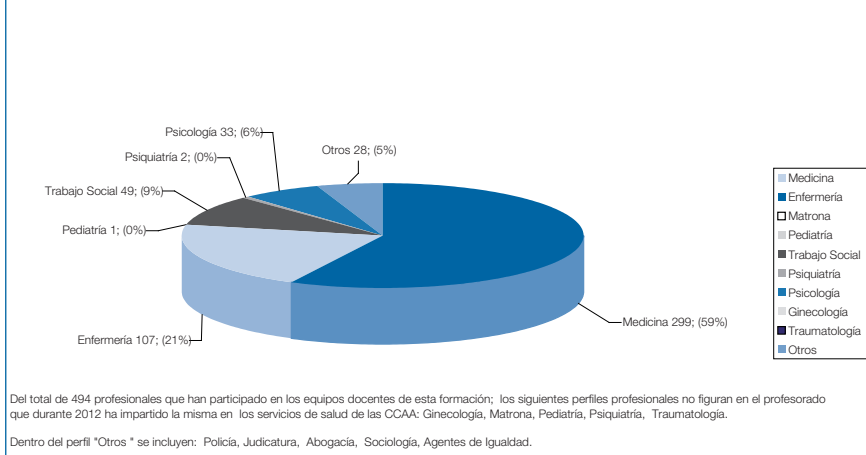
Gráfico 10. Perfil del alumnado. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



Perfil profesional del profesorado

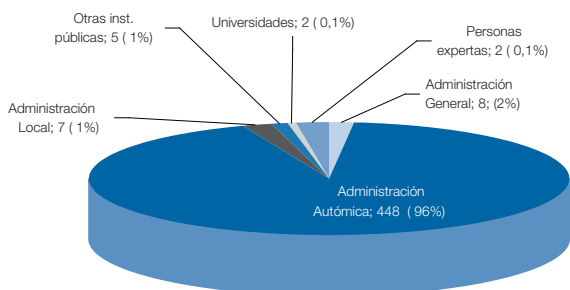
En cuanto a la **adscripción del profesorado**, en 2012 la mayoría sigue perteneciendo como en años anteriores a la **Administración Autónoma** (96%), seguido aunque a gran distancia en porcentaje, por el personal de la Administración General del Estado (2%), Local (1%) y Otras Instituciones Públicas (1%).

Gráfico 11. Perfil del profesorado. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



Por otra parte, en cuanto a la **adscripción del profesorado**, sigue predominando la procedencia de la administración autonómica en los equipos docentes para formar en prevención y detección precoz de la violencia de género.

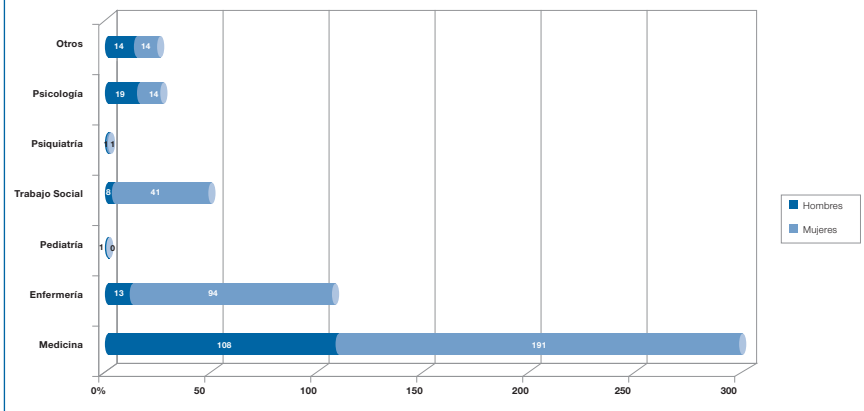
Gráfico 12. Adscripción del profesorado. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



El apartado "Otras Instituciones Públicas" en los equipos docentes durante 2012, se refiere a profesionales de la Fuerzas y Cuerpos de Seguridad Autónoma y Local, Judicatura y personal técnico de los Institutos de la Mujer autonómicos.

Al analizar los datos de perfil **profesional del profesorado**, desagregados por sexo, se puede observar como destaca el perfil de medicina respecto al resto de perfiles profesionales, en cuanto a mayor participación, tanto para hombres como para mujeres. No obstante son las mujeres de esta profesión las que conforman la base de los equipos docentes en materia de violencia de género en el conjunto del SNS, seguidas por las profesionales de Enfermería y Trabajo Social.

Gráfico 13. Perfil del profesorado. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012



A diferencia de lo que ocurría en el alumnado, perfiles como Psiquiatría o Pediatría todavía no forman parte de los equipos docentes en esta materia.

Tabla 3. Resumen. Perfil profesional del profesorado y alumnado. Formación. Violencia de género. SNS. Año 2012

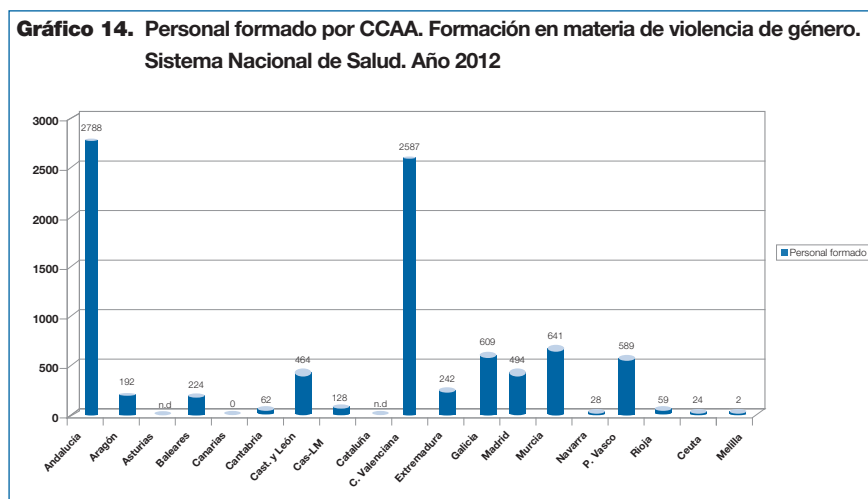
Perfil profesional del alumnado, datos desagregados por sexo	<p>El perfil profesional del alumnado está constituido mayoritariamente por Medicina y Enfermería, aunque otros perfiles sanitarios como auxiliares de enfermería y personal técnico de otros servicios -al sumar su participación- llegan a una magnitud similar a la de Enfermería.</p> <p>Destaca la participación de los hombres como alumnado respecto a las mujeres de su misma profesión en perfiles como psiquiatría (64,29%), psicología (40%) o pediatría (29,55%).</p> <p>Entre el alumnado, no obstante sigue siendo mayor la participación de mujeres en todos los perfiles salvo en psiquiatría (35,71%).</p>
Perfil profesional del profesorado	<p>Al igual que en años anteriores, el perfil profesional del profesorado ha sido mayoritariamente compartido por Medicina (59%) y Enfermería (21%).</p>
Perfil Profesorado según sexo	<p>Los hombres pertenecientes al perfil profesional de Medicina son los que en mayor medida han participado como docentes.</p> <p>Por otra parte, aunque con cifras absolutas menores dentro del profesorado, destaca en Psicología, que el 63,33% de profesorado con este perfil hayan sido hombres.</p>
Adscripción del profesorado	<p>En cuanto a la adscripción del profesorado la mayoría está adscrita a la Administración Autonómica (96%).</p>

1.2.2. Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Año 2012. Formación en materia de violencia de género

En este segundo apartado sobre formación, se facilitan los datos desagregados por cada CCAA e Ingsa (Ceuta y Melilla), siguiendo una sistemática similar a la mostrada en el apartado anterior de datos globales del Sistema Nacional de Salud.

En el caso de Asturias, Baleares y Cataluña no constan datos facilitados desde sus servicios sanitarios para este Informe Anual VG 2012, por lo que se desconoce si se ha impartido formación en esta materia en dicho ámbito.

Otras CCAA como Canarias no han realizado durante 2012 actividad formativa alguna en esta materia desde el ámbito de los servicios sanitarios.



Sería más orientativo disponer de datos expresados en tasas o porcentaje, puesto que los números absolutos en general son bastante mayores en las CCAA con más provincias o población.

Durante los últimos años, se ha intentado obtener en cada CCAA la información sobre nº total de profesionales que constituiría la población diana para ser formada en esta materia, con el fin de disponer de un denominador que permita relativizar los datos absolutos, pero esto todavía no ha sido posible por dificultades en la mayoría de las CCAA.

El Grupo de Formación de profesionales de la Comisión, ha establecido durante el último año de forma consensuada los perfiles

profesionales que desde los servicios sanitarios es más probable que participen en la atención sanitaria integral a la salud de las mujeres afectadas, sus hijas e hijos (medicina, pediatría, enfermería, matronas, trabajo social, psiquiatría, psicología) así como otros perfiles necesarios para una atención continuada de calidad (personal de dirección, gestión y administración y otro personal no sanitario). No obstante es difícil disponer de dicha información para establecer los denominadores de las tasas.

Se está estudiando la posibilidad de calcularlas, como alternativa, sobre población o nº de mujeres mayores de 14 años en cada CCAA, obteniendo los datos de mujeres 14-85 años calculados desde Estadística del Padrón continuo. INE. (datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia). De esta forma se utilizaría como denominador las mismas cifras de población que se están utilizando para el cálculo de los indicadores epidemiológicos comunes VG del Sistema Nacional de Salud. Los datos pues se referirían a personal de servicios sanitarios formado respecto a la población de mujeres que potencialmente podrían ser atendidas como caso de VG.

Análisis por ámbito asistencial

Por ámbito asistencial, de las 13 CCAA más Ceuta y Melilla, de las que se cuenta con datos, en 8 de ellas más Ceuta y Melilla, se ha realizado formación en **Atención Primaria (AP)**.

En Navarra y ciudad de Ceuta sólo se ha realizado formación en AP.

En las CCAA de Andalucía, Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia, País Vasco, Rioja y ciudad de Melilla, se ha realizado además de en AP, formación en otros ámbitos. En aquellas donde no se ha hecho formación en AP, es el ámbito “**Otros**” el que focaliza la formación, es decir, se ha realizado la formación conjunta de personal de los diferentes ámbitos (AP, AE y Urgencias) en la misma actividad formativa, tal como ocurrió en Extremadura y Galicia. En otras CCAA, destaca la formación en el ámbito de **Urgencias** respecto a Atención Especializada (AE), como ocurre en Andalucía o incluso respecto a AP como es el caso de Aragón.

Gráfico 15. Formación impartida por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012

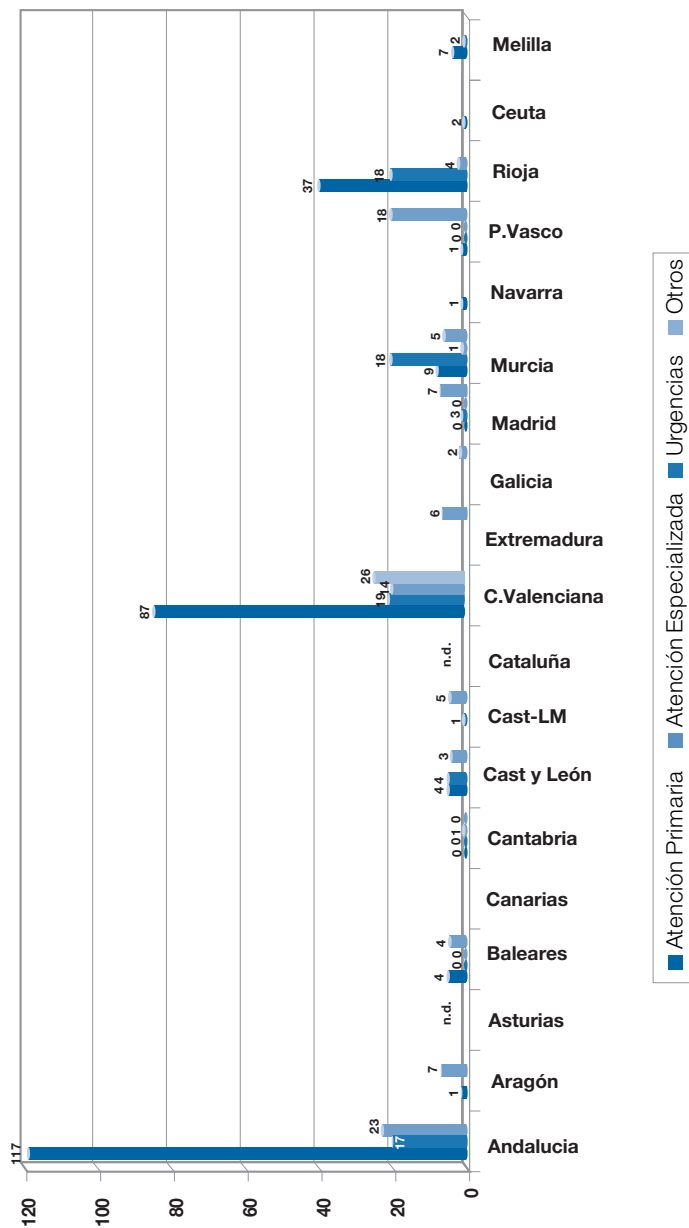


Tabla 4. Tabla correspondiente al Gráfico 15

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	117	17	23	0
Aragón	1	0	7	0
Asturias	nd	nd	nd	nd
Baleares	4	0	0	4
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	1	0
Castilla y León	4	4	0	3
Castilla-La Mancha	0	1	0	5
Cataluña	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	87	19	14	26
Extremadura	0	0	0	6
Galicia	0	0	0	21
Madrid	0	3	0	7
Murcia	9	18	1	5
Navarra	1	0	0	0
País Vasco	1	0	0	18
Rioja	37	18	4	0
Ceuta	2	0	0	0
Melilla	7	2	0	0

Aunque sólo disponemos de datos absolutos de **personal formado** en 2012, podemos observar como en la mayoría de las CCAA que han proporcionado los datos, sigue siendo **predominante** el peso de profesionales de **Atención Primaria**, destacan Andalucía y C. Valenciana en Atención Primaria (2055 y 1119 profesionales respectivamente). En el caso de Madrid el personal se reparte entre Atención Especializada (257) y Otros (237).

En comunidades como Murcia, Castilla y León y País Vasco destaca sin embargo el personal formado en **Atención Especializada** y en C. Valenciana Y Galicia el personal formado en modalidad de actividad conjunta de varios ámbitos a la vez (1032,609 y 286 respectivamente), más que el personal formado en Atención Primaria.

Aragón en 2012 ha concentrado su actividad formativa en **Urgencias**, seguido a distancia por Andalucía y Rioja que también han formado una proporción significativa de personal de este ámbito en su CCAA.

Extremadura y Galicia como se ha comentado anteriormente formaron conjuntamente al personal de todos los ámbitos.

Gráfico 16. Personal formado por Ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012

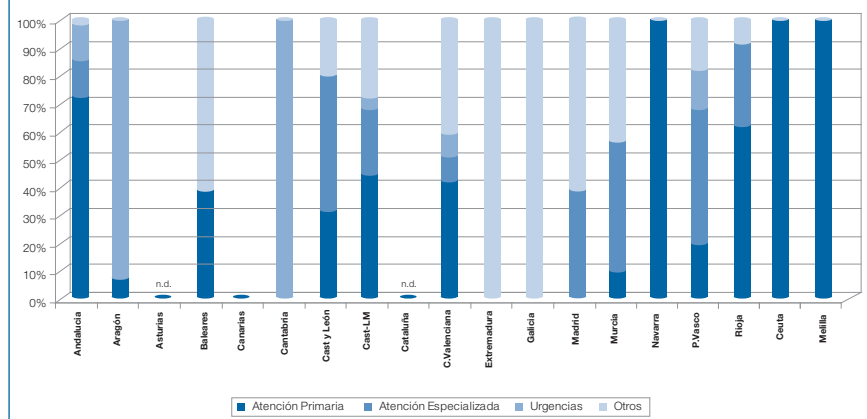


Tabla 5. Tabla correspondiente al Gráfico 16

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	2055	361	351	21
Aragón	15	0	177	0
Asturias	nd	nd	nd	nd
Baleares	85	0	0	139
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	62	0
Castilla y León	152	223	0	89
Castilla-La Mancha	59	29	5	35
Cataluña	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	1119	255	181	1032
Extremadura	0	0	0	242
Galicia	0	0	0	609
Madrid	0	257	0	237
Murcia	74	295	0	272
Navarra	28	0	0	0
País Vasco	122	286	81	100
Rioja	37	18	4	0
Ceuta	24	0	0	0
Melilla	2	0	0	0

Análisis por tipo de actividad

Por tipo de actividad, en 10 CCAA se han impartido **actividades de sensibilización**, destacando este tipo de actividad en Andalucía y Comunidad Valenciana seguida a distancia por Murcia. Durante 2012 y debido a la nueva clasificación de las actividades formativas podemos observar la significativa presencia de la **formación interno residente** en CCAA como Rioja, Murcia y Galicia, donde además el peso relativo de esta formación respecto a otros modalidades como formación básica o sensibilización está bastante equilibrado o bien las supera, como en el caso de Murcia.

La **formación avanzada** y la **formación de formadores se hace visible** en algunas CCAA como Andalucía, Castilla y León, C. Valenciana, Galicia y Murcia.

Gráfico 17. Tipo de actividad. Formación impartida. Formación impartida en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012

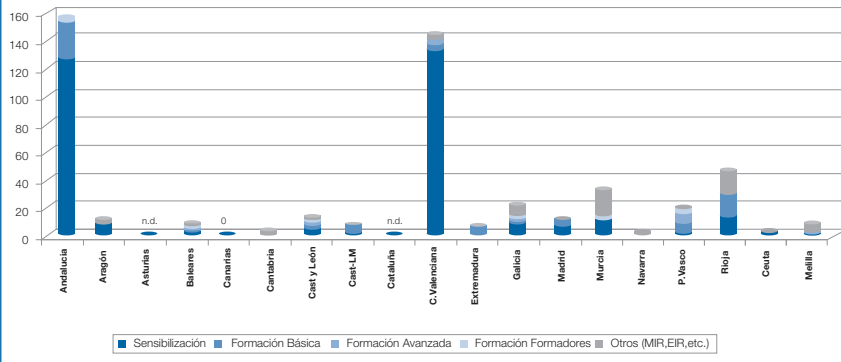


Tabla 6. Tabla correspondiente al Gráfico 17

	Sensibilización	Formación Básica	Formación Avanzada	Formación Formadores	Otros (MIR,EIR,etc.)
Andalucía	131	24	0	2	0
Aragón	6	0	0	0	2
Asturias	nd	nd	nd	nd	nd
Baleares	2	2	2	0	2
Canarias	0	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0	1
Castilla y León	6	3	1	0	1
Castilla-La Mancha	1	5	0	0	0
Cataluña	nd	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	136	4	3	0	3
Extremadura	0	6	0	0	0
Galicia	8	2	2	2	7
Madrid	6	4	0	0	0
Murcia	17	0	3	0	13
Navarra	0	0	0	0	1
País Vasco	2	6	6	4	1
Rioja	15	17	0	0	27
Ceuta	2	0	0	0	0
Melilla	1	0	2	0	6

Si profundizamos en observar como se **distribuyen los diferentes tipos de actividad** (sensibilización, básica, avanzada, formación de formadores o formación interno residente) **para cada ámbito asistencial por CA** podemos observar cómo durante 2012 en Aragón o Castilla-La Mancha, las actividades de sensibilización se **concentraron en un sólo ámbito** (Urgencias en el caso de Aragón y atención especializada y atención primaria en el caso de Ceuta y Melilla).

En el caso de Castilla-La Mancha, su opción fue impartir tanto las actividades de sensibilización como la formación básica en acciones formativas conjuntas de todos los ámbitos asistenciales (“Otros”). La Comunidad Valenciana impartió también de esta manera sus cursos de formación básica. En Madrid se impartió sensibilización y formación básica centrada en especializada y formación conjunta (Otros).

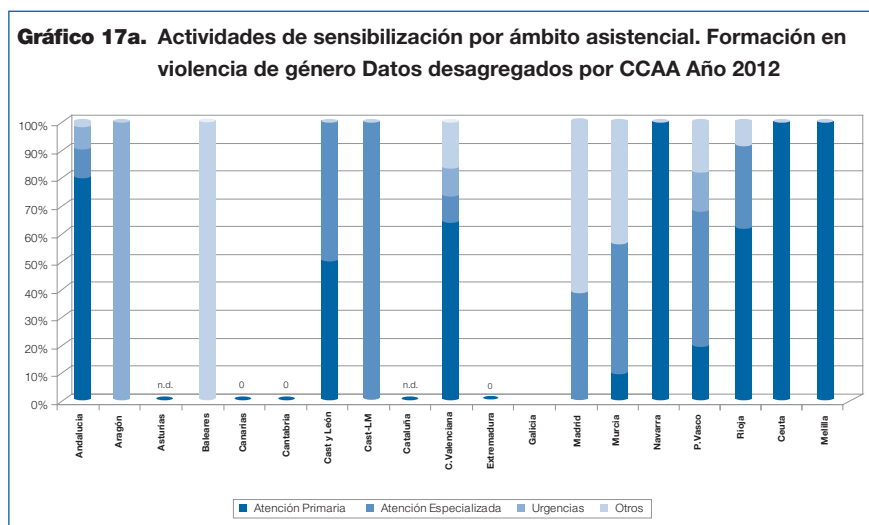


Tabla 7. Tabla correspondiente al Gráfico 17a

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	104	12	15	0
Aragón	0	0	6	0
Asturias	nd	nd	nd	nd
Baleares	0	0	0	2
Canarias	0	0	0	0

Tabla 7. Tabla correspondiente al Gráfico 17a (Continuación)

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Cantabria	0	0	0	0
Castilla y León	3	3	0	0
Castilla-La Mancha	0	1	0	0
Cataluña	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	87	16	14	19
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	8
Madrid	0	2	0	4
Murcia	6	8	1	2
Navarra	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	2
Rioja	4	7	4	0
Ceuta	2	0	0	0
Melilla	1	0	0	0

Gráfico 17b. Formación básica por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012

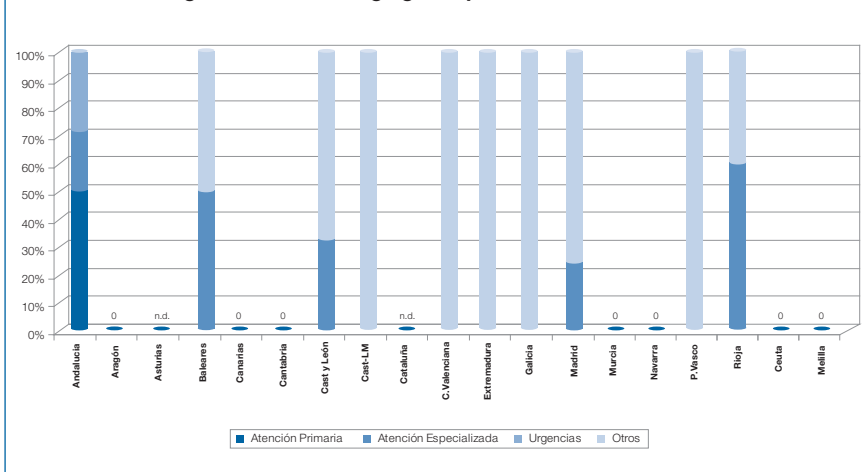


Tabla 8. Tabla correspondiente al Gráfico 17b

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	12	5	7	0
Aragón	0	0	0	0
Asturias	nd	nd	nd	nd
Baleares	1	0	0	1
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0
Castilla y León	0	1	0	2
Castilla-La Mancha	0	0	0	5
Cataluña	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	0	0	0	4
Extremadura	0	0	0	6
Galicia	0	0	0	2
Madrid	0	1	0	3
Murcia	0	0	0	0
Navarra	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	6
Rioja	10	7	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0

Respecto a la **formación avanzada**, aquellas CCAA que la han impartido han optado también por hacerlo de forma conjunta a profesionales de los diferentes ámbitos (Castilla y León, Comunidad Valenciana y Murcia) salvo Melilla que sólo ha impartido la formación avanzada en Atención Primaria.

La **formación de formadores** impartida en Andalucía se ha repartido por igual entre Atención Primaria y “Otros” (actividades conjuntas para personal de todos los ámbitos).

Galicia es la única CA que ha impartido toda su formación de forma conjunta para personal de todos los ámbitos (“Otros”), tanto las actividades de sensibilización como la formación básica y avanzada.

Gráfico 17c. Formación avanzada por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012

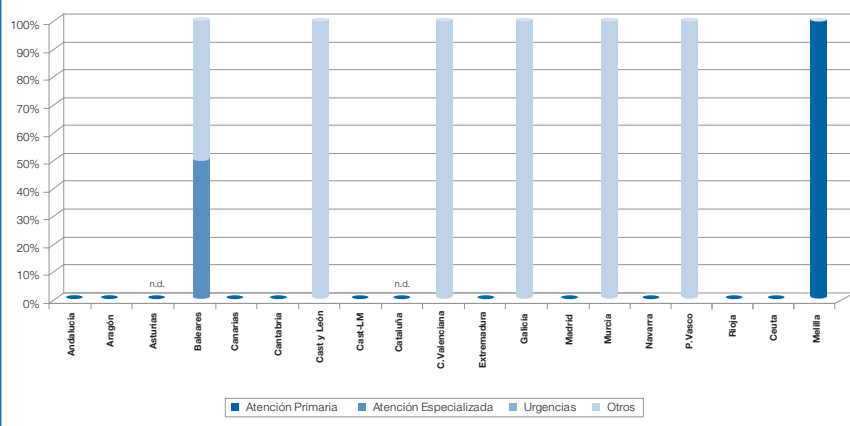


Tabla 9. Tabla correspondiente al Gráfico 17c

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	0	0	0	0
Aragón	0	0	0	0
Asturias	nd	nd	nd	nd
Baleares	1	0	0	1
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0
Castilla y León	0	0	0	1
Castilla-La Mancha	0	0	0	0
Cataluña	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	0	0	0	3
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	2
Madrid	0	0	0	0
Murcia	0	0	0	3
Navarra	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	6
Rioja	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	2	0	0	0

Gráfico 17d. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012

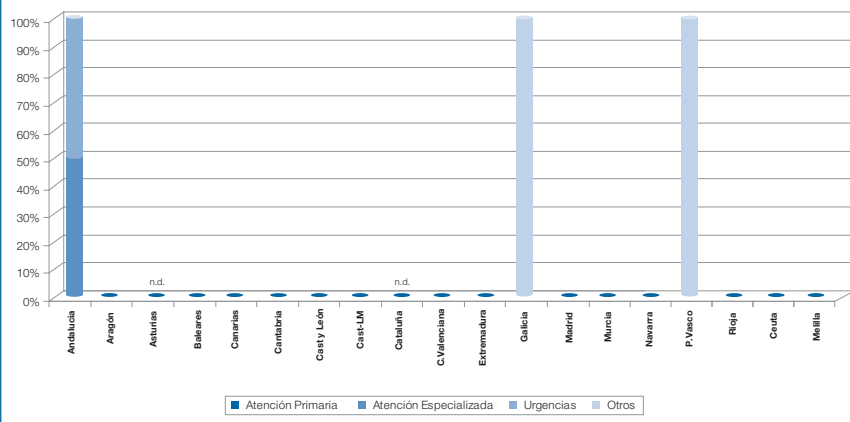


Tabla 10. Tabla correspondiente al Gráfico 17d

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	1	0	1	0
Aragón	0	0	0	0
Asturias	nd	nd	nd	nd
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0
Castilla y León	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	0	0	0	0
Cataluña	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	0	0	0	0
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	2
Madrid	0	0	0	0
Murcia	0	0	0	0
Navarra	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	4
Rioja	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0

Tabla 11. Tabla correspondiente al Gráfico 17e

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	0	0	0	0
Aragón	1	0	1	0
Asturias	nd	nd	nd	nd
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0
Castilla y León	1	0	0	1
Castilla-La Mancha	0	0	0	0
Cataluña	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	0	3	0	0
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	7
Madrid	0	0	0	0
Murcia	3	10	0	0
Navarra	1	0	0	0
País Vasco	0	0	0	4
Rioja	23	4	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	4	2	0	0

En cuanto a las **horas lectivas** impartidas, durante 2012, en la mayoría de CCAA se han concentrado en actividades impartidas en **Atención Primaria**, destacando sobre todo Andalucía, C. Valenciana y Melilla.

A continuación, el nº de horas lectivas impartidas se concentra por magnitud en **“Otros”**, modalidad conjunta con el personal de varios ámbitos, destacando el País Vasco seguido de otras CCAA, como ocurre en Castilla y León, Galicia, C. Valenciana, Extremadura y Castilla-La Mancha. En el caso concreto de la C. Valenciana esta categoría es la que concentra más horas.

En Andalucía y Aragón destaca de nuevo el nº de horas lectivas empleadas en la formación en **Urgencias**.

Gráfico 18. Nº de horas lectivas. Formación impartida por ámbito asistencial en materia de Violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012

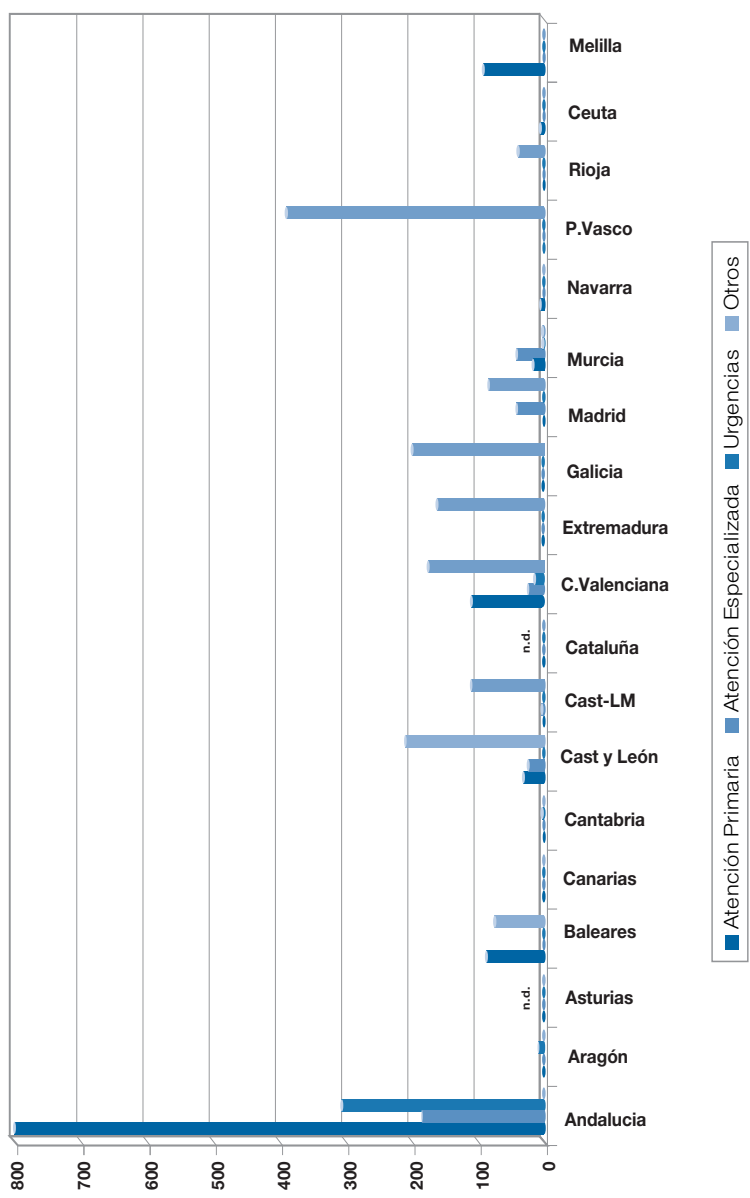


Tabla 12. Tabla correspondiente al Gráfico 18

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	782	173	311	0
Aragón	0	0	12	0
Asturias	nd	nd	nd	nd
Baleares	87	0	0	75
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	4	0
Castilla y León	27	23	0	223
Castilla-La Mancha	0	6	0	120
Cataluña	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	118	28	19	178,5
Extremadura	0	0	0	154
Galicia	0	0	0	204
Madrid	0	40	0	82
Murcia	18	46	2	5
Navarra	6	0	0	0
País Vasco	0	0	0	391
Rioja	0	0	0	51
Ceuta	8	0	0	0
Melilla	90	0	0	0
	1136	316	348	1483,5

Análisis de datos desagregados por sexo

Si analizamos los datos de alumnado, predomina el nº de profesionales formados mediante actividades de sensibilización, excepto en País Vasco y Castilla-La Mancha donde se formó a más personal en Formación Básica. Por otra parte, la formación que se ha realizado en esta materia al alumnado interno residente destaca en Galicia y Murcia, seguida de C. Valenciana y Aragón. En Cantabria es la única realizada.

Gráfico 19. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por CCAA. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2012

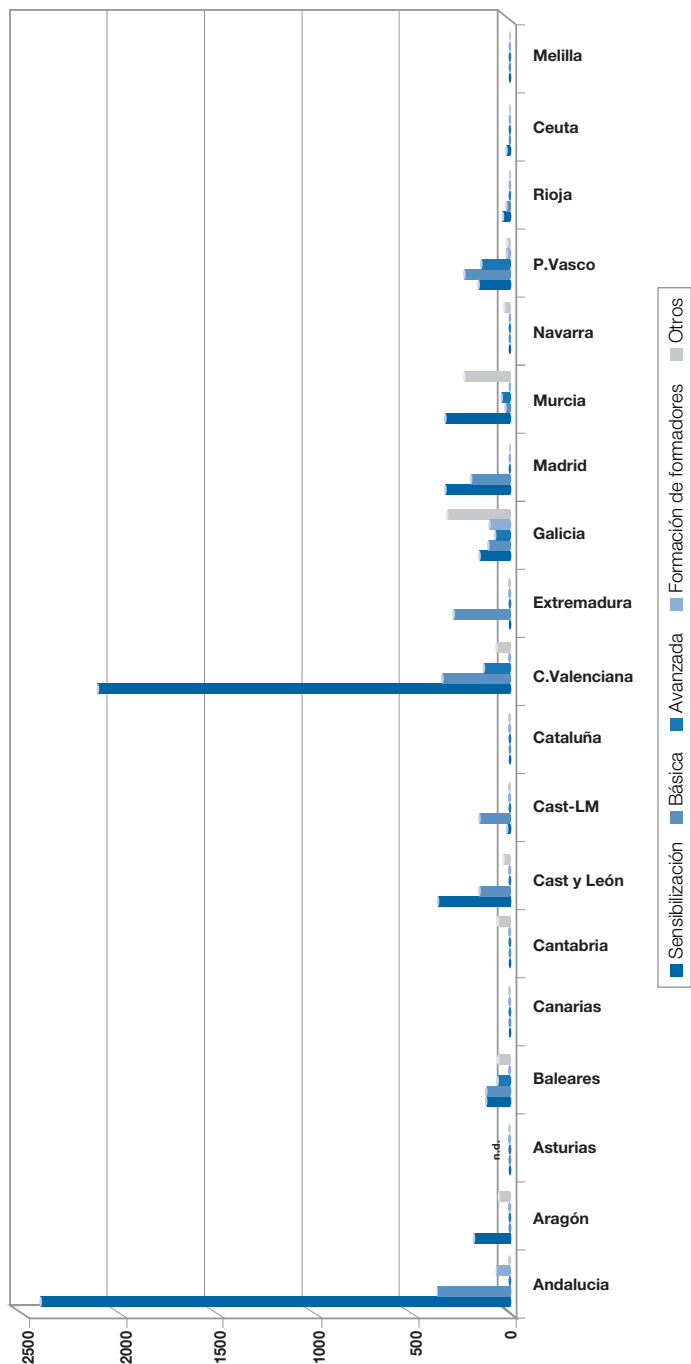


Tabla 13. Tabla correspondiente al Gráfico 19

	Sensibilización	Básica	Avanzada	F. Formadores	Otros
Andalucía	2429	316	0	43	0
Aragón	157	0	0	0	35
Asturias	nd	nd	nd	nd	nd
Baleares	77	78	34	0	35
Canarias	0	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0	62
Castilla y León	323	123	1	0	17
Castilla-La Mancha	12	116	0	0	0
Cataluña	nd	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	2124	310	99	0	54
Extremadura	0	242	0	0	0
Galicia	115	74	42	79	299
Madrid	326	168	0	0	0
Murcia	341	16	37	0	247
Navarra	0	0	0	0	28
País Vasco	138	282	143	11	15
Rioja	42	17	0	0	0
Ceuta	24	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	2

Por otra parte al observar los datos desagregados por sexo, tanto para los diferentes ámbitos asistenciales (AP, AE, Urgencias, Otros) como por tipos de actividad formativa (sensibilización, básica, avanzada, etc.) podemos observar resultados similares a los ya comentados en los datos agregados para el conjunto del SNS.

Gráfico 20. Personal formado por CCAA. Datos desagregados por sexo. Sistema Nacional de Salud. Año 2012

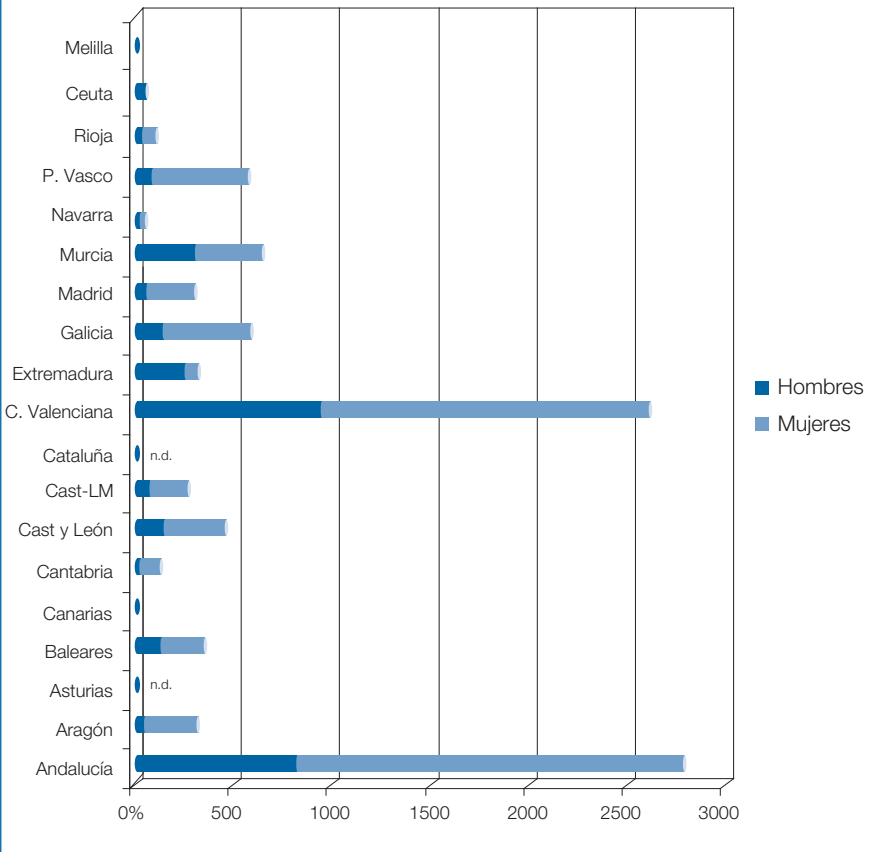


Tabla 14. Tabla correspondiente al Gráfico 20

	Hombres	Mujeres
Andalucía	817	1971
Aragón	27	165
Asturias	nd	nd
Baleares	75	149
Canarias	0	0
Cantabria	13	49
Castilla y León	86	378
Castilla-La Mancha	36	92
Cataluña	nd	nd
C. Valenciana	881	1706
Extremadura	208	34
Galicia	89	520
Madrid	35	202
Murcia	234	407
Navarra	7	21
País Vasco	55	534
Rioja	16	43
Ceuta	2	22
Melilla	0	2

Tabla 15. Perfil profesional del alumnado. Año 2012. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo

		PERFIL PROFESIONAL DEL ALUMNADO																					
	Medicina		Enfermería		Matrona		Pediatría		Psiquiatría		Psicología		Trabajo Social		Otro personal sanitario		Otro personal no sanitario		Total				
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M					
Andalucía	396	460	237	760	997	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	66	81	522	599	28	227	255	
Aragón	23	30	2	44	46	1	46	0	0	0	0	0	0	0	0	28	28	0	0	0	0	0	0
Asturias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baleares	63	60	7	84	91	0	1	0	3	0	0	0	0	0	5	1	6	0	0	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantabria	13	49	62	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	19	68	87	15	64	79	1	22	23	0	0	0	0	0	1	21	22	14	81	95	7	52	59
Castilla-La Mancha	23	30	53	7	43	50	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	8	4	9	13
Cataluña	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	514	478	992	176	606	782	4	73	77	23	51	74	11	7	16	133	149	107	249	356	21	97	118
Extremadura	4	5	9	0	9	2	0	2	1	0	1	0	0	0	2	11	12	3	0	3	19	1	20
Galicia	19	13	32	2	69	71	0	5	5	0	0	0	0	0	1	22	23	0	63	63	69	345	414
Madrid	8	18	26	12	78	90	0	26	26	0	5	5	1	1	2	29	31	10	20	30	2	16	18
Murcia	107	164	271	15	61	76	0	2	2	10	12	34	18	18	38	41	50	3	38	3	5	11	16
Navarra	7	21	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	15	72	87	8	212	220	0	16	16	0	3	3	0	0	2	22	24	14	136	150	1	3	4
Rioja	14	13	27	1	23	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	1	3	4	0	0	0
Ceuta	1	2	3	0	9	9	0	4	4	0	0	0	0	0	4	4	4	0	0	0	0	0	3
Melilla	1	2	3	3	19	22	0	7	7	0	0	0	0	0	2	5	5	0	1	1	7	14	21

CANTABRIA ha formado a 70 profesionales pero no puede ofrecer todos los datos desagregados.

Tabla 16. Perfil profesional del profesorado. Año 2012. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo															
PERFIL PROFESIONAL DEL PROFESORADO															
	Medicina			Enfermería			Trabajo Social			Psicología			Otros		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
Andalucía	7	59	66	7	38	45	6	25	31	3	0	3	0	1	1
Aragón	3	5	8	3	5	8	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Asturias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baleares	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	2	8	10	1	5	6	0	1	1	2	4	6	0	0	0
Castilla-La Mancha	1	1	2	1	2	3	1	1	2	0	1	1	3	0	0
Cataluña	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
C. Valenciana	87	107	194	0	38	38	0	3	3	8	0	8	7	4	11
Extremadura	1	2	3	0	0	0	1	0	1	4	0	4	1	2	3
Galicia	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0	1	1
Madrid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	2	2
Murcia	3	3	6	1	0	1	0	4	4	1	1	2	2	1	3
Navarra	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	4	3	7	0	3	3	0	4	4	0	0	0	1	2	3
Rioja	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	3	3	0	1	1
Ceuta	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	108	191	299	13	94	107	8	41	49	19	14	33	14	14	28

No ha habido profesorado procedente de Matrona, Pediatría, Psiquiatría, Ginecología o Traumatología en 2012, excepto en Madrid, 2 profesionales de Psiquiatría (1 hombre y 1 mujer) y en País Vasco 1 de Pediatría (hombre).

Tabla 17. Datos desagregados por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Año 2012

<p>Ámbito asistencial</p>	<p>En 2012, predomina la formación impartida en Atención Primaria, aunque hay CCAA que no han hecho formación en este ámbito. Extremadura y Galicia concentraron la formación en el ámbito “Otros” en exclusiva.</p> <p>En aquellas CCAA donde no se ha hecho formación en AP, es el ámbito “Otros” el que focaliza la formación, es decir, se ha realizado la formación conjunta de personal de los diferentes ámbitos (AP, AE y Urgencias). En formación en Urgencias destacan Andalucía y Aragón.</p> <p>En Aragón o Castilla-La Mancha, las actividades de sensibilización se concentraron en un sólo ámbito.</p>
<p>Formato educativo</p>	<p>En 7 CCAA se han impartido actividades de sensibilización, destacando este tipo de actividad en Andalucía y Comunidad Valenciana.</p> <p>La Comunidad Valenciana impartió toda la formación básica en acciones formativas conjuntas de todos los ámbitos (“Otros”).</p> <p>Es significativa la presencia de la formación interno residente en CCAA como Rioja, Murcia y Galicia.</p> <p>La formación avanzada y la formación de formadores se hace significativamente visible en algunas CCAA como Andalucía, Castilla y León, C. Valenciana, Galicia y Murcia.</p> <p>La formación de formadores impartida en Andalucía se ha repartido por igual entre Atención Primaria y “Otros”.</p>
<p>Horas lectivas</p>	<p>En la mayoría de CCAA las horas lectivas se han concentrado en actividades impartidas en Atención Primaria, destacando sobre todo Andalucía, C. Valenciana y Melilla.</p> <p>A continuación, el nº de horas lectivas impartidas se concentra por magnitud en “Otros”, como ocurre en Castilla y León, Galicia, C. Valenciana, Extremadura y Castilla-La Mancha.</p> <p>En Andalucía y Aragón destaca de nuevo el nº de horas lectivas empleadas en la formación en Urgencias.</p>
<p>Datos de Participación desagregados por sexo</p>	<p>Para los diferentes ámbitos asistenciales (AP, AE, Urgencias, Otros) como para los diferentes tipos de actividad formativa (sensibilización, básica, avanzada, etc.) podemos observar por CCAA resultados similares a los ya comentados en los datos agregados para el conjunto del SNS.</p> <p>Sigue sin contarse con profesorado procedente de Psiquiatría, Ginecología o Traumatología.</p> <p>Destacan en el alumnado, los perfiles de Medicina y Enfermería. Especialmente en perfiles de Pediatría, Trabajo Social y Matronas, es importante la aportación de C. Valenciana y en este último también Aragón.</p>

Tabla 17. Datos desagregados por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Año 2012 (Continuación)

	<p>Destaca la presencia del perfil de psicología en el profesorado en Castilla y León y C. Valenciana.</p> <p>Llama la atención que el nº de médicos (sólo hombres) iguala el total de profesorado de Enfermería (hombres más mujeres).</p> <p>Por otra parte, es más amplio el nº de psicólogos-hombres que el de trabajadores sociales en el profesorado.</p> <p>En el caso de hombres, destacan en perfiles como Psicología, a pesar de ser menos que las mujeres, tanto en alumnado como en profesorado.</p>
Total del personal sanitario formado	<p>Andalucía y C. Valenciana destacan por el nº de personal formado en Atención Primaria.</p> <p>Murcia o Castilla y León destacan por el personal formado en Atención Especializada.</p> <p>Aragón ha concentrado su personal formado en Urgencias.</p>

1.2.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Período 2004-2012

La tendencia creciente en el nº de profesionales formados en materia de violencia de género en el SNS desaparece en 2012, produciéndose un fuerte descenso debido fundamentalmente a la falta de actividades de formación en CCAA como Madrid (1974 profesionales fueron formados en 2011), Canarias (358) y Asturias (286) pues el resto de CCAA que este año no han podido aportar información (Baleares, Cataluña y País Vasco) tampoco la aportaron el año pasado.

Gráfico 21. N° de profesionales. Formación en materia de violencia de género. Evolución 2004-2012

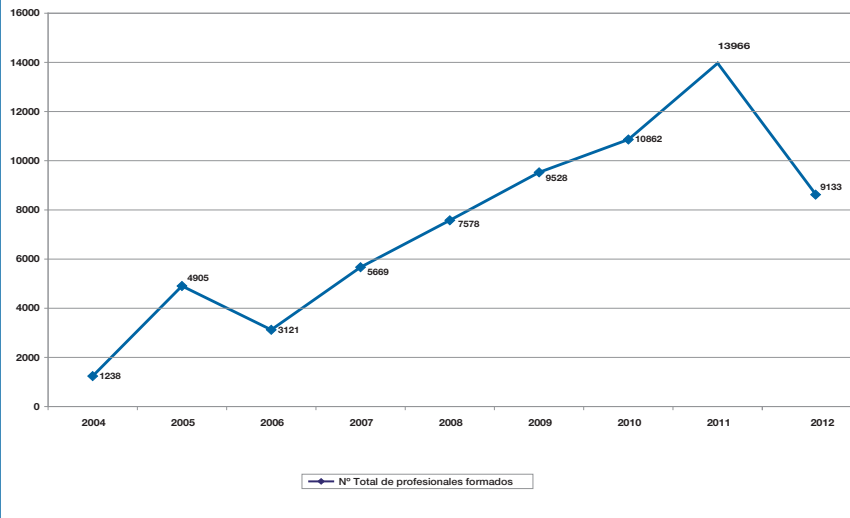


Gráfico 22. N° de profesionales por CCAA. Formación en materia de violencia de género. Evolución 2008-2012

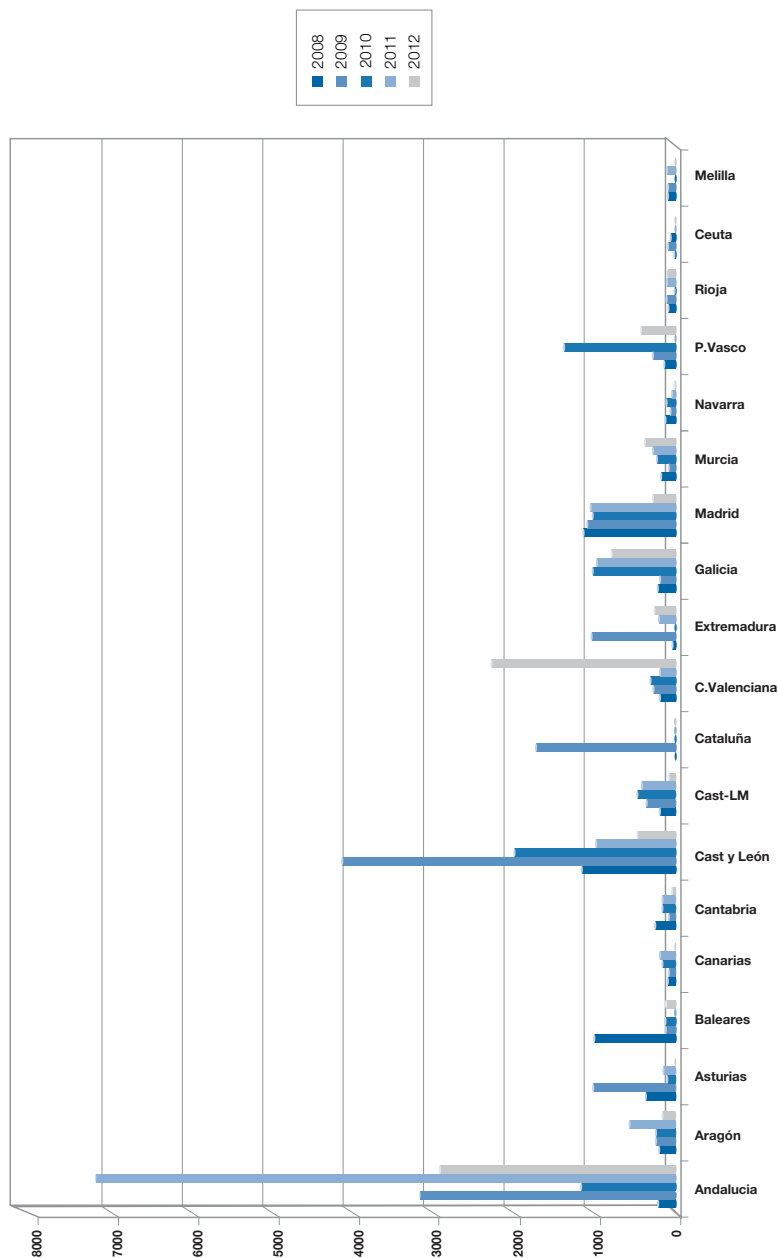


Tabla 18. Datos desagregados por ámbito asistencial

AÑO	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Cantabria	Cast. y León	Cast. LM	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	P. Vasco	Rioja	Ceuta	Melilla	
2008	278	204	396	1030	167	306	0	250	0	214	20	319	2127	175	104	181	36	0	62
2009	3322	277	975	192	119	112	4100	659	1508	368	899	292	2019	85	50	397	67	57	57
2010	1186	289	84	199	287	213	1867	913	0	461	0	920	1896	260	86	1498	15	38	2
2011	7299	612	0	0	358	213	941	789	0	226	160	771	1974	402	44	0	80	15	81
2012	2788	192	nd	224	0	62	464	128	nd	2587	242	609	494	641	28	589	59	24	2

Aparecen diferenciadas en la tabla, en letra azul, el nombre de las CCAA que tienen desarrollada formación online para profesionales sanitarios. Por otra parte con fondo azul oscuro aquellas CCAA en las que a pesar del descenso observado en el dato de profesionales formados en el conjunto del SNS, han conseguido en 2012 aumentar el nº de profesionales formados en su CCAA respecto a 2011.

Respecto a la formación por ámbito asistencial, los datos de 2012 muestran -como ya se ha ido comentando en los apartados anteriores- el ascenso que se ha producido en la modalidad de formación conjunta de profesionales de todos los ámbitos asistenciales (Otros), frente a la formación de cada ámbito por separado.

Asimismo, en 2012 se da un crecimiento de las actividades de sensibilización en todos los ámbitos (AP, AE, Urgencias, Otros), especialmente en el caso de formación conjunta (Otros).

Estos dos aspectos podrían estar relacionados con el impacto de la crisis económica y la racionalización de recursos para la formación de profesionales en esta materia en el Sistema Nacional de Salud.

En Informes de años anteriores, las CCAA señalaban que ya estaban introduciendo en algunas actividades a profesionales que estaban realizando la formación interno residente. Puesto que este es el primer año que registramos estas acciones de forma cuantificada en los indicadores de procesos de formación, a partir del Informe Anual de este año podremos cuantificar la evolución y penetración de esta materia en las actividades docentes en Formación Interno Residente, así como la participación de este perfil de alumnado que ya se observa en 2012 en una gran mayoría de CCAA.

Si comparamos con años anteriores, a pesar de la tendencia clara del liderazgo de AP, tanto en el número de profesionales formados como en actividades impartidas y horas lectivas, se observa un descenso generalizado sobre todo en el nº de horas lectivas, y en la formación básica respecto a las actividades de sensibilización.

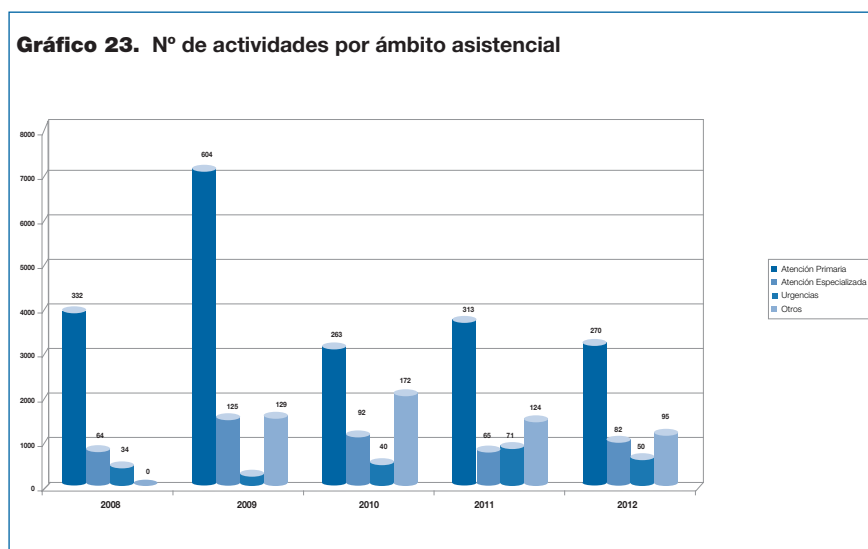
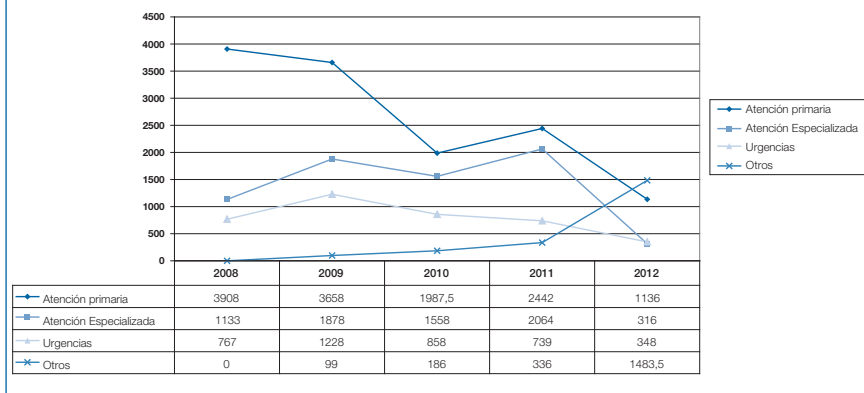


Gráfico 24. Número de horas lectivas por ámbito asistencial



Se podría suponer que ya se encuentra un nº elevado de profesionales formados y por tanto el descenso de la formación básica, pero no se observa a cambio un aumento de la formación avanzada en este ámbito.

Por otra parte, se observa cómo algunas CCAA centran sus esfuerzos en determinados ámbitos donde en años anteriores se había observado que era menor el nivel de formación en esta materia entre sus profesionales (ejemplo, Urgencias)

En cuanto a la tendencia que muestran los **datos desagregados por sexo**, a medida que avanzan el número de años que se llevan realizando los programas de formación específica en violencia de género, **aumenta el porcentaje de hombres** que participa en las mismas, a pesar de ser, el sanitario, un sector donde las mujeres son la mayoría de sus profesionales.

Se mantiene la tendencia del **profesorado** en cuanto su **adscripción como personal de las CCAA**, lo que demuestra que existe un autoabastecimiento de personal docente, posiblemente gracias a la formación de formadores de muchas CCAA o de la formación online (Andalucía, Castilla y León, Castilla-La Mancha, C. Valenciana, Galicia). Habría que conocer los datos de Cataluña y País Vasco que también tienen incorporada la formación online desde hace tiempo, para saber si esto está facilitando la formación en estos momentos.

Es necesario mencionar que también ha sido muy importante la labor que durante años ha realizado la Escuela Nacional de Sanidad en colaboración con el Observatorio de Salud de las Mujeres y el Instituto de la Mujer para la formación de personal de los Servicios Sanitarios que contribuyera a la existencia de personal formado en profundidad en esta materia, como formadores de otros profesionales en su CCAA.

Como resumen podemos indicar que en 2012 se ha producido un descenso total de más de un 55% de profesionales formados en materia de violencia de género en el Sistema Nacional de Salud, respecto a 2011. Es decir, los niveles de nº de profesionales formados están prácticamente igual que en 2008 (7578 profesionales), año de puesta en marcha de los criterios de calidad comunes de formación del Consejo Interterritorial en esta materia.

Este descenso en el total de profesionales formados respecto a 2011 se ha producido fundamentalmente debido al descenso de profesionales formados en la Comunidad de Madrid (de 1974 a ninguno) Canarias (de 358 a ninguno) y Asturias (de 286 a no constar datos), dado que del resto de CCAA que no han podido proporcionar datos y no suman para el total, se produce la misma situación que en 2011.

Respecto al nº de horas lectivas, claramente se está dando un descenso de las mismas, sobre todo en Atención Especializada (de 2064 en el año 2011 a 276 en 2012) y en Atención Primaria (de 2442 en 2011 a 1049 en 2012) y cualitativamente un desplazamiento de estas hacia la modalidad de formación de profesionales en actividades conjuntas de formación (“Otros”) que aumenta el(nº de horas lectivas y de actividades) y hacia la modalidad de formación tipo actividades de sensibilización.

Reflexiones y retos de futuro

El correspondiente Grupo Técnico de la Comisión, como todos los años ha reflexionado sobre los datos y sobre los retos de futuro para la formación continuada y de pre-grado en materia de detección precoz y prevención de la violencia de género, concluyendo para este informe que:

- Se ha normalizado el proceso de acreditación en todas las actividades formativas, lo que asegura su calidad y su evaluación.
- Destaca el incremento de la formación en los servicios de Urgencias.
- La modalidad de actividad formativa más frecuente es la de Sensibilización y aunque este tipo de actividad por su facilidad de implantación pueda irse articulando en una serie de actividades de sucesivas que completen un ciclo formativo, debe de apoyarse la formación avanzada en determinados aspectos que se necesitan para que profesionales de todos los ámbitos desarrollen capacidades específicas en el manejo de los casos de violencia de género.
- La modalidad de formación de profesionales de varios ámbitos y perfiles en una misma actividad tiene como gran valor, dotar del la perspectiva multiprofesional e integral de la atención socio-sanitaria y coordinada que requiere la atención a la violencia de género, pero no se puede olvidar la formación específica en el manejo sanitario

del problema, tanto en la prevención y detección precoz como en el seguimiento del estado de salud de la mujer afectada, sus hijas e hijos.

- La formación en materia de prevención y detección precoz en violencia de género en Medicina y Enfermería Interna Residente (MIR y EIR) puede significar un adelanto notable en la capacitación de profesionales que comienzan sus servicios sanitarios.
- Se considera que, aunque todavía no sean personal sanitario, sería importante tener datos descriptivos acerca de los contenidos incluidos en la formación de grado de ciencias de la salud (enfermería, medicina, etc...), puesto que posiblemente no tengan el mismo punto de partida en el desarrollo de capacitación y habilidades en esta materia, aquellas CCAA que sus profesionales salen de la carrera con formación en prevención y detección precoz de la violencia de género que aquellas que no reciben esta formación durante su formación de grado.
- Creemos que se debería plantear un objetivo común de potenciar la formación no sólo de los y las profesionales, sino también de los/as futuros/as profesionales.
- Es necesario apoyar los mecanismos de formación online y formación de formadores para extender la formación a todos los dispositivos sanitarios, sobre todo en momentos de limitación y racionalización de recursos como los existentes.
- Siguen siendo las mujeres profesionales de los servicios sanitarios las que más acuden a la formación, pero curiosamente, en los equipos docentes sigue destacando el predominio de hombres médicos.
- Enfermería es la profesión con mayor interés por formarse y trabajar en prevención y atención a las mujeres que sufren violencia de género. Enfermería puede realizar un importante papel en formación continuada.
- Sigue siendo una gran fortaleza de esta formación que los equipos docentes estén formados por profesionales de los propios servicios sanitarios.

2. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud. Año 2012

La Comisión contra la Violencia de Género, creada al amparo de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género⁶, está presidida por la Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), y en ella están representados los servicios de salud de las Comunidades Autónomas e Ingesa⁷, 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 que se aprueban.

Además forman parte de dicha Comisión, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, el Instituto de la Mujer y la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación por parte del MSSSI.

La Dirección General de Salud Pública, a través de la Subdirección de Calidad y Cohesión, ejerce las labores de Secretaría Técnica de dicha Comisión en función de las competencias atribuidas en el Artículo 11 del RD 200/2012 de estructura del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad⁸.

⁶ 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.

⁷ Instituto de gestión Sanitaria, dependiente del Ministerio. Gestiona la Atención sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla

⁸ Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, *por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.*

⁸ Artículo 11. *Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación.* Apartado 4. *“Asimismo le corresponde la elaboración de los sistemas de información, el impulso de planes de salud y programas de calidad en el Sistema Nacional de Salud y el análisis del funcionamiento del sistema sanitario español en comparación con otros sistemas sanitarios. Dará apoyo tanto al Pleno como a la Comisión y a los grupos de trabajo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de facilitar la cooperación entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las comunidades autónomas.*

Desde su creación, la Comisión y sus grupos de trabajo técnico, coordinados por el Observatorio de Salud de las Mujeres (Dirección General de Salud Pública) 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). Durante 2012, las principales acciones desarrolladas han sido las siguientes:

- **Grupo Sistemas de Información y Vigilancia epidemiológica.** Se ocupó de la recogida anual de los Indicadores Epidemiológicos Comunes del SNS en materia de VG. Los indicadores recogidos y agregados para el conjunto del SNS ofrecen datos sobre magnitud, tipo de maltrato, características de las mujeres (edad, nacionalidad) y sobre alguno de los contextos de mayor vulnerabilidad (por ejemplo: embarazo).
- **Grupo de Formación de profesionales,** Se ocupó de la recogida anual de los Indicadores Comunes del SNS correspondientes a los procesos de formación en materia de VG, organizados y gestionados por los servicios de salud de las CCAA en consonancia con los criterios de calidad de esta formación que fueron aprobados en 2008 por el Consejo Interterritorial del SNS. Estos indicadores proporcionan datos sobre personal formado, tipo de actividad, horas lectivas, etc.
- El grupo de **Protocolos y Guías de actuación sanitaria frente a la violencia de género** y el **Grupo de Aspectos Éticos y Legales** trabajaron respectivamente en las últimas revisiones y mejoras del texto definitivo del *Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la violencia de género en el SNS*, en su nueva edición adaptada a los contextos de mayor vulnerabilidad, siendo aprobado por el Consejo Interterritorial en diciembre de 2012⁹.
Los criterios de seguimiento y acompañamiento personalizado del proceso, atención multi e interdisciplinar por parte del equipo de profesionales del SNS y la coordinación y colaboración con otros sectores (educación, fiscalía, forenses, cuerpos y fuerzas de seguridad, recursos locales, etc.) orientan las actuaciones de forma transversal a lo largo del Protocolo.
- **Grupo de Evaluación de actuaciones.** Durante 2012 se realizó el pilotaje de la Metodología de identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud frente a la vio-

⁹ El texto completo accesible en esta dirección: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf

lencia de género (BBPP-SNS-VG)¹⁰, teniendo este grupo la misión fundamental de desarrollar las herramientas necesarias para evaluar las experiencias que se presentaron como candidatas a buenas prácticas y preparar el listado final de BBPP seleccionadas para el Pleno de la Comisión que posteriormente lo elevaría para su aprobación por el Consejo Interterritorial del SNS.

En el capítulo siguiente se detalla el transcurso y resultados de dicho pilotaje.

¹⁰ La Metodología para la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud en materia de violencia de género fue descrita ampliamente en el capítulo monográfico del anterior Informe Anual de esta Comisión. Informe VG 2011, páginas 81 y siguientes. Disponible texto Informe completo en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_VG_2011.pdf

3. Pilotaje 2012. Identificación, recogida y difusión de buenas prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud

El objetivo de esta propuesta fue establecer un procedimiento normalizado para la identificación, recogida y difusión de buenas prácticas (BBPP) en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS). Con ello se pretendía promover e impulsar los siguientes aspectos relacionados con la mejora de la calidad asistencial y la cohesión del SNS en materia de prevención, detección precoz y atención sanitaria a los casos de violencia de género:

- Mejorar la calidad de la atención de las mujeres que sufren VG, sus hijos e hijas así como de las personas dependientes en su entorno familiar, incluyendo los contextos que condicionan una mayor vulnerabilidad ante la VG (embarazo, problemas graves de salud mental, mujeres mayores, discapacidad, inmigración económica, ámbito rural, drogodependencias, trata, etc.)
- Motivar a las y los profesionales, así como a los servicios sanitarios para el desarrollo e implementación de BBPP en actuación sanitaria frente a la violencia de género (VG).
- Facilitar el aprendizaje mutuo mediante el intercambio de experiencias en la actuación sanitaria frente a la VG.
- Hacer posible la transferencia de BBPP en VG dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Contribuir a la sostenibilidad del SNS mejorando la efectividad y eficacia de las actuaciones sanitarias en VG.
- Facilitar el desarrollo de la Ley Orgánica 1/2004 de 26 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, mediante el establecimiento de acciones innovadoras en el SNS que contribuyan a la futura Estrategia Nacional (eje salud) donde se compilarán los objetivos y actuaciones

frente a la violencia de género desde todos los sectores implicados.

El 18 de julio de 2012, en la reunión de la Comisión, se presentó para su aprobación el Documento global con la Propuesta de Identificación, Recogida y Difusión de Buenas Prácticas (BBPP-VG-SNS) que se había elaborado por el Grupo de Evaluación de actuaciones coordinado por el Observatorio de Salud de las Mujeres. En el mismo, se especificaba el marco teórico, objetivo general y metodología de todo el proceso, así como las herramientas diseñadas para la recogida de datos de las experiencias que cada Comunidad Autónoma presentara a tal efecto:

- Anexo I o ficha-resumen del proyecto (ver modelo al final de este Informe)
- Instrumento común diseñado tanto para la autoevaluación de la experiencia por parte del equipo responsable en la CCAA (sin baremación numérica de criterios) como para la evaluación y baremación de la experiencia por parte del Grupo de Evaluación de actuaciones de esta Comisión (Anexo III o “check-list”. ver modelo al final de este informe).
- También se incluía un Anexo II con las instrucciones y criterios comunes para cumplimentar la ficha de recogida o Anexo I.

Durante el mes de julio y agosto se procedió a la recogida de experiencias que cada CCAA presentó a través de su representante oficial en la Comisión. Mediante correo electrónico dirigido al buzón institucional del Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM).

El dossier presentado para cada experiencia debía incluir tres documentos básicos: Anexo I-ficha de recogida, Anexo III-autoevaluación del proyecto y Memoria detallada del Proyecto (máximo 30 páginas, incluidos gráficos y tablas y anexos propios del proyecto).

Las experiencias presentadas, tal como se especificaba en la Metodología global, podían presentar su candidatura encuadrada en alguna/s de las siguientes líneas estratégicas en materia de actuación sanitaria ante la VG:

Actuación sanitaria ante la violencia de género	Adaptación de los Sistemas de Información Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género en consonancia con los indicadores comunes del SNS en materia de VG
	Formación de profesionales sanitarios en materia de VG.
	Evaluación de actuaciones sanitarias frente a la VG.
	Coordinación intersectorial (administración local, organizaciones civil y de mujeres, Fiscalía, Educación, Cuerpos y Fuerzas de seguridad).
	Atención Sanitaria a los casos de VG de mujeres en contextos de especial vulnerabilidad (discapacidad, inmigración, medio rural, mujeres mayores, mujeres con VIH, mujeres con problemas de salud mental, drogodependencias, mujeres en situaciones de exclusión social, mujeres y niñas en situaciones de trata y explotación sexual).
	Trabajo comunitario con la población para la prevención de la VG, con especial énfasis en el trabajo grupal con mujeres. Empoderamiento.
Atención Sanitaria a hijas e hijos de mujeres que sufren VG.	

Examinada previamente dicha documentación por el OSM para constatar que no faltaba ninguno de los anexos y que la Memoria de cada proyecto recogía sus datos fundamentales (objetivo, población diana, metodología, resultados de evaluación), el OSM iba procediendo a incluirla en el E-room (herramienta virtual de trabajo común para el grupo de la Comisión) en las carpetas correspondientes para que se pudiera proceder a su evaluación y baremación.

El grupo de Evaluación de actuaciones se organizó en 4 subgrupos de trabajo, para repartir las tareas de evaluación según se especifica en la tabla siguiente. La distribución de personas evaluadoras se realizó de tal forma que ninguna CCAA presente en cada subgrupo evaluador tuviera que evaluar su experiencia, puesto que el criterio de auto-evaluación quedaba asegurado por la cumplimentación del Anexo III que acompañaba a cada experiencia.

SUBGRUPO evaluador	Proyectos que le correspondía evaluar
SUBGRUPO 1 Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias	Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Murcia
SUBGRUPO 2 Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid	Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias,
SUBGRUPO 3 Murcia, Navarra, Escuela Nacional de Sanidad, Universidad de Alicante	Cataluña, Extremadura, Cantabria, Galicia, La Rioja
SUBGRUPO 4 Delegación del Gobierno para la violencia contra las mujeres y Observatorio de Salud de las Mujeres	Comunidad Valenciana, Madrid, País Vasco, Navarra

El proceso de evaluación se ha organizado en tres fases diferenciadas:

1. Cada persona integrante de un subgrupo evaluó individualmente todas las experiencias asignadas.
2. Posteriormente todas las personas de cada subgrupo consensuaron la puntuación final de cada experiencia a partir de sus evaluaciones individuales, confeccionándose un **INFORME FINAL** de evaluación conjunto sobre cada experiencia.
3. El Grupo de Evaluación de actuaciones, mediante reunión-audioconferencia, revisó el conjunto de calificaciones finales obtenidas por cada experiencia para acordar la relación final seleccionada para presentar a la Comisión como propuestas de Buenas Prácticas.

La metodología general establecía los siguientes niveles o rangos de puntuación final:

- **Nivel alto:** 39-57 puntos (68%-100% de la máxima calificación posible)
- **Nivel medio:** 20-38 puntos (35%-68% de la máxima calificación posible)
- **Nivel Bajo:** 19 o menos puntos (menos del 35% de la máxima calificación posible)

Respecto a la utilidad de la herramienta o check-list diseñado para autoevaluar/evaluar los proyectos, en la ficha de recogida de datos (Anexo

I) se incluyeron unas preguntas que aludían a ello, para que los equipos responsables de la experiencia las contestaran. A continuación, se anexa cuadro resumen con el resultado de las contestaciones recibidas:

Pregunta 1

¿Considera que los criterios de BBPP establecidos son los adecuados para la valoración de su experiencia?. Añadiría alguno más a la lista actual?. Suprimiría alguno?

Pregunta 2

Durante la autoevaluación ha encontrado especial dificultad en aplicar el check-list para valorar algún criterio?. ¿En cual/es?. Modificaría, añadiría o quitaría algún item de dicho(s) criterio (s) en los que encontró dificultades para valorar?

Pregunta 3

En términos generales, considera que el check-list ha resultado un instrumento útil para su autoevaluación (rodee con un círculo la respuesta que se corresponde con su valoración)

CCAA	Nombre de la experiencia	Respuesta Pregunta 1	Respuesta Pregunta 2	Respuesta Pregunta 3
Andalucía	Grupos socio-educativos en atención primaria (GRUSE)	Los 14 son adecuados, en número y en contenido.	<p>Modificar los siguientes: Criterio nº 5. EFECTIVIDAD: Habría que completar la pregunta de la siguiente manera: La experiencia ha demostrado mejoras o contribuye a:</p> <p>a: Criterio nº 12. INNOVACIÓN: La pregunta "Se hace referencia de forma explícita y justificada del carácter innovador del proyecto" queda desarrollada en los ítems posteriores, por lo que podría eliminarse.</p>	Muy
Aragón	Atención integral desde los servicios de urgencia hospitalarios (SHU) a las mujeres que sufren violencia de género	No consta	No consta	No consta
Asturias	Análisis de la atención en el sistema sanitario de las mujeres víctimas de violencia de género de las que se emite parte informe al juzgado	Los criterios son válidos pero dado el carácter específico del proyecto quizá todos no pueden ser aplicables.	En cuanto a la eficacia y los datos para la valoración económica, nos resulta dificultoso valorar este apartado cuando no existe un presupuesto sino la voluntariedad de los profesionales.	Bastante

CCAA	Nombre de la experiencia	Respuesta Pregunta 1	Respuesta Pregunta 2	Respuesta Pregunta 3
Canarias	Valoración del "protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico" en la atención primaria de salud	Es difícil diseñar unos criterios que se ajusten a todos los tipos de proyectos de buenas prácticas que se presenten y esto pone de manifiesto que hay que ser especialmente cuidadosos a la hora de valorarlas ya que, tal como están planteados los criterios, se favorecen aquellos proyectos que planteen actuaciones directas con mujeres.	Particularmente habría que profundizar más los relativos a: Aspectos éticos ya que sólo se relacionan los que tienen que ver con las mujeres y los de Equidad por las mismas razones. Respecto al de Sostenibilidad manifestar que hay proyectos que tienen una fecha de comienzo y de término, que no se alargan en el tiempo aunque si lo sean las actuaciones que de ellos se deriven. También merecería una revisión la definición que se ofrece sobre Innovación	Bastante
Cantabria	Programa de sensibilización y formación en violencia de género de los servicios sanitarios del servicio cántabro de salud	Si	Algunos de los criterios deberían especificarse en función de las personas a quien va dirigido el proyecto, nos es lo mismo que la población diana del proyecto sea el personal sanitario, que la actuación objeto del proyecto sea directamente con las mujeres afectadas, sus hijo e hijas, población en general, etc.	Bastante
Castilla y León	Proyecto de colaboración intersectorial	En general nos parecen adecuados	Aplicar los aspectos éticos al proyecto educativo y alguna dificultad para evaluar equidad y participación.	Bastante

CCAA	Nombre de la experiencia	Respuesta Pregunta 1	Respuesta Pregunta 2	Respuesta Pregunta 3
	Para la prevención y atención de la violencia de género (VG) en la ciudad de Salamanca			
C. Valenciana				
Extremadura	Sistema de información para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género en Extremadura	Son adecuados. Nos parece un gran trabajo.	Sí, sobre todo para valorar algunos ítems que no proceden por las características del proyecto. Se trata de un trabajo dirigido a unos objetivos muy específicos, que no se concretan en una actuación directa sobre la situación de la mujer (recogen de forma sistemática los casos notificados por los profesionales sanitarios desde su trabajo en la consulta, por lo que son éstos los que sí interactúan con ellas); si bien, con tales objetivos se pretende que redunden en una mejor atención a las mujeres que sufren estas situaciones de violencia.	Muy

CCAA	Nombre de la experiencia	Respuesta Pregunta 1	Respuesta Pregunta 2	Respuesta Pregunta 3
Galicia	Mejora de la atención a las mujeres en situación de violencia de género en los PAC'S del área sanitaria de Santiago de Compostela (A Coruña)	En este caso no es aplicable "el mejor conocimiento científico posible" dado lo novedoso del estudio, si bien sí se ha utilizado el conocimiento que en violencia de género se recoge en los estudios y en las publicaciones últimas disponibles. Los demás criterios al igual que el anterior son muy válidos, ya que recogen aspectos importantes en el desarrollo y definición de la buena práctica, siendo su uso un buen guión de valoración del proyecto presentado, así como una herramienta válida para conocer la importancia de cada proyecto.	En términos generales no hemos encontrado dificultades en la aplicación de los diferentes criterios establecidos, los consideramos válidos y suficientes para el objetivo que han sido creados.	

CCAA	Nombre de la experiencia	Respuesta Pregunta 1	Respuesta Pregunta 2	Respuesta Pregunta 3
Madrid	Identificación de experiencias de buenas prácticas orientadas a la prevención y atención en VG	<p>Algunos son más adecuados que otros para la experiencia que se presenta, no todos los criterios se ajustan igualmente. Así los de aspectos éticos y equidad tal y como están formulados responden de manera más adecuada a actuaciones de intervención directa con mujeres pero no para otro tipo de intervenciones como evaluaciones, actuaciones de coordinación intersectorial, e incluso formación. Esto hace suponer que las iniciativas orientadas al trabajo de intervención directas con mujeres tiene mayor capacidad de puntuar en el check-list que el resto</p>	<p>Algunos ítems son difíciles de evaluar puesto que su definición es muy amplia y necesitaría de una explicitación (operativización) de cómo se cumple el ítem; por ejemplo, en el criterio de efectividad se habla de “conseguir mejoras” pero ¿cómo se comprueba que se han conseguido mejoras? Hay diversos ítems a lo largo del “check-list” que haría falta operativizar más para facilitar su valoración y para homogeneizar los valores que los diferentes equipos de evaluación van a otorgar a las experiencias presentadas</p>	Bastante

CCAA	Nombre de la experiencia	Respuesta Pregunta 1	Respuesta Pregunta 2	Respuesta Pregunta 3
Murcia	Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja”	<p>Los criterios son muy adecuados y no añadiríamos ni quitaríamos ninguno</p> <p>En la columna de nº de ítems hemos considerado añadir al número de los que cumple una barra y después el número de ítems total del criterio para poder comprobar en un mismo documento el nivel de cumplimiento. Dado que aquí no aparecen los ítems en el apartado de observaciones se especifica, entre otras cosas, los ítems que no se cumplen y el motivo por el que así se ha considerado. Consideramos que debería incorporarse el anexo III al anexo I, o quitar el check-list del anexo 1 y dejar sólo el anexo III con una columna de observaciones,</p>	NO	Bastante

CCAA	Nombre de la experiencia	Respuesta Pregunta 1	Respuesta Pregunta 2	Respuesta Pregunta 3
Navarra	Prevención de violencia de género: formación de profesionales sanitarios y no sanitarios en materia de violencia de género (VG) por parte de la dirección de atención primaria del Servicio Navarro de Salud.	lo que facilitaría ver en un solo documento los ítems que se cumplen y los que no y sus observaciones. Se consideran adecuados		Bastante
Rioja, La	Integración del protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres de La Rioja en la historia clínica electrónica (HCE) del Servicio Riojano de Salud (SERIS).	Algunos criterios y dependiendo de la BBPP no proceden. Muy completos.	Sin dificultad	Muy

Experiencias presentadas por las Comunidades Autónomas

Se han presentado 13 experiencias para el conjunto de las 17 CCAA e Instituto de Gestión Sanitaria (Ingesa) que coordina la gestión de los servicios sanitarios de Ceuta y Melilla.

No han presentado experiencia 4 CCAA: Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, País Vasco. Asimismo, **Ingesa tampoco** ha presentado.

Los proyectos presentados corresponden a diferentes líneas o modalidades:

Línea de actuación	CCAA	Experiencia
Adaptación Sistemas de Información Sanitaria para vigilancia epidemiológica de la VG.	Aragón*	Atención Integral desde los servicios de urgencia hospitalarios a las mujeres que sufren VG.
	Comunidad Valenciana	Sistema de información para la detección y actuación frente a la VG.
	Extremadura	Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura.
	La Rioja	Integración del Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres de La Rioja en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del Servicio Riojano de Salud (SERIS).
Formación de profesionales de los servicios sanitarios en materia de VG	Aragón*	Atención Integral desde los servicios de urgencia hospitalarios a las mujeres que sufren VG

Linea de actuación	CCAA	Experiencia
	<p>Cantabria</p> <p>Galicia**</p> <p>Navarra</p>	<p>Programa de sensibilización y formación en violencia de género de los servicios sanitarios del Servicio Cántabro de Salud</p> <p>Mejora de la atención a las mujeres en situación de violencia de género en los PAC's del Área Sanitaria de Santiago de Compostela (A Coruña)</p> <p>Formación de profesionales sanitarios y no sanitarios en materia de violencia de género (VG) por parte de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud</p>
Evaluación de actuaciones sanitarias frente a la VG	<p>Canarias</p> <p>Madrid</p> <p>Asturias</p>	<p>Valoración del protocolo de actuación ante la VG en el ámbito doméstico del servicio canario de la salud</p> <p>Identificación de experiencias de Buenas prácticas orientadas a la prevención y atención en VG</p> <p>Análisis de la atención en el sistema sanitario de las mujeres víctimas de VG de las que se emite parte informe al juzgado</p>
Coordinación Intersectorial	Aragón*	Atención Integral desde los servicios de urgencia hospitalarios a las mujeres que sufren VG

Línea de actuación	CCAA	Experiencia
	Castilla y León****	Proyecto de colaboración intersectorial para la prevención y atención de la violencia de género (VG) en la ciudad de Salamanca
Atención sanitaria a los casos de VG en contextos de especial vulnerabilidad	Murcia***	Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja
Trabajo Comunitario con la población para la prevención de la VG. Trabajo grupal con mujeres. Empoderamiento	Andalucía	Grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE)

(*) Aragón se encuadra en las 5 primeras líneas de este cuadro resumen, con su proyecto: *Atención Integral desde los servicios de urgencia hospitalarios a las mujeres que sufren VG. No obstante, por la relevancia del tema, se ha situado en el cuadro resumen en las dos líneas fundamentales que concentran sus objetivos principales.* No obstante, por la relevancia del tema, a efectos del cuadro resumen se ha incluido en las líneas de Adaptación de los Sistemas de Información sanitaria, Formación de Profesionales y Coordinación intersectorial.

() Galicia** se encuadra en las 3 primeras líneas y además en la línea de atención sanitaria en contextos de especial vulnerabilidad con su proyecto:

Mejora de la atención a las mujeres en situación de violencia de género en los PAC's del Área Sanitaria de Santiago de Compostela (A Coruña) No obstante, por la relevancia del tema, a efectos del cuadro resumen se ha incluido en las líneas de Formación de Profesionales.

(*) Murcia** considera que su proyecto se encuadra en las 5 primeras líneas de este cuadro, dado el carácter de atención integral y coordinación de procesos que exige la atención sanitaria en salud mental:

Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. No obstante, por la relevancia del tema, a efectos del cuadro resumen se ha incluido en la línea de contextos de mayor vulnerabilidad.

(**) Castilla y León** considera que su proyecto se encuadra además de en la línea de coordinación sectorial, también en las líneas de formación de profesionales, evaluación de actuaciones y trabajo comunitario con la población para la prevención de la violencia de género.

A continuación se presentan sendos cuadros resumen de las experiencias que han sido presentadas desde las CCAA junto con las calificaciones asignadas por el Grupo de Evaluación, y que posteriormente fueron sometidas al Pleno de la Comisión para su aprobación final.

En el primer cuadro, más detallado, se presentan por orden alfabético de CCAA con las experiencias y sus puntuaciones, así como detalles sobre

fechas de recepción de la documentación y observaciones durante dicho proceso.

En el segundo cuadro, más resumido, se presentan las experiencias ordenadas en función de la valoración o puntuación obtenida.

Para cada experiencia se ha elaborado un Informe Final de evaluación que se ha puesto a disposición en el E-room o espacio virtual de trabajo común de todos los Grupos y de la Comisión, lo que ha asegurado la transparencia del proceso

CANDIDATURAS RECIBIDAS Buenas prácticas en Actuación sanitaria frente a la violencia de género Sistema Nacional de Salud Piloteaje 2012										
CCAA	Nombre de la experiencia	Fecha recepción	Fecha entrada E-room	Situación				Clasificación obtenida		Observaciones de mejora
				En proceso Evaluación	Evaluada	Calif.	BBPP 2012	Futura BBPP		
Andalucía	Grupos socio-educativos en atención primaria.	31/07/2012	03/08/2012	X	X	45	SI		Han enviado toda la documentación correctamente.	
Aragón	Atención Integral desde los servicios de urgencia hospitalarios a las mujeres que sufren VG.	01/08/2012	03/08/2012	X	X	49	SI		Han enviado el Anexo I solicitado de nuevo bien cumplimentado.	
Asturias	Análisis de la atención en el sistema sanitario de las mujeres víctimas de VG de las que se emite parte informe al juzgado.	08/08/2012	08/08/2012	X	X	27	SI		Han enviado toda la documentación correctamente, pero se les ha solicitado el 23 de agosto, que remitan el Anexo III que faltaba. 12 septiembre. Han enviado el Anexo III cumplimentado. 9 octubre. Comunicado a CCAA observaciones subgrupo evaluador. 17 octubre. Necesidad modificar documentación. Ver Mejoras en el Informe de evaluación.	

(tabla págs. 105 - 109)

(tabla págs. 105 - 109)

CCAA	Nombre de la experiencia	Fecha recepción	Fecha entrada E-room	Situación				Clasificación obtenida		Observaciones de mejora
				En proceso Evaluación	Evaluada	Calif.	BBPP 2012	Futura BBPP		
Baleares	No presenta proyecto.									
Canarias	Valoración del protocolo de actuación ante la VG en el ámbito doméstico del servicio canario de la salud.	14/08/2012	14/08/2012	X	X	28	SI			Han enviado toda la documentación correctamente.
Cantabria	Programa de sensibilización y formación en violencia de género de los servicios sanitarios del Servicio Cántabro de Salud.	26/11/2012	26/11/2012	X	X	40,75	SI			Han enviado toda la documentación correctamente.
Castilla y León	Proyecto de colaboración intersectorial para la prevención y atención de la violencia de género (VG) en la ciudad de Salamanca.	28/11/2012	28/11/2012	X	X	35	SI			Han enviado toda la documentación correctamente, aunque mejorar detalles.

(tabla págs. 105 - 109)

CCAA	Nombre de la experiencia	Fecha recepción	Fecha entrada E-room	Situación			Clasificación obtenida		Observaciones de mejora
				En proceso Evaluación	Evaluada	Calif.	BBPP 2012	Futura BBPP	
Castilla-La Mancha	No presenta proyecto.								
Cataluña	No presenta proyecto.								
Comunidad Valenciana	Sistema de información para la detección y actuación frente a la VG.	25/07/2012	03/08/2012	X	X	27,5	SI		El Anexo I, solicitado de nuevo, lo han enviado correctamente. Han enviado datos de evaluación preliminar suficientes. Al final de 2012 tendrán la evaluación completa.
Extremadura	Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura.	29/08/2012	30/08/2012	X	X	42	SI		

(tabla págs. 105 - 109)

CCAA	Nombre de la experiencia	Fecha recepción	Fecha entrada E-room	Situación				Clasificación obtenida		Observaciones de mejora
				En proceso Evaluación	Evaluada	Calif.	BBPP 2012	Futura BBPP		
Galicia	Mejora de la atención a las mujeres en situación de violencia de género en los PAC's del Área Sanitaria de Santiago de Compostela.		7/08/2012 23/08/2012	X	X	29,25	SI		Han remitido toda la documentación, pero se ha solicitado, el 23 de agosto, que remitan el Anexo I debidamente cumplimentado en el modelo final que incluye las preguntas acerca de la utilidad de check-list para la autoevaluación, pues habían mandado el Anexo I en formato anterior.	
Madrid	Identificación de experiencias de Buenas prácticas orientadas a la prevención y atención en VG.	01/08/20012	03/08/20012	X	X	32,25	SI		Han enviado toda la documentación correctamente.	
Murcia	Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja	16/08/2012 26/08/2012 28/08/2012	28/8/2012	X	X	44	SI		La CCAA colgó directamente información inicial el 16 de agosto. Se les solicitó subsanar y completaran documentación. Finalmente, ya han remitido el 28 de agosto, el Anexo I correctamente cumplimentado, el Anexo III y el resumen del Proyecto. Por tanto ya está colgada en el E-room toda la documentación necesaria para proceder a su evaluación	

(tabla págs. 105 - 109)

CCAA	Nombre de la experiencia	Fecha recepción	Fecha entrada E-room	Situación			Clasificación obtenida		Observaciones de mejora
				En proceso Evaluación	Evaluada	Calif.	BBPP 2012	Futura BBPP	
Navarra	Prevención de violencia de género: Formación de profesionales sanitarios y no sanitarios en materia de violencia de género (VG) por parte de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud.	1/8/2012	28/08/2012	X	X	31,5	SI		Ya han remitido el 28 de agosto los Anexos I y III en formato estándar adecuado para ser evaluado. Remiten además el proyecto y anexos.
País Vasco	No presenta proyecto								
Rioja, La	Integración del Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres de La Rioja en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del Servicio Riojano de Salud (SERIS).	7/09/2012	7/09/2012	X	X	41	SI		Pendientes de cambiar el Anexo I por uno nuevo que ya tenga cumplimentadas las 3 preguntas que siguen al cuadro de autoevaluación.
Ingesa (Ceuta y Melilla)	No presenta proyecto								

PILOTAJE BBPP-VG 2012. Sistema Nacional de Salud				
CCAA	Proyecto	Calificación	Grado	BBPP-VG-SNS-2012
Aragón	Atención Integral desde los servicios de urgencia hospitalarios a las mujeres que sufren VG	49,00	alto	
Andalucía	Grupos socioeducativos en atención primaria	45,00	alto	
Murcia	Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja	44,00	alto	
Extremadura	Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura	42,00	alto	
Rioja, La	Integración del Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres de La Rioja en la Historia Clínica Electrónica (HCE) del Servicio Riojano de Salud (SERIS).	41,00	alto	
Cantabria	Programa de sensibilización y formación en violencia de género de los servicios sanitarios del Servicio Cántabro de Salud	40,75	alto	
Castilla y León	Proyecto de colaboración intersectorial para la prevención y atención de la violencia de género (VG) en la ciudad de Salamanca	35,00	medio	
Madrid	Identificación de experiencias de Buenas prácticas orientadas a la prevención y atención en VG	32,25	medio	
Galicia	Mejora de la atención a las mujeres en situación de violencia de género en los PAC's del Área Sanitaria de Santiago de Compostela (A Coruña)	29,25	medio	
Canarias	Valoración del protocolo de actuación ante la VG en el ámbito doméstico del servicio canario de la salud	28,00	medio	
Comunidad Valenciana	Sistema de información para la detección y actuación frente a la VG	27,50	medio	
Asturias	Análisis de la atención en el sistema sanitario de las mujeres víctimas de VG de las que se emite parte informe al juzgado	27,00	medio	

CCAA	Proyecto	calificación	grado	BBPP-VG-SNS-2012
Navarra	Prevención de Violencia de Género: Formación de profesionales sanitarios y no sanitarios en materia de violencia de género (VG) por parte de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud	31,5	medio	
Baleares	No presenta proyecto	no	no	no
Castilla-La Mancha	No presenta proyecto	no	no	no
Cataluña	No presenta proyecto	no	no	no
Ingesa (Ceuta y Melilla)	No presenta proyecto	no	no	no
País Vasco	No presenta proyecto	no	no	no
ALTO	entre 68%-100% de la máx. puntuación	39-57		
MEDIO	entre 35%-68%	20-38		
BAJO	menos del 35%	1-19		

Consideraciones finales de la propuesta y elementos de mejora

El Grupo de Evaluación de Actuaciones considera que todos los proyectos presentados en esta fase de pilotaje-2012 pueden ser considerados como Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el SNS, dado que ninguno de los proyectos ha resultado con calificación correspondiente al nivel bajo (19 o menos puntos).

No obstante, se considera necesario realizar algunas mejoras tanto en el proceso de evaluación y baremación como en la propia herramienta diseñada para la evaluación o “check-list”, en estos términos:

- En cada convocatoria anual, puede ocurrir que no todas las CCAA presenten experiencias, tal como ha ocurrido en este pilotaje, por lo cual, habrá que esperar a que finalice la fase de recepción para distribuir el total de experiencias recibidas entre los diferentes subgrupos. En este pilotaje, dado que los plazos de tiempo estaban muy ajustados, los proyectos se iban evaluando según iban llegando una vez comprobada la documentación, por lo cual algunos subgrupos tuvieron mayor carga de trabajo que otros, puesto que no todas las CCAA asignadas presentaron proyecto.
- Para realizar el proceso de consenso de la puntuación de cada experiencia, se debería facilitar a los subgrupos herramientas TIC's más adecuadas, como por ejemplo, una audio-conferencia por subgrupo u otra herramienta tecnológica (skype, illuminate, etc.) que permita interactuar al conjunto de integrantes para alcanzar el consenso en la puntuación. En esta fase de pilotaje, debido también a los plazos ajustados de tiempo, los consensos se han ido estableciendo primero “por pares” dentro de cada subgrupo. La mayoría ha sido mediante llamada telefónica, pero en cuanto se ha llegado al momento del conjunto del subgrupo (todos de más de dos personas), ha supuesto un intercambio desproporcionado en cantidad de correos electrónicos. Algún subgrupo, para elaborar el informe final de evaluación ha optado porque una de las personas integrantes fuera recibiendo las opiniones del resto del subgrupo y sus correcciones por correo electrónico. Luego ha preparado un resumen que ha vuelto a circular al subgrupo para el consenso final.
- Es necesario revisar y mejorar la herramienta de evaluación o “check-list” y validarla de nuevo para aquellas experiencias que no tienen un perfil de intervención sanitaria, es decir, para aquellas que se refieren a procedimientos o metodologías de trabajo, de diseño

o desarrollo de herramientas, adecuación de los sistemas de información, metodologías de evaluación o similares. En estos casos, el check-list actual con los ítems que figuran para cada criterio, no en todos los casos ayuda a valorar en su justa medida este tipo de proyectos, que pueden quedar infravaloradas. El grupo de Evaluación de actuaciones, trabajará sobre la mejora de dicha herramienta, de forma inmediata, con el fin de validarla y tener el nuevo check-list para la convocatoria de 2013.

- Se ha considerado positivo que para cada subgrupo exista una persona que ejerza la tarea de coordinación interna del mismo, tanto para la interlocución entre sus integrantes como con el Observatorio de Salud de las Mujeres, para el seguimiento adecuado de plazos y de documentación, resolución de dudas y establecimiento del cronograma de audio-conferencias. Durante el proceso de evaluación y calificación final de proyectos para así poder presentar en plazo la propuesta final de BBPP para su aprobación por la Comisión.

Cronograma futuro

Las Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género del Sistema Nacional de Salud (BBPP_VG_SNS_2012) aprobadas por la Comisión, entrarán a formar parte de la base de datos que sustentará el Buscador de BBPP en actuación sanitaria frente a la violencia de género, que está siendo desarrollado por la Subdirección de Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La propuesta inicial de diseño y especificaciones ha sido realizada por el Observatorio de Salud de las Mujeres que ejerce las funciones de Secretaría técnica de esta Comisión.

El buscador, con la información correspondiente de las BBPP_VG_SNS_2012 estará en la web del MSSSI en el primer semestre de 2013.

Como se ha comentado anteriormente, el Grupo de Evaluación de actuaciones, seguirá trabajando de inmediato en la mejora de la Herramienta “check-list” para la evaluación de experiencia, incluidas aquellas de tipo metodológico o de evaluación, así como en la revisión de todo el proceso que se ha seguido para la identificación, recogida y difusión de BBPP, con el fin de mejorarlo para la nueva convocatoria de 2013.

Bibliografía

- ORDEN SCO/3081/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Alergología.
- ORDEN SCO/3369/2006, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Análisis Clínicos.
- ORDEN SCO/3107/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Anatomía Patológica.
- ORDEN SAS/1351/2009, de 6 de mayo, por la que se modifica el programa formativo de la especialidad de Anatomía Patológica.
- Anestesiología y Reanimación. Programa elaborado por la comisión nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de 25 de abril de 1996.
- ORDEN SCO/1258/2007, de 13 de abril, por la que se prueba y publica el programa formativo de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascolar.
- ORDEN SAS/2854/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo.
- ORDEN SCO/3252/2006, de 2 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Bioquímica Clínica.
- ORDEN SCO/1259/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cardiología.
- Cirugía Cardiovascular. Programa elaborado por la comisión nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de 25 de abril de 1996.
- ORDEN SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- ORDEN SCO/2753/2007, de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial.
- ORDEN SCO/226/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
- ORDEN SCO/3253/2006, de 2 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Pediátrica.
- ORDEN SAS/1257/2010, de 7 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
- Cirugía Torácica. Programa elaborado por la comisión nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de 25 de abril de 1996.
- ORDEN SCO/2754/2007, de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
- ORDEN SCO/3122/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Endocrinología y Nutrición.

- ORDEN SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- ORDEN SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.
- ORDEN SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica.
- ORDEN SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.
- ORDEN SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
- ORDEN SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Farmacia Hospitalaria. Programa elaborado por la Comisión Nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Educación, Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte por resolución de fecha de 20 de mayo de 1999.
- Farmacia Industrial y Galénica. Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialización de Farmacia Industria y Galénica y aprobado por la Secretaría de Estado de Educación, Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte por resolución de fecha de 12 de enero de 2000.
- ORDEN SCO/3129/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Farmacología Clínica.
- ORDEN SCO/2603/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Geriátrica.
- ORDEN SCO/3254/2006, de 2 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad hematología y Hemoterapia.
- Hidrología. Programa elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobado por la secretaria de Estado de Universidades e Investigación de Ministerio de Educación y ciencia por Resolución de fecha de 25 de abril de 1996.
- ORDEN SCO/3255/2006, de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Inmunología.
- Medicina de la Educación Física y del Deporte. Programa elaborado por la Comisión Nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución del 25 de abril de 1996.
- ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
- ORDEN SCO/846/2008, de 14 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación.
- Medicina Intensiva. Programa elaborado por la Comisión Nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución del 25 de abril de 1996.
- ORDEN SCO/227/2007, de 24 de enero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Interna.

- Medicina Legal y Forense. Programa elaborado por la Comisión Nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución del 25 de abril de 1996.
- Medicina Nuclear. Programa elaborado por la Comisión Nacional de Especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución del 25 de abril de 1996.
- ORDEN SCO/1980/2005, de 6 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y salud Pública.
- ORDEN SCO/1526/2005, de 5 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina de Trabajo.
- ORDEN SCO/3256/2006, de 2 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Microbiología y Parasitología.
- ORDEN SCO/2604/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Nefrología.
- ORDEN SCO/2605/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neumología.
- ORDEN SCO/847/2008, de 14 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurocirugía.
- ORDEN SCO/2617/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurofisiología Clínica.
- ORDEN SCO/528/2007, de 20 de febrero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Neurología.
- ORDEN SAS/1350/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.
- ORDEN SAS/3072/2009, de 2 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oftalmología.
- ORDEN SSI/577/2013, de 5 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oncología Médica y los criterios de evaluación de los especialistas en formación.
- ORDEN SCO/3142/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oncología Radioterápica.
- ORDEN SCO/1262/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Otorrinolaringología.
- ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas.
- ORDEN SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
- ORDEN SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
- ORDEN SCO/634/2008, de 15 de febrero, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Radiodiagnóstico.

- ORDEN SCO/2733/2007, de 4 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Radiofarmacia.
- Radiofísica Hospitalaria. Programa elaborado por la Comisión de la Especialidad y aprobado por la secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Ciencia por Resolución de fecha de 25 de abril de 1996.
- ORDEN SAS/2855/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Reumatología.
- ORDEN SCO/3358/2006, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Urología.
- INFORMES ANUALES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO. 2008-2012. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponibles en texto completo en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm

Anexos

1. Formulario del Sistema Nacional de Salud para la recogida de indicadores de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud

Recogida de Indicadores Epidemiológicos:

- *Formulario para la recogida de Indicadores epidemiológicos desde la Historia Clínica*
- *Formulario para la recogida de Indicadores epidemiológicos desde el Parte de Lesiones*

Recogida de Indicadores sobre los procesos de formación de personal sanitario en materia de violencia de género:

- *Formulario datos formación*

2. Formulario del Sistema Nacional de Salud para la recogida de experiencias candidatas a ser identificadas con buena práctica (Anexo I. Pilotaje 2012)
3. Check list para evaluar en que medida se cumplen los criterios de calidad del Sistema Nacional de Salud en las experiencias candidatas a ser identificadas como buena práctica en actuación sanitaria frente a la violencia de género (Grupo Evaluador. Pilotaje 2012)

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

Casos obtenidos de HC_AP:

(Señalar con una X)

Casos obtenidos de HC_AE:

(Señalar con una X)

La fuente Historia Clínica (HC) permite obtener los indicadores planteados y cotejar posibles duplicados mediante códigos de identificación individual. Sin embargo, a menos que haya una Historia Clínica Unificada para todos los niveles asistenciales, suele ser difícil descartar la posibilidad de casos duplicados entre ellos, por lo que no es aconsejable totalizar los casos.

La definición de **VIOLENCIA DE GÉNERO** consensuada en el Protocolo común del SNS para la actuación sanitaria ante la violencia de género: es *“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”* (Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993).

A efecto de los Indicadores se considera como Definición de Caso de Violencia de Género (VG) a: *Mujer de 14 años o más, que reconoce por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, en cualquier dispositivo de Atención primaria (AP) y/o Atención especializada (AE) del SNS en el período analizado*

Denominadores poblacionales para el cálculo de tasas (consultar anexo poblacional en Excel para 2012)

Se utilizan los grupos quinquenales de la actualización DEL PADRÓN A 1 DE ENERO 2012 (INE) estimando la población de mujeres de 14 años como la quinta parte del quinquenio de 10-14 años

Se utiliza **el mismo denominador poblacional** para todos los Indicadores que se expresan como Tasa (Indicadores 1, 8b y 9b). En el indicador 8b, se desglosa por **grupos de edad**. (Recuérdese que el primer grupo consta de seis años: de 14-19 años). En el indicador 9b se desglosa por **nacionalidades**. La excepción es el I11 cuyo denominador son los nacidos vivos. El **denominador es el mismo** tanto si el indicador está calculado a partir de datos de AP como de AE.

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS
Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Denominadores para el cálculo de porcentajes.

Son todos los casos de VG obtenidos a partir la Hª Clínica de Atención Primaria y/o de Especializada. Se trata del mismo denominador para todos los Indicadores que se expresan como porcentaje respecto a AP o respecto a AE, excepto para el Indicador 2 para el que se utiliza como denominador todos los partes emitidos por VG.

Cambios en el formulario en relación a años anteriores:

- Se ha simplificado la formulación de los indicadores, suprimiendo la repetición de definiciones y conceptos.
- Se han suprimido todos los datos totales (sumatorios de casos de AP + AE). Si alguna CA indicara que se dan las condiciones para poder sumarlos, se incorporará el cálculo al Informe final.
- Los Indicadores I3 e I4 se consideran incluidos en el indicador I1.
- Se solicita concretar -si es posible- los partes que proceden de Urgencias (AP y/o AE) y de dispositivos de Salud Mental de AP o AE.
- Se solicita alguna información complementaria en algunas observaciones y contestar un Anexo de preguntas que se adjunta por separado con los formularios

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES DE MAGNITUD:

INDICADORES 1-3(AP)-4(AE).Casos detectados en mujeres de 14 años o más, por niveles de atención (tasa por 100.000)

Definición:
Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, atendidas en algún dispositivo de Atención primaria (AP) y/o Atención especializada (AE) en el período analizado.

	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
Numerador: Nº casos detectados por la Historia Clínica en		
ATENCIÓN PRIMARIA	AP <input type="checkbox"/>	AP <input type="checkbox"/>
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	AE <input type="checkbox"/>	AE <input type="checkbox"/>
Denominador: <u>Población</u> de mujeres de 14 años o más en la CCAA. <i>Ver anexo poblacional</i>	P	

<p>En los casos de AP:¿se han incluido casos a partir de las Urgencias de AP <input type="checkbox"/> (Señalar con una X). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> Si se incluyen, ¿Cuántos? NC <input type="checkbox"/> En los casos de AP ¿se han incluido casos detectados en servicios de salud mental?. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> Si se incluyen, ¿Cuántos? NC <input type="checkbox"/> ¿Se han corregido posibles duplicaciones de casos en AP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO consta <input type="checkbox"/></p>	<p>En los casos de AE:¿se han incluido casos a partir de las Urgencias Hospitalarias <input type="checkbox"/> (Señalar con una X). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> Si se incluyen, ¿Cuántos? NC <input type="checkbox"/> En los casos de AP ¿se han incluido casos detectados en servicios de salud mental?. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> Si se incluyen, ¿Cuántos? NC <input type="checkbox"/> ¿Se han corregido posibles duplicaciones de casos en AE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO consta <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Se han corregido posibles duplicaciones entre AP y AE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO consta <input type="checkbox"/></p>	

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos de los indicadores I1,I2,I3:

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADOR 2. Número de partes de lesiones por VG emitidos por nivel asistencial (%)

En el caso de que la CA utilice ambas fuentes para la detección de la VG (Partes de Lesiones e Historia Clínica) los numeradores de este indicador deberían coincidir con los numeradores I3 e I4 de la fuente PL.

Definición:

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 atención especializada en el periodo analizado, expresados como porcentaje por nivel asistencial del total de partes emitidos por VG.

	DATO CRUDO	%
Numerador: Partes de lesiones por violencia de género emitidos en		
ATENCIÓN PRIMARIA	AP <input type="checkbox"/>	AP <input type="checkbox"/>
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	AE <input type="checkbox"/>	AE <input type="checkbox"/>
Denominador: Suma de AP y AE	AP+ AE=	100

En AP: ¿se han incluido casos por PL emitidos desde las Urgencias de AP?

(Señalar con una X).

SI NO NC

Si se incluyen, ¿Cuántos? NC

En AP ¿se han incluido casos por PL emitidos desde Servicios de salud mental de AP?.

(Señalar con una X).

SI NO NC

Si se incluyen, ¿Cuántos? NC

En AE ¿se han incluido casos por PL emitidos desde Urgencias Hospitalarias?

(Señalar con una X).

SI NO NC

Si se incluyen, ¿Cuántos? NC

En AE ¿se han incluido casos por PL emitidos desde Servicios de salud mental de AE?.

(Señalar con una X).

SI NO NC

Si se incluyen, ¿Cuántos? NC

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante para aclarar los datos del indicador 2: En especial si se han cotejado los PL de forma que se correspondan (sin duplicaciones) con casos en mujeres, tanto en AP como en AE como entre sí:*

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

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

Nótese que los denominadores son los numeradores de los indicadores 13 e 14 y que los % no tienen que sumar 100. (Puede darse varios tipos de maltrato en el mismo caso)

Definición: <i>Porcentaje de mujeres de 14 años o más <u>por tipo de violencia de género sufrida</u>, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, atendidas en algún dispositivo de Atención Primaria (AP) y/o Atención Especializada (AE) en el período analizado.</i>								
	DATO CRUDO				(%)			
Numerador Nº de casos detectados en la Hª Clínica por tipo de maltrato en:	Psicol.	Sexual	Físico	Casos en los que NO consta	Psicol.	Sexual	Físico	Casos en los que NO consta
ATENCIÓN PRIMARIA								
ATENCIÓN ESPECIALIZADA								
Denominador: Nº total de casos detectados de VG en la Hª Clínica en:								
ATENCIÓN PRIMARIA					100			
ATENCIÓN ESPECIALIZADA					100			

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 5:*

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

INDICADOR 6. Casos detectados según duración del maltrato (porcentaje)

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años) o más por duración del maltrato que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, atendidas en algún dispositivo de atención primaria (AP) y/o atención especializada (AE) en el período analizado.

	DATO CRUDO					(%)				
	<1 año	1 a 4 años	5 a 9 años.	10 + años	NO consta	<1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 + años	NO consta
Numerador: Nº de casos detectados en la Hª Clínica en:										
ATENCIÓN PRIMARIA										
ATENCIÓN ESPECIALIZADA										
Denominador: Nº de casos totales detectados en la Hª Clínica en:										
ATENCIÓN PRIMARIA						100				
ATENCIÓN ESPECIALIZADA						100				

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 6:

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

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

Definición:

Porcentaje de mujeres de 14 años o más según la relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, por cualquier forma de violencia de género, atendidas en algún dispositivo de Atención Primaria y/o Atención Especializada en el período analizado.

	DATO CRUDO						%					
	com- pañero íntimo actual (ma- rido, novio, com- pañe- ro)	ex compa- ñero íntimo (ex ma- rido, ex novio, ex compa- ñero)	padre, pa- drastro o compa- ñero de madre	herma- no, tío u otro hom- bre del ámbito familiar	hom- bre que NO pertenece al ámbito familiar	NO consta	com- pañero íntimo actual (ma- rido, novio, com- pañero)	ex compa- ñero íntimo (ex ma- rido, ex novio, ex compa- ñero)	padre, pa- drastro o compa- ñero de madre	herma- no, tío u otro hom- bre del ámbito familiar	hom- bre que NO pertenece al ámbito familia	NO consta
Numerador Nº casos detectados en la Hª Clínica por relación con maltratador en ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA												
Denominador: Nº de casos totales por VG detectados en la Hª Clínica en: ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA									100			
									100			

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 7:

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 8.a. Casos detectados por edad (porcentaje)

Numerador:

Porcentaje de mujeres de 14 años o más, por grupos de edad, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, atendidas en algún dispositivo de Atención Primaria y/o Atención Especializada en el período analizado.

Denominador:

número total de casos detectados en la Hª Clínica atendidas en algún dispositivo de Atención Primaria y/o Atención Especializada de mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad cuyo motivo sea violencia de género.

INDICADOR 8.b. Casos detectados por edad (tasa)

Numerador:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000 por grupos de edad, atendidas en algún dispositivo de atención primaria y/o atención especializada que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad en el período analizado.

Denominador:

Población de mujeres de 14 años o más, por grupos de edad.

(Tabla de datos para Indicadores 8a y 8b)

grupos de edad	Datos crudos			8a %		8b Tasa x 10 ⁵	
	Casos en AP	Casos en AE	Población (14 a y +)	% AP	% AE	Tasa AP	Tasa AE
De 14 a 19 años							
De 20 a 24 años							
De 25 a 29 años							
De 30 a 34 años							
De 35 a 39 años							

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS
Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

grupos de edad	Datos crudos			8a %		8b Tasa x 10 ⁵	
	Casos en AP	Casos en AE	Población (14 a y +)	% AP	% AE	Tasa AP	Tasa AE
De 40 a 44 años							
De 45 a 49 años							
De 50 a 54 años							
De 55 a 59 años							
De 60 a 64 años							
De 65 a 69 años							
De 70 y más							
No consta							
TODAS EDADES				100	100		

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos de los indicadores 8a y 8b:

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 9.a Casos detectados según nacionalidad (porcentaje)

Numerador: porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, por nacionalidad que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad atendidas en algún dispositivo de Atención primaria y/o Atención Especializada en el período analizado.

Denominador: número total de casos detectados en la Hª Clínica en Atención primaria y/o Atención Especializada de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad.

INDICADOR 9.b. Casos detectados según nacionalidad (tasa)

Numerador: casos de mujeres de 14 años o más por 100000, de mujeres de 14 años o más, por nacionalidad que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad atendidas, en algún dispositivo de atención primaria y/o atención especializada en el período analizado.

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

(Tabla de datos para Indicadores 9a y 9b)

NACIONALIDAD	Datos crudos			9a %			9b Tasa x 10 ⁵	
	Casos en AP	Casos en AE	Población (14 a y +)	% AP	% AE	Tasa AP	Tasa AE	
Españolas								
Rumanas								
Andinas (Perú + Ecuador + Colombia + Bolivia)								
Marroquíes								

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS
Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

NACIONALIDAD	Datos crudos			9a %			9b Tasa x 10 ⁵	
	Casos en AP	Casos en AE	Población (14 a y +)	% AP	% AE		Tasa AP	Tasa AE
Otras mujeres de países de inmigración económica								
Otras mujeres de países desarrollados								
No consta								
Todas las nacionalidades				100	100	100		

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 9a y 9b:*

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 10. Casos detectados según situación laboral (porcentaje)

Definición: Porcentaje de mujeres de 14 años o más, <u>por situación laboral</u> , que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, atendidas en algún dispositivo de atención primaria y/o atención especializada en el período analizado.						
	DATO CRUDO			(%)		
	Trabajo remunerado			Trabajo remunerado		
Numerador Nº casos detectados por la Hª Clínica: por situación laboral en ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	SI	NO	No consta	SI	NO	No consta
Denominador: Nº de casos totales de VG detectados por la Hª Clínica en: ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA				100 100		

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 10:

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 11. Casos detectados en mujeres embarazadas (tasa)

Definición: <i>Casos de mujeres de 14 años o más <u>en situación de embarazo</u> por 100000 nacidos vivos, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, atendidas por el sistema sanitario en atención primaria y/o atención especializada, en el período analizado.</i>		
Numerador: Nº casos de VG en embarazadas detectados por la Hª Clínica en	DATO CRUDO	Tasa x 10 ⁵ nacidos vivos
ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA		
Denominador*: Numero de nacidos vivos en esa CCAA, en el año considerado* <i>Ver anexo poblacional</i>	Nvivos=	

***Se considera que este denominador es el más adecuado y sencillo de obtener para poder calcular las tasa en este Indicador. Se recuerda que los nacidos vivos es un dato que facilita el INE consolidado para el año anterior del de recogida de los indicadores.**

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 11:*

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

Emitidos desde AP: (Señalar con una X)

Emitidos desde AE: (Señalar con una X)

Si se proporciona algún indicador a partir de esta fuente, por favor, adjúntese el/los formatos correspondientes

A partir de esta fuente pueden calcularse los indicadores de violencia de género referidos a atención primaria-AP (partes emitidos desde atención primaria) y/o a atención especializada-AE (partes emitidos desde atención especializada) y de ambas.

Es conveniente que la Comunidad Autónoma que utilice esta fuente proporcione los datos desglosados de AP y AE y que solo los totalice si tiene la seguridad de que no hay casos duplicados entre los partes de ambos niveles.

A partir de esta fuente no se puede determinar si los indicadores calculados se refieren a casos “incidentes” como requieren las definiciones por ello esta característica figura entre paréntesis.

A partir de esta fuente pueden darse recurrencias (producirse mas de un parte para la misma mujer en el periodo analizado), sobreestimando así el numero de casos.

En la mayoría de las CCAA, en la actualidad, los partes de lesiones de AE se configuran como la única fuente posible para obtener información de los casos de VG detectados desde atención especializada.

Los indicadores de VG basados en los partes de lesiones emitidos desde AP deben considerarse como complementarios a los calculados a partir de la historia clínica se facilitaran los indicadores obtenidos por ambas fuentes-historia clínica y partes de lesiones- siempre que sea posible.

Se adjuntan unas fichas de recogida de datos que permiten desglosar si son de AP y/o de AE y que facilitan el recordatorio de la composición y calculo de los indicadores

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Se recuerda que se entiende por **VIOLENCIA DE GÉNERO** la definición consensuada en el *Protocolo común del SNS para la actuación sanitaria ante la violencia de género*: “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (*Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993*).

DENOMINADORES POBLACIONALES PARA EL CÁLCULO DE TASAS (anexo P)

Se utilizan los grupos quinquenales de la actualización DEL PADRÓN A 1 DE ENERO 2011 (INE) estimando la población de mujeres de 14 años, como la quinta parte del quinquenio de 10-14 años.

Se utiliza **el mismo denominador poblacional** para todos los Indicadores que se expresan como TASA (Indicadores 1, 3, 4, 8b y 9b). En el indicador 8b, se desglosa por **grupos de edad**. (Recuérdese que el primer grupo consta de seis años: de 14-19 años). En el indicador 9b se desglosa por **nacionalidades**. El denominador es el mismo aunque solo se disponga de casos procedentes de partes de Atención Primaria y/o solo de Especializada.

DENOMINADORES PARA EL CÁLCULO DE PORCENTAJES.

Son todos casos de VG obtenidos de los partes bien procedentes de Atención Primaria, bien de Especializada, bien del Total de Partes como sumatorio de ambos. Se trata del mismo denominador para todos los Indicadores que se expresan como porcentaje respecto a AP o respecto a AE excepto para el Indicador 2 que se utiliza como denominador todos los partes emitidos por AP y por AE, cualesquiera sea el motivo del parte.

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES DE MAGNITUD:

INDICADOR 1. Casos detectados en mujeres de 14 años ó más, por 100.000 (tasa)

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, (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 Atención especializada y total en el período analizado.

	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
Numerador: Nº casos detectados por partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA TOTAL partes referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género	AP AE Total	
Denominador: población de mujeres de 14 años o más en la CCAA.	P	

Incluye urgencias de AP (Señalar con una X) Incluye urgencias de AE (Señalar con una X)

Incluye en AP los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X) Incluye en AE los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X)

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 1:*

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS
Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADOR 2. Numero de partes de lesiones emitidos por nivel asistencial (%)

Nótese que con esta fuente, se trata del mismo numerador que en el Indicador 1, pero en este caso se calcula un porcentaje.

COMO YA SE HA EXPLICADO ESTE INDICADOR NO SE RECOGE EN ESTE FORMULARIO POR LA IMPOSIBILIDAD DE SABER EL NÚMERO TOTAL DE PARTES DE LESIONES EMITIDOS POR CUALQUIER MOTIVO

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES DE MAGNITUD POR ÁMBITO ASISTENCIAL

INDICADOR 3. Casos detectados en Atención Primaria (tasa)

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, (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.

	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
Numerador: Nº casos detectados en parte de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género		
Denominador: población de mujeres de 14 años o más en la CCAA.		

Incluye urgencias de AP (Señalar con una X) Incluye urgencias de AE (Señalar con una X)
 Incluye en AP los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X) Incluye en AE los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X)

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 3:*

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADOR 4. Casos detectados en Atención Especializada (tasa)

Definición: Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), <i>detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género</i> , independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de Atención Especializada en el período analizado.		
	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
Numerador: Nº casos detectados en parte de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género		
Denominador: población de mujeres de 14 años o más en la CCAA.		

Incluye urgencias de AP (Señalar con una X) Incluye urgencias de AE (Señalar con una X)
 Incluye en AP los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X) Incluye en AE los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X)

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 4:*

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

INDICADOR 5. Casos detectados según tipo de maltrato

Nótese que los denominadores son los numeradores de los indicadores 3 y 4 y que los % no tienen que sumar 100. (puede darse varios tipos de maltrato en el mismo caso)

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, (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 Atención especializada y total en el período analizado, por cada tipo de maltrato.

Numerador:	DATO CRUDO			(%)		
	Psicol.	Sexual	Físico	Psicol.	Sexual	Físico
Nº de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA TOTAL casos referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género, desglosados por tipo de maltrato						
Denominador: Nº total de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA TOTAL parte de mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género					100 100 100	

Incluye urgencias de AP (Señalar con una X) Incluye urgencias de AE (Señalar con una X)
Incluye en AP los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X) Incluye en AE los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X)

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 5:*

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADOR 6. Casos detectados según duración del maltrato.

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, (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 Atención especializada y total en el período analizado, por duración del maltrato.

Numerador:	DATO CRUDO					(%)				
	<1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 + años	nc	<1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 + años	nc
Nº de casos detectados por partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA										
ATENCIÓN ESPECIALIZADA										
TOTAL partes referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género, desglosados por duración del maltrato										
Denominador:										
Nº de casos detectados por partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA						100				
ATENCIÓN ESPECIALIZADA						100				
TOTAL partes referidos a mujeres de 14 años o más cuyo motivo sea violencia de género						100				

Incluye urgencias de AP (Señalar con una X) Incluye urgencias de AE (Señalar con una X)
 Incluye en AP los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X) Incluye en AE los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X)

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 6:

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

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

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, (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 Atención especializada y total en el período analizado, según la relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador.

	DATO CRUDO						%					
	com- pañero íntimo actual (marido, novio, compa- ñero)	ex compa- ñero íntimo (ex marido, ex no- vio, ex compa- ñero)	padre, pa- drastro o madre	herma- no, tío u otro hom- bre del ámbito fami- liar	hom- bre que NO pertenece al ámbito fami- liar	nc	com- pañero íntimo actual (marido, novio, compa- ñero)	ex com- pañero íntimo (ex marido, ex no- vio, ex compa- ñero)	padre, pa- drastro o compa- ñero de madre	herma- no, tío u otro hom- bre del ámbito fami- liar	hom- bre que NO pertenece al ámbito fami- liar	nc
Numerador:												
Nº casos detectados por partes de lesiones emitidos en												
ATENCIÓN PRIMARIA												
ATENCIÓN ESPECIALIZADA												
TOTAL partes												
referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género desglosados según la relación de convivencia con el maltratador												
Denominador:												
Nº de casos detectados por partes de lesiones emitidos en												
ATENCIÓN PRIMARIA							100					
ATENCIÓN ESPECIALIZADA							100					
TOTAL partes							100					
referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género												

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)

Incluye urgencias de AP (Señalar con una X) Incluye urgencias de AE (Señalar con una X)
Incluye en AP los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X) Incluye en AE los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X)

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 7:

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 8.a. Casos detectados por edad (Porcentaje)

Numerador:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, (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 Atención especializada y total, en el período analizado, desglosados según grupos de edad.

Denominador:

número total de casos detectados por partes de lesiones emitidos en Atención primaria y/o Atención especializada total de mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género.

INDICADOR 8.b. Casos detectados por edad (Tasa)

Numerador:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, 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 Atención especializada y total, en el período analizado, desglosados por grupos de edad.

Denominador:

población de mujeres de 14 años o más, en la CCAA, por grupos de edad.

(Tabla de datos para Indicadores 8a y 8b)

los grupos de edad	Datos crudos				8a) %			8b) Tasa x 10 ⁵		
	Casos en AP	Casos en AE	Total casos	Población (14 a y +)	% AP	% AE	% total	Tasa AP	Tasa AE	Tasa Total
De 14 a 19 años										
De 20 a 24 años										
De 25 a 29 años										
De 30 a 34 años										
De 35 a 39 años										
De 40 a 44 años										

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

los grupos de edad	Datos crudos				8a) %			8b) Tasa x 10 ⁵		
	Casos en AP	Casos en AE	Total casos	Población (14 a y +)	% AP	% AE	% total	Tasa AP	Tasa AE	Tasa Total
De 45 a 49 años										
De 50 a 54 años										
De 55 a 59 años										
De 60 a 64 años										
De 65 a 69 años										
De 70 y más										
No consta										
TODAS EDADES					100	100	100			

Incluye urgencias de AP (Señalar con una X) Incluye urgencias de AE (Señalar con una X)
 Incluye en AP los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X) Incluye en AE los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X)

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 8:

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género (Datos correspondientes al año 2012)

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 9.a Casos detectados según nacionalidad (porcentaje)

Numerador:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, (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 Atención especializada y total en el período analizado, desglosados por nacionalidad.

Denominador:

número total de casos detectados por partes de lesiones emitidos en Atención primaria y/o Atención especializada y total de mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género.

INDICADOR 9.b. Casos detectados según nacionalidad (tasa)

Numerador:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, (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 ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL en el período analizado, desglosados por nacionalidad.

Denominador:

población de mujeres de 14 años o más , en la CCAA, por nacionalidad.

(Tabla de datos para Indicadores 9a y 9b)

	Datos crudos				9a) %			9b) Tasa x 10 ⁵		
	Casos en AP	Casos en AE	Total casos	Población (14 a y +)	% AP	% AE	% total	Tasa AP	Tasa AE	Tasa Total
NACIONALIDAD										
Españolas										
Rumanas										

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

	Datos crudos				9a) %			9b) Tasa x 10 ⁵		
	Casos en AP	Casos en AE	Total casos	Población (14 a y +)	% AP	% AE	% total	Tasa AP	Tasa AE	Tasa Total
Andinas (Perú + Ecuador + Colombia + Bolivia)										
Marroquíes										
Otras mujeres de países de inmigración económica										
Otras mujeres de países desarrollados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No consta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todas las nacionalidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100	100	100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Incluye urgencias de AP (Señalar con una X) Incluye urgencias de AE (Señalar con una X)
 Incluye en AP los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X) Incluye en AE los datos de los servicios de salud mental (Señalar con una X)

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 9:

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 10. Casos detectados según situación laboral (porcentaje)

Definición: <i>Casos de mujeres de 14 años o más, desglosados por situación laboral, detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en cualquier dispositivo de Atención primaria y/o Atención especializada, en el período analizado.</i>						
	DATO CRUDO			%		
	Trabajo remunerado			Trabajo remunerado		
Numerador: Nº casos detectados por PL por situación laboral emitidos desde	SI	NO	No consta	SI	NO	No consta
ATENCIÓN PRIMARIA						
ATENCIÓN ESPECIALIZADA						
Denominador: Nº de casos totales detectados por PL emitidos en						
ATENCIÓN PRIMARIA						
ATENCIÓN ESPECIALIZADA						

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 10:*

**RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES
COMUNES DEL SNS**

**Casos detectados de Violencia de Género
(Datos correspondientes al año 2012)**

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADOR 11. Casos detectados en mujeres embarazadas (porcentaje)

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más en situación de embarazo, detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/ agresor, emitidos en cualquier dispositivo de Atención primaria y/o Atención Especializada, en el período analizado.

	DATO CRUDO	%
Numerador: Nº casos en situación de embarazo detectados por PL emitidos desde ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA		
Denominador: Nº casos totales. Detectados por PL emitidos desde ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA		

Observaciones: *Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 11:*

Criterios de calidad para la formación básica de profesionales

Atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud

Criterios comunes de calidad

<http://www.mspes.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4Viol-CriteriosDef.pdf>

- Se formará a todo el personal sanitario de los ámbitos de gestión, administración y asistencial que esté implicado directamente en la prestación de servicios de salud a las mujeres.
- Los contenidos de la formación serán los adecuados a las competencias laborales que requiera el puesto de trabajo para proporcionar a la mujer una atención de calidad.
- El equipo de profesorado será multidisciplinario, formado por expertos(as) en el área de violencia de género y coordinado entre sí para dar mensajes homogéneos y fomentar el trabajo en grupo.
- Una acción formativa tendrá la consideración de curso básico de formación cuando dure alrededor de 20 horas docentes. Se considerará actividad de sensibilización cuando tenga una duración inferior a 10 horas.
- La formación se realizará en un lugar cercano y accesible que reúna las condiciones adecuadas de infraestructura y dotación para impartir una formación de tipo participativo.
- Existirá una figura de referencia en los servicios de salud que conozca, coordine, facilite y garantice la planificación, realización y evaluación del plan de formación.
- Se acreditarán las horas de docencia recibida al personal de los servicios sanitarios que asistan a estos cursos de manera que les sea de utilidad para la carrera profesional de acuerdo con la legislación establecida.
- Existirán mecanismos para facilitar la asistencia a las acciones formativas a todo el personal referido anteriormente.

ANEXO I
FICHA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN BUENAS PRÁCTICAS EN ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Aspectos a destacar de la intervención o experiencia presentada.

1. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP

Enlace a sitio web (si procede):

2. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- Nombre de la entidad:
- Domicilio social (incluido Código Postal):
- CCAA:
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹¹:
- Nombre y apellidos: e-mail: Teléfono:

3. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Marcar con una X la línea/s de actuación a que corresponda

**ACTUACIÓN
SANITARIA ANTE
LA VIOLENCIA
DE GÉNERO**

Adaptación de los Sistemas de Información Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género en consonancia con los indicadores comunes del SNS en materia de VG.

¹¹ *Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.*

ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> Formación de profesionales sanitarios en materia de VG.
	<input type="checkbox"/> Evaluación de actuaciones sanitarias frente a la VG.
	<input type="checkbox"/> Coordinación intersectorial (administración local, organizaciones civil y de mujeres, Fiscalía, Educación, Cuerpos y Fuerzas de seguridad).
	<input type="checkbox"/> Atención Sanitaria a los casos de VG de mujeres en contextos de especial vulnerabilidad (discapacidad, inmigración, medio rural, mujeres mayores, mujeres con VIH, mujeres con problemas de salud mental, drogodependencias, mujeres en situaciones de exclusión social, mujeres y niñas en situaciones de trata y explotación sexual).
	<input type="checkbox"/> Trabajo comunitario con la población para la prevención de la VG, con especial énfasis en el trabajo grupal con mujeres. Empoderamiento.
<input type="checkbox"/> Atención Sanitaria a hijas e hijos de mujeres que sufren VG.	

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

- Estatal
- Comunidad Autónoma, provincia, municipio
- Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
- Zona básica
- Otro (especificar)

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio:
- Actualmente en activo:
- Fecha de finalización:

6. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Resumen breve especificando los contenidos. La descripción debe ser útil para alguien que esté considerando la implementación de la práctica (máx 400 palabras)

Población diana

Participantes: profesionales, ciudadanía, mujeres en situaciones de violencia

Objetivos

Metodología y actividades

Evaluación: metodología, indicadores, etc.

7. RESULTADOS

Resumen breve de los resultados conseguidos (máx 400 palabras). con un máximo de 4 tablas y figuras con los datos que considere más representativos, si se precisa.

AUTOEVALUACIÓN

En función de los resultados obtenidos en la autoaplicación del “Check-list” señale la valoración obtenida en cada criterio. Si considera oportuno puede añadir la justificación de dicha puntuación.

	SI	NO	Nº ITEMS que cumple la experiencia presentada	OBSERVACIONES
CRITERIOS				
Adecuación				
Pertinencia				
Enfoque de género				
Evaluabilidad				
Efectividad				
Transferencia				
Aspectos éticos				
Participación				
Equidad				
Coordinación Intersectorial				
Basada en el mejor conocimiento científico disponible				
Innovación				
Eficiencia				
Sostenibilidad				

- 1. ¿Considera que los criterios de BBPP establecidos son los adecuados para la valoración de su experiencia?. Añadiría alguno más a la lista actual?. Suprimiría alguno?**
- 2. Durante la autoevaluación ha encontrado especial dificultad en aplicar el check-list para valorar algún criterio?. ¿En cual/es?. Modificaría, añadiría o quitaría algún ítem de dicho(s) criterio (s) en los que encontró dificultades para valorar?**

3. En términos generales, considera que el check-list ha resultado un instrumento útil para su autoevaluación (rodee con un círculo la respuesta que se corresponde con su valoración):

Muy

Bastante

Poco

Nada

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a la base de datos de buenas prácticas en el SNS. Dicha base de datos tiene como objetivo dar difusión a las buenas prácticas en el ámbito de las áreas y estrategias contempladas en el Plan de Calidad del SNS. Se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en esta ficha sean recopilados y procesados para ser incluidos en dicha base de datos y sean difundidos a través de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

CHECK LIST PARA LA VALORACIÓN DE BBPP EN VIOLENCIA DE GÉNERO

DEFINICIÓN DE BUENA PRÁCTICA

Aquella intervención o experiencia realizada, promovida o liderada desde los servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS), que basada en el mejor conocimiento científico disponible, demuestra ser efectiva en la prevención, detección precoz, asistencia sanitaria o recuperación de la salud de las mujeres que sufren violencia de género y/o sus hijas e hijos; presentando elementos que faciliten su transferencia o su consideración como práctica innovadora para las actuaciones sanitarias del SNS contra la violencia de género.

Dentro de cada criterio, señalará con una "X" el ítem que sí cumple la experiencia que está valorando.

DATOS GENERALES	
Nombre de la CCAA que presenta el Proyecto:	
Nombre del Proyecto:	
Nombre de la persona evaluadora:	
Fecha de Presentación de Proyecto:	
Fecha de Evaluación:	

CRITERIOS EXCLUYENTES:	CUMPLIMIENTO (sí, no)
Adecuación	
Pertinencia	
Enfoque de género	
Evaluabilidad	
PUNTUACIÓN FINAL DEL PROYECTO	
ALTO	
MEDIO	
BAJO	

1. ADECUACIÓN

Se corresponde con los objetivos marcados en los arts. 15, 16 y 32.3 de la Ley Orgánica 1/2004 de 26/12 de Medidas de Protección Integral contra la VG(*), en el marco del fomento de la equidad y desarrollo de políticas, planes, programas basados en las mejores prácticas.

1. La iniciativa surge del Sistema Nacional de Salud.

2. La iniciativa responde a la Ley Orgánica 1/2004 porque:

a) Promueve e impulsa la prevención, detección precoz y atención sanitaria de la VG.

b) Desarrolla programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario en VG.

c) Se incorporan en los programas de formación continuada de profesionales de los servicios sanitarios para la capacitación en prevención, detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de VG.

d) Mejora la recogida y sistematización de indicadores epidemiológicos de VG.

e) La iniciativa promueve la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria.

ADECUACIÓN

VALORACIÓN CRITERIO

CUMPLIMIENTO CRITERIO: (SI) (NO)

2. PERTINENCIA	Hace referencia a las prácticas o intervenciones realizadas en los ámbitos de actuación prioritarios contemplados en la propuesta metodológica de BBPP en atención sanitaria frente a la violencia de género.	
La experiencia que se valora se corresponde con alguna de las prioridades definidas a continuación:		
1. Formación de Profesionales de los servicios sanitarios en materia de VG.		
2. Evaluación de actuaciones sanitarias frente a la VG.		
3. Coordinación intersectorial (Administración Local, Organismos Autonómicos, Organizaciones de la Sociedad Civil y de Mujeres, Administración de Justicia, Sistema Educativo, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Servicios Sociales, recursos específicos en VG para la atención a las mujeres, organismos de igualdad).		
4. Trabajo comunitario con la población para la prevención de la VG, con especial énfasis en el trabajo grupal con mujeres para la promoción, prevención y recuperación de la salud y su empoderamiento.		
5. Atención Sanitaria a los casos de VG de mujeres en contextos de especial vulnerabilidad (discapacidad, inmigración, embarazo, problemática de salud mental, VIH, drogodependencias, mujeres y niñas en situación de trata y explotación sexual, mujeres en situación de exclusión social, mujeres del ámbito rural, mujeres adultas mayores).		
6. Atención sanitaria a las hijas e hijos de mujeres que sufren VG.		
7. Investigación que aporta nuevos conocimientos para la prevención y detección precoz de la VG, la calidad de la formación de profesionales de los servicios o los sistemas de información sanitarios.		
PERTINENCIA	VALORACIÓN CRITERIO:	CUMPLIMIENTO CRITERIO: (SI) (NO)

3. ENFOQUE DE GÉNERO					
<p>Integra el principio de igualdad de género en las diferentes fases del proceso de intervención, en consonancia con el artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007. Este enfoque pone especial énfasis en el empoderamiento de las mujeres.</p> <p>El proyecto ha integrado el enfoque de género de forma transversal en la experiencia:</p>					
1. En el análisis de situación					
2. En la justificación del proyecto se define la VG como consecuencia de una relación de poder de los hombres sobre las mujeres					
3. En el planteamiento de objetivos y actividades					
4. En el planteamiento de indicadores de evaluación					
5. Plantea un abordaje bio-psico-social (integral) de la VG (historia personal/familiar, redes de apoyo, contexto socio-económico)					
6. Se ha tenido en cuenta la no perpetuación por parte del sistema sanitario de roles tradicionales de mujeres y hombres (estereotipos de género)					
7. El proyecto plantea alguna actividad de empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones					
8. Tiene en cuenta la responsabilidad de los hombres y fomenta en el respeto a la dignidad de las mujeres y valores de igualdad entre mujeres y hombres.					
9. Utiliza lenguaje no androcéntrico					
ENFOQUE DE GÉNERO	VALORACIÓN FINAL CRITERIO:	GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO			
		ALTO (6)	MEDIO (4)	BAJO (2)	NULO
		GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS			
TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 9		Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:	De 6-9 ítems: Alto (6) De 4-6 ítems: Medio (4) Cumple 1-3: bajo (2)	

4. EVALUABILIDAD			
Se busca que la experiencia haya sido llevada a cabo a partir de la realización de un diagnóstico previo de la población diana a la que van dirigidas las acciones y que en su diseño se hayan establecido unos objetivos y una metodología coherentes, y contempla además una fase de Evaluación con propuesta de Indicadores posibles.			
1. El trabajo cuenta con un diagnóstico de situación previo.			
2. Se plantean objetivos concretos y acciones a seguir acordes con los objetivos.			
3. Se presentan indicadores para un seguimiento y una posterior evaluación.			
4. Incorpora evaluación (cualitativa y/o cuantitativa)			
EVALUABILIDAD	VALORACIÓN FINAL CRITERIO:		
	TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 4		
GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO			
ALTO (6)	MEDIO (4)	BAJO (2)	NULO
GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS			
Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:	De 3-4 ítems: Alto (6) 2 ítems: Medio (4) Cumple 1 : bajo (2)	

5. EFECTIVIDAD				
Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales, considerando los aspectos psicosociales y necesidades diferenciales de cada situación y contexto .				
La experiencia ha demostrado mejoras en:				
a) La prevención de la VG.				
b) La detección precoz de la VG.				
c) La atención sanitaria integral de la VG.				
d) Adecuación de los procesos de derivación entre ámbitos asistenciales.				
e) La salud de las mujeres:				
i. Disminución del consumo de determinados medicamentos (psicofármacos, analgésicos, etc..)				
ii. Aumenta su empoderamiento (mejora su conocimiento y utilización de recursos comunitarios, sus redes de apoyo informal, etc.)				
iii. Mejor salud autopercebida				
f) La salud de sus Hijas e Hijos.				
g) la sensibilización ante el problema de la VG, en la organización de los servicios sanitarios comunitarios así como en la población de referencia para dicha intervención.				
h) Presenta resultados de impacto de las acciones realizadas en la población de referencia para dicha intervención.				
EFFECTIVIDAD	VALORACIÓN FINAL CRITERIO:		GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO	
			ALTO (6)	BAJO (2)
			MEDIO (4)	NULLO
TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 10		GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS		
		Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:	De 7-10 ítems: Alto (6) De 4-6 ítems: Medio (4) De 1-2: bajo (2)

6. TRANSFERENCIA					
Se persigue que la práctica haya sido sistematizada y documentada con resultados de su implantación, permitiendo la capitalización de métodos y su posible replicación y transferencia a otros contextos.					
La metodología del proyecto se presenta de forma pedagógica y clara a los fines de una posible transferencia a otras poblaciones a través de:					
1. Objetivos pertinentes y adecuados.					
2. Metodología y Herramientas de fácil acceso y aplicación.					
3. Indicadores de Evaluación sencillos y adecuados al contexto.					
4. Recursos Económicos y Humanos accesibles y adecuados al contexto.					
TRANSFERENCIA	VALORACIÓN FINAL CRITERIO:	GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO			GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS
		ALTO (6)	MEDIO (4)	BAJO (2)	
	TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 4	Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:	De 3-4 ítems: Alto (6) 2 ítems: Medio (4) Cumple 1: bajo (2)	

7. ASPECTOS ÉTICOS				
Respeto a la intimidad y autonomía de las mujeres durante todo el proceso asistencial, en consonancia con la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. Garantía de protección de los datos incluidos en la Historia Clínica.				
Se tienen en cuenta, en el marco de los derechos de las mujeres, los aspectos éticos y legales desde el momento de la elaboración del proyecto:				
1. Contempla la autonomía de las mujeres				
2. Tiene en cuenta en todas las fases de la intervención la seguridad y la protección de las mujeres				
3. Contempla el respeto de las decisiones de la mujer				
4. Se describen las medidas para asegurar la confidencialidad ²				
5. Implementa medidas de mejora en relación con la emisión y/o gestión del parte de lesiones y la coordinación de los servicios sanitarios con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Fiscalía y otros órganos de la Administración de Justicia competentes en la materia.				
ASPECTOS ÉTICOS	VALORACIÓN FINAL CRITERIO:	GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO		
		ALTO (6)	MEDIO (4)	BAJO (2) NULO
	TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 5	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS		
		Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:	De 4-5 ítems: Alto (6) De 2-3 ítems: Medio (4) Cumple 1: bajo (2)

² Según la normativa y procedimientos administrativos comunes establecidos en los servicios sanitarios para salvaguardar la confidencialidad de los datos contenidos en la Historia Clínica o cualquier otro documento de carácter clínico gestionado en los servicios sanitarios acerca de la documentación de cada paciente, teniendo en cuenta, que en el caso de mujeres que sufren VG pueden confluir en materia de seguridad y protección circunstancias que requieren especial cuidado, como por ejemplo, en el caso de un volante interconsulta o de una citación de consulta vía web en la que el supuesto maltratador podría interferir, alterando el adecuado proceso de seguimiento de salud de la mujer que sufre VG, sus hijas e hijos.

8. PARTICIPACIÓN						
Se refiere al grado en el que el proyecto incluye a todos los agentes implicados, en todas y cada una de las etapas del proyecto, con especial énfasis en participación informada de las mujeres en las decisiones que afectan a su vida y su salud.						
Las mujeres participan durante las etapas del proceso:						
→ De forma directa: Individual, grupal y/o a través de Organizaciones de Mujeres.						
→ De forma Indirecta: Incorporando información sobre las necesidades y/o expectativas de las mujeres a través de estudios.						
El proyecto incorpora mecanismos facilitadores de participación de las mujeres						
Contempla el trabajo interdisciplinario (medicina, enfermería, pediatría, matonería, trabajo social, psicología, etc...)						
Promueve la participación de diferentes niveles de toma de decisiones de la organización (gerencia, administración, clínica)						
VALORACIÓN FINAL CRITERIO:		GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO				
		ALTO (6)	MEDIO (4)	BAJO (2)	NULO	
PARTICIPACIÓN		GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS				
TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 5		Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:			
				De 4-5 ítems: Alto (6) De 2-3 ítems: Medio (4) Cumple 1: bajo (2)		

9. EQUIDAD				
Incorpora objetivos específicos de equidad en Salud, considerando los determinantes sociales de desigualdad y los diferentes contextos de mayor vulnerabilidad ante la VG.				
Se han tenido en cuenta las diferencias socio-económicas y culturales de la población a la que se refiere la intervención.				
Contempla los grupos y/o contextos de mayor vulnerabilidad:				
a) Hijos e Hijas.				
b) Mujeres con discapacidad.				
c) Mujeres con VIH.				
d) Mujeres embarazadas.				
e) Mujeres adultas mayores.				
f) Mujeres drogodependientes.				
g) Mujeres con problemas de salud mental.				
h) Mujeres del ámbito rural				
i) Mujeres Inmigrantes				
j) Mujeres en situación de exclusión social				
k) Mujeres y niñas en situación de trata y explotación sexual				
		GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO		
		ALTO (6)	MEDIO (4)	BAJO (2)
		GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS		
		Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:	De 8-12 ítems: Alto (6) De 4-8 ítems: Medio (4) De 1-4: bajo (2)
EQUIDAD		VALORACIÓN FINAL CRITERIO:		
		TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 12		

10. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL					
Promueve la relación con otros sectores diferentes al sanitario. La experiencia promueve la cooperación de los agentes implicados para mejorar el uso racional de los recursos, el seguimiento y la calidad de la atención integral a las mujeres que sufren violencia de género, sus hijas e hijos.					
Presenta mecanismos desarrollados para establecer la coordinación de forma sistematizada en el tiempo:					
a) Existe una persona o un equipo designados para desarrollar la función de Coordinación					
b) Una herramienta que facilite la coordinación (programa informático, protocolo...).					
El proyecto demuestra que existen mecanismos de coordinación con:					
a) El Sistema Educativo.					
b) Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.					
c) Servicios Sociales (externos a los servicios sanitarios).					
d) La Administración de Justicia (Órganos judiciales, Juzgados de VG, Fiscalía, etc.).					
e) Organismos Autonómicos (Instituto de la Mujer, Unidades de Igualdad, etc.).					
f) Recursos de atención especializada a las mujeres en situación de VG.					
COORDINACIÓN INTERSECTORIAL	VALORACIÓN FINAL CRITERIO:	GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO			
		ALTO (3)	MEDIO (2)	BAJO (1)	NULO
	TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 7	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS			
	Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:			Nº de ítems que cumple:
					De 6-7 ítems: Alto (3) De 3-5 ítems: Medio (2) Cumple 1-2: bajo (1)

11. MEJOR CONOCIMIENTO CIENTÍFICO DISPONIBLE							
El proyecto deberá presentar un sustento teórico, basado en la mejor evidencia científica disponible.							
1.	En su fase diagnóstica, la bibliografía es identificada siguiendo una estrategia de búsqueda sistematizada.						
2.	Aporta bibliografía referencia en la justificación del proyecto.						
3.	Aporta un apartado global de bibliografía sin referenciarla en el documento.						
4.	Aporta bibliografía que incorpora la perspectiva de género						
MEJOR CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	VALORACIÓN FINAL CRITERIO:	GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO		ALTO (3)	MEDIO (2)	BAJO (1)	NULO
		GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS				Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:
	TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 4						

12. INNOVACIÓN		Con el fin de mejorar la calidad en la atención sanitaria de las mujeres que sufren violencia de género y sus hijos e hijas, aplica enfoques y metodologías alternativas a las tradicionales (enfoque biomédico, estereotipos de género) en el planteamiento de la intervención y/o en los procedimientos, aportando nuevo conocimiento para prevenir y detectar precozmente la VG.			
Se hace referencia de forma explícita y justificada del carácter innovador del proyecto.					
El proyecto tiene en cuenta otras formas de abordar diferentes al enfoque tradicional (biomédico, sesgos de género, estereotipos) en cuanto a :					
a.	Proceso metodológico (incluye la perspectiva de género desde su análisis de situación hasta su evaluación)				
b.	Agentes que intervienen (perfiles multidisciplinarios, cuentan con las asociaciones de mujeres, con agentes locales, personas mediadoras, etc.)				
c.	Metodología de Evaluación (incorpora indicadores sensibles al género)				
d.	Recursos que utiliza (creatividad)				
Contempla la violencia de género como factor de riesgo a considerar en otros programas de salud (seguimiento de embarazo, planificación familiar, VIH, cardiovasculares, etc.)					
Se incorporan contenidos educativos sobre VG en otros programas de formación continuada no específicos de VG					
INNOVACIÓN		VALORACIÓN FINAL CRITERIO:			
		GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO	ALTO (3)	MEDIO (2)	BAJO (1)
TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 7		GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS			
		Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:		
			De 6-7 ítems: Alto (3)	De 3-5 ítems: Medio (2)	Cumple 1-2: bajo (1)

13. EFICIENCIA

La eficiencia es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales. Los estudios de eficacia y efectividad no valoran los recursos, los de eficiencia sí. Para que haya eficiencia el proceso previamente tiene que ser efectivo.

1. Describe numérica y cualitativamente los recursos utilizados (Cuántos, Cuáles y Cómo).
2. Consigue los objetivos marcados optimizando los recursos existentes.
3. Ofrece datos para la evaluación económica (costes directos e indirectos).

EFICIENCIA	VALORACIÓN FINAL CRITERIO:	GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO		
		ALTO (3)	MEDIO (2)	BAJO (1) NULO
		GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS		
		Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:	3 ítems: Alto (3) 2 ítems: Medio (2) 1 ítem: bajo (1)
	TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 3			

14. SOSTENIBILIDAD					
Hace referencia a que el proyecto se mantenga con los recursos disponibles, adaptándose a las exigencias sociales, económicas y medioambientales del contexto en el cual se desarrolla.					
Se contempla en la planificación del proyecto su permanencia en el tiempo a medio y largo plazo.					
Reúne condiciones para su permanencia, ya sean:					
<i>Organizativas:</i>					
a) Cuenta con una estructura institucional y de RRIHH estable.					
b) Se ha capacitado a los RRIHH con el fin de mantener la experiencia en el tiempo.					
<i>Económicas:</i>					
a) Describe fuentes de financiación Permanentes (propias)					
Demuestra capacidad de adaptación a las diferentes necesidades surgidas durante su implementación.					
		GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO			
		ALTO (3)	MEDIO (2)	BAJO (1)	NULO
SOSTENIBILIDAD		VALORACIÓN FINAL CRITERIO:		GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS	
		TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 5		Nº de ítems que cumple:	
				De 4-5 ítems: Alto (3)	
				De 2-3 ítems: Medio (2)	
				De 1: bajo (1)	

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL SNS VIOLENCIA DE GÉNERO	
CALIFICACIÓN TOTAL OBTENIDA	Puntuación Alto:
	Puntuación Media:
	Puntuación Bajo
	SUMA TOTAL:
RESULTADO FINAL	SI NO
SE CONSIDERA BUENA PRÁCTICA (BBPP) EN LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO (VG) DESDE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD para ser incluida en la Base de datos de BBPP en VG en el SNS	

(*) Referencia al criterio de Adecuación.

Artículo 15. Sensibilización y formación.

1. Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.
2. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.
3. Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia .
4. En los Planes Nacionales de Salud que procedan se contemplará un apartado de prevención e intervención integral en violencia de género.

Artículo 16. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente Ley, una Comisión contra la Violencia de Género que apoye técnicamente y oriente la planificación de las medidas sanitarias contempladas en este capítulo, evalúe y proponga las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia.

La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud estará compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.

La Comisión emitirá un informe anual que será remitido al Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer y al Pleno del Consejo Interterritorial.

Artículo 32. Planes de colaboración.

- 1 . Los poderes públicos elaborarán planes de colaboración que garanticen la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, que deberán implicar a las administraciones sanitarias, la Administración de Justicia, las

Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los servicios sociales y organismos de igualdad

2. En desarrollo de dichos planes, se articularán protocolos de actuación que determinen los procedimientos que aseguren una actuación global e integral de las distintas administraciones y servicios implicados, y que garanticen la actividad probatoria en los procesos que se sigan.

3. Las administraciones con competencias sanitarias promoverán la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, del Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Tales protocolos impulsarán las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla.

Los protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos.

4. En las actuaciones previstas en este artículo se considerará de forma especial la situación de las mujeres que, por sus circunstancias personales y sociales puedan tener mayor riesgo de sufrir la violencia de género o mayores dificultades para acceder a los servicios previstos en esta Ley, tales como las pertenecientes a minorías, las inmigrantes, las que se encuentran en situación de exclusión social o las mujeres con discapacidad.

La elaboración de este Informe es una de las tareas anuales sistemáticas de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Siguiendo la estructura común de años anteriores, se recogen los datos correspondientes a 2012 agregados para el conjunto del SNS, tanto de los indicadores epidemiológicos comunes como de los procesos de formación de profesionales realizados en el año, seguido de un capítulo síntesis de las acciones desarrolladas por la Comisión a través de sus grupos técnicos de trabajo.

El Informe finaliza con un capítulo monográfico que complementa el publicado en el Informe del año anterior acerca de la metodología y sistemática diseñada en el seno de la Comisión, para la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el SNS. En este informe lo que se reflejan son los resultados del pilotaje de dicha metodología durante 2012, y se reseñan las experiencias que fueron calificadas como Buena Práctica. Información más detallada sobre estas buenas prácticas se puede consultar en el buscador disponible en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/buscadorBBPPVG.do>



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.msssi.gob.es