

INFORME ANUAL VIOLENCIA DE GÉNERO 2013

Aprobado por el

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

COORDINACIÓN TÉCNICA DEL INFORME

Subdirección General de Calidad y Cohesión

Rosa María López Rodríguez

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Alicia Llácer Gil de Ramales

Rafael Fernández-Cuenca Gómez

Teresa López Cuadrado

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 Lou Alcaine (Aragón)

Elvira Muslera Canclini (Asturias)

Antonia María Tomás Vidal (Islas Baleares)

Lucina Dácil Marrero Rodríguez (Canarias)

Lourdes Cossio García (Cantabria)

Rosa María Andrés Margaretto (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 (Ingresa)

Marta Rocío García Abarquero (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)

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

Rosa María López Rodríguez (Subdirección General de Calidad y Cohesión)

Grupo de Formación de Profesionales de Servicios Sanitarios

en materia de VG

Elisa Vizquete 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 Josume 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)

Begoña Merino Merino (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)

Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad)

Itziar Abad Andújar (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)

Rosa María López Rodríguez (Subdirección General de Calidad y Cohesión)

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 Sugañes (Cataluña)

Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad)

Raquel Rodríguez Llanos (Extremadura)

Mercedes Carreras Viñas (Galicia)

Milagros de Borbón y Cruz (Madrid)

Carmen García Riobos (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 (Subdirección General de Calidad y Cohesión)

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

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Presidencia

Rubén Moreno Palanques (Secretario General de Sanidad y Consumo)

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

José Javier Castrodeza Sanz (Director General)

Paloma Casado Durandez (Subdirectora General de Calidad y Cohesión)

Rosa M^a López Rodríguez (Coordinadora de Programas. Subdirección General de Calidad y Cohesión)

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)

Carmen Plaza Martín (Directora del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades)

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 Lleonart (Castilla-La Mancha)

Ignasi Arbusá Gusi (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)

Isabel Ansa Erice (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

PRESENTACIÓN	
1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	
1.1 CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DETECTADOS Y REGISTRADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. AÑO 2013.....	
1.2 ACCIONES FORMATIVAS EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO REALIZADAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. AÑO 2013	
1.2.1 INDICADORES DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN DESARROLLADOS EN 2011 EN EL CONJUNTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).....	
1.2.2. INDICADORES DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN DESARROLLADOS EN 2011, DESAGREGADOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	
1.2.3 EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. PERÍODO 2008-2013	
2. SÍNTESIS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DESDE LA COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. AÑO 2013	
3. RECOGIDA, EVALUACIÓN Y DIFUSIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. AÑO 2013.	
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	

PRESENTACIÓN

La Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), para apoyar técnicamente al Consejo 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, estableció en su primera reunión de trabajo, en 2005, las siguientes líneas de acción:

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

Desde entonces, se ha venido editando este Informe Anual, elaborado por consenso y colaboración entre las CCAA y el Ministerio, que permite ir conociendo mejor la magnitud de este grave problema de salud pública y dar respuesta en forma de vigilancia epidemiológica del mismo, recogiendo datos sobre el maltrato detectado y atendido desde los servicios sanitarios.

Esta información se complementa por el trabajo constante que desde los servicios de salud se vienen desarrollando en materia de sensibilización, formación y capacitación del personal sanitario en la prevención y detección precoz de la violencia de género así como en el mejor seguimiento de la salud de las mujeres que lo sufren, sus hijas e hijos.

En definitiva, 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 para la Violencia de Género y a la sociedad en general, acerca del cumplimiento del Capítulo III de la Ley Orgánica.

En este Informe Anual 2013, 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 SNS, así como información sobre los procesos de formación de profesionales de servicios sanitarios en esta materia.

Esta información se completa con los resultados obtenidos en la convocatoria 2013 para la recogida, identificación y difusión de Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la VG en el SNS.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1.1. CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DETECTADOS Y REGISTRADOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. AÑO 2013

INTRODUCCIÓN

Se presentan los datos sobre casos de mujeres maltratadas, detectados y registrados durante 2013 en los servicios sanitarios que integran el Sistema Nacional de Salud, por las y los profesionales que las atienden, tanto a nivel de la atención primaria de salud como en los servicios de atención especializada en los hospitales o por parte de los equipos de Urgencias de ambos niveles asistenciales.

Estos datos provienen de dos fuentes distintas: la Historia Clínica (HC) y el Parte de Lesiones (PL), que son necesarias y cada una de las cuales puede aportar información específica de gran relevancia, teniendo en cuenta que la HC se considera única y se discierne por el código de identificación de paciente, mientras que una mujer podría ser víctima de diferentes actos violentos a lo largo de su vida, y por tanto podrá tener varios partes de lesiones emitidos, que se habrán remitido a los juzgados.

En el ámbito sanitario, se define como caso de violencia de género, aquella mujer mayor de 14 años atendida por el sistema sanitario que reconoce por primera vez sufrir maltrato.

Por tanto, los indicadores que se presentan, sobre casos detectados y registrados en el SNS, nos están dando información indirecta sobre la respuesta sanitaria ante el maltrato a las mujeres.

Para la obtención de estos datos, 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 de donde se han obtenido, bien sea el parte de lesiones (PL) o directamente de la historia clínica (HC), puesto que como estamos "contando" casos confirmados, los casos no son acumulables a efectos de magnitud ante la posibilidad de su duplicación, como por ejemplo, la posibilidad de que en el mismo año pudieran existir varias partes de lesiones para una misma mujer, o bien la posible duplicación de una misma mujer, detectada como caso entre diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria y atención especializada o urgencias), si no está unificada la historia clínica o si no hay una comunicación interna entre los servicios especializados y urgencias con atención primaria o viceversa en el momento de la detección y emisión del parte de lesiones. .

En este sentido, este año 2013, tiene especial relevancia el esfuerzo realizado por todos los servicios de salud para eliminar los duplicados entre varias partes de lesiones para una misma mujer, si se diera el caso dentro del año, o bien eliminar duplicados dentro de un mismo ámbito asistencial. También, en aquellas CCAA que utilizan ambas fuentes para contabilizar los casos detectados, el esfuerzo en confirmar a través del código de identificación de paciente, que un caso en historia clínica no se cuente como dos al contar el parte de lesiones que le corresponde a la confirmación de ese caso.

Esto ha permitido consensuar el método común para extraer el cálculo global del total de casos detectados, aunque la información proceda de fuentes distintas (PL o HC), al considerar como caso el que se recoge por HC, independientemente del número de partes de lesiones que haya generado y asumiendo como estimación que cada caso de HC detectado tiene como consecuencia un parte de lesiones emitido.

Lo que todavía no se ha conseguido es tener la certeza de que todos los servicios de salud de las CCAA puedan garantizar que no se producen duplicados entre casos detectados y registrados en atención primaria y casos de atención especializada o sus urgencias.

En este sentido todavía existe gran variabilidad, pues algunas CCAA 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 aprovechado 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. Sin duplicados.

Sigue siendo necesario tener en cuenta la diversidad de los sistemas de información que subyacen a efectos comparativos, tanto en el cálculo de tasas, como en los aspectos cualitativos a los que se refieren otros indicadores, como edad, nacionalidad situación laboral, situación de embarazo.

El Grupo de trabajo sobre Sistemas de Información e Indicadores Epidemiológicos VG de la Comisión, seguirá trabajando durante 2014 y 2015 en la mejora de estos aspectos, pues temas como nacionalidad *versus* país de origen/nacimiento, o relación situación laboral según grupo de edad de las mujeres, o mejora de detección durante el embarazo, siguen siendo cuestiones para reflexionar desde el punto de vista epidemiológico en cuanto a la mejor manera de reflejar la realidad de lo que acontece. Es fundamental mejora la forma de aproximarse desde el ámbito sanitario a la prevención y detección de casos en los contextos de mayor vulnerabilidad.

PRINCIPALES ASPECTOS

1.- Cobertura

a) Poblacional. 16 CCAA más Ceuta y Melilla (Ingesa) han remitido datos referidos a 2013, con la excepción de Baleares. Lo que supone un **98% de cobertura poblacional** (*referido a población de mujeres mayores de 14 años*). Este año lo destacable es que la cobertura poblacional obteniendo los datos de la fuente Historia Clínica (HC) del 47%, supera ampliamente a cuando los datos se obtienen desde los partes de lesiones (PL) exclusivamente, que cubren el 27% poblacional. Se incrementa notablemente la cobertura para CCAA que aportan datos de ambas fuentes, que cubren un 23% de la población de mujeres de las edades objeto de estudio.

2.- Magnitud del problema

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

Se aprecia un incremento muy importante, tanto cuando la fuente es historia clínica como cuando es el parte de lesiones.

Por Parte de Lesiones se han identificado 12819 casos de mujeres maltratadas, lo que supone un incremento respecto a 2012 del 38,9%. La mayor parte, 10682, se identificaron en AP, con un incremento del 43,7%, en tanto en AE se detectaron 2137, un 18,8% más que el año anterior. Los mayores incrementos en términos porcentuales se producen en Murcia: 133,3% (233,7 y 38,5 en AP y AE respectivamente). Le siguen Ceuta y Comunidad Valenciana.

Es importante no confundir este dato de casos detectados y registrados a partir de la fuente de información parte de lesiones, con el nº de partes de lesiones emitidos.

En el ámbito sanitario, se puede dar la circunstancia en que la detección de una mujer como caso de violencia de género (caso detectado) haya generado más de un parte de lesiones en el mismo año, uno por cada episodio de violencia de género sufrido, o bien, un mismo episodio se haya contabilizado como caso en atención especializada (urgencias) y también cuando esa misma mujer haya acudido a atención primaria, en caso de que en su CCAA todavía no se hayan implementado medidas para evitar duplicados en la contabilización de casos detectados, entre ámbitos asistenciales.

Por la Historia Clínica se detectaron 11398, lo que supone un incremento del 29,6%. 7802 corresponden a AP y 3596 a AE, con un incremento del 23,1% y 46,5% respectivamente. El mayor incremento en Cataluña: 293,8% (283,8 y 305,2 en AP y AE respectivamente).

En conjunto y de acuerdo con los criterios establecidos, el SNS ha detectado en 2013 una cifra de 20369 mujeres que han declarado por primera vez -ante un profesional sanitario- sufrir maltrato. De ellas, 15027 han sido detectadas como caso en Atención Primaria y 5342 en Atención Especializada.

3.-Características del maltrato

Indicador 5. Tipo de maltrato

La información es mayor **en el nivel de AP**, y en especial a partir de PL.

El tipo más frecuente de maltrato es el físico, especialmente cuando la fuente es PL, donde está en 44% si es AP y 47% si es AE.

Cuando la fuente es HC y AP el **maltrato físico y psicológico**, son más parecidos en magnitud, con un 35,1 y 41,4 % respectivamente, pero en esta fuente hay un 31% de No Consta.

El maltrato sexual sigue siendo es el menos declarado, con porcentajes más altos a partir de Atención Especializada: 9,7% en PL y 7,6% en HC.

Indicador 6. Duración del maltrato

Este indicador es el de menor cobertura y menor calidad. Cuando se trata del PL, solo tres CCAA presentan datos y en ellas los *No Contesta* suponen la mayor parte, llegando al 92,5% en AP. A partir de HC, solo aportan información cuatro CCAA en AE, y de las que informan más del 58% lo sitúan la duración en NC.

Los datos que aporta la HC en el nivel primario señalan que un 50% de las mujeres habrían sido detectadas por el sistema antes del año de duración del maltrato. Este dato, obtenido de la información de 9 CCAA, sigue estando sesgado por la importancia de una de ellas que aportan el 44% de los casos con información de este indicador y cuyos casos detectados han sido casi en su totalidad de duración inferior al año.

Indicador 7. Relación de la mujer maltratada con el agresor

El sistema de información focaliza **abrumadoramente a la pareja actual como agresor principal**, algo menos en Atención Primaria cuando la fuente es la Historia Clínica.

La importancia de la expareja es a destacar y supone entre un 15% a un 20% (mediana), con la excepción también Atención Primaria cuando la fuente es la Historia Clínica. En esta fuente y nivel es más alto el No Contesta (31%). Hay dos comunidades que dan junto el compañero actual y excompañero.

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.

Hay que destacar que las cifras de No constan son elevadas en ambas fuentes, siendo en torno al 18% en Parte de Lesiones, y más elevada en Historia clínica, entre el 27 y 31%.

4.-Características de las mujeres maltratadas

Indicador 8. Edad de las mujeres

Sigue destacando el maltrato en mujeres jóvenes, entre 20 y 39 años, y más concretamente **entre 25 y 34 años**. Cuando la fuente es HC, en AP se alarga hasta los 44 años.

En esos grupos de edad (20 a 39 ó 44 en el caso de HC/AP) se concentran entre el 55% (HC/AE) y 63% (PL/AE) de los casos

Indicador 9. La nacionalidad de las mujeres

En números absolutos **las mujeres son mayoritariamente españolas**, recogándose este año más casos por PL que por HC, al haber mejorado la recogida de información en esta fuente. En AP el número sigue siendo notablemente más alto que en AE en ambas fuentes. No obstante, las tasas son muy superiores en mujeres de la inmigración económica. Las tasas más altas las encontramos en mujeres marroquíes en AP cuando la fuente es PL y en segundo lugar las andinas. En HC en los dos niveles

y en AE en PL las mujeres andinas ocupan el primer lugar seguidas de las marroquíes, excepto en HC y AE en que el segundo lugar es el grupo no diferenciado de "otras". En cuanto a mujeres nacionales de países desarrollados, las tasas son superiores a las de las españolas en el nivel de AP de ambas fuentes.

Indicador 10. Situación laboral

Este indicador tiene menos información que el año anterior, faltando una CA más sin declarar en ambas fuentes, además de Baleares. Sigue siendo un indicador era de baja cobertura. En AP a partir de PL es la que tiene mejor cobertura, aunque es muy baja, del 42% y en donde los NC también son más bajos (15%). Como ya se apuntaba en años anteriores, este indicador tendría que valorarse conjuntamente con la edad. En Parte de Lesiones las trabajadoras han dejado de ser más que las que no trabajan, así como en HC y AE, manteniéndose únicamente mayor número de trabajadoras en AE a partir de HC, pero con un 26% de NC.

Indicador 11. Maltrato en embarazadas

En 2013 se han detectado un 92% más que en 2012 a partir del PL y un 60,6% más a partir del HC.

Las tasas (por 100.000 nacidos vivos) han pasado del 109,5 al 150,1 en AP y desciende ligeramente en AE (del 20,0 al 19,3). A partir de HC descienden de 170,5 a 140,8 en AP y suben de 7,1 a 20,8 en AE

TABLAS

1.- COBERTURA POBLACIONAL Y DE INDICADORES* POR FUENTE DE INFORMACIÓN Y NIVEL DE LA ASISTENCIA SANITARIA

CCAA	Fuente de información		Mujeres de 14 a más de 85 años		Indicadores informados			
	Historia clínica	Parte de lesiones	Población	%	Fuente PL	AP (8)	AE (8)	Total (16)
Andalucía		X	3.642.040	18,0				
Aragón	X		591.834	2,9				
Asturias	X	X	503.953	2,5				
Balears, Illes	ND	ND						
Canarias	X	X	924.300	4,6				
Cantabria	X	X	266.637	1,3				
Castilla y León	X		1.135.058	5,6				
Castilla la Mancha	X	X	895.788	4,4				
Cataluña	X		3.287.395	16,2				
Com. Valenciana	X	X	2.230.283	11,0				
Extremadura	X		484.392	2,4				
Galicia		X	1.282.185	6,3				
Madrid	X		2.907.378	14,4				
Murcia		X	613.936	3,0				
Navarra	X		277.506	1,4				
País Vasco	X		984.648	4,9				
Rioja, La	X		139.949	0,7				
Ceuta		X	33.090	0,2				
Melilla		X	32.070	0,2				
CCAA solo fuente de PL		5	5.603.321	27,7				
CCAA solo fuente de HC		8	9.808.16	48,5				
					Parte de lesiones			
					%	83,8	70	76,9

		0				
CCAA ambas fuentes	5	4.820.96	1	23,8	Historia clínica	97 70 167
					%	82,9 59,8 71,4
Tota España	18	20.232.44	2	100	Total por fuente PL	80 80 160 (100%)
					Total por fuente HC	117 117 234 (100%)

ND: No ha
declarado

**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.*

2. MAGNITUD DEL PROBLEMA. CASOS Y TASAS POR 100.000 MUJERES POR NIVELES DE ASISTENCIA SANITARIA Y FUENTES DE INFORMACIÓN (INDICADORES 1-3-4)

CCAA	Parte de Lesiones 2013				Historia Clínica 2013				Población 2013
	nº de casos detectados		tasas (100.000)		nº de casos detectados		tasas (100.000)		
	AP	AE	AP	AE	AP	AE	AP	AE	
Andalucía	5688	1429	156,2	39,2					3.642.040
Galicia	857	24	66,43	1,86					1.282.185
Murcia	574	252	93,5	41,1					613.936
Ceuta	18	28	54,39	6					33.090
Melilla	88	13	216,41	32					32.070
Total (5 CA)	7225	1746	128,94	31,16					5.603.321
Aragón					55	502	9,3	84,8	591.834
Castilla y León					545	310	48,01	27,31	1.135.058
Cataluña					2249	2087	68,41	63,48	3.287.395
Extremadura					31	13	6,4	2,68	484.392
Madrid					1342	13	46,16	0,45	2.907.378
Navarra					291	7	104,9	2,5	277.506
País Vasco					414	326	42,05	33,1	984.648
Rioja, La					97	34	69,3	24,3	139.949
Total (8 CA)					5024	3292	51,22	33,56	9.808.160
Asturias	285	147	56,55	29,2	303	167	60,12	33,14	503.953
Baleares									
Canarias	903	88	97,7	9,52	1027	85	111,11	9,2	924.300
Cantabria	19	77	7,13	28,9	54		20,5		266.637
Castilla la Mancha	1072		119,67		1072		119,67		895.788
Com. Valenciana	1178	79	66,89	5,88	322	52	14,44	2,33	2.230.283
Total (6 CA)	3457	391	71,71	8,11	2778	304	57,62	6,31	4.820.961
Total	10682	2137	102,47	20,5					10.424.282
Total					7802	3596	53,33	24,58	14.629.121

3. TIPO DE MALTRATO. (INDICADOR 5)

Parte de Lesiones 2013 (9 CA)

9 CCAA (n=9610 casos)	AP (No consta=9,8%)		
Tipo	Psicol.	Sexual	Físico
Nº casos	4226	200	7354
Total (%)	44,0	2,1	76,5
mediana (%)	50,2	2,0	87,9

Historia clínica 2013 (12CA)

12 CCAA (n=5553 casos)	AP (No consta=31%)		
Tipo	Psicol.	Sexual	Físico
Nº casos	1950	121	2301
Total (%)	35,1	2,2	41,4
mediana (%)	19,1	3,3	59,6

8 CCAA (708
casos)

8 CCAA (708 casos)	AE (no consta=7,3%)		
Tipo	Psicol.	Sexual	Físico
Nº casos	332	69	592
Total (%)	46,9	9,7	83,6
mediana (%)	18,8	7,7	89,3

10 CCAA
(n=1509
casos)

10 CCAA (n=1509 casos)	AE (no consta=17,4%)		
Tipo	Psicol.	Sexual	Físico
Nº casos	408	114	929
Total (%)	27,0	7,6	61,6
mediana (%)	19,1	10,7	85,2

Sin datos en Castilla la Mancha para ambos niveles. Andalucía en AE.

Sin datos en Cataluña para ambos niveles. Cantabria y Castilla la Mancha en AE.

4. DURACIÓN DEL MALTRATO (INDICADOR 6)

Parte de lesiones 2013							
CCAA	AP. Duración del maltrato %						nº casos
	<1 año	1 a 4	5 a 9	10 o más	NC	Total	
Total	2,5	2,1	1,3	1,6	92,5	100,0	611

CCAA	AE. Duración del maltrato %						nº casos
	<1 año	1 a 4	5 a 9	10 o más	NC	Total	
Total	19,0	14,3	3,6	6,2	56,9	100	357

Las CA con datos son Cantabria, Murcia y Ceuta en ambos niveles.

Historia clínica 2013							
CCAA	AP. Duración del maltrato %						nº casos
	<1 año	1 a 4	5 a 9	10 o más	NC	Total	
Total*	49,6	8,7	5,7	36,0	100,0	3030	
Sin Aragón*	50,2	8,4	2,5	2,9	36,1	2975	

CCAA	AE. Duración del maltrato %						nº casos
	<1 año	1 a 4	5 a 9	10 o más	NC	Total	
Total	23,0	11,7	3,4	3,4	58,4	100	409

Las CA con datos son Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Madrid y País Vasco en AP; Castilla León en AE; y Comunitat Valenciana, Extremadura y la Rioja en ambos niveles.

5. AGRESORES (INDICADOR 7)

Parte de lesiones 2013

AP					
CCAA (n=7841)	Compañero intimo actual	Excompañero intimo	Padre, padrastr /pareja madre	Hermano, tio u otro homb. Familia	Hombre no familia
Total (%)	54,6	19,0	0,6	1,9	1,7
mediana (%)	69,7	19,5			
Nº no consta es de 1456 (18,6% del total de casos)					

Historia clínica 2013

AP					
CCAA (n=5086)	Compañero intimo actual	Excompañero intimo	Padre, padrastr o /pareja madre	Hermano, tio u otro homb. Familia	Hombre no familia
Total (%)	44,1		1,8	0,9	0,9
Nº no consta es de 1582 (31,3% del total de casos)					
Total (%) (sin Navarra)	36,7	6,3	0,5	0,6	1,0
Mediana (%) (sin Navarra)	66,3	12,8			

AE					
CCAA (n=684)	Compañero intimo actual	Excompañero intimo	Padre, padrastr /pareja madre	Hermano, tio u otro homb. Familia	Hombre no familia
Total (%)	79,5		0,0	0,7	5,1
Nº no consta es de 125 (18,3%)					
Total (%) (sin Canarias)	58,7	20,8	0,0	0,8	5,9
mediana (%)	57,4	20,3			

AE					
CCAA (n=2429)	Compañero intimo actual	Excompañero intimo	Padre, padrastr o /pareja madre	Hermano, tio u otro homb. Familia	Hombre no familia
Total (%)	67,3		1,1	1,7	2,2
Nº no consta es de 671 (27,6%)					
total (%) sin Canarias ni Navarra	52,6	15,7	1,2		
mediana (%)	58,4	15,2			

La CA sin datos en esta fuente son: Castilla la Mancha y Galicia en ambos niveles. Andalucía solo en AE y Canarias en AP.

Canarias no separa en AE al agresor compañero del excompañero, por lo que se han calculado los totales con y sin esta CA.

Las CA sin datos son: Cantabria, Castilla la Mancha y País Vasco en AE; y Asturias y Canarias en AP.

Canarias y Navarra no separan al agresor compañero del excompañero, por lo que se han calculado los totales con y sin estas CA.

6. EDAD (INDICADOR 8; 8a; 8b). GRUPOS DE EDAD

		Parte de lesiones														
		14-19	20-24	25-29	30-34	34-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 y más	NC	Total	
		número de mujeres														
Total	AP	585	1148	1517	1754	1721	1397	975	540	303	184	92	174	29	10682	
	AE	48	89	99	127	130	77	41	32	17	11	5	15	17	708	
	Pob≥14	671.026	642.003	746.861	923.976	996.482	958.109	929.925	837.641	714.884	646.071	604.760	1.752.544	0	10.424.282	
		Indicador 8a (%)														
Totales	AP	5,5	10,7	14,2	16,4	16,1	13,1	9,1	5,1	2,8	1,7	0,9	1,6	2,7	100,0	
	AE	6,8	12,6	14,0	17,9	18,4	10,9	5,8	4,5	2,4	1,6	0,7	2,1	2,4	100,0	
		Indicador 8b (Tasa por 100.000)														
Totales	AP	87,2	178,8	203,1	189,8	172,7	145,8	104,8	64,5	42,4	28,5	15,2	9,9		102,5	
	AE	7,2	13,9	13,3	13,7	13,0	8,0	4,4	3,8	2,4	1,7	0,8	0,9		6,8	

Andalucía y Castilla la Mancha no aportan datos en AE

		Historia Clínica														
		14-19	20-24	25-29	30-34	34-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 y más	NC	Total	
		número de mujeres														
Total	AP	227	457	592	789	824	771	577	355	286	196	171	309	0	5554	
	AE	90	140	216	239	245	177	134	82	40	31	21	41	53	1509	
	Pob≥14	667.175	647.425	788.421	987.908	1.087.460	1.040.710	1.007.592	922.748	794.093	720.538	664.479	2.007.452	0	11.336.001	
		%														

Totales	AP	4,1	8,2	10,7	14,2	14,8	13,9	10,4	6,4	5,1	3,5	3,1	5,6		100,0
	AE	6,0	9,3	14,3	15,8	16,2	11,7	8,9	5,4	2,7	2,1	1,4	2,7		96,5
tasa por 100.000															
Totales	AP	34,0	70,6	75,1	79,9	75,8	74,1	57,3	38,5	36,0	27,2	25,7	15,4		49,0
	AE	13,5	21,6	27,4	24,2	22,5	17,0	13,3	8,9	5,0	4,3	3,2	2,0		13,3

Cataluña en ambos niveles; y Cantabria, Castilla la Mancha y Navarra no declaran en AE.

7. NACIONALIDAD (INDICADOR 9; 9a y 9b)

		Españolas	Todas inmigración económica	Rumanas	Andinas	Marroquíes	Otras muj. Países inmigración económica	Otr. muj. Países desarrollados	NC	Total
Número de mujeres										
	AP (9 CA)	6012	1953	400	484	501	568	468	1317	10200
	AE (7 CA)	439	195	27	72	33	63	14	36	981
Total	Pob≥14	8113270	615071	156216	125279	106368	227207	413757	0	9142098
% porcentaje										
Total	AP	58,9	19,1	3,9	4,7	4,9	5,6	4,6	12,9	95,6
	AE	44,7	19,9	2,8	7,3	3,4	6,4	1,4	3,7	69,7
Mediana	AP	63,2	26,3					4,3	0,0	
%	AE	61,0	29,0					1,3	0,0	
tasa por 100.000										
Total	AP	74,1	317,5	256,1	386,3	471,0	250,0	113,1		111,6
	AE	5,4	31,7	17,3	57,5	31,0	27,7	3,4		10,7
Mediana	AP	58,2	220,3					78,1		
(tasa)	AE	18,8	183,4					3,6		

Sin datos de Galicia en ambos niveles; Andalucía y Castilla la Mancha en AE

		Españolas	Todas inmigración económica	Rumanas	Andinas	Marroquíes	Otras muj. Países inmigración económica	Otr. muj. Países desarrollados	NC	Total
Número de mujeres										
	AP (11 CA)	3394	1206	228	427	154	397	249	45	4894
	AE (8 CA)	658	277	61	75	20	121	24	217	1176
Total	Pob≥14	9777328	915702	257911	207114	93948	356729	371185	0	11064216
% porcentaje										
Total	AP	69,4	24,6	4,7	8,7	3,1	8,1	5,1	0,9	100,0
	AE	56,0	23,6	5,2	6,4	1,7	10,3	2,0	18,5	100,0
Mediana	AP	66,0	25,8					2,8		
%	AE	52,4	32,2					2,1		
tasa por 100.000										
Total	AP	34,7	131,7	88,4	206,2	163,9	111,3	67,1		44,2
Mediana	AE	6,7	30,3	23,7	36,2	21,3	33,9	6,5		10,6
Mediana	AP	34,6	123,9					56,2		
(tasa)	AE	9,5	53,7					11,8		

Sin datos en Cataluña y Navarra en ambos niveles; Cantabria, Castilla la Mancha y País Vasco en AE

8. SITUACIÓN LABORAL (INDICADOR 10)

Parte de lesiones 2013					
CCAA		Trabajo remunerado			
		Número de casos			
		Sí	No	NC	Total casos
Totales	AP	1874	2042	705	4621
	AE	141	180	111	432
%					
%	AP	40,6	44,2	15,3	100,0
	AE	32,6	41,7	25,7	100,0
máximo (%)	AP	82,1	83,3	94,8	
	AE	41,6	63,3	36,4	
mínimo (%)	AP	1,2	4,0	0,0	
	AE	25,0	22,1	8,9	
mediana (%)	AP	32,7	49,2	5,6	
	AE	25,0	48,8	22,6	

Sin datos en Andalucía, Asturias y Melilla para ambos niveles. Canarias, Castilla la Mancha y Ceuta en AE.

Historia Clínica 2013					
CCAA		Trabajo remunerado			
		Número de casos			
		Sí	No	NC	Total casos
Totales	AP	1829	1283	1081	4193
	AE	204	252	1194	1650
%					
%	AP	43,6	30,6	25,8	100
	AE	12,4	15,3	72,4	100
máximo (%)	AP	80,6	63,9	94,5	
	AE	28,8	82,4	79,7	
mínimo (%)	AP	2,6	2,9	0,0	
	AE	7,4	7,1	0,0	
mediana (%)	AP	33,3	44,4	19,4	
	AE	15,4	59,6	23,1	

Sin datos en Asturias, Aragón, Madrid y Navarra para ambos niveles. Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha y País Vasco en AE.

9. MALTRATO EN EMBARAZADAS (INDICADOR 11)

Parte de lesiones 2013						
CCAA		Número de casos en embarazadas	%	Tasa por 100.000 nacidos	Número de casos totales	Nacidos 2012
Totales	AP (9)	318	3,1	146,5	10397	217011
	AE (6)	18	3,8	19,3		473
máximo	AP ()		6,5	34,3		
	AE ()		23,1	266,0		
mínimo	AP ()		0,0	0,0		
	AE ()		0,8	8,4		
mediana	AP ()		2,2	6,6		
	AE ()		6,8	45,5		

Sin datos en ambos niveles Asturias, y en AE: Andalucía, Canarias y Castilla la Mancha

Historia clínica 2013						
CCAA		Número de casos en embarazadas	%	Tasa por 100.000 nacidos	Número de casos totales	Nacidos 2012
Totales	AP (10)	315	6,4	140,8	4959	223765
	AE (5)	19	4,3	20,8	442	91211
máximo	AP ()		14,8	39		
	AE ()		14,7	157		
mínimo	AP ()		0,7	1		
	AE ()		0,0	0		
mediana	AP ()		6,4	13		
	AE ()		3,5	8		

Sin datos en ambos niveles en Asturias, Cataluña y Navarra; y en AE: Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Madrid y País Vasco.

CONCLUSIONES

- En concreto, este año, se han obtenido datos de Violencia de Género de todas las CCAA excepto una, manteniéndose una **mayor utilización de la historia clínica** como fuente de datos, lo cual indicaría una mejor calidad de los mismos.
- Han aumentado las CCAA que comprueban y corrigen duplicados entre las dos fuentes y niveles, pero todavía falta por completar el proceso
- Las características que se detectan a través los indicadores, siguen siendo similares al 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 habiendo **baja cobertura** en la mayoría de indicadores, con unas porcentajes de No Consta muy elevados. **Indicadores como “maltrato en el embarazo” y “duración del maltrato”** y “situación laboral” presentan baja calidad y, dada su importancia, merecerían una atención especial con el fin de intercambiar experiencias entre las distintas CA 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 mejorar en el conjunto del SNS, los **aspectos de coordinación y colaboración dentro de los sistemas de información sanitaria, entre Historia clínica y Partes de Lesiones emitidos 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, sobre todo a partir de la experiencia de aquellas CCAA con adaptación de sus sistemas de información más avanzada y de mayor estabilidad en la recogida de estos indicadores comunes. 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. La identificación y recogida de Buenas Prácticas en el SNS, con sus convocatorias anuales, se considera un elemento favorable para este aprendizaje mutuo que facilite la mejora en la recogida de datos.

1.2. ACCIONES FORMATIVAS EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO REALIZADAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. AÑO 2013

Este apartado ha sido elaborado a partir de los datos facilitados por las CCAA para el año 2013, no incluyéndose los datos de Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura y Ceuta, que no han podido proporcionarlos.

En el caso concreto de Canarias no se han realizado actividades de formación en esta materia durante 2013.

La información se organiza en este capítulo según estos grandes apartados:

- Datos agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Año 2013
- Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Año 2013
- Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Años 2008-2013

Para cada apartado se plantea una estructura común en la que se puede diferenciar:

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

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 "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.

Las CCAA han ido incorporando en los programas de formación interno residente (MIR, EIR, etc.) esta temática de la actuación sanitaria ante la violencia de género. En alguna de ellas, se imparten 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.) lo que ayudará a mejorar la detección precoz, prevención, abordaje y seguimiento de casos detectados desde los servicios sanitarios. En otros casos ha sido necesario dotar de una masa crítica de personas formadoras (formación de formadores) para poder llegar a más centros y servicios.

Recordamos que el Grupo técnico de trabajo de la Comisión, para el Informe del año anterior, 2012, ya implantó la nueva clasificación de tipo de actividad formativa, que se subdividen en los siguientes grandes grupos:

➤ **FORMACIÓN BÁSICA:**

- **curso básico** (20-25 horas). Puede ser presencial o formato on-line 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

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.

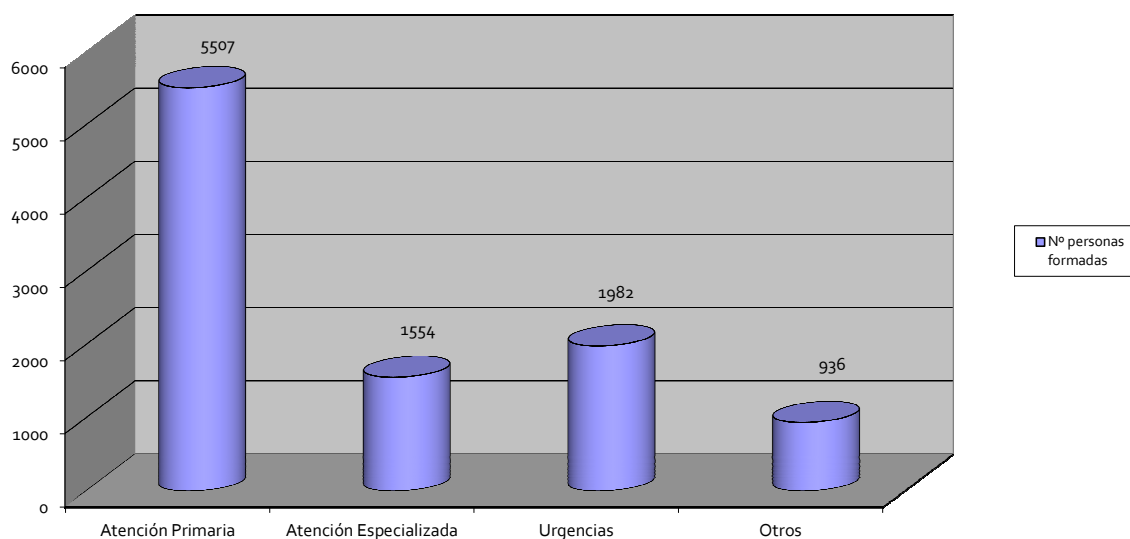
DATOS AGREGADOS PARA EL CONJUNTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS). Año 2013. Formación en materia de violencia de género.

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud se han formado en el **año 2013** en materia de violencia de género, un total de **9979 profesionales** que participaron en **558 actividades formativas** en las que se impartieron un total de **2.253,5 horas lectivas**. De todas estas actividades, fueron acreditadas en el conjunto del SNS un **87,71%**, alcanzándose el mayor porcentaje de acreditación en el ámbito de urgencias (98,06%) y en atención primaria (87,71%).

Análisis por ámbito asistencial

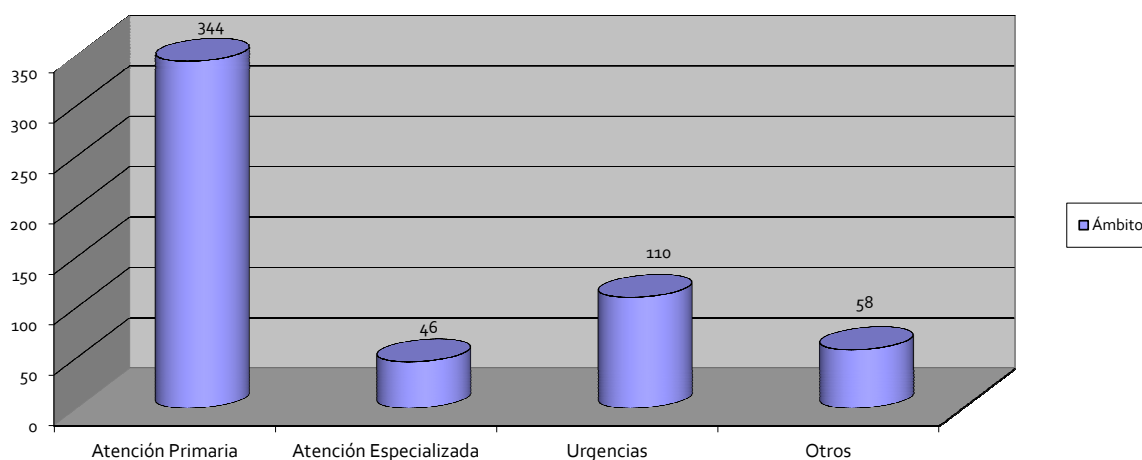
Durante 2013, el ámbito de atención primaria (AP) sigue encabezando el mayor porcentaje (55%) sobre el total de profesionales formados en el SNS, seguido de un 20% y 16% de personal formado en el ámbito de urgencias y atención especializada respectivamente. A diferencia del año 2012, en que el personal formado en actividades de tipo conjunto con personal de diferentes ámbitos (Otros) supuso un 30%, en 2013 dicho porcentaje se reduce a un 9%.

Gráfico 1
PERSONAL FORMADO por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



Respecto al N° de actividades formativas impartidas, es de nuevo AP quien predomina respecto al resto de ámbitos (344 actividades) que supone el 61,65% del total de acciones formativas en 2013, seguido del ámbito de Urgencias (110 actividades) lo que supone un 19,71% del total.

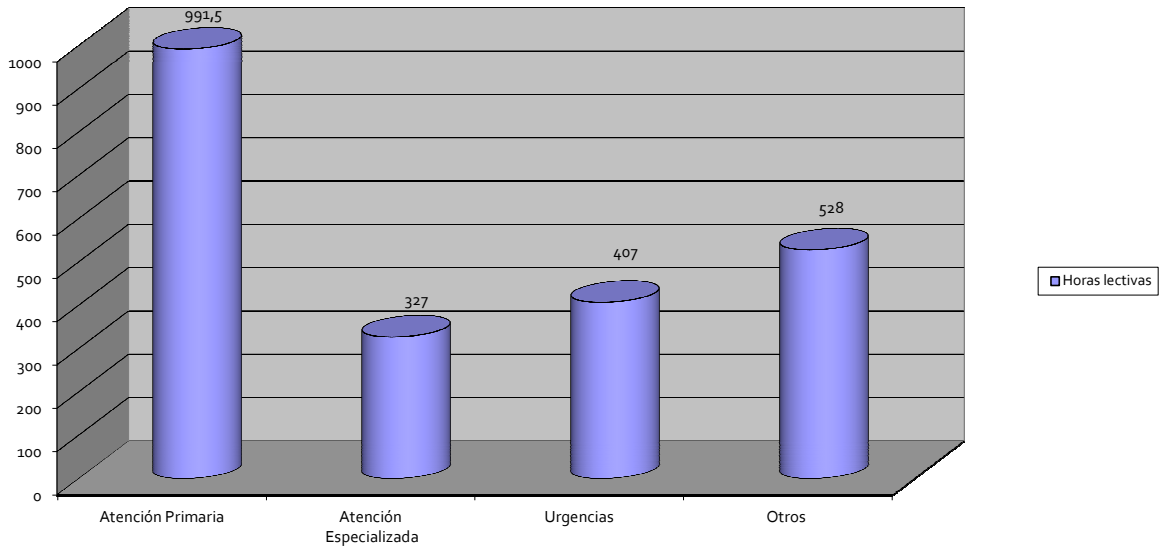
Gráfico 2
N° DE ACTIVIDADES por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



El ámbito OTROS se refiere a aquellas actividades formativas impartidas a profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales en su conjunto (AP, AE, y Urgencias) 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, en el año 2013, sigue siendo AP la que predomina (991,5), como viene ocurriendo habitualmente. No obstante, a diferencia con 2012, el número de horas del ámbito "Otros" (528) se ha reducido notablemente, más de la mitad (1408,5 en 2012). El n° de horas lectivas impartidas en Urgencias y Atención Especializada está bastante aproximada (407 y 327 respectivamente).

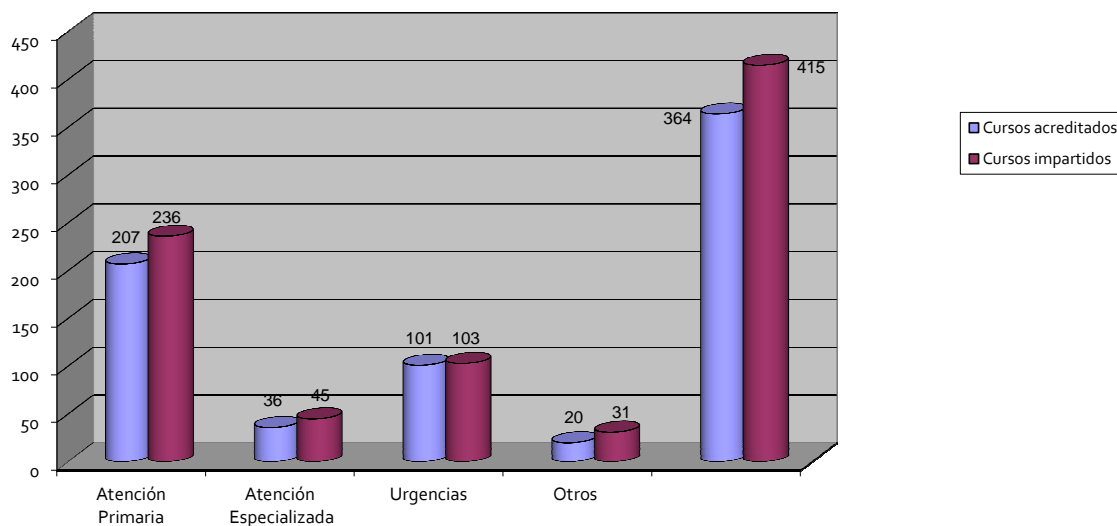
Gráfico 3
 Nº HORAS LECTIVAS por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



En el caso concreto de la acreditación de las actividades formativas se sitúa en el conjunto del SNS en un 87,71%. Como se puede observar en el gráfico siguiente, en ámbitos asistenciales como Urgencias se mantiene en porcentajes superiores al 90% (98,06%), mientras en el ámbito de AP se sitúa en el 87,71%. Situándose la acreditación de la formación conjunta de varios ámbitos (Otros) en el 64,52%. Esto supone respecto al año 2012, un cambio sobre todo referido a AP y al ámbito "Otros", puesto que en 2012 este último fue predominante respecto al resto de ámbitos.

En cualquier caso, la metodología utilizada para contabilizar esta acreditación es semejante a la utilizada en años anteriores, no se ha contabilizado la formación IR (interno residente) en el cálculo del % de actividades acreditadas por las CCAA. La formación IR se rige por los criterios de acreditación docente que le son propios, y está acreditada al 100%. Tampoco se ha incluido en este cálculo la modalidad de actividades de sensibilización puesto que no son objeto de acreditación por sus propias características.

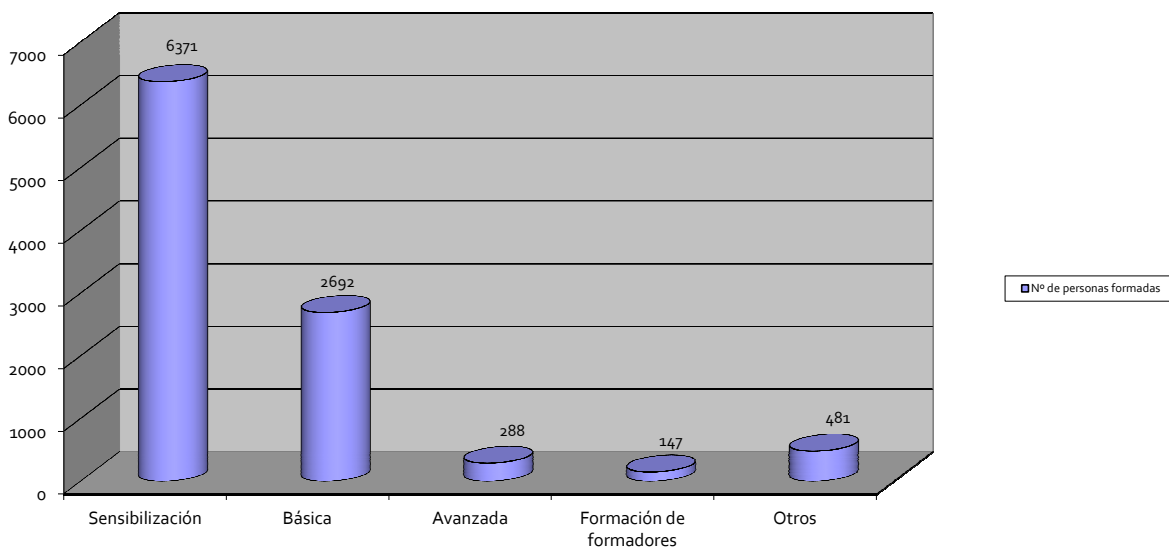
Gráfico 4
Cursos ACREDITADOS vs. Cursos IMPARTIDOS
 por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



Análisis por tipo de actividad formativa

Si observamos el personal formado por cada tipo de actividad, en 2013, destaca de nuevo el gran número de profesionales que han asistido a **actividades de sensibilización (6371)**.

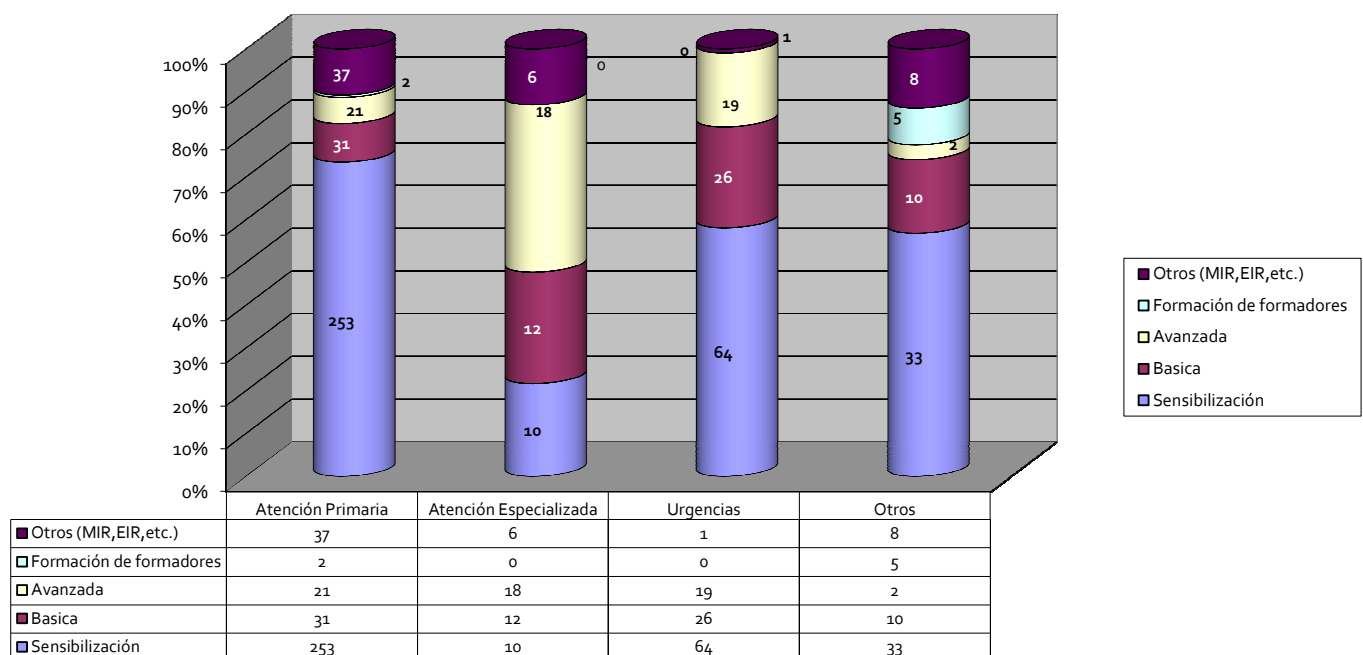
Gráfico 5
PERSONAL FORMADO por TIPO DE ACTIVIDAD
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



Como se puede observar a continuación, independientemente del ámbito asistencial, las **actividades de sensibilización siguen siendo las más frecuentes en 2013** (253 en AP, 64 en Urgencias y 33 cuando participan conjuntamente profesionales de varios ámbitos asistenciales (otros), incluidos profesionales de otros sectores implicados en la lucha contra la VG. Sólo en atención especializada, la formación avanzada y básica se sitúa por encima de las actividades de sensibilización.

A las actividades de sensibilización, le siguen en mayor número la formación básica (96) y la avanzada (60) seguida de la formación interno residente y otras (52). La formación de formadores sigue dándose en un bajo porcentaje respecto al resto de modalidades, como lo es propio a su objetivo.

Gráfico 6
TIPO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



En cualquier caso, se considera razonable como se observa, que tanto en atención especializada (AE) como en Urgencias, la formación básica y avanzada tengan un mayor peso ponderado en la formación, dentro del conjunto de actividades formativas por ámbito, aunque sería deseable, que el peso ponderado de la formación básica creciera un poco más en atención primaria una vez pasada la etapa de sensibilización que es fundamental en este

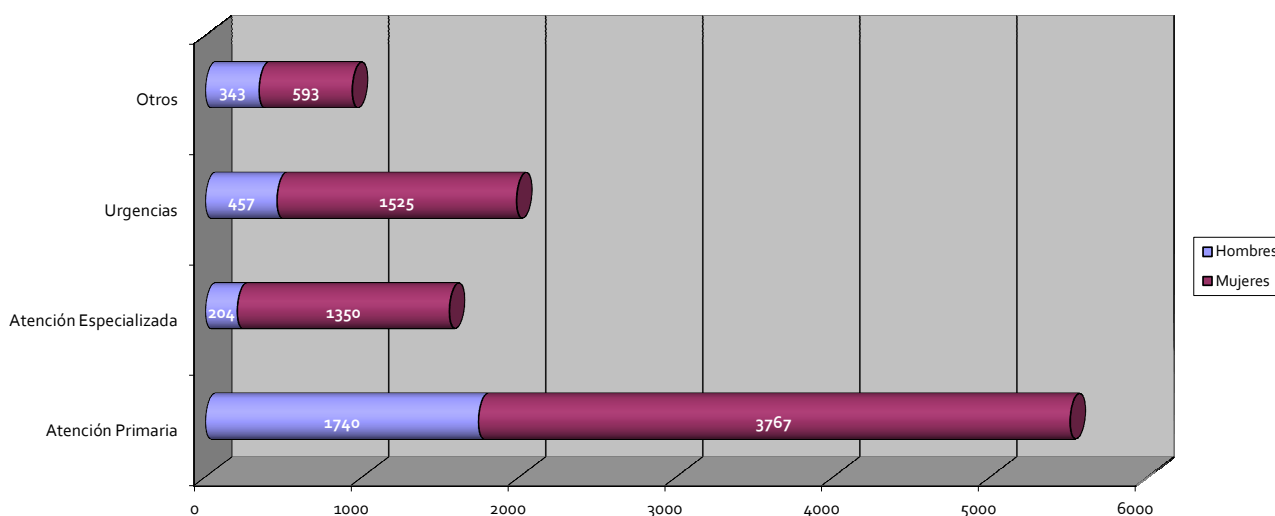
ámbito. Es en AP donde se da el primer contacto con la población diana para la prevención y detección precoz de este grave problema de salud pública (mujeres, sus hijas e hijos).

Datos desagregados por sexo

Respecto a los datos de participación desagregados por sexo, como en años anteriores, no todas las CCAA pueden ofrecer los datos con este grado de desagregación para los distintos tipos de acciones formativas y total de personal formado en esta materia en los diferentes ámbitos asistenciales.

No obstante, con los datos desagregados proporcionados por la mayoría de CCAA, 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, su porcentaje de participación es variable en los diferentes ámbitos, siendo algo mayor en las actividades formativas conjuntas de "otros" (36,65%) y en el ámbito de AP (31,6%), seguido de un 23,06% en Urgencias. El menor porcentaje de participación se da en AE (13,13%).

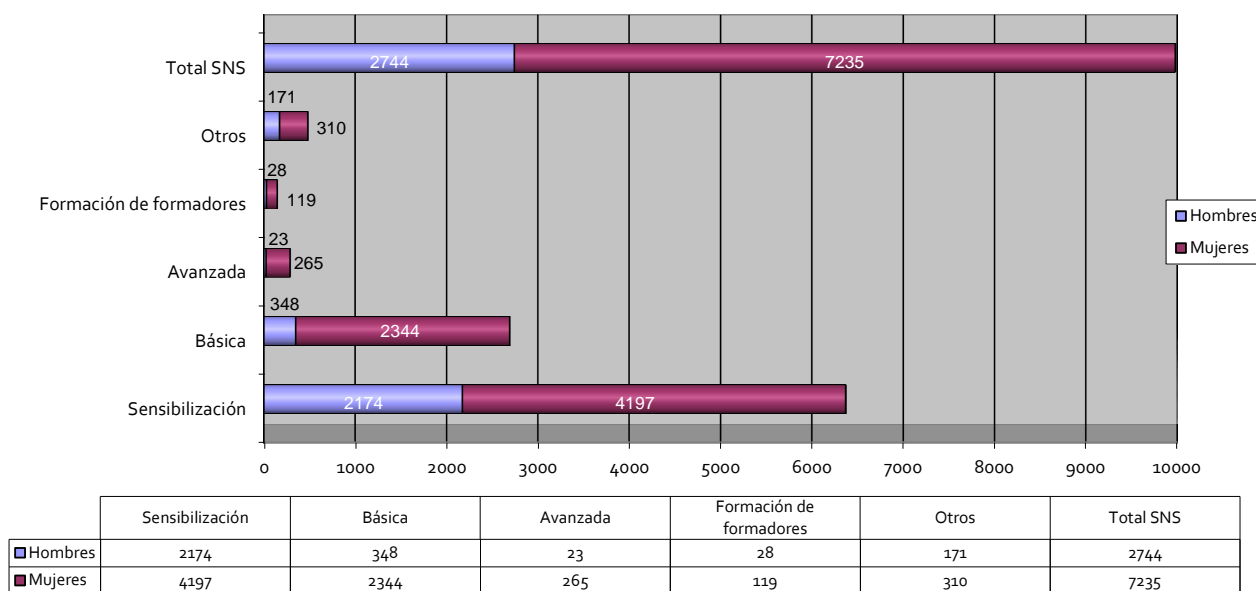
Grafico 7
PERSONAL FORMADO por ambito asistencial
 Datos desagregados por sexo
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



En este gráfico no se contabilizan 257 profesionales de Atención Especializada formados en Madrid, al no disponer de dichos datos desagregados por sexo.

Atendiendo al tipo de actividad formativa, la participación de los hombres en las actividades de sensibilización (34,12%) o en actividades que contienen algún elemento formativo de VG aunque no sean específicas de dicha materia (35,55%) es mayor que en las de formación de formadores (19,05%), en formación básica (12,93%) o en formación avanzada (7,99%).

Gráfico 8
PERSONAL FORMADO por tipo de actividad
 Datos desagregados por sexo
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



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 2013

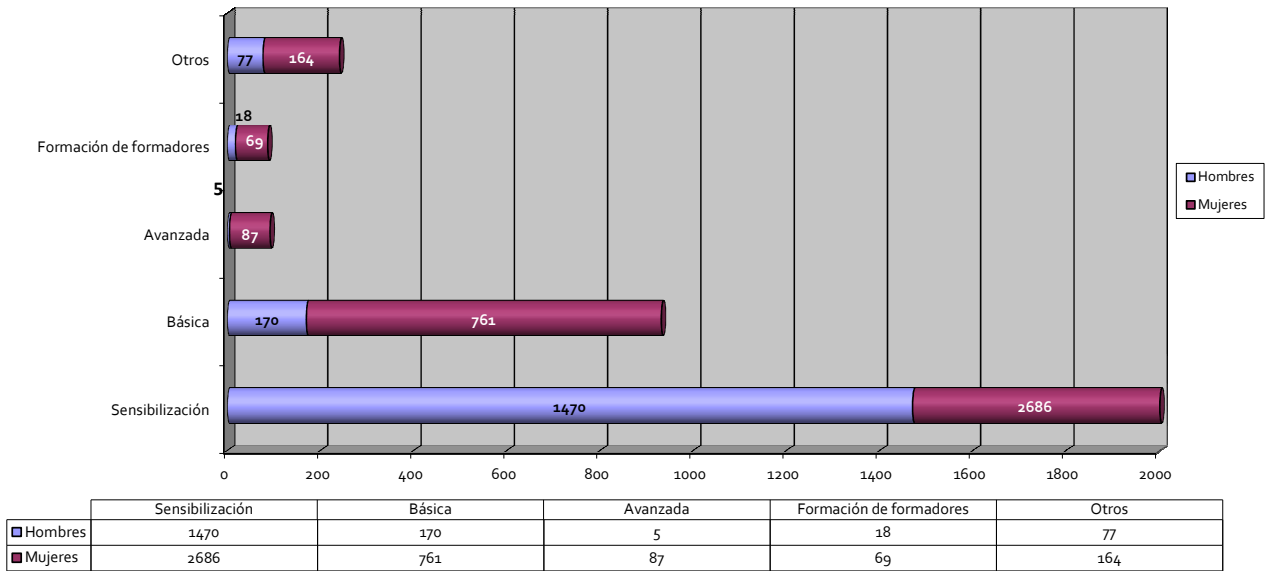


Gráfico 8b
ATENCIÓN ESPECIALIZADA
PERSONAL FORMADO por TIPO de ACTIVIDAD
 Datos desagregados por sexo
 Formación en materia de violencia de género
 Año 2013

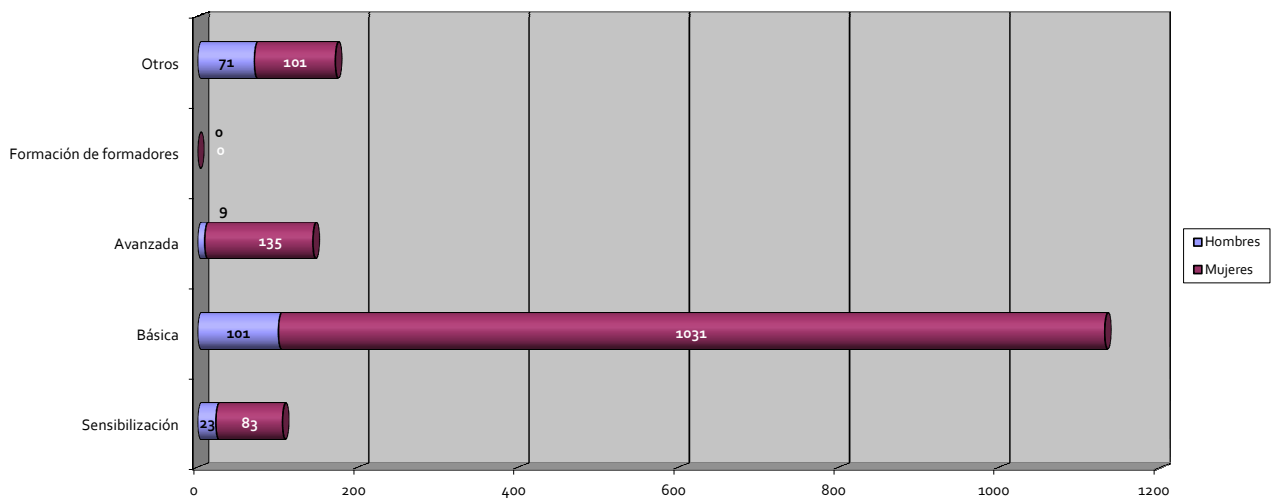


Gráfico 8c
URGENCIAS
PERSONAL FORMADO por TIPO de ACTIVIDAD
 Datos desagregados por sexo
 Formación en materia de violencia de género
 Año 2013

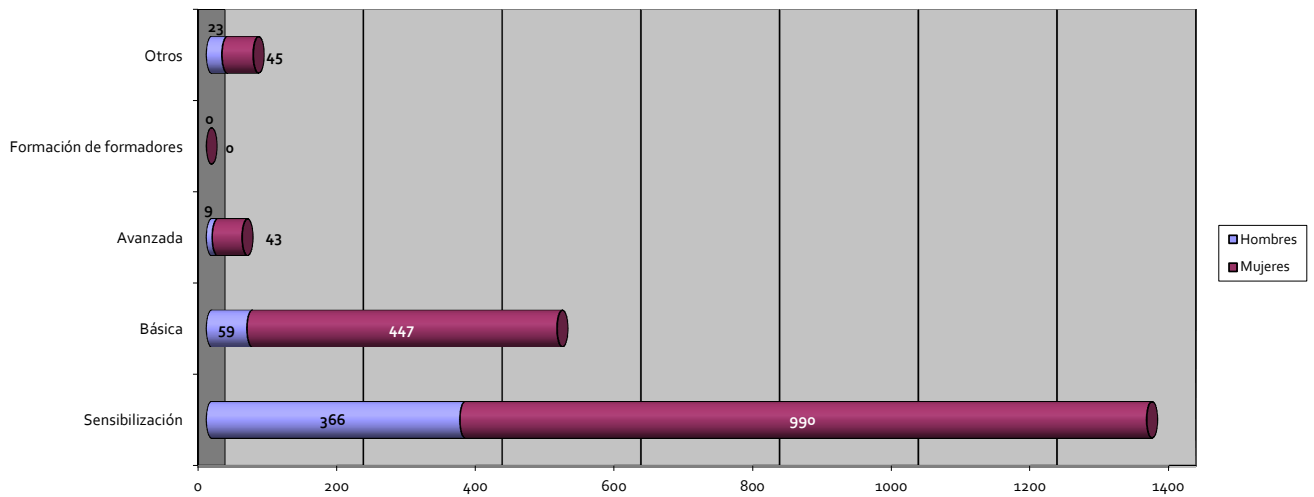
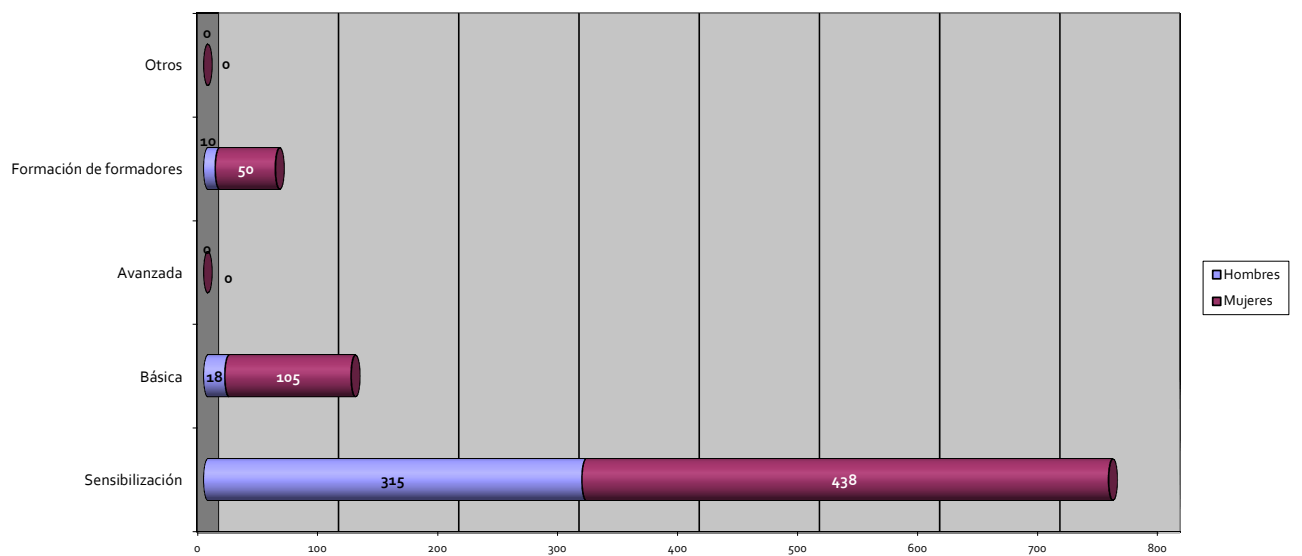


Gráfico 8d
OTROS
PERSONAL FORMADO por TIPO de ACTIVIDAD
 Datos desagregados por sexo
 Formación en materia de violencia de género
 Año 2013



TABLAxxxxxx

RESUMEN

Cuestiones generales

Formación. Violencia de género. SNS. Año 2013

Ámbito asistencial

Atención Primaria es el ámbito asistencial donde mayor número de actividades y horas lectivas se imparten relacionadas con esta materia (344 y 991,5 respectivamente). En Urgencias y Atención Especializada (AE) se reduce considerablemente el nº de actividades (110 y 46 respectivamente), situándose el ámbito Otros incluso por encima de AE (58 actividades).

El nº de horas lectivas impartidas en lo que denominamos ámbito "Otros" (actividades formativas que reúnen conjuntamente a profesionales de diferentes ámbitos sanitarios) ha descendido bastante respecto a 2012, aunque se sigue situando por encima de AE y Urgencias (Otros, 935,5 en 2012 y 528 en 2013).

Formato educativo

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, independientemente del ámbito (6371), seguido por los cursos básicos (2692).

En atención especializada (AE) y en Urgencias, la formación básica y avanzada tienen un mayor peso ponderado dentro del conjunto de actividades formativas, aunque sería deseable que el peso ponderado de la formación básica creciera un poco más en atención primaria (AP).

El ámbito "Otros" (actividades conjuntas para personal de varios ámbitos) ha descendido respecto a 2012 en cuanto a nº de actividades, aunque destaca que es una modalidad con mayor peso ponderado en cuanto a su utilización en la formación interno residente, al igual que las actividades de sensibilización. También es reseñable que a pesar de haber descendido, el nº de horas impartidas en este formato es casi similar al de horas de actividades específicas para personal de AE.

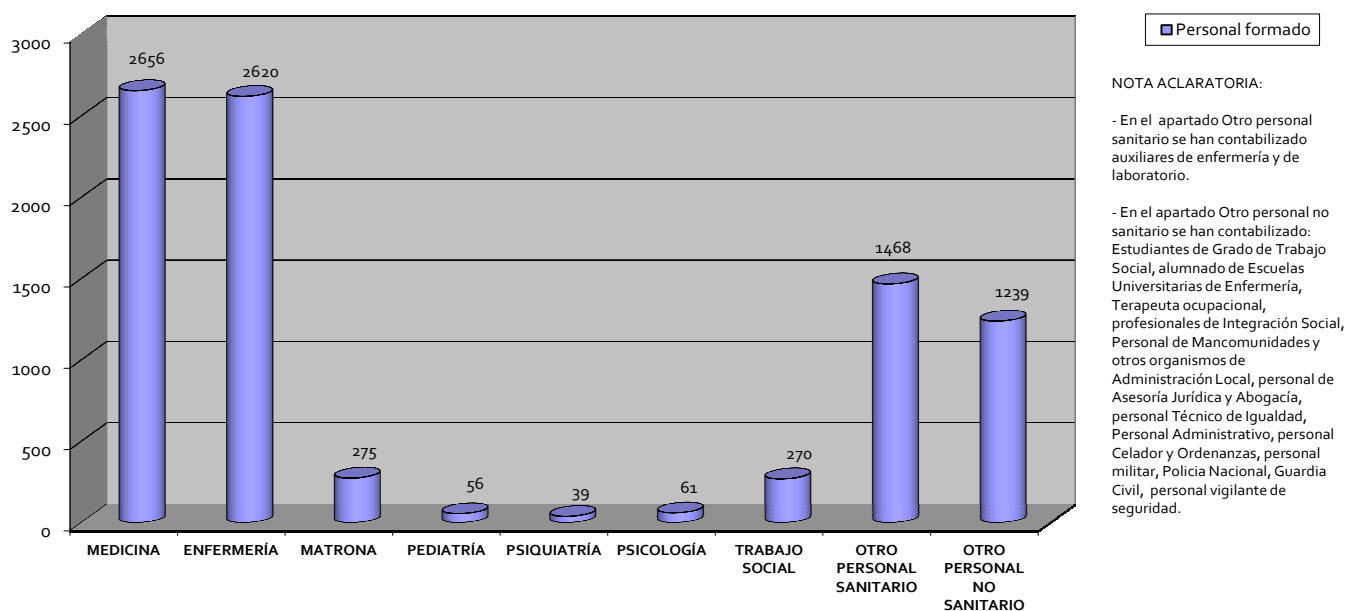
<p>Datos de participación desagregados por sexo</p>	<p>La participación en las distintas acciones formativas y en los distintos ámbitos asistenciales sigue siendo mayoritaria por parte de las profesionales sanitarias.</p> <p>No obstante, la participación más elevada de hombres en 2013 se ha producido en las actividades que se imparten conjuntamente para los diferentes ámbitos (36,65%) y Atención Primaria (31,6%), de forma semejante a 2012.</p> <p>Por tipo de actividad se sigue manteniendo como en 2012, una mayor participación en aquellas acciones que no son específicas de violencia de género, pero sí incluyen algún módulo o contenidos al respecto (35,55%) o también en acciones formativas de sensibilización (34,12%)¹. Seguido de formación de formadores donde la presencia de hombres es de 19,05%.</p>
<p>Total del personal sanitario formado</p>	<p>Atención Primaria sigue siendo el ámbito con mayor nº de profesionales formados (55% del total) seguido Urgencias(20%) y de Especializada (16%).</p>
<p>Número de Cursos acreditados</p>	<p>Las acciones formativas acreditadas en materia de violencia de género en 2013 se situaron en el 87,71% en el conjunto del SNS. Dónde más actividades se han acreditado ha sido en Urgencias (98,06%) y en Atención Primaria (87,71). En Especializada ha sido un 80%. La acreditación va relacionada en gran medida con el contenido y duración de las acciones formativas. Por eso en aquellos ámbitos donde el nº de actividades de sensibilización es mayor o para actividades impartidas para profesionales de varios ámbitos conjuntamente (Otros), el porcentaje de cursos acreditados es menor.</p>

¹ 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)

Perfil profesional del alumnado

Respecto a 2012, se observa un ligero aumento en el nº global de profesionales de medicina y enfermería que han recibido esta formación^{II}. Al igual que en años anteriores, **Medicina** (2656) y **Enfermería** (2620) son las profesiones mayoritarias en este tipo de formación sanitaria. Se hace necesario impulsar la formación de perfiles como pediatría, matronas y perfiles relacionados con los equipos de salud mental (psicología, psiquiatría), para mejorar la atención integral en los contextos de mayor vulnerabilidad (hijas e hijos, mujeres embarazadas, mujeres e infancia, en atención en salud mental).

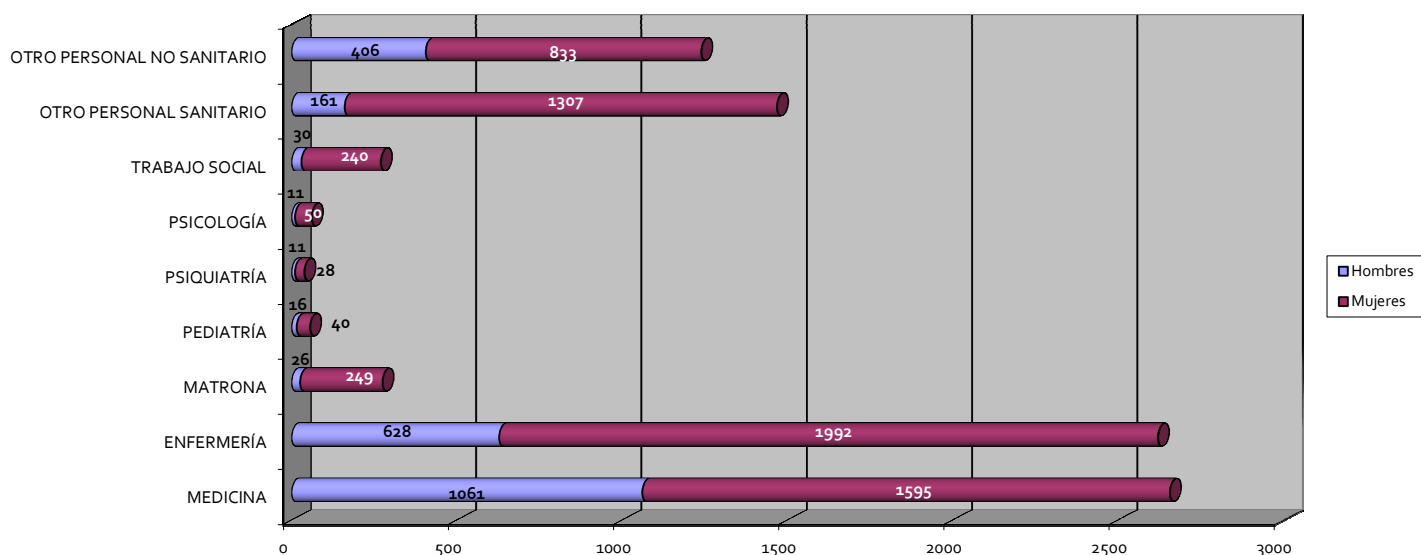
Gráfico 9
PERFIL DEL ALUMNADO
Formación en materia de violencia de género
Sistema Nacional de Salud
Año 2013



^{II} Basado sólo en los datos remitidos por aquellas CCAA que han podido facilitar la información desagregada por sexo. Estos cálculos se refieren a un total de 8684 profesionales (el total real del SNS en 2013 fue 11.601).

La mayor **participación masculina** se observa en **Pediatría** (40%), y **Medicina** (39,95%) seguido del grupo Otro personal no sanitario (32,77%), Psiquiatría (28,21%) y Enfermería (23,97%). En el resto de perfiles la participación masculina es menor del 20%. Los que presentan *menor porcentaje de hombres* formados son Trabajo Social (11,11%) y otro personal sanitario (10,97%). Son porcentajes que se mantienen en magnitudes similares a las de 2012. No obstante en el caso de Matronas, el porcentaje de hombres participantes ha aumentado considerablemente (del 5% de 2012 al 9,45% en 2013).

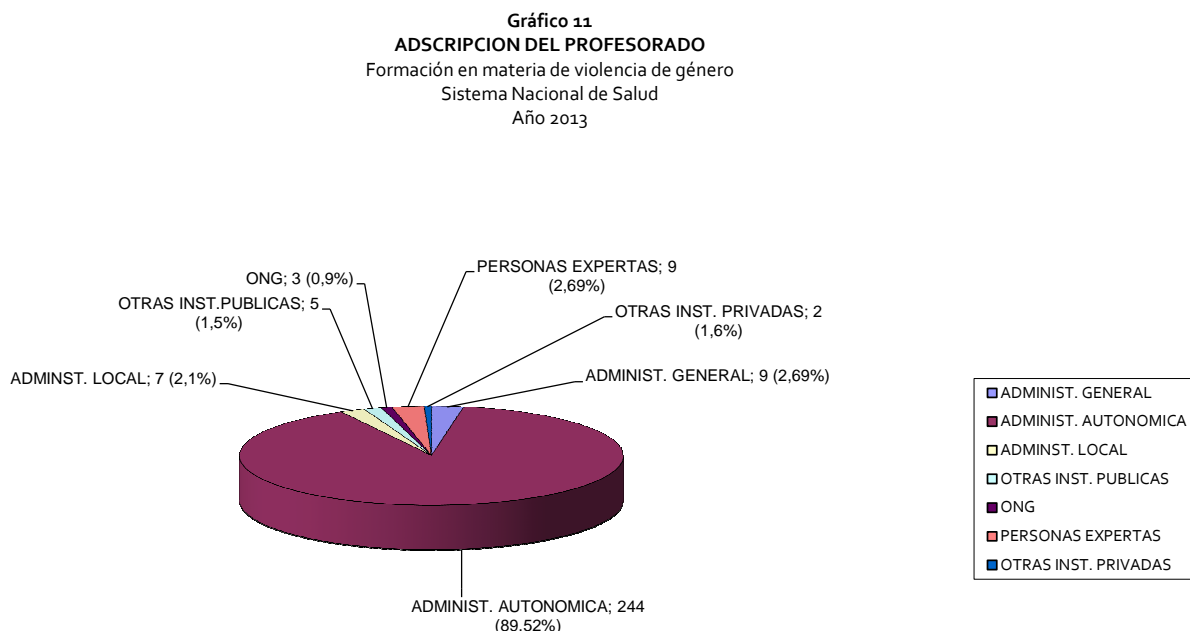
Gráfico 10
PERFIL DEL ALUMNADO
 Datos desagregados por sexo
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



Perfil del profesorado

En cuanto a la **adscripción del profesorado**, en 2013 la mayoría sigue perteneciendo como en años anteriores a la **Administración Autónoma** (89,52%), seguido aunque a gran distancia en porcentaje, por el personal de la Administración General del Estado y del grupo Otras personas expertas en esta materia (ambos con un 2,69% de participación), Administración Local (2,1%) y Otras Instituciones Públicas (1,5%). Se observa respecto a 2012 un ligero descenso del profesorado del ámbito autonómico y un ligero aumento en la

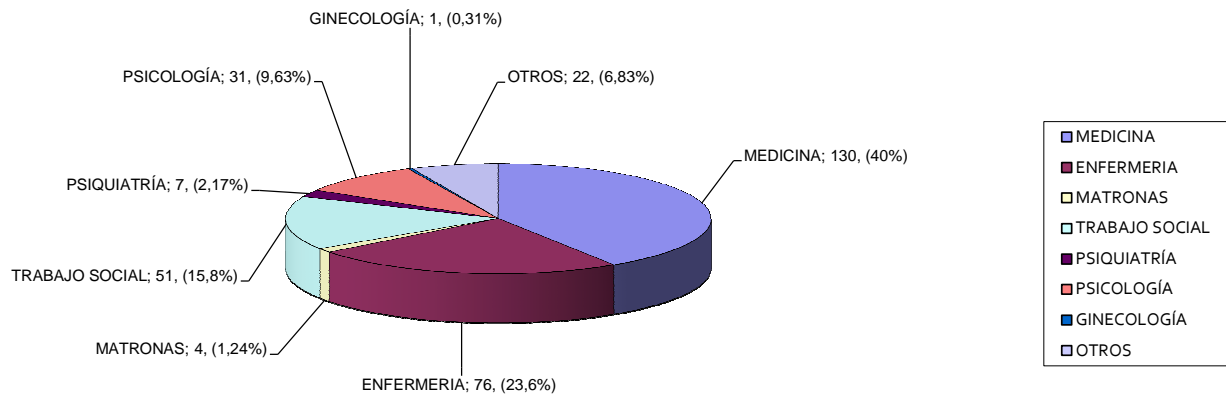
adscripción del profesorado a la administración local y otras instituciones públicas y administración general (en 2012, respectivamente fueron 1% en los dos primeros y 2% la general). La participación de profesorado adscrito a ONG's se ha reducido a la mitad respecto a 2012, y el adscrito a otras instituciones privadas ha aumentado.



Al analizar los datos de **perfil profesional del profesorado**, Medicina y Enfermería siguen siendo como en el alumnado, los perfiles más frecuentes que entran a formar parte del equipo de profesorado en la formación a profesionales sanitarios en materia de violencia de género (40% y 23,6% respectivamente), seguido de perfiles como Trabajo Social (15,8%) y Psicología (9,63%)..

Respecto a perfiles más relacionados con contextos de mayor vulnerabilidad, cabe señalar que en 2013, a diferencia de lo que ocurre con el alumnado, perfiles como Pediatría todavía no forman parte de los equipos docentes en esta materia. Sin embargo en 2013, ya podemos encontrar personal docente de Psiquiatría dentro del equipo de profesorado, cosa que no ocurría en 2012. También Matronas y Ginecología van tomando algo más de peso en estos equipos de docencia en materia de prevención, detección precoz y/o seguimiento en salud de los detectados de violencia de género.

Gráfico 12
PERFIL DEL PROFESORADO
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



Si se observan los datos de profesorado **desagregados por sexo**, en Medicina, son las mujeres de esta profesión las que conforman básicamente estos equipos docentes, seguidas por las profesionales de Enfermería y Trabajo Social. En el caso de Matronas y Psicología, es donde está más equilibrada la participación por sexo, aunque son considerablemente menos frente a otros perfiles.

Gráfico 13
PERFIL DEL PROFESORADO
 Datos desagregados por sexo
 Formación en materia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013

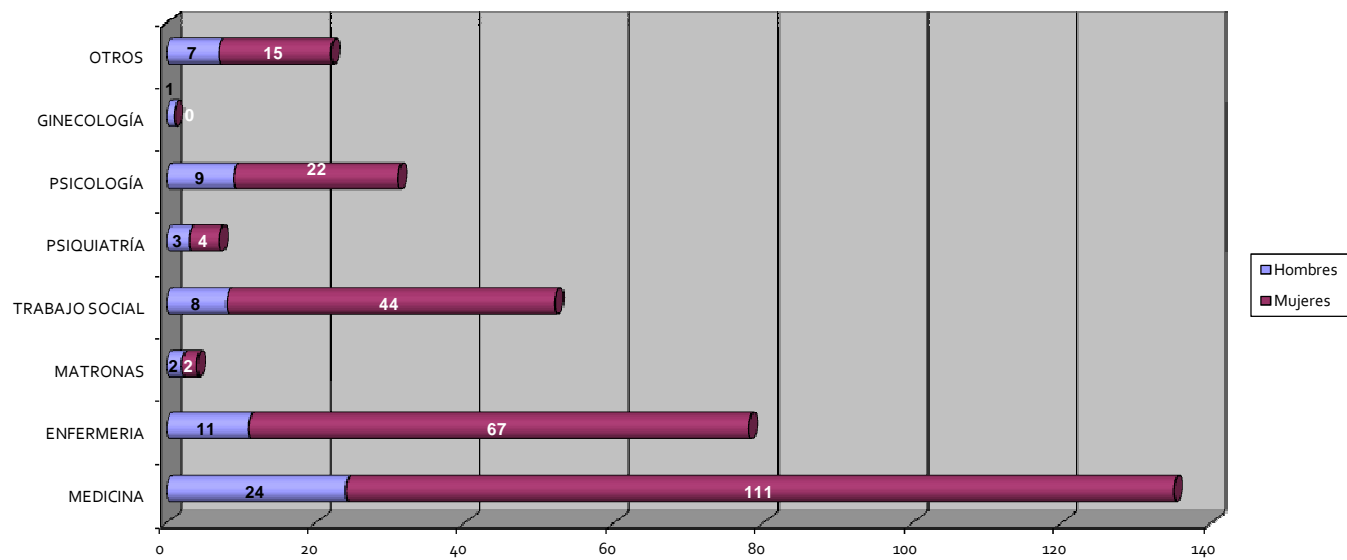


TABLA xxxx

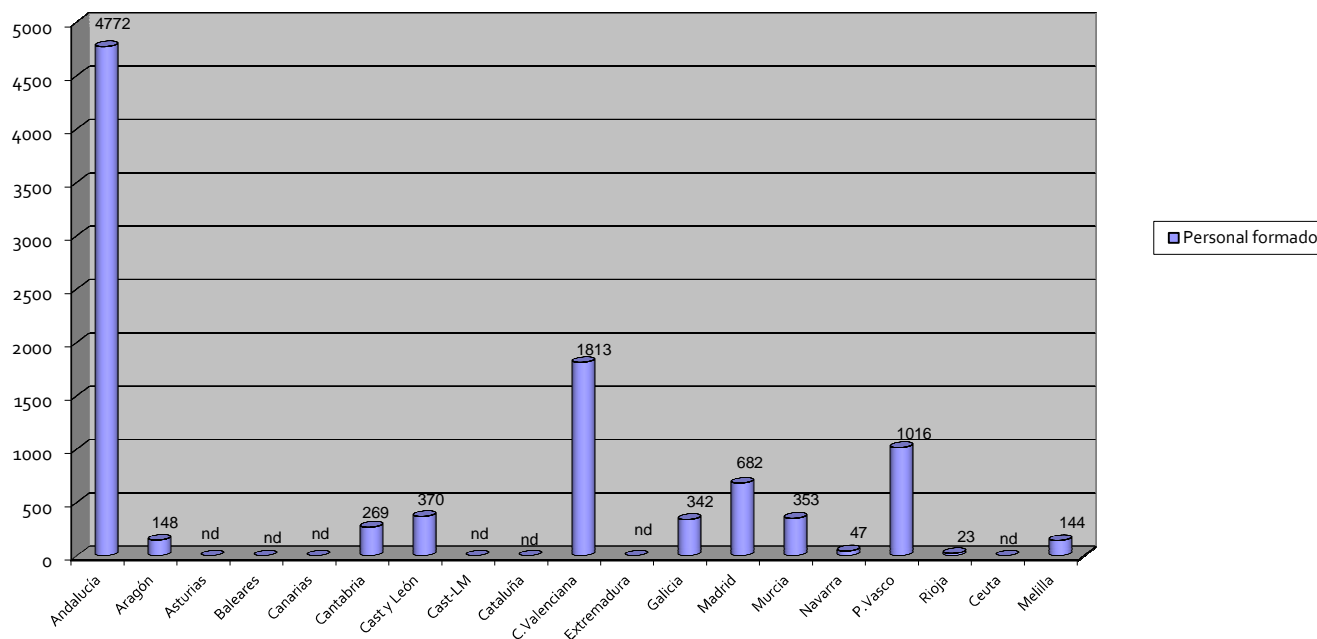
RESUMEN	
<i>Perfil profesional del profesorado y alumnado</i>	
Formación. Violencia de género. SNS. Año 2013	
Perfil profesional del alumnado	<p>El perfil profesional del alumnado está constituido mayoritariamente por Medicina y Enfermería.</p> <p>No obstante en el caso de otros perfiles sanitarios como auxiliares de enfermería y personal técnico de otros servicios -al sumar su participación- llegan a una magnitud casi similar a la de Enfermería.</p> <p>Dentro de la menor presencia de hombres en el alumnado, destaca un poco más de participación de ellos en perfiles como pediatría (40%) y medicina (39,95%) y psiquiatría (28,21%) o psicología (18,03%) dentro de su perfil. En otro personal no sanitario también destaca el aumento de porcentaje de participación de hombres (32,77%).</p>
Perfil profesional del profesorado	<p>Al igual que en años anteriores, el perfil profesional del profesorado ha sido mayoritariamente compartido por Medicina (40,9%) y Enfermería (23,6%).</p>
Perfil Profesorado según sexo	<p>Los hombres pertenecientes al perfil profesional de Medicina son los que en mayor medida han participado como docentes en el conjunto del SNS.</p> <p>No obstante, aunque con cifras absolutas mucho menores, destaca en Psiquiatría el 42,9% de hombres, porcentaje bastante equilibrado con sus homólogas de profesión dentro de los equipos docentes (57,14%). Destaca posteriormente Psicología con un 29% de hombres en el profesorado.</p>
Adscripción del profesorado	<p>En cuanto a la adscripción del profesorado la mayoría está adscrita a la Administración Autonómica, 89,52%, aunque es menor que en 2012, donde se situaba en el 96%.</p>

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 Ingesa (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, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura y Ceuta no constan datos facilitados desde sus servicios sanitarios para este Informe Anual VG 2013, confirmando que no han realizado formación en esta materia todas ellas, excepto Baleares y Cataluña que no ha podido proporcionar datos; al igual que ya ocurrió en 2012.

Gráfico 14
PERSONAL FORMADO por CCAA
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



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 consensuado 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) con la idea de intentar recoger al menos los datos de efectivos en estos perfiles, así como otros 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.

A título orientativo, este año se han calculado las tasas de profesionales formados, a nivel global, considerando como denominador la población de mujeres de 14 años o más empadronada en cada CCAA, calculados desde Estadística del Padrón continuo. INE (datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia).

Este sería el resultado para el personal formado en 2013, considerando que se han utilizado 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 existente.

Año 2013. Tasas de personal formado en el año, respecto a población de mujeres de 14 años y más

	PROFESIONALES que han asistido a alguna acción de sensibilización y/o formativa	TASA de profesionales que ha asistido alguna acción de sensibilización y/o formativa por 100.000 mujeres
Andalucía	6394	175,56
Aragón	148	25,01
Asturias	0	
Baleares	0	
Canarias	0	
Cantabria	269	100,89
Cast y León	370	32,60
Cast-LM	0	
Cataluña	0	
C.Valenciana	1813	81,29
Extremadura	0	
Galicia	342	26,67
Madrid	682	23,46
Murcia	353	57,50
Navarra	47	16,94
P.Vasco	1016	103,18
Rioja	23	16,43
Ceuta	0	
Melilla	144	449,01
TOTAL SNS	11601	82,26

Análisis por ámbito asistencial

Por ámbito asistencial, de las 11 CCAA más Ceuta y Melilla, de las que se cuenta con datos, en todas se ha realizado formación en **Atención Primaria** (AP).

Sin embargo, sólo 3 CCAA, Andalucía, Comunidad Valenciana y Madrid se ha realizado formación en todos los ámbitos asistenciales (AP, AE y Urgencias) además de formación conjunta de varios ámbitos, tipo Otros.

En Navarra, Rioja y Melilla sólo se ha realizado formación en AP.

En 2012 aquellas CCAA donde no se había hecho formación en AP, era el ámbito **"Otros"** el que focaliza la formación, es decir, se realizaba la formación conjunta de personal de los diferentes ámbitos (AP, AE y Urgencias), sin embargo en 2013 esto sólo sigue ocurriendo en Galicia.

En las CCAA donde se ha impartido tanto formación en atención especializada y urgencias, en 2013 se observa que están bastante equiparadas en cuanto al nº de actividades realizadas, salvo en Madrid donde el nº de actividades en Urgencias es bastante menor.

Gráfico 15
Formación impartida por **AMBITO ASISTENCIAL**
en materia de violencia de género
Datos desagregados por CCAA
Año 2013

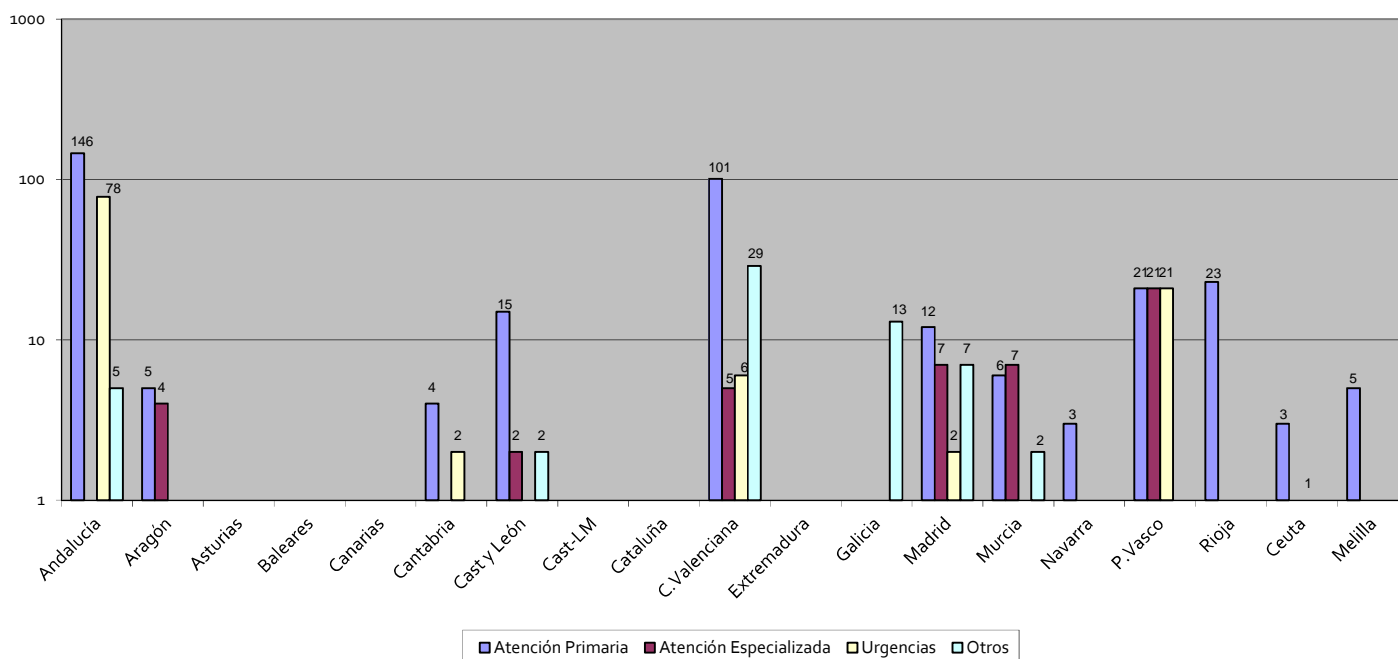


	TABLA correspondiente al Gráfico 15			
	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	146	0	78	5
Aragón	5	4	0	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	4	0	2	0
Cast y León	15	2	0	2
Cast-LM	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C.Valenciana	101	5	6	29
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	13
Madrid	12	7	2	7
Murcia	6	7	0	2
Navarra	3	0	0	0
P.Vasco	21	21	21	0
Rioja	23	0	0	0
Ceuta	3	0	1	0
Melilla	5	0	0	0

Aunque sólo disponemos de datos absolutos de **personal formado** en 2013, podemos observar como en la mayoría de las CCAA que han proporcionado los datos, sigue siendo **predominante** el peso de profesionales de **Atención Primaria**, destacando Andalucía y C. Valenciana en Atención Primaria (3112 y 885 profesionales respectivamente).

Sin embargo en Murcia y País Vasco, tal como ocurría el año anterior, destaca sin embargo el personal formado en **Atención Especializada**

El personal formado en el ámbito **Otros**, destaca no sólo en Galicia (que es la única modalidad de su formación este año) sino también en C. Valenciana y Madrid (342, 340 y 105), situándose en las dos últimas por encima del nº de profesionales formados en Urgencias.

Sólo 5 CCAA, Andalucía, Cantabria, C. Valenciana, Madrid y País Vasco han formado a profesionales en el ámbito de **Urgencias**. Destaca Cantabria donde equipara el nº de profesionales formados en Primaria y en Urgencias.

Gráfico 16
PERSONAL FORMADO por Ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Datos desagregados por CCAA
 Año 2013

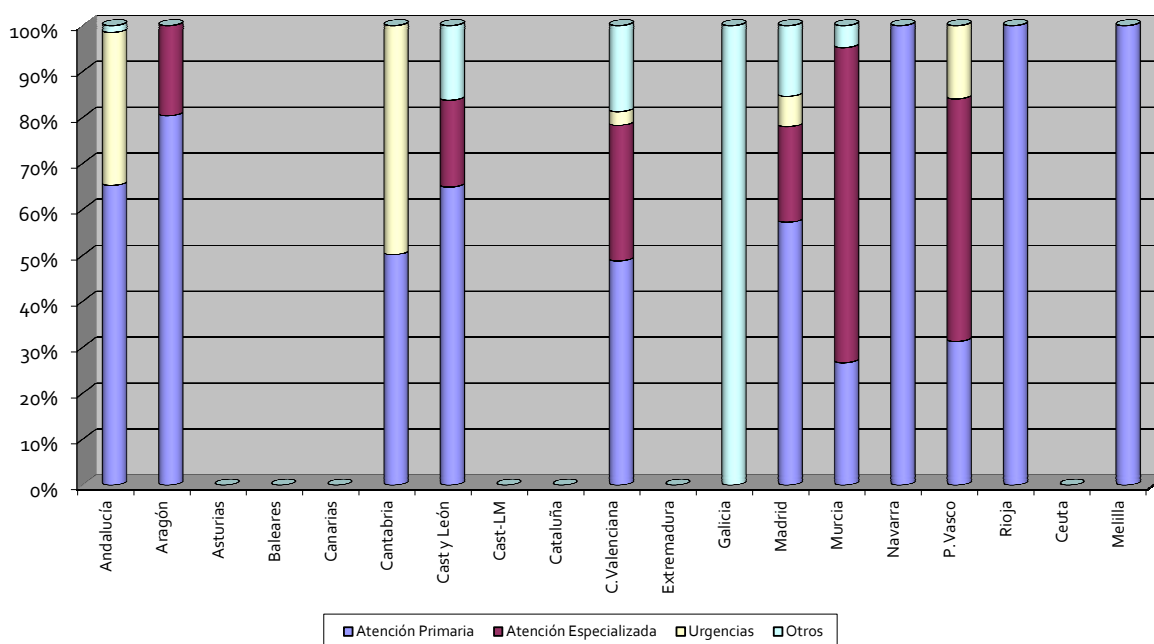


Tabla correspondiente al gráfico 16. Totales CCAA por Ámbito asistencial				
	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	3112	0	1588	72
Aragón	119	29	0	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	135	0	134	0
Cast y León	240	70	0	60
Cast-LM	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C.Valenciana	885	535	53	340
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	342
Madrid	390	142	45	105
Murcia	94	242	0	17
Navarra	47	0	0	0
P.Vasco	318	536	162	0
Rioja	23	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	144	0	0	0

Análisis por tipo de actividad

Por tipo de actividad, de las 11 que han aportado datos en 2013, sólo en 6 se han impartido **actividades de sensibilización**, destacando este tipo de actividad en Andalucía y Comunidad Valenciana seguida a distancia por Castilla y León. Durante 2013, es La Rioja la CCAA que sigue destacando por la significativa presencia de la **formación interno residente**, concretándose ésta en el ámbito de **atención primaria**, como veíamos en el gráfico y tablas anteriores

Las actividades formativas de la modalidad **formación avanzada y formación de formadores**, que es la formación más profunda en este materia, **prácticamente ha desaparecido en 2013**, sólo ha sido impartida en País Vasco (18 acciones en f. avanzada) y escasamente en Madrid y C. Valenciana (5 y 2 acciones respectivamente en f. de formadores)

Gráfico 17
TIPO DE ACTIVIDAD
 Formación impartida
 en materia de violencia de género
 Datos desagregados por CCAA
 Año 2013

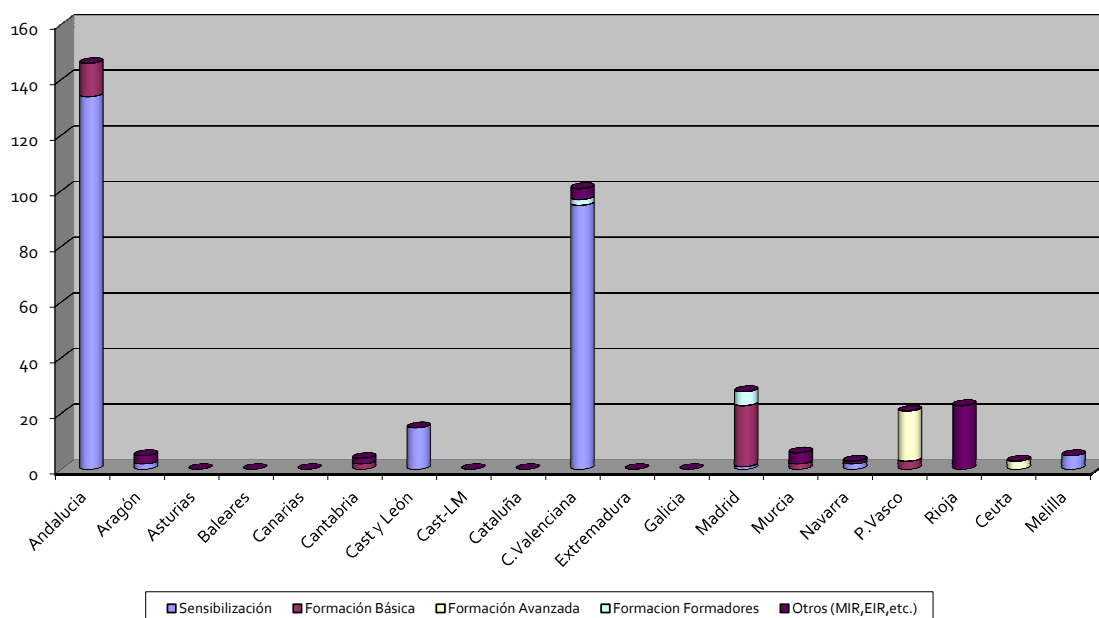


TABLA correspondiente al Gráfico 17

	Sensibilización	Formación Básica	Formación Avanzada	Formacion Formadores	Otros (MIR,EIR,etc.)
Andalucía	134	12	0	0	0
Aragón	2	0	0	0	3
Asturias	0	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0	0
Cantabria	0	2	0	0	2
Cast y León	15	0	0	0	0
Cast-LM	0	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0	0
C.Valenciana	95	0	0	2	4
Extremadura	0	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	0	0
Madrid	1	22	0	5	0
Murcia	0	2	0	0	4
Navarra	2	0	0	0	1
P.Vasco	0	3	18	0	0
Rioja	0	0	0	0	23
Ceuta	0	0	3	0	0
Melilla	5	0	0	0	0

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 2013:

- las **actividades de sensibilización** se utilizaron en formación conjunta para profesionales sanitarios de diferentes ámbitos (otros) en el caso de Galicia y Madrid. Mientras que en otras CCAA se concentró en un solo ámbito, en el caso de Castilla y León, Navarra y Melilla en atención primaria, en Murcia en especializada y en Cantabria en Urgencias.

La Comunidad Valenciana aunque utilizó esta modalidad de actividades en todos los ámbitos, fue fundamentalmente en Atención Primaria donde los utilizó.

Gráfico 17A
ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN por ámbito asistencial
 Formación en violencia de género
 Datos desagregados por CCAA
 Año 2013

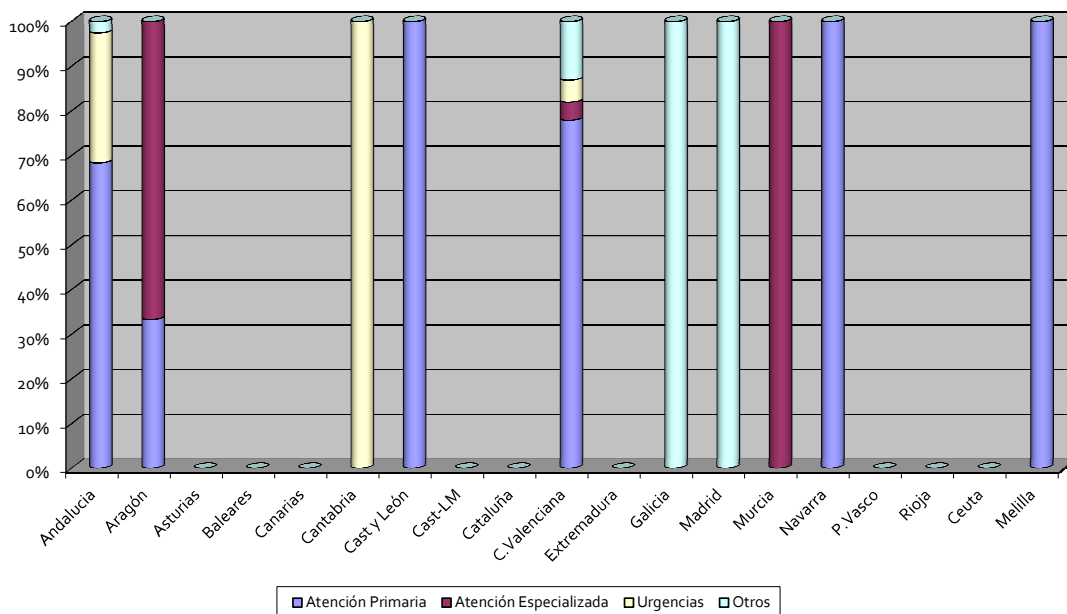


TABLA correspondiente al Gráfico 17a				
	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	134	0	57	5
Aragón	2	4	0	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	1	0
Cast y León	15	0	0	0
Cast-LM	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C.Valenciana	95	5	6	16
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	11
Madrid	0	0	0	1
Murcia	0	1	0	0
Navarra	2	0	0	0
P.Vasco	0	0	0	0
Rioja	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	5	0	0	0

Respecto a la **formación básica**, hay de nuevo CCAA que las concentran en un solo ámbito, como Cantabria que la imparte sólo en atención primaria, o Castilla y León sólo en especializada. Mientras en Comunidad Valenciana y Galicia la imparten a profesionales de todos los ámbitos de forma conjunta (Otros). En Madrid, aunque da formación básica para todos los ámbitos, la concentra fundamentalmente en atención primaria y especializada.

En esta modalidad de formación básica, destaca Andalucía por mayor peso ponderado de este tipo de formación en urgencias sobre atención primaria.

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.

Gráfico 17b
FORMACIÓN BÁSICA por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Datos desagregados por CCAA
 Año 2013

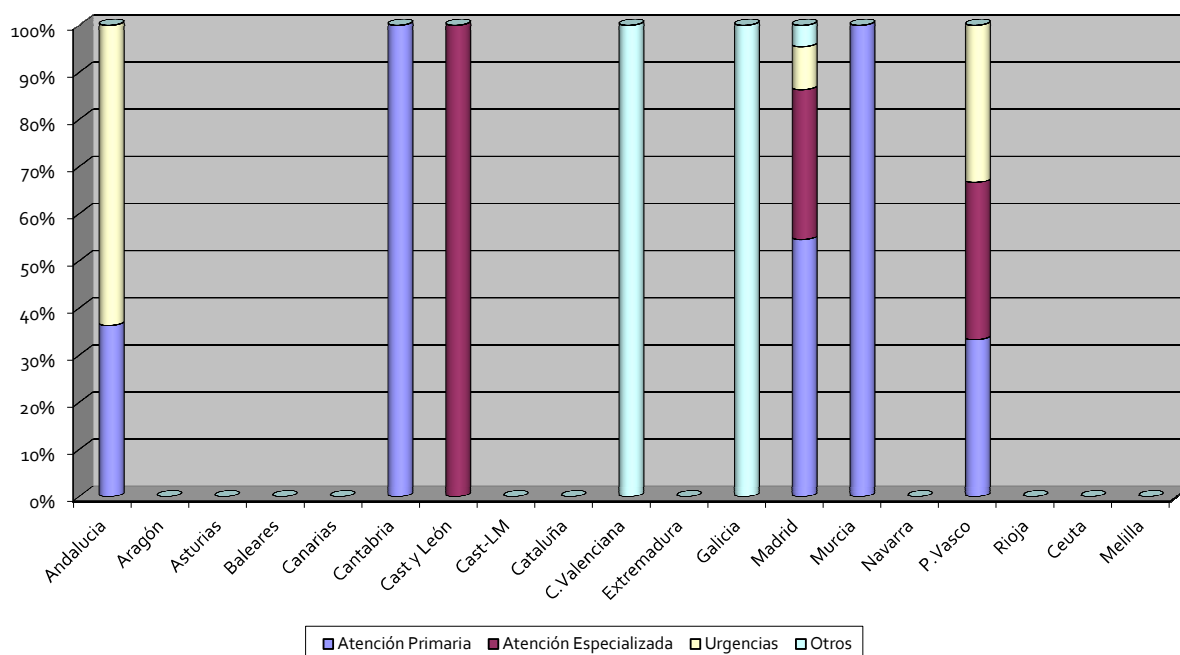


	TABLA correpondiente al Gráfico 17b			
	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	12	0	21	0
Aragón	0	0	0	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	2	0	0	0
Cast y León	0	2	0	0
Cast-LM	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C.Valenciana	0	0	0	7
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	2
Madrid	12	7	2	1
Murcia	2	0	0	0
Navarra	0	0	0	0
P.Vasco	3	3	3	0
Rioja	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0

Respecto a la modalidad de **formación avanzada**, como ya comentábamos anteriormente, es el País Vasco la CCAA que destaca por utilizarla en todos los ámbitos donde ha impartido formación mientras C. Valenciana y Murcia la han impartido concentrando a profesionales de los diferentes ámbitos de forma conjunta en la misma actividad. Ceuta sobre todo en atención primaria.

Gráfico 17C
FORMACIÓN AVANZADA por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Datos desagregados por CCAA
 Año 2013

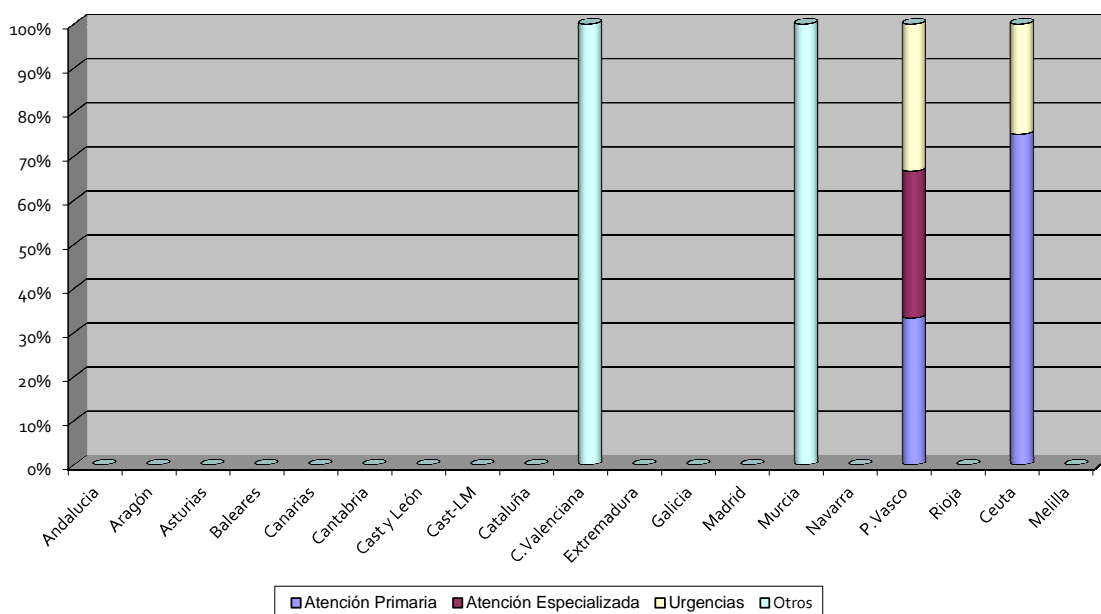


TABLA correspondiente al Gráfico 17C				
	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	0	0	0	0
Aragón	0	0	0	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0
Cast y León	0	0	0	0
Cast-LM	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C.Valenciana	0	0	0	1
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	0
Madrid	0	0	0	0
Murcia	0	0	0	1
Navarra	0	0	0	0
P.Vasco	18	18	18	0
Rioja	0	0	0	0
Ceuta	3	0	1	0
Melilla	0	0	0	0

Respecto a la **formación de formadores**, las dos única CCAA que la han impartido, C. Valenciana y Madrid, la concentran en atención primaria o en con perfiles de todos los ámbitos en la misma actividad, respectivamente.

Gráfico 17d
FORMACIÓN DE FORMADORES por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Datos desagregados por CCAA
 Año 2013

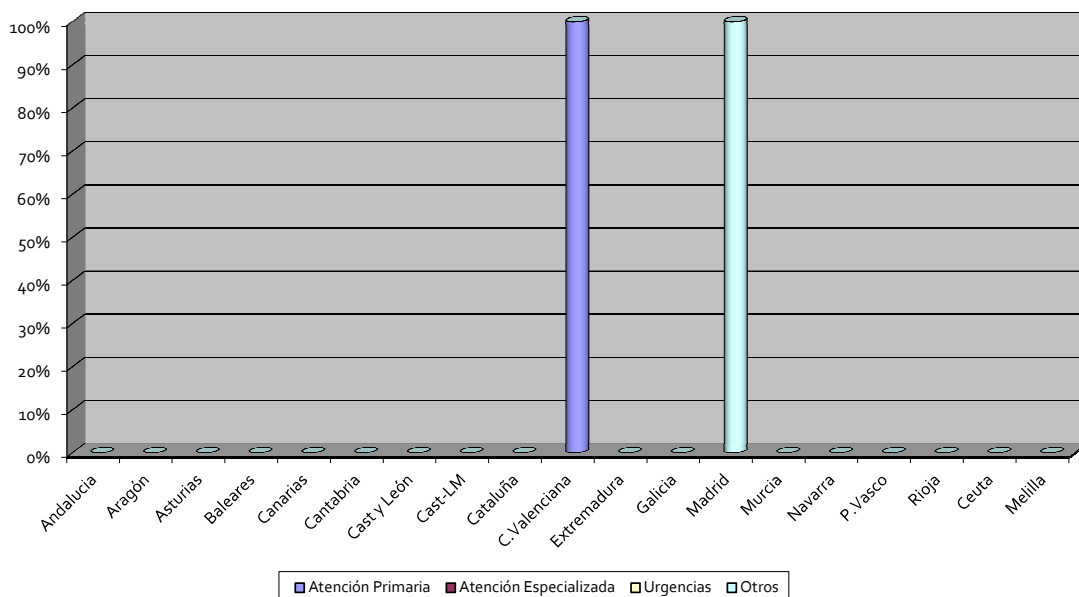


TABLA correspondiente al Gráfico 17d				
	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	0	0	0	0
Aragón	0	0	0	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0
Cast y León	0	0	0	0
Cast-LM	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C.Valenciana	2	0	0	0
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	0
Madrid	0	0	0	5
Murcia	0	0	0	0
Navarra	0	0	0	0
P.Vasco	0	0	0	0
Rioja	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0

La **formación interno residente** destaca en La Rioja sobre el resto de CCAA, aunque al igual que ella, Aragón y Navarra concentran esta formación en el ámbito de atención primaria. Sin embargo, Castilla y León reúne a este alumnado de varios perfiles o formándose en diferentes especialidades, en una misma acción formativa (tipo Otros)

En Murcia destaca esta formación en materia de violencia de género a personal interno residente, dentro del ámbito de especializada, aunque también la imparte en primaria o de forma conjunta. Y en Cantabria destaca en la formación de futuros profesionales de atención primaria.

Gráfico 17e
FORMACIÓN INTERNO RESIDENTE por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Datos desagregados por CCAA
 Año 2013

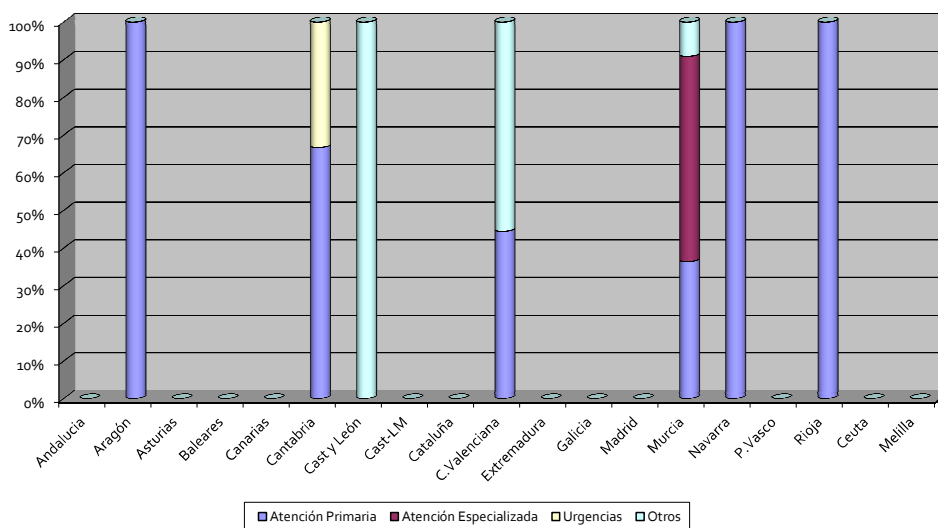


TABLA correspondiente al Gráfico 17e				
	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	0	0	0	0
Aragón	3	0	0	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	2	0	1	0
Cast y León	0	0	0	2
Cast-LM	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C.Valenciana	4	0	0	5
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	0
Madrid	0	0	0	0
Murcia	4	6	0	1
Navarra	1	0	0	0
P.Vasco	0	0	0	0
Rioja	23	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0

En cuanto a las **horas lectivas** impartidas, durante 2013, en la mayoría de CCAA se han concentrado en actividades impartidas en **atención primaria**, tal como ocurría en 2012, destacando sobre todo Andalucía, Madrid y Castilla y León.

A continuación, el nº de horas lectivas impartidas se concentra por magnitud en **"Otros"**, modalidad conjunta con el personal de varios ámbitos, destacando C. Valenciana, Galicia y Madrid. En el caso concreto de la C. Valenciana esta categoría es la que concentra más horas, igual que ocurría en 2012

En cuanto a nº de horas lectivas en atención especializada, destacan Madrid, Castilla y León, C. Valenciana y Murcia.

Junto con Andalucía, C. Valenciana y Madrid son las que impartieron más horas lectivas 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 2013

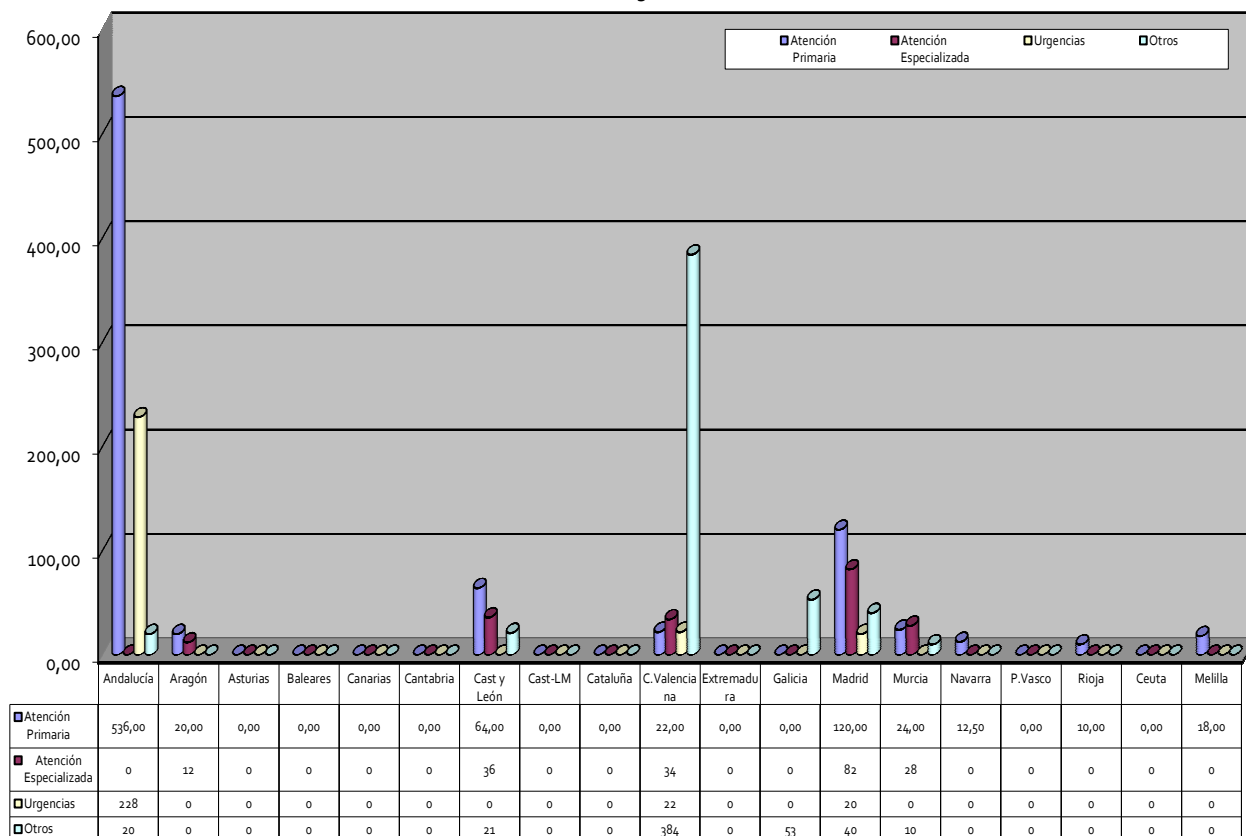


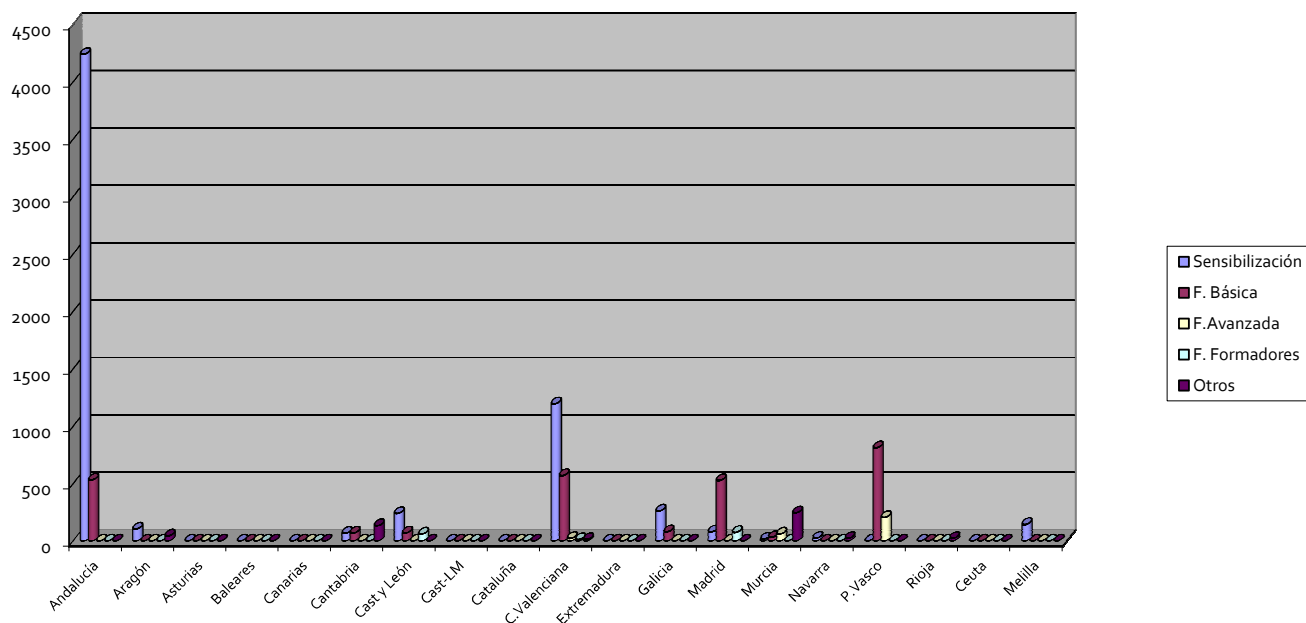
TABLA correspondiente al Gráfico 18. Horas lectivas.				
	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	536	0	228	20
Aragón	20	12	0	0
Asturias	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0
Cast y León	64	36	0	21
Cast-LM	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C.Valenciana	22	34	22	384
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	0	0	53
Madrid	120	82	20	40
Murcia	24	28	0	10
Navarra	12,5	0	0	0
P.Vasco	0	0	0	0
Rioja	10	0	0	0
Ceuta	ND	ND	ND	ND
Melilla	18	0	0	0

Respecto al personal formado por tipo de actividad, la mayoría ha sido formado en **actividades de sensibilización**, seguido de personal formado en **formación básica**, destacando sobre todo, el número de personal formado en ambas en Andalucía y C. Valenciana, seguido por Madrid respecto a la formación básica.

Galicia y Castilla y León le siguen respecto a actividades de sensibilización.

País Vasco destaca por la mayor proporción de formación básica, igualando casi a Andalucía. Y también destaca la formación avanzada

Gráfico 19
PERSONAL FORMADO por tipo de actividad
 Datos desagregados por CCAA
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Año 2013



Análisis de datos desagregados por sexo

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
 Formación en materia de violencia de género
 Datos desagregados por sexo
 sistema Nacional de Salud
 Año 2013

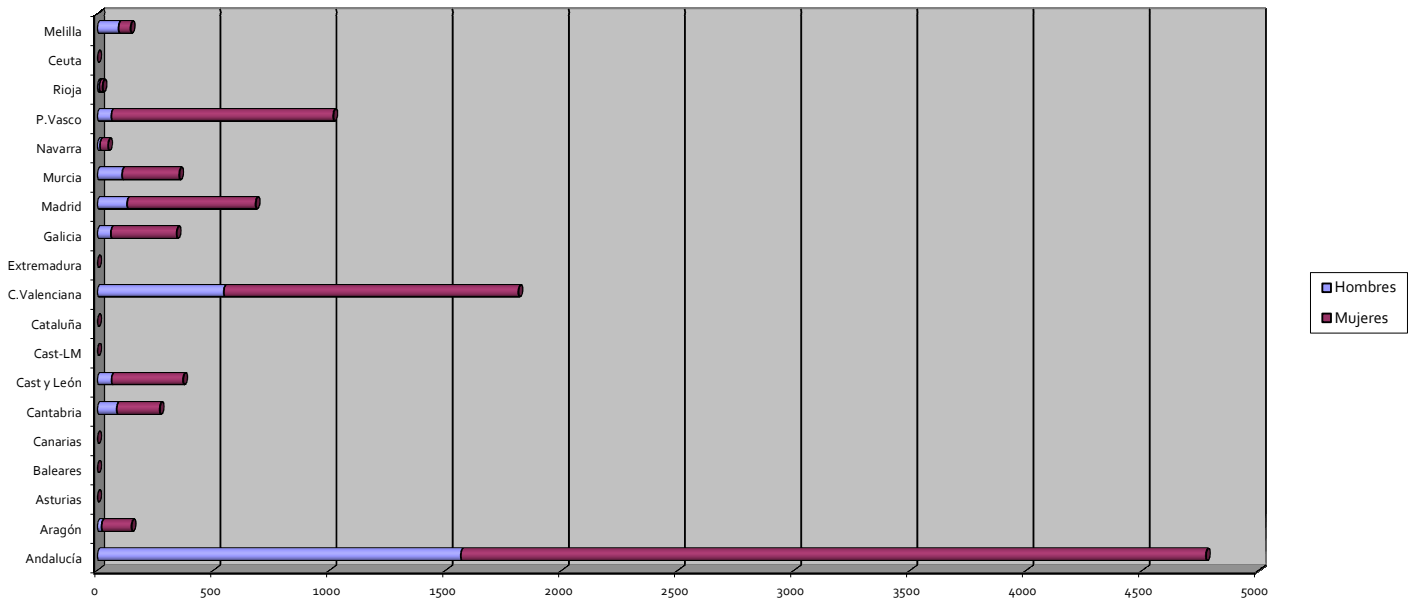


TABLA XXXXX. Perfil profesional del ALUMNADO. Año 2013. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo

	PERFIL PROFESIONAL DEL ALUMNADO																										
	MEDICINA			ENFERMERÍA			MATRONA			PEDIATRÍA			PSIQUIATRÍA			PSICOLOGÍA			TRABAJO SOCIAL			OTRO PERSONAL SANITARIO			OTRO PERSONAL NO SANITARIO		
	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT
Andalucía	783	925	1708	429	1047	1476	17	56	73	0	0	0	0	0	0	0	3	3	5	71	76	39	570	609	295	534	829
Aragón	9	48	57	1	24	25	2	17	19	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	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	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0
Cantabria	25	62	87	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	3	3	0	0	0	1	0	1	1	3	4	0	0	0
Castilla y León	25	64	89	10	83	93	3	6	9	2	7	9	1	3	4	0	7	7	2	26	28	6	78	84	6	37	43
Castilla La Mancha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C. Valenciana	123	201	324	94	160	254	4	125	129	8	12	20	2	1	3	3	11	14	1	26	27	59	172	231	81	126	207
Extremadura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Galicia	7	15	22	2	29	31	0	2	2	0	0	0	0	0	0	1	2	3	2	21	23	27	116	143	20	98	118
Madrid (Com.)	35	175	210	67	256	323	0	5	5	4	11	15	6	10	16	3	11	14	15	45	60	0	0	0	0	0	0
Murcia	0	4	4	2	15	17	0	2	2	0	0	0	2	8	10	4	14	18	2	23	25	12	70	82	2	5	7
Navarra	10	19	29	1	9	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	8	0	0	0	0	0	0
País Vasco	18	69	87	16	333	349	0	23	23	2	10	12	0	3	3	0	1	1	1	13	14	15	280	295	2	25	27
Rioja, La	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0
Ceuta	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0
Melilla	26	13	39	6	36	42	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	2	18	20	0	8	8
Total SNS	1061	1595	2656	628	1992	2620	26	249	275	16	40	56	11	28	39	11	50	61	30	240	270	161	1307	1468	406	833	1239

TABLA XXXXX. Perfil profesional del PROFESORADO. Año 2013. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo

	PERFIL PROFESIONAL DEL PROFESORADO																							
	MEDICINA			ENFERMERIA			MATRONAS			TRABAJO SOCIAL			PSIQUIATRÍA			PSICOLOGÍA			GINECOLOGÍA			OTROS		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
Andalucía	7	59	66	7	38	45	0	0	0	6	25	31	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	1	1
Aragón	1	4	5	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Asturias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Baleares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	0
Cantabria	2	2	4	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	1	0	1	1	1	1
Castilla y León	0	7	7	0	8	8	1	1	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	2	3	5
Castilla La Mancha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C. Valenciana	8	17	25	2	5	7	1	1	2	1	9	10	0	0	0	1	10	11	0	0	0	3	5	8
Extremadura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Galicia	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Madrid (Com.)**	3	12	15	2	8	10	0	0	0	0	2	2	1	2	3	1	4	5	0	0	0	1	2	3
Murcia	1	0	1	0	2	2	0	0	0	0	3	3	2	1	3	3	4	7	0	0	0	0	3	3
Navarra	0	3	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco*	2	3	5	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rioja, La	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceuta	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND
Melilla	0	2	2	0	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Total SNS	24	111	135	11	67	78	2	2	4	8	44	52	3	4	7	9	22	31	1	0	1	7	15	22

Tabla xxxx

RESUMEN	
Datos desagregados por ámbito asistencial	
Formación en materia de violencia de género	
Año 2013	
Ámbito asistencial	<p>En 2013, sigue predominando la formación impartida en <i>Atención Primaria</i>, aunque hay CCAA que no han hecho formación en este ámbito. En Navarra, Rioja y Melilla sólo se ha realizado formación en AP.</p> <p>Galicia sigue decantándose por la formación de profesionales de varios perfiles y ámbitos sanitarios en la misma acción formativa (ámbito "Otros") en exclusiva.</p> <p>En formación en <i>Urgencias</i> destaca Andalucía y País Vasco seguidas de Cantabria, C. Valenciana y Madrid.</p>
Formato educativo	<p>En todas las CCAA que ofrecen datos en 2013, se han impartido <i>actividades de sensibilización</i> concentrándose en un ámbito determinado (AP, AE o Urgencias). Sólo en 3 CCAA se han utilizado en todos los ámbitos donde se ha dado formación (Andalucía, Aragón y C. Valenciana).</p> <p>La Comunidad Valenciana y Galicia <i>imparteron toda la formación básica</i> en formato de acciones formativas conjuntas ("Otros"). En Cantabria se concentró en exclusiva en AP y en Castilla y León se concentró en AE. En Madrid sin embargo la formación básica se impartió en todos los ámbitos posibles.</p> <p>Es significativa la presencia de la <i>formación interno residente</i> en CCAA como Rioja en el ámbito de AP y Murcia en el de AE.</p> <p>La <i>formación avanzada y la formación de formadores</i> prácticamente ha desaparecido en 2013.</p> <p>Sólo se realizó en País Vasco y Ceuta (f. avanzada) y en Madrid y C. Valenciana (formación de formadores).</p>
Horas lectivas	<p>En la mayoría de CCAA las horas lectivas se han concentrado en actividades impartidas en <i>Atención Primaria</i>. En este sentido destacan Andalucía y Madrid.</p> <p>La C. Valenciana seguida por Galicia, Madrid y Castilla-León concentraron sus horas lectivas en actividades conjuntas de todos los ámbitos (Otros) .</p>

Datos de Participación desagregados por sexo

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.*

Perfil del profesorado

Medicina y Enfermería siguen siendo los perfiles más frecuentes entre el **profesorado** en materia de violencia de género, seguidos por Trabajo Social y Psicología.

A diferencia de 2012, en alguna CA sí se ha contado con profesorado de perfiles como *Psiquiatría* (Castilla y León, Madrid y Murcia) y *Ginecología* (Cantabria).

En general, Psiquiatría es donde hombres profesores en porcentaje está más equilibrado con el de mujeres (42,9% y 57,14% respectivamente)

Con profesorado del perfil *Matronas*, sólo han contado en 2013, Castilla y León y C. Valenciana.

Destaca la presencia del perfil de Trabajo Social en los equipos docentes en Andalucía y C. Valenciana.

El perfil de Psicología sólo en C. Valenciana y Murcia.

Total del personal sanitario formado

Rioja, Melilla y Aragón destacan por la proporción de personal formado en Atención Primaria. Las dos primeras sólo hicieron formación en dicho ámbito.

Murcia y País Vasco por el personal formado en *Atención Especializada*, seguidas por C. Valenciana

Cantabria destaca por la proporción de personal formado en el ámbito de *Urgencias*, seguida de Andalucía y P. Vasco.

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, a diferencia de lo que ocurría en 2012, parece de nuevo iniciar un crecimiento, teniendo en cuenta que este año, alguna CA que no pudo ofrecer datos y que sin embargo el año pasado los ofrecía (Extremadura) y a pesar de haber CCAA que han descendido en el número de personal formado. Sin embargo, CCAA como Andalucía (4772 frente a 2788), Cantabria (269 frente a 62), Madrid (682 frente a 494), País Vasco (1016 frente a 589) o la Ciudad de Melilla (144 frente a 2) han experimentado incrementos más importantes respecto a las cifras de 2012, en cuanto al nº de profesionales que han asistido a alguna actividad de sensibilización o formativa, y por tanto las que motivan la recuperación del crecimiento.

Gráfico 21
Nº DE PROFESIONALES
 Formación en materia de violencia de género
 Evolución 2004-2013

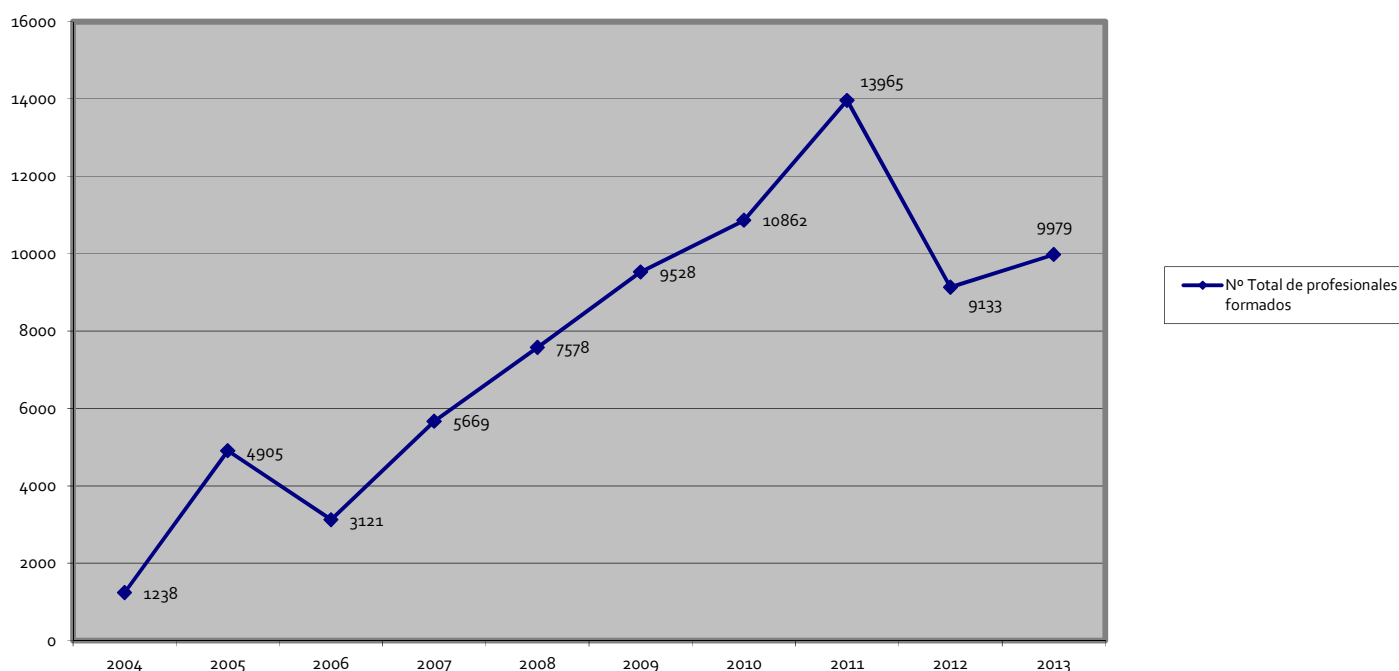


Gráfico 22
Nº DE PROFESIONALES por CCAA
 Formación en materia de violencia de género
 Evolución 2008-2013

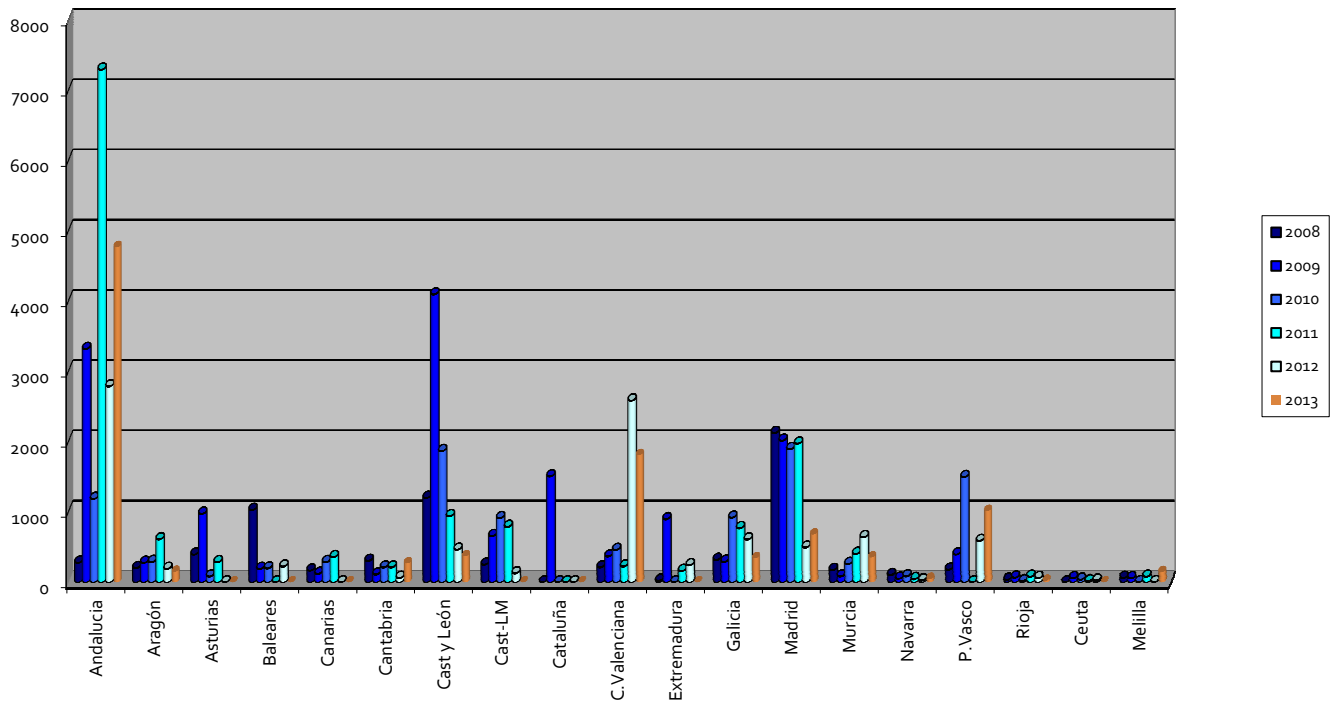


TABLA correspondiente al Gráfico 22

AÑO	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	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
2013	4772	148	nd	nd	0	269	370	nd	nd	1813	nd	342	682	353	47	1016	23	nd	144

Respecto a la formación por ámbito asistencial, los datos de 2013 muestran como ya se ha ido comentando en los apartados anteriores el crecimiento de las actividades de sensibilización en todos los ámbitos (AP, AE, Urgencias, Otros), especialmente en el caso de formación conjunta (Otros), así como la práctica desaparición de la formación avanzada y formación de formadores.

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. El informe de 2012 fue el primero en el que se mostraron datos de formación en materia de violencia de género en este personal. Como ya hemos visto, en 2013, algunas CCAA han concentrado esfuerzos en esta formación.

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, se observa un descenso generalizado en este ámbito, siendo el más acusado en el nº de horas lectivas. También se aprecia un importante descenso en la formación básica comparado con las actividades de sensibilización.

Gráfico 23
Nº DE ACTIVIDADES por ámbito asistencial
 Formación en materia de violencia de género
 Sistema Nacional de Salud
 Evolución 2008-2013

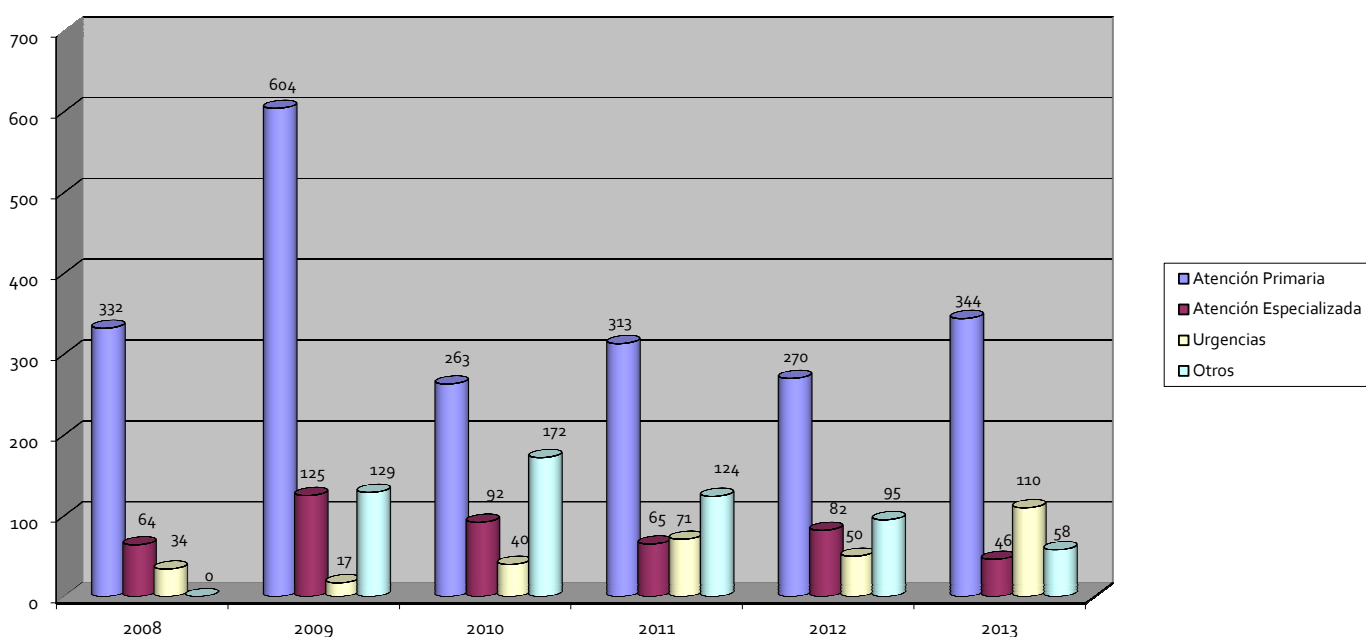
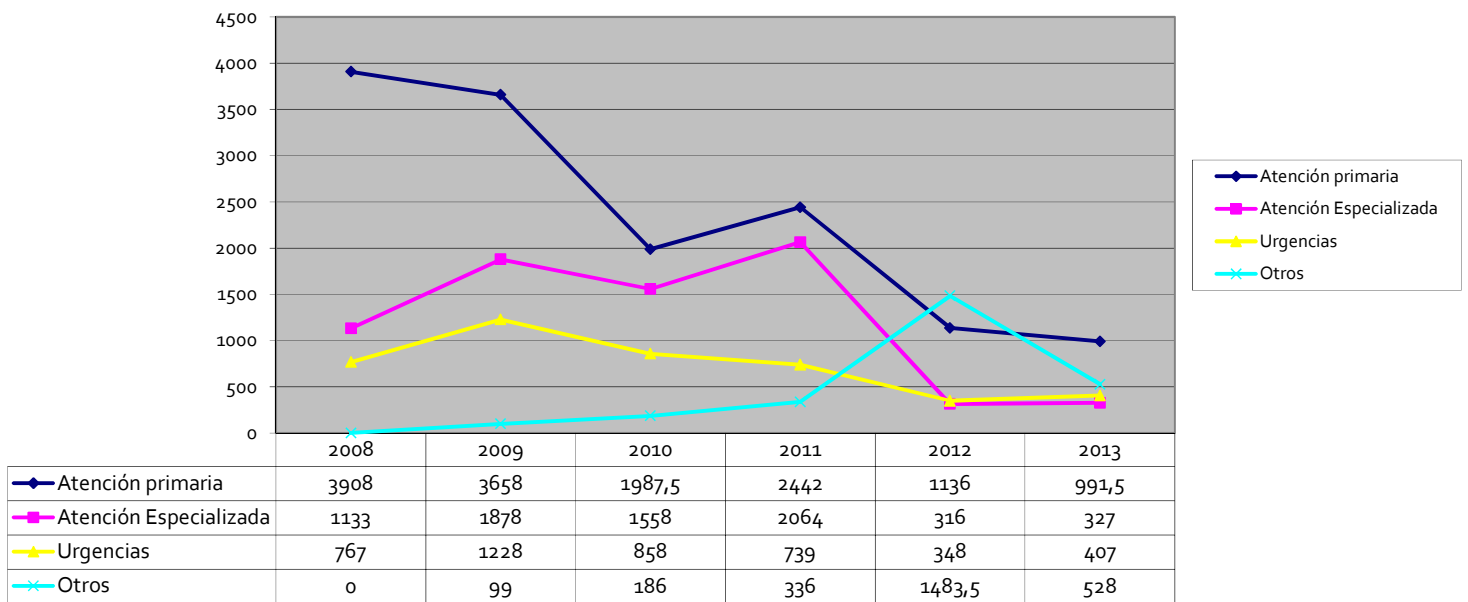


Gráfico 24
Número de HORAS LECTIVAS
 Formación en materia de violencia de género
 por ámbito asistencial
 Sistema Nacional de Salud
Evolución 2008-2013



Con los datos de evolución del nº de profesionales implicados en estas actividades formativas, se podría suponer que ya se encuentra un nº elevado de profesionales formados y que por tanto fuera lógico el descenso de la formación básica. Sin embargo, no se observa a cambio un aumento de la formación avanzada en esta materia, sino la casi desaparición de la misma.

Por otra parte, algunas CCAA han centrado sus esfuerzos en determinados ámbitos donde en años anteriores se había observado que era menor el nivel de formación en materia de detección precoz y prevención de la violencia de género, como ha ocurrido respecto al ámbito de Especializada y sobre todo de 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 online (Andalucía, Castilla y León, Castilla-La Mancha, C. Valenciana, Galicia). En el caso de Andalucía y País Vasco se observa en 2013 un gran crecimiento en el número de profesionales formados.

Como resumen podemos indicar que en 2013 se ha realizado de nuevo un amplio esfuerzo por parte de algunas CCAA en la formación de sus profesionales de equipos y centros sanitarios en materia de violencia de género, aunque preocupan aquellas CCAA que no ha realizado formación (Canarias) o aquellas otras que todavía no encuentran los cauces adecuados para obtener la información mínima sobre los procesos formativos en esta materia (Cataluña).

Respecto al nº de horas lectivas, claramente se está dando un descenso de las mismas, sobre todo en Atención Primaria, lo que preocupa bastante, pues es la puerta de entrada y el primer contacto que muchas mujeres tienen para poder empezar a tomar conciencia de esta situación que amenaza gravemente su salud y la de sus hijos e hijas.

Ni siquiera la opción de la formación mediante actividades conjuntas de varios perfiles asistenciales (Otros) ha conseguido remontar el descenso de horas lectivas impartidas, puesto que también en 2013 vuelve a caer.

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:

- Las actividades de sensibilización deben de ser la acción más frecuente porque es el primer paso para que cada profesional realice la toma de conciencia respecto a la violencia de género como problema de salud pública, por los graves impactos que supone en la salud de la mujer que la sufre y en la de sus hijas e hijos, con los consiguientes impactos en su vida laboral y escolar y respecto al entorno familiar y social. Si las actividades de sensibilización se mantienen o aumentan no debe considerarse negativo, siempre y cuando
- Siga manteniéndose la formación básica para aquellas y aquellos profesionales que ya han pasado la fase de sensibilización, y por tanto deben mejorar sus competencias y capacidades para abordar mejor este problema en la práctica asistencial, allá donde desarrollen su labor: consulta de pediatría, de medicina familiar y comunitaria, de enfermería, equipos de salud mental, urgencias (tanto en AP como en AE), trabajo social, atención al parto, servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, etc.
- Incluso superada la formación básica, será necesario entrenar habilidades y ganar preparación y mayor destreza en determinados procedimientos, o en el manejo de herramientas específicas que faciliten un mejor acercamiento y aproximación a la mujer y a su proceso personal en la lucha por salir de la situación. La formación avanzada ayudará a ello.
- Sería necesario reflexionar sobre itinerarios formativos que ofrezcan un aprendizaje continuo y progresivo a cada profesional en este recorrido formativo.
- También será necesario desarrollar nuevas herramientas de evaluación de la información que ayuden a conocer no sólo cuantas actividades se realizaron, o de qué tipo, sino que podamos conocer la evolución de profesionales formados que pasen por cada una de estas fases de aprendizaje (sensibilización, formación básica, formación avanzada) pues un mismo profesional un año ha podido pasar por sensibilización y al año siguiente hacer el curso de formación básica.
- Destaca el incremento de la formación en los servicios de Urgencias.

- La modalidad de formación de profesionales de varios ámbitos y perfiles en una misma actividad tiene como gran valor, dotar de 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, que la positividad de este valor, debe analizarse sobre el momento de la formación en que puede ser más fructífero o productivo, si en la formación básica o en avanzada, o si ha de ser mejor para equipos determinados de un centro en relación con los otros profesionales implicados en esta lucha (policía, centros o puntos de atención, etc.) que tengan la misma zona de influencia o unidad vecinal.

- La importancia de la formación avanzada para el manejo específico en la detección de signos y síntomas de sospecha, o para diagnosticar mejor el momento de reconocimiento, afrontamiento, etc. en el que se encuentra la mujer respecto al maltrato que sufre, o para mejorar destrezas en la entrevista clínica, o en el manejo de herramientas para construir los diagramas biográficos y de redes de apoyo familiar y comunitario de la mujer, etc.

- La formación en materia de prevención y detección precoz en violencia de género en Medicina y Enfermería Interna Residente (MIR y EIR) está empezando a suponer un punto que avanza en las acciones formativas desarrolladas ya desde algunas comunidades. Conviene también que esa formación vaya caminando hacia formatos multidisciplinares y de equipo, de forma que los futuros profesionales entiendan que este problema de salud debe ser estudiado y afrontado desde diversas perspectivas y perfiles para dar un apoyo integral y ofrecer una ayuda adecuada (Medicina, Pediatría, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, etc.).

- Se debe hacer especial énfasis en la participación de Pediatría, tanto entre el alumnado como en el profesorado en esta formación, así como de Matronas.

- 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.

- Es necesario apoyar los mecanismos de formación online y formación de formadores para extenderla 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, llama la atención que en determinados perfiles especialistas, sean más los hombres que participan en el equipo del profesorado (ejemplo, psiquiatría, ginecología).
- Enfermería sigue siendo 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 de la CA.

2. SÍNTESIS DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DESDE LA COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. AÑO 2013

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 Género³, 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 Ingesa⁴, 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.

La Dirección General de Salud Pública, a través de la Subdirección General de Calidad y Cohesión (SGCC), 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 Igualdad⁵.

Desde su creación, la Comisión y sus grupos de trabajo técnico, coordinados desde la SGCC han ido asumiendo los compromisos específicos establecidos por la Ley Orgánica respecto a la prevención, detección y atención a los casos de violencia de género desde los servicios de salud (artículos 15, 16 y 32.3). Durante 2013, 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

³ 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.

⁴ Instituto de gestión Sanitaria, dependiente del Ministerio. Gestiona la Atención sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla

⁵

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.

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".

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.

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 el conjunto de contenidos comunes de dicha formación.

- **Grupo de Protocolos de Actuación Sanitaria y Grupo de Aspectos Éticos y Legales.** Estos dos grupos que fueron los encargados de trabajar en su momento en la revisión y actualización del Protocolo Común de actuación sanitaria para la violencia de género, 2012, adaptado a contextos de mayor vulnerabilidad, han empezado a trabajar en 2013, los aspectos preliminares para la elaboración del Protocolo Común para la actuación sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina.

Para ello, estos dos grupos de la Comisión que ya están integrados por representantes técnicos de los servicios de salud de las CCAA, entre los que se encuentran profesionales de medicina forense, así como otros integrantes que proceden de las fuerzas y cuerpos de seguridad (ayuntamiento de Salamanca) y de la judicatura (juez decano de León), han ampliado su composición con representación de la Asociación Española de Pediatría, personas expertas del ámbito de Matronas y Ginecología, y de la Subdirección General de Infancia y Servicio del Observatorio de Infancia, así como Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Mossos d'esquadra), así como representantes de Organizaciones como Médicos del Mundo, UNICEF; Save the Children, ACNUR, UNAF, además de contar como siempre con la colaboración del personal técnico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. De esta forma se ha constituido un grupo ad hoc específico de trabajo que es el "Grupo de trabajo para el Protocolo común del SNS frente a la mutilación genital femenina (MGF)".

Este grupo se ha constituido en julio de 2013, y ha tenido ya su primera reunión de trabajo el 25 octubre de 2013. Prevé realizar otras dos sesiones plenarias durante el primer semestre de 2014 y poder presentar el borrador de dicho Protocolo a finales de 2014, para que lo valore la Comisión VG.

- **Grupo de Evaluación de actuaciones.** Durante 2013 se ha realizado la 2ª convocatoria de identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud frente a la violencia de género (BBPP-SNS-VG)⁶, tras el pilotaje inicial de 2012. Este grupo, que desarrolló la metodología común y las herramientas necesarias para evaluar las experiencias candidatas, durante 2013 ha trabajado en la mejora de la herramienta de evaluación (revisión desde enero a mayo), así como en la valoración de todas las experiencias presentadas (de agosto a octubre) hasta consensuar el listado final de BBPP seleccionadas para su aprobación por el Pleno de la Comisión (noviembre) que posteriormente lo ha elevado al Consejo Interterritorial para su refrendo definitivo (diciembre).

En el capítulo siguiente se detallan los principales datos de dicha convocatoria, así como información resumida de cada Buena Práctica aprobada en esta convocatoria⁷.

⁶ 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 Informe Anual 2011 (*página 81 y siguientes*).

Disponible texto Informe completo en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informe_VG_2011.pdf

⁷Las fichas resumen de cada BBPP y el buscador de BBPP-SNS-VG se encuentran disponibles en acceso abierto en la página web de este Ministerio en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>

3. IDENTIFICACIÓN, RECOGIDA Y DIFUSIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. AÑO 2013

El objetivo de 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). Es 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 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, mediante el establecimiento de acciones innovadoras en el SNS que contribuyan al desarrollo de la medida 266

de la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016, aprobada por Consejo de Ministros del 26 de julio de 2013, relativa a identificar , recoger y difundir buenas prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud.

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 desde la Subdirección General de Calidad y Cohesión. 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)
- **Anexo II** con las instrucciones y criterios comunes para cumplimentar la ficha de recogida o Anexo I.
- **Anexo III** o instrumento común diseñado tanto para la autoevaluación de la experiencia por parte del equipo responsable en la CCAA (sin baremación numérica de criterios).
- **Memoria** de la experiencia candidata.

Posteriormente, este Grupo de Evaluación es el que procede a la evaluación de las experiencias candidatas, con la herramienta Anexo IV para baremar ya de forma numérica cada criterio.

Durante los meses de junio y julio 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.

El dossier presentado para cada experiencia incluía los tres documentos básicos: Anexo I, Anexo III y Memoria detallada de la experiencia candidata (máximo 30 páginas, incluidos gráficos, tablas y anexos).

El grupo de Evaluación de actuaciones se organizó como en la anterior convocatoria, en varios subgrupos de trabajo, que tras la evaluación individual de cada persona evaluadora, ha ido consensuando las puntuaciones hasta debatirlas finalmente en el Pleno del Grupo tomando la decisión final sobre las puntuaciones de cada experiencia.

La distribución de personas evaluadoras se realizó de tal forma que ninguna Comunidad Autónoma (CA) presente en cada subgrupo tuviera que evaluar experiencia alguna de su CA.

En 2013, el rango de puntuación necesario para considerar que una experiencia es Buena Práctica, se ha simplificado respecto a 2012, y se ha definido como obtener el 50% o más de la puntuación teórica que como máximo podría obtener una experiencia.

Esta puntuación máxima se calcula sobre dos supuestos generales:

- Existen 7 criterios, que el Grupo evaluador considera que deben tener un mayor peso ponderado, pudiendo tomar un valor máximo de 6 puntos. Estos criterios son: evaluación, enfoque de género, efectividad, transferencia, aspectos éticos, participación, equidad.
- El resto de los 12 criterios que se valoran numéricamente tiene como máximo un valor de 3 puntos
- Como en 2012, los criterios adecuación y pertinencia por su carácter general no se puntúan numéricamente, sino que se considera su cumplimiento como SI o NO.

Por tanto el máximo de puntuación teórica a alcanzar por cualquier experiencia serían 57 puntos (7 criterios x 6 puntos + 5 criterios x 3 puntos), por lo que el mínimo de puntuación requerida para ser considerada BBPP serían 28,5 puntos.

EXPERIENCIAS PRESENTADAS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Se han presentado 13 experiencias para un total de 12 CCAA. Entre las 13 candidaturas presentadas.

Una de las experiencias presentadas no se ha procedido a realizar su valoración, dado que no cumplía uno de los criterios excluyentes, por tanto el grupo evaluador la ha rechazado en esta convocatoria.

Por otra parte, de las 13 experiencias, 2 eran proyectos que se han comenzado a implantar en septiembre de 2013 y en el año 2014 respectivamente, por lo que se ha considerado que todavía no es tiempo suficiente de implantación para una evaluación adecuada, excluyéndose también de la valoración de los restantes criterios. Se ha animado a que se presenten en la siguiente convocatoria cuando ya tenga una evaluación mínima de un año.

No han presentado experiencia 5 CCAA: Baleares, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y País Vasco. Tampoco desde Ingesa se ha presentado ninguna candidatura.

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.

A continuación se ofrece el cuadro resumen de las experiencias que han sido calificadas como Buena Práctica en el SNS en esta convocatoria 2013.

CONVOCATORIA 2013
BUENAS PRÁCTICAS EN ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO
LISTADO DE EXPERIENCIAS SELECCIONADAS

Nº/CCAA	CCAA	Nombre experiencia	BBPP-2013	Línea estratégica de actuación
1	ANDALUCÍA	RED FORMMA. Red de Formación contra el maltrato a las mujeres de Andalucía	SI	Formación de profesionales del SNS
2	ANDALUCÍA	ANTE EL ESPEJO. Intervención-Teatro. Sensibilización ante la Violencia de Género	SI	Trabajo comunitario con población para prevención VG. Trabajo grupal con mujeres (empoderamiento)
1	CATALUÑA	MUTUA TERRASA. FORMACIÓN. Punto Clave para combatir la Violencia de Género	SI	Formación de profesionales del SNS
2	CATALUÑA	PROGRAMA TEVI. Atención clínica a testigos de violencia doméstica desde Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil	SI	Atención Sanitaria a hijas e hijos de mujeres que sufren VG
3	CATALUÑA	RED DE CENTRO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS. Programa de Abordaje de la Violencia contra la Pareja.	SI	Atención Sanitaria a mujeres en contextos más vulnerables ante VG

n	CCAA	Nombre experiencia	BBPP-2013	Línea estratégica de actuación
1	EXTREMADURA	ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN INTERSECTORIAL PARA LA FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO	SI	Coordinación Intersectorial
1	MADRID	HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. Sensibilización frente a la violencia de género desde la responsabilidad social corporativa del hospital.	SI	Trabajo comunitario con población para prevención VG. Trabajo grupal con mujeres (empoderamiento)
2	MADRID	CENTRO DE SALUD PUERTA DE MADRID. Reconstruyendo identidades de la mujer y el hombre: hacia el encuentro personal y familiar.	SI	Trabajo comunitario con población para prevención VG. Trabajo grupal con mujeres (empoderamiento)
3	MADRID	HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS. Proyecto VIGILA.	SI	Coordinación Intersectorial
1	MURCIA	PLAN INTEGRAL DE FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO	SI	Formación de profesionales del SNS

CONSIDERACIONES FINALES DE LA PROPUESTA Y ELEMENTOS DE MEJORA

Tal como se sugería en el pilotaje del año anterior, en esta convocatoria de 2013, se ha esperado a que finalice la fase de recepción para distribuir el total de experiencias recibidas entre los diferentes subgrupos de trabajo dentro del Pleno del Grupo Evaluador. Se valora positivamente la figura de persona coordinadora de subgrupo, que es fundamental para recoger el conjunto de puntuaciones individuales y elaborar el borrador del informe final de evaluación de cada experiencia en un subgrupo dado.

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 para interlocución con la Subdirección General de Calidad y Cohesión, en su misión de seguimiento y adecuación de documentación y plazos que requiere la metodología general, así como en la resolución de dudas y establecimiento del cronograma de audio-conferencias y reuniones del pleno del Grupo y poder presentar en tiempo y forma el listado final de experiencias seleccionadas para su aprobación por la Comisión y posterior elevación al Consejo Interterritorial para aprobación definitiva como BBPP.

Aunque los plazos de tiempo no han sido tan ajustados como en 2012, se considera que sigue siendo necesario realizar algunas mejoras en el procedimiento así como en la herramienta diseñada para la evaluación o "check-list", en estos términos:

- Debe ser más extenso el período de tiempo destinado a la recogida o captación de experiencias candidatas, por lo que se aconseja que la convocatoria se realice en el primer cuatrimestre del año. Es necesario que en las CCAA haya tiempo suficiente para extender al máximo la convocatoria y poder llegar así mejor a todos los grupos de profesionales que están trabajando en este tema, sobre todo en atención primaria.
- 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, plataforma de trabajo online, etc.) que permita interactuar al conjunto de integrantes para alcanzar el consenso en la puntuación. Los consensos requieren un tiempo de reflexión y análisis conjunto que necesita al menos un mes de trabajo tras la evaluación individual.

- Se hace necesario reforzar el reconocimiento de las personas evaluadoras en su organización de origen, mediante algún certificado extendido desde el Ministerio, que justifique ante sus superiores la dedicación a esta tarea de interés para el conjunto del SNS.
- Es necesario revisar y mejorar la herramienta de evaluación o "check-list" de los 14 criterios, en concreto, mejorar la consideración de los ítems contemplados en los criterios Equidad, Aspectos éticos y Enfoque de género.
- Se considera también necesario definir con exactitud el tipo de experiencias que se consideran adecuadas en este proceso metodológico para ser presentadas como candidatura en la línea de investigación, dado que estamos hablando de experiencias realizadas, implantadas y evaluadas, no de proyectos de investigación.

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS

Tabla XXXX RESUMEN. Cuestiones generales. Formación. Violencia de género. SNS. Año 2013

Tabla XXXX RESUMEN. Perfil profesional del profesorado y alumnado. Formación. Violencia de género. SNS. Año 2013

Tabla XXXX. Personal formado por CCAA. Datos facilitados desagregados por sexo. Año 2013

TABLA XXXX. Perfil profesional del ALUMNADO. Año 2013. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo

TABLA XXXXX. Perfil profesional del PROFESORADO. Año 2013. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo

TABLA XXXX. RESUMEN Datos desagregados por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Año 2013

TABLA CORRESPONDIENTE AL GRÁFICO 22. Evolución del Nº de profesionales formado en cada CCAA. Violencia de género. Sistema Nacional de Salud. 2008-2013

GRÁFICOS

Gráfico 1. PERSONAL FORMADO por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 2. Nº DE ACTIVIDADES por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud .Año 2013

Gráfico 3. Nº DE HORAS LECTIVAS impartidas por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 4. ACREDITACION de actividades por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 5. PERSONAL FORMADO por TIPO de ACTIVIDAD .Formación en materia de violencia de género Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 6. TIPO DE ACTIVIDADES FORMATIVAS por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 7. PERSONAL FORMADO por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 8. PERSONAL FORMADO por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 8a .ATENCIÓN PRIMARIA. PERSONAL FORMADO por TIPO de ACTIVIDAD. Datos desagregados por sexo .Formación en materia de violencia de género. Año 2013

Gráfico 8b. ATENCIÓN ESPECIALIZADA. PERSONAL FORMADO por TIPO de ACTIVIDAD. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2013

Gráfico 8c . URGENCIAS. PERSONAL FORMADO por TIPO de ACTIVIDAD. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2013

Gráfico 8d . OTROS .PERSONAL FORMADO por TIPO de ACTIVIDAD. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Año 2013

Gráfico 9. PERFIL DEL ALUMNADO. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 10. PERFIL DEL ALUMNADO. Datos desagregados por sexo Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 11. PERFIL DEL PROFESORADO. Formación en materia de violencia de género Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 12. ADSCRIPCIÓN DEL PROFESORADO. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 13. PERFIL DEL PROFESORADO. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 14. PERSONAL FORMADO por CCAA. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

Gráfico 15. Formación impartida por ÁMBITO ASISTENCIAL en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA .Año 2013

Gráfico 16 PERSONAL FORMADO por Ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género .Datos desagregados por CCAA. Año 2013

Gráfico 17.TIPO DE ACTIVIDAD. Formación impartida en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2013

Gráfico 17A. ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN por ámbito asistencial .Formación en violencia de género .Datos desagregados por CCAA Año 2013

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

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

Gráfico 17d FORMACIÓN DE FORMADORES por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2012

Gráfico 17e FORMACIÓN INTERNO RESIDENTE por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2013

Gráfico 18 Nº de HORAS LECTIVAS. Formación impartida por ámbito asistencial. Formación en materia de Violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2013

Gráfico 19. PERSONAL FORMADO por tipo de actividad Datos desagregados por CCAA. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2013

GRÁFICO 20. Personal formado por CCAA. Formación en materia de violencia de género Datos desagregados por sexo. Sistema Nacional de Salud Año 2013

Gráfico 21 .Nº DE PROFESIONALES. Formación en materia de violencia de género. Evolución 2004-2013

Gráfico 22. Nº DE PROFESIONALES por CCAA. Formación en materia de violencia de género. Evolución 2008-2013

Gráfico 23. Nº ACTIVIDADES por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Evolución 2008-2013

Gráfico 24. Número de HORAS LECTIVAS. Formación en materia de violencia de género. por ámbito asistencial. Sistema Nacional de Salud. Evolución 2008-2013

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 COM BUENA PRÁCTICA (Anexo I.)

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

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS
Casos detectados de Violencia de Género.
(Datos correspondientes al año 2013)

Comunidad Autónoma:.....	Fuente: HISTORIA CLÍNICA
--------------------------	---------------------------------

Casos obtenidos de HC_AP: <input type="checkbox"/> (Señalar con X)	Casos obtenidos de HC_AE <input type="checkbox"/> (Señalar con X)
--	---

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 para 2013)
Se utilizan los grupos quinquenales de la actualización del Padrón a 1 de enero 2013 (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.

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.

Cambio en relación al año anterior

INDIQUE SI EN LOS INDICADORES DE ESTE AÑO HA HABIDO CONTROL DE POSIBLES CASOS DUPLICADOS:

EN LOS CASOS DE AP SI NO NC EN LOS CASOS DE AE: SI NO NC

ENTRE LOS CASOS DE AP Y AE SI NO NC

SI también elabora indicadores a partir del PARTE DE LESIONES.

ENTRE LOS CASOS procedentes de HC y PL SI NO NC

Por favor, en su caso, explique mediante que procedimiento realiza el control de duplicados que ha indicado

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS
Casos detectados de Violencia de Género.
(Datos correspondientes al año 2013)

Comunidad Autónoma:.....

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDIQUE EN SU CASO, LOS CAMBIOS INTRODUCIDOS ESTE AÑO EN LA RECOGIDA DE ESTOS INDICADORES EN SU COMUNIDAD AUTÓNOMA

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género.

(Datos correspondientes al año 2013)

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: <i>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</i>		
Numerador: Nº casos detectados por la Historia Clínica en	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
ATENCIÓN PRIMARIA	AP	AP
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	AE	AE
Denominador: Población 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).</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p> <p>En los casos de AP ¿se han incluido casos detectados en servicios de salud mental?.</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p> <p>¿Se han corregido posibles duplicaciones de casos en AP?</p> <p>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? (Señalar con X).</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p> <p>En los casos de AE ¿se han incluido casos detectados en servicios de salud mental</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p> <p>¿Se han corregido posibles duplicaciones de casos en AE?</p> <p>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 2013)

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 período analizado, expresados como porcentaje por nivel asistencial del total de partes emitidos por VG.

Numerador: Partes de lesiones por violencia de género emitidos en	DATO CRUDO	%
ATENCIÓN PRIMARIA	AP	AP
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	AE	AE
Denominador: Suma de AP y AE	AP+AE=	100

<p>En AP ¿se han incluido casos por PL emitidos desde las Urgencias de AP? (Señalar con una X)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p> <p>En AP ¿se han incluido casos por PL emitidos desde Servicios de salud mental de AP ? (Señalar con una X)</p> <p>.SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p>	<p>En AE ¿se han incluido casos por PL emitidos desde Urgencias Hospitalarias? (Señalar con X)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p> <p>En AE ¿se han incluido casos por PL emitidos desde Servicios de salud mental de AE? (Señalar con una X)</p> <p>.SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p>
---	--

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 2013)

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: *Porcentaje de mujeres de 14 años o más por tipo de violencia de género sufrida, 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.*

Numerador Nº de casos detectados en la HªClínica por tipo de maltrato en:	DATO CRUDO				(%)			
	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 2013)

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*

Numerador: Nº de casos detectados en la Hª Clínica por duración del maltrato en:	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
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.*

Dada la baja cobertura de este indicador, se ruega a las CCAA que no lo recogen que expliquen las razones que les impide hacerlo y si ven posibilidad de poder hacerlo, aun parcialmente y como.

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS
Casos detectados de Violencia de Género.
(Datos correspondientes al año 2013)

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						%					
	compañero íntimo actual (marido, novio, compañero)	ex compañero íntimo (ex marido, ex novio, ex compañero)	padre, padrastro o madre	hermano, tío u otro hombre del ámbito familia	hombre que NO pertenece al ámbito familia	NO consta	compañero íntimo actual (marido, novio, compañero)	ex compañero íntimo (ex marido, ex novio, ex compañero)	padre, padrastro o madre	hermano, tío u otro hombre del ámbito familia	hombre 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							100					
ATENCIÓN ESPECIALIZADA							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 2013)

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							
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 del indicador 8a y 8b

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género.

(Datos correspondientes al año 2013)

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							
Otras mujeres de países de inmigración económica							
Otras mujeres de países desarrollados							
No consta							
Todas las nacionalidades				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 2013)

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, por situación laboral, 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.

Numerador Nº casos detectados por la HªClínica:por situación laboral en	DATO CRUDO			(%)		
	Trabajo remunerado			Trabajo remunerado		
	SI	NO	No consta	SI	NO	No consta
ATENCIÓN PRIMARIA						
ATENCIÓN ESPECIALIZADA						
Denominador: Nº de casos totales de VG detectados por 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 10:

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género.

(Datos correspondientes al año 2013)

Comunidad Autónoma:.....

Fuente: HISTORIA CLÍNICA

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 11. Casos detectados en mujeres embarazadas (tasa)

Por favor, si se cumplimenta este indicador, aclare cómo se obtiene la información para elaborarlo:

- *Procedimiento seguido (describir con los detalles de interés para su posible replicación en otras CCAA)*
- *Dificultades encontradas para la obtención de este dato*

Explique si en cada caso de maltrato declarado se revisa sistemáticamente en su historia clínica si la mujer estaba embarazada. Interesa conocer si esta comprobación es sistemática, a partir de una variable/campo/menú de la Historia Clínica en el que figure esta información (HAYA O NO EMBARAZO). En caso contrario, si no se tiene constancia de que haya habido un chequeo exhaustivo, especifique si es que éste no es posible o es que no está normalizado.

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más en situación de embarazo 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

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 correspondiente <i>Ver anexo poblacional</i>	Nvivos=	

**Se considera que este denominador es el más adecuado y sencillo de obtener para poder calcular las tasas 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 2013)

AVANCES Y PILOTAJE EN LA RECOGIDA DE DATOS a incorporar

Anexo complementario

A.-HIJAS E HIJOS MENORES DEPENDIENTES/CONVIVIENTES DE LA MUJER MALTRATADA, EN EL MOMENTO DE TENER CONSTANCIA DEL MALTRATO EN EL SISTEMA SANITARIO. *Por favor, indique y explique a continuación, respecto a las posibilidades de obtener en su comunidad autónoma esta información:*

- *Ámbito (AP o AE) con posibilidad de recogerlo*
- *Procedimiento seguido (describir los detalles de interés para su posible replicación en otras CCAA)*
- *Dificultades encontradas para la obtención de este dato*
- *En caso de poder obtener el dato, especificar si están articuladas medidas y de qué tipo para la comunicación del caso y seguimiento con profesionales de Pediatría del equipo, servicio o centro*

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Casos detectados de Violencia de Género.

(Datos correspondientes al año 2013)

B.-CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: Detección en mujeres con DISCAPACIDAD (Indicador 12)⁸, aquellas CCAA que puedan recoger el dato o que estén desarrollando algún procedimiento para ello, por favor, especificar:

- *Ámbito (AP o/y AE) donde le ha sido posible recogerlo*
- *Procedimiento utilizado para realizar los cálculos (especificar codificaciones/criterios/definiciones utilizadas en caso y describir con los detalles de interés para su posible replicación).*
- *Dificultades encontradas para la obtención de este dato*

⁸ El conjunto de indicadores básicos comunes en materia de actuación sanitaria frente a la violencia de género fue aprobado por el Consejo Interterritorial en el año 2008. Ver el conjunto de indicadores en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolIndicadoresDef.pdf>.

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS
Casos detectados de Violencia de Género.
(Datos correspondientes al año 2013)

Comunidad Autónoma:

Fuente: PARTE DE LESIONES

Emitidos desde AP: (Señalar con una X)

Emitidos desde AE: (Señalar con una X)

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 (ver anexo poblacional)

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. 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

Todos casos de VG obtenidos de los partes procedentes de Atención Primaria y/o Atención Especializada. Se trata del mismo denominador para todos los Indicadores que se expresan como porcentaje respecto de AP o de AE.

Cambio en relación al año anterior

INDIQUE SI EN LOS INDICADORES DE ESTE AÑO HA HABIDO CONTROL DE POSIBLES CASOS DUPLICADOS:

EN LOS CASOS DE AP SI NO NC EN LOS CASOS DE AE: SI NO NC

ENTRE LOS CASOS DE AP Y AE SI NO NC

SI también elabora indicadores a partir de la HISTORIA CLINICA.

ENTRE LOS CASOS procedentes de HC y PL SI NO NC

Por favor, en su caso, explique mediante que procedimiento realiza el control de duplicados que ha indicado

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

Comunidad Autónoma:

Fuente: PARTE DE LESIONES

INDIQUE EN SU CASO, LOS CAMBIOS INTRODUCIDOS ESTE AÑO EN LA RECOGIDA DE ESTOS INDICADORES EN SU COMUNIDAD AUTÓNOMA

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

INDICADORES DE MAGNITUD:

INDICADORES I1-I3(AP)-I4(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)* detectados a partir de partes de lesiones (PL) por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos desde cualquier dispositivo de atención primaria y/o atención especializada, en el período analizado. <i>*A partir de ahora en sucesivas definiciones por esta fuente, se suprime esta especificación.</i>		
Numerador: Nº casos detectados por partes de lesiones	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
ATENCIÓN PRIMARIA	AP	AP
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	AE	AE
Denominador: Población de mujeres de 14 años o más en la CCAA <i>Ver anexo poblacional</i>	P.....	

<p>En AP ¿se han incluido casos por PL emitidos desde las Urgencias de AP? (Señalar con una X)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p> <p>En AP ¿se han incluido casos por PL emitidos desde Servicios de salud mental de AP ? (Señalar con una X)</p> <p>.SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p>	<p>En AE ¿se han incluido casos por PL emitidos desde Urgencias Hospitalarias? (Señalar con X)</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p> <p>En AE ¿se han incluido casos por PL emitidos desde Servicios de salud mental de AE? (Señalar con una X)</p> <p>.SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/></p> <p>Si se incluyen, ¿Cuántos?..... NC <input type="checkbox"/></p>
---	--

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) **ATENCIÓN a CAMBIO respecto de 2012**

Comunidad Autónoma:	Fuente: PARTE 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 I3-I4 y que los % no tienen que sumar 100. (Puede darse varios tipos de maltrato en el mismo caso) La anotación de no consta se refiere a Casos

Definición:
Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, por cada tipo de maltrato, detectados a partir de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos desde cualquier dispositivo de atención primaria y/o atención especializada en el período analizado.

Numerador Nº de casos detectados por PL y tipo de maltrato, emitidos desde	DATO CRUDO				(%)			
	Psicol.	Sexual	Físico	Casos en los que NO consta	Psicol.	Sexual	Físico	Casos en los que NO consta
ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA								
Denominador: Nº de casos detectados por PL, totales, emitidos desde								
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) **ATENCIÓN a CAMBIO respecto de 2012**

Comunidad Autónoma:

Fuente: PARTE DE LESIONES

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

INDICADOR 6. Casos detectados según duración del maltrato.

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, por duración del maltrato, detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos desde cualquier dispositivo de atención primaria y/o atención especializada en el período analizado,

Numerador Nº casos detectados por PL por duración maltrato emitidos desde	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
ATENCIÓN PRIMARIA										
ATENCIÓN ESPECIALIZADA										
Denominador: Nº de casos detectados por PL totales, emitidos desde										
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:

Dada la baja cobertura de este indicador, se ruega a las CCAA que no lo recogen que expliquen las razones que les impide hacerlo y si ven posibilidad de poder hacerlo, aun parcialmente y como.

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

Comunidad Autónoma:.....

Fuente: PARTE DE LESIONES

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

INDICADOR 7. Casos detectados según relación de convivencia con el maltratador ¹ (porcentaje)

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, según la relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador, detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/ agresor, emitidos en cualquier dispositivos de atención primaria y/o atención especializada en el período analizado,

Numerador Nº casos detectados por PL, según relación con maltratador, emitidos desde	DATO CRUDO						%					
	Compañero íntimo actual (marido, novio, compañero)	ex compañero íntimo (ex marido, ex novio, ex compañero)	padre, padrastro o compañero de madre	Hermano, tío u otro hombre del ámbito familiar	hombre que NO pertenece al ámbito familiar	NO CONSTA	Compañero íntimo actual (marido, novio, compañero)	ex compañero íntimo (ex marido, ex novio, ex compañero)	padre, padrastro o compañero de madre	Hermano, tío u otro hombre del ámbito familiar	hombre que NO pertenece al ámbito familiar	NO CONSTA
ATENCIÓN PRIMARIA												
ATENCIÓN ESPECIALIZADA												
Denominador: Nº de casos detectados por PL totales emitidos desde.												
ATENCIÓN PRIMARIA							100					
ATENCIÓN ESPECIALIZADA							100					

¹ Indicar si el protocolo de la CA detecta solo casos de VIOLENCIA DOMÉSTICA O de PAREJA

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) **ATENCIÓN a CAMBIO respecto de 2012**

Comunidad Autónoma:.....

Fuente: PARTE DE LESIONES

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

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

Numerador:

Casos de mujeres de 14 años o más, desglosados por grupos de edad, 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,

Denominador:

Número total de casos detectados -por partes de lesiones- emitidos en atención primaria y/o atención especializada, de todas edades consideradas

INDICADOR 8.b. Casos detectados por edad (Tasa por 100000)

Numerador: Igual que 8a

Denominador:

Población de mujeres de 14 años o más, por grupos de edad, en la CA, (ver anexo poblacional)

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

grupos de edad	Datos crudos			8 a) %		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							
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 EDAD							
TODAS EDADES (14 y más)				100	100		

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) **ATENCIÓN a CAMBIO respecto de 2012**

Comunidad Autónoma:.....

Fuente: PARTE DE LESIONES

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 9.a Casos detectados según nacionalidad (porcentaje)

Numerador:

Casos de mujeres de 14 años o más, desglosados por nacionalidad, 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 en el período analizado,

Denominador:

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

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

Numerador:

Igual que 9a

Denominador:

Población de mujeres de 14 años o más, por nacionalidad, en la CA (ver anexo poblacional)

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

NACIONALIDAD	Datos crudos			9 a) %		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							
Otras mujeres de países de inmigración económica							
Otras mujeres de países desarrollados							
NO consta la nacionalidad							
Todas las nacionalidades				100	100		

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) **ATENCIÓN a CAMBIO respecto de 2012**

Comunidad Autónoma:.....

Fuente: PARTE DE LESIONES

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 10. Casos detectados según situación laboral (porcentaje)

Definición:

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,

Numerador: Nº casos detectados por PL por situación laboral emitidos desde	DATO CRUDO			(%)		
	Trabajo remunerado			Trabajo remunerado		
	SI	NO	No consta	SI	NO	No consta
ATENCIÓN PRIMARIA						
ATENCIÓN ESPECIALIZADA						
Denominador: Nº de casos totales detectados por PL emitidos 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 10:

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

Comunidad Autónoma.....

Fuente: PARTE DE LESIONES

INDICADOR 11. Casos detectados en mujeres embarazadas (porcentaje)

Por favor, si se cumplimenta este indicador, aclare cómo se obtiene la información para elaborarlo, diferenciando entre AP y AE.

Especifique:

- *Si hay un espacio en el formato del PL para esta variable o los casos se han obtenido de una anotación en observaciones, o libremente, en los márgenes.*
- *En el caso de estar prevista esta variable, tanto si el PL se informatiza o se tabula manualmente, interesa conocer las anotaciones de **NO y No consta**, para poder valorar mejor el indicador.*
- *Señale también, si hay diferencias entre los PL desde AP y AE.*
- *Dificultades encontradas para la obtención de este dato*

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.

Numerador: Nº casos en situación de embarazo detectados por PL emitidos desde	DATO CRUDO	(%)
ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA.		
Denominador: Nº casos totales. detectados por PL emitidos desde		
ATENCIÓN PRIMARIA.		100
ATENCIÓN ESPECIALIZADA		100

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) **ATENCIÓN a CAMBIO respecto de 2012**

AVANCES Y PILOTAJE EN LA RECOGIDA DE DATOS a incorporar

Anexo complementario

A.-HIJAS E HIJOS MENORES DEPENDIENTES/CONVIVIENTES DE LA MUJER MALTRATADA, EN EL MOMENTO DE TENER CONSTANCIA DEL MALTRATO EN EL SISTEMA SANITARIO. *Por favor, indique y explique a continuación, respecto a las posibilidades en su comunidad autónoma poder obtener esta información:*

- *Ámbito (AP o AE) con posibilidad de recogerlo*
- *Procedimiento seguido (describir con detalles de interés para su replicación en otras CCAA)*
- *Dificultades encontradas para la obtención de este dato*
- *En caso de poder obtener el dato, especificar si están articuladas medidas y de qué tipo para la comunicación del caso y seguimiento con profesionales de Pediatría del equipo, servicio o centro*

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS Violencia de Género

B.-CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: Detección en mujeres con DISCAPACIDAD (Indicador 12)⁹, aquellas CCAA que puedan recoger el dato o que estén desarrollando algún procedimiento para ello, por favor, especificar:

- *Ámbito (AP o/y AE) donde le ha sido posible recogerlo*
- *Procedimiento utilizado para realizar los cálculos (especificar codificaciones/criterios/definiciones utilizadas en su caso y describir con los detalles de interés para su posible replicación).*
- *Dificultades encontradas para la obtención de este dato*

⁹ El conjunto de indicadores básicos comunes en materia de actuación sanitaria frente a la violencia de género fue aprobado por el Consejo Interterritorial en el año 2008. Ver el conjunto de indicadores en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolIndicadoresDef.pdf>.

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS

Violencia de Género

ANEXO I

FICHA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

BUENAS PRÁCTICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

EN

ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

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 proyecto¹⁰:
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	<input type="checkbox"/> Formación de profesionales de los servicios sanitarios frente a VG
	<input type="checkbox"/> Atención Sanitaria a hijas e hijos de mujeres que sufren VG
	<input type="checkbox"/> Atención sanitaria a mujeres en contextos más vulnerables ante VG
	<input type="checkbox"/> Sistemas de Información y Vigilancia epidemiológica de la VG
	<input type="checkbox"/> Coordinación intersectorial
	<input type="checkbox"/> Trabajo comunitario con población para prevención VG. Trabajo grupal con mujeres (empoderamiento)
	<input type="checkbox"/> Evaluación de actuaciones sanitarias frente a la VG
	<input type="checkbox"/> Investigación para mejorar prevención, detección precoz y atención sanitaria de VG y/o calidad de la formación y sistemas de información sanitarios en materia de VG

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

- Estatal
- Comunidad Autónoma
- Provincia
- Municipio
- Consejería de Salud
- Gerencia Territorial
- Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
- Zona básica
- Centro Sanitario
- Otro ámbito (ejemplo: Red Multicéntrica)

5. PERÍODO DE DESARROLLO

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

¹⁰ 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.

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS Violencia de Género

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.

CRITERIOS	SI	NO	Nº ITEMS que cumple la experiencia presentada en cada CRITERIO (nº de "X" cumplimentadas)	OBSERVACIONES
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?

RECOGIDA SISTEMATIZADA DE INDICADORES COMUNES DEL SNS Violencia de Género

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?
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 EL SNS FRENTE A LA 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 item 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 (si, no)
Adecuación	
Pertinencia	
Enfoque de género	
Evaluabilidad	

1. ADECUACIÓN

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

A. La iniciativa surge del Sistema Nacional de Salud.	
B. La iniciativa responde a la Ley Orgánica 1/2004 porque:	
1. Incorpora alguno de los objetivos marcados por la LO 1/2004 para el ámbito sanitario	
2. Promueve e impulsa la prevención y detección precoz de la VG y la atención sanitaria de las mujeres que la sufren y sus hijas e hijos	
3. Desarrolla programas de sensibilización y formación del personal sanitario en VG teniendo en cuenta los criterios de calidad comunes aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) ¹¹	
4. Mejora la recogida y sistematización de indicadores comunes epidemiológicos de violencia de género aprobados por el CISNS, mediante la adaptación y mejora de los sistemas de información sanitaria ¹² .	
5. Promueve la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria de acuerdo con las directrices del Protocolo Común de actuación sanitaria ante la violencia de género aprobado por el CISNS.	
6. Promueve el desarrollo de metodologías, procesos o herramientas para la evaluación o investigación relacionada con la mejora de la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género, sus hijas e hijos.	

¹¹ criterios de calidad comunes aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Ver documentación completa en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolCriteriosDef.pdf>

¹² Indicadores comunes epidemiológicos de violencia de género aprobados por el CISNS. Ver documentación en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolIndicadoresDef.pdf>



OSM
observatorio
de salud de las mujeres

ESTA VERSIÓN COMPILA TODAS LAS MEJORAS APORTADAS HASTA AHORA POR TODOS LOS SUBGRUPOS
31 de mayo de 2013

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. Atención Sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género, sus hijas e hijos, así como a mujeres en contextos de especial vulnerabilidad ante la VG (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).	
3. Sistemas de Información y Vigilancia epidemiológica de la VG	
4. 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).	
5. Trabajo comunitario con la población para la prevención de la VG, con especial énfasis en el trabajo grupal con mujeres para la promoción de la salud, prevención de la VG y recuperación de la salud y empoderamiento	
6. Evaluación de actuaciones sanitarias frente a la VG	
7. Investigación que aporta nuevos conocimientos para la mejora de la prevención, detección precoz y atención sanitaria de casos de VG, la calidad de la formación de profesionales de los servicios ó de los sistemas de información sanitarios.	

3. ENFOQUE DE GÉNERO

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 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Este enfoque pone especial énfasis en el empoderamiento de las mujeres.

El proyecto ha integrado el enfoque de género de forma transversal en la experiencia:

1. En la <i>justificación del proyecto</i> , basada en el abordaje de la VG como consecuencia de la relación desigual de poder entre hombres y mujeres	
2. En el <i>análisis de situación</i> del problema y la identificación de necesidades (análisis de datos de la población de referencia, desagregando datos por sexo y edad cuando proceda, valorando los determinantes de desigualdad en salud que se cruzan con el género, el uso que hacen mujeres y hombres de los beneficios obtenidos con la intervención, etc.)	
3. En el planteamiento de <i>objetivos y acciones</i> (<i>obtención de datos desagregados por sexo, participación multiprofesional para un adecuado enfoque bio-psico-social, formación para la no perpetuación de roles, promoción del empoderamiento de las mujeres, mejora de la confidencialidad y seguridad de datos, conocer la mejora de la capacitación profesional, conocer la satisfacción de las mujeres con la atención recibida, conocer expectativas de las mujeres ante los servicios sanitarios, validar herramientas metodológicas o de screening, etc.</i>)	
4. En el planteamiento de <i>indicadores de evaluación</i> (<i>los indicadores contemplan el género como determinante de desigualdad, tienen en cuenta otros determinantes socio-económicos de desigualdad, se han buscado indicadores que permitan conocer "cómo se mueve" la mujer atendida por los diferentes servicios sanitarios, se han buscado indicadores que muestren la evolución de la mujer respecto a su autonomía, empoderamiento, indicadores que permitan conocer la cobertura de los programas implantados, desarrollo de indicadores de satisfacción, indicadores para medir el riesgo, indicadores para conocer derivaciones entre ámbitos asistenciales, etc.</i>)	
5. Utiliza <i>lenguaje</i> no androcéntrico	

Sólo se procederá a valorar la experiencia en cuanto al cumplimiento de los siguientes subcriterios, si el proyecto que se está autoevaluando es de tipo INTERVENCIÓN COMUNITARIA, ATENCIÓN SANITARIA ó FORMACIÓN DE PROFESIONALES :

<p>6. Plantea un <i>enfoque bio-psico-social integral</i> de la VG (historia personal/familiar, redes de apoyo, contexto socio-económico)</p>	
<p>7. Se ha tenido en cuenta la no perpetuación de roles tradicionales de mujeres y hombres por parte del sistema sanitario (estereotipos de género, bien en la población diana a la que se dirige la intervención o en el equipo profesional responsable de la intervención o del plan formativo, equipo docente, etc.)</p>	
<p>8. La experiencia tiene como objetivo empoderar a las mujeres o bien contempla en los módulos de formación metodologías o herramientas de capacitación de profesionales de servicios sanitarios para empoderar a las mujeres en la toma de decisiones (mejora la situación de las mujeres, su poder de acceso social, personal, etc.)</p>	
<p>9. Tiene en cuenta la <i>responsabilidad de los hombres</i> y fomenta el respeto a la dignidad de las mujeres y los valores de igualdad.</p>	

4. EVALUABILIDAD

Se busca que la experiencia haya sido llevada a cabo a partir de la realización de un diagnóstico o análisis previo al diseño, y que se hayan establecido unos objetivos y una metodología coherentes, contemplando además una fase de Evaluación con propuesta de Indicadores posibles.

1. El trabajo cuenta con un diagnóstico de situación previo (define los problemas de manera explícita, clara rigurosa y medible para posibilitar la comparación de la situación inicial y final tras la intervención, el desarrollo del proyecto de investigación o la implementación metodológica diseñada).	
2. La población objetivo a la que se refiere la intervención, el sistema de información, el proyecto de investigación o aquella a la que se refiere o sobre la que se aplicaría la metodología presentada, está determinada, localizada y cuantificada, en términos absolutos o relativos.	
3. Se plantean objetivos concretos (claros y medibles) y acciones a seguir acordes con los objetivos planteados en el proyecto.	
4. Incorpora seguimiento y/o evaluación cualitativa/cuantitativa con el correspondiente diseño, definición y construcción de indicadores	
5. Se presentan indicadores verificables para un seguimiento (estructura, proceso y resultado) y una posterior evaluación.	

5. EFECTIVIDAD

Este criterio mide la relación entre objetivos teóricos y resultados obtenidos bajo condiciones reales (*en la población a quien se dirige la intervención con mujeres, en el personal sanitario al que se dirige el plan formativo, en la implantación del sistema de información diseñado y la recogida de datos planteada, en la aplicación de la metodología desarrollada, en la investigación realizada, su difusión e impacto*), considerando los aspectos y necesidades diferenciales de cada situación y contexto para el que se desarrolla la experiencia presentada.

La experiencia que se está baremando presenta resultados a través de los cuales se muestran:

1. Mejoras <i>de acuerdo a los objetivos</i> planteados	
2. La <i>fortaleza</i> de los resultados obtenidos (evaluaciones con adecuado rigor metodológico)	
3. Consigue presentar resultados de <i>incipientes impactos</i> producidos respecto a la situación de partida, es decir, respecto a la situación previa a la puesta en marcha de la experiencia	
4. Mejoras a <i>medio-largo plazo</i> o de <i>seguimiento de los primeros resultados</i> (diferencia los resultados inmediatos de la actividad de aquellos otros que dan cuenta del mantenimiento de los mismos pasado un tiempo de la intervención o implementación de la experiencia misma. Por ejemplo. Resultados a 3, 6 meses, 1 año ó más...)	

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	
5. Difusión de resultados obtenidos en la intervención, en la actividad formativa concreta, o en la implantación de la metodología, herramientas, sistemas de información desarrollados, estudios de investigación, etc., tanto a profesionales como a asociaciones de mujeres y otros agentes implicados en la lucha contra la violencia de género (congresos, jornadas, encuentros, revistas científicas de diferentes disciplinas, etc.)	

7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES. Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. Garantía de protección de los datos incluidos en la Historia Clínica, en consonancia con la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se tienen en cuenta, en el marco de los derechos de las mujeres, los aspectos éticos y legales desde el momento del diseño y elaboración del proyecto:

1. El COMPROMISO con la *confidencialidad, intimidad y privacidad* de datos así como el respeto a la autonomía de las mujeres y sus decisiones se observan como aspectos básicos y fundamentales (*puede ser una intervención directa con mujeres que sufren maltrato, sus hijas e hijos, o un sistemas de información y registro de datos, o un plan de formación o actividad formativa de profesionales que debe contemplarlo en sus módulos formativos, también si es una metodologías evaluativas o de investigación*)
2. Independientemente de l tipo de experiencia presentada, se ha tenido en cuenta en LAS FASES pertinentes de su desarrollo (según sea intervención, atención sanitaria, procesos de sensibilización/ formación, desarrollo de sistemas de información, investigación, herramientas o metodologías concretas, etc.) la importancia de la *seguridad y protección de la mujer*, de la *valoración del riesgo* de las mujeres afectadas, sus hijas e hijos, y cómo ir garantizando que el desvelamiento de la situación de violencia no aumente los riesgos para la mujer, sus hijas e hijos
3. Se detallan las MEDIDAS UTILIZADAS *para asegurar la confidencialidad y la privacidad de los datos, o para asegurar su tratamiento (conservación, cesión, etc.)*, en caso de tratarse de una experiencia sobre mejora de sistemas de información o registro, *o se ha formado sobre la importancia de las mismas si se trata de capacitación de profesionales¹³*, o bien se trata de una experiencia *para implementar medidas de mejora en relación con los procesos de comunicación o intercambio de información* con centros educativos (*escuelas infantiles, colegios, institutos, etc.*), o respecto al envío del parte de lesiones y/o informe médico o comunicación específica a otras instituciones o unidades de sectores implicados en la lucha contra la VG, (*Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Fiscalía, órganos judiciales y otros órganos de la Administración de Justicia competentes en la materia*).

¹³ 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 confluír 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 las diferentes etapas del proyecto, poniendo especial atención en la participación informada de las mujeres en las decisiones que afectan a su vida y su salud

El proyecto incorpora mecanismos facilitadores de *participación de las mujeres, sus hijas e hijos* en las diferentes etapas del proceso:

1. De forma directa: individual, grupal y/o a través de organizaciones de mujeres y/o de infancia.
2. De forma Indirecta: Incorporando información sobre las necesidades y/o expectativas de las mujeres a través de estudios realizados y publicados (revisión de la evidencia).

El proyecto o experiencia ha contemplado el *trabajo multidisciplinar* de diferentes perfiles y ámbitos profesionales que pueden intervenir en el proceso:

3. Se ha basado en el trabajo interdisciplinario (medicina, pediatría, enfermería, matronas, psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, informática, estadística, sociología, derecho, etc.)
4. Incorpora la participación de diferentes niveles de toma de decisiones de la organización sanitaria (gerencia, administración, clínica, etc.) o de diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, especializada, urgencias, salud mental, etc.)
5. La experiencia, evaluación o investigación desarrollada ha incluido a las personas o agentes que tienen un interés legítimo en el programa (miembros de la comunidad, las organizaciones asociadas, responsables de las diferentes fuentes de información o población beneficiaria de la misma)

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.

- | | |
|--|--|
| <p>1. Se han tenido en cuenta en el <i>análisis previo al diseño del proyecto que se ha realizado y evaluado</i>, las <i>diferencias socio-económicas y culturales</i> que interactúan con el género como determinantes de desigualdad en salud</p> | |
| <p>2. La experiencia contempla alguno(s) de los grupos <i>y/o contextos de mayor vulnerabilidad frente a la violencia de género</i> (hijos e hijas, mujeres con discapacidad, VIH/sida, mujeres embarazadas, drogodependientes, mujeres con problemas de salud mental, mujeres inmigrantes, mujeres adultas mayores, ámbito rural, mujeres en situación de exclusión social , mujeres y niñas en situación de trata y explotación sexual)</p> | |
| <p>3. La experiencia que se presenta ha contribuido a <i>mejorar la calidad de la atención sanitaria</i> (organización de procesos, sistemas de información y registro, estructuras, acceso y utilización de servicios, formación de profesionales) aclarando o mencionando explícitamente los determinantes de desigualdad en salud y su interacción mutua</p> | |
| <p>4. La experiencia que se presenta ha valorado las <i>interacciones y colaboraciones intersectoriales</i> que podrían mejorar el acceso y utilización de servicios condicionado por las desigualdades existentes.</p> | |

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 para establecer la coordinación de forma sistematizada en el tiempo:

<p>1. Existe una <i>persona o un equipo designados para la función de Coordinación</i> con otros sectores diferentes al sanitario (ya sea una experiencia de intervención comunitaria, atención sanitaria, formación, sistemas de información) o bien se aporta <i>evidencia científica consultada explícitamente</i> durante el análisis previo o el desarrollo de la experiencia, respecto de la importancia clave de la colaboración intersectorial en la lucha contra la VG (si se trata de una experiencia de investigación, herramienta o metodología desarrollada).</p>	
<p>2. <i>Se cuenta con una herramienta o método</i> que facilite la coordinación (marco de actuación, plan, protocolo, guía de actuación, programa informático, etc.)</p>	
<p>3. La experiencia que se presenta demuestra que existen o han existido <i>mecanismos de coordinación con otros sectores diferente al sanitario</i> (Sistema Educativo, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, otros Servicios Sociales externos, Órganos Judiciales, Fiscalía, Organismos Autonómicos de Igualdad, Administración Local, otros recursos para la atención especializada a las mujeres en situación de VG o para sus hijas e hijos)</p>	
<p>4. En el proyecto que se presenta se ha contado para el <i>diseño del mismo</i> o en el momento de la <i>difusión de los resultados</i> obtenidos, con la colaboración de <i>profesionales o instituciones de otros sectores</i> diferentes al sanitario que también estén involucrados en la lucha contra la VG, con el fin de participar en el mismo de forma coordinada y programada (ejemplo: paneles de personas expertas, grupos de discusión, entrevistas, talleres monográficos, jornadas, etc.)</p>	

11. MEJOR CONOCIMIENTO CIENTÍFICO DISPONIBLE

Se refiere al sustento teórico que presenta el proyecto, basado en la mejor evidencia científica disponible.

1. En su fase diagnóstica, la selección de la bibliografía se ha realizado de forma sistematizada y recoge estudios de la máxima calidad disponible.	
2. Las citas bibliográficas que sustentan la justificación de la experiencia realizada, están adecuadamente referenciadas a lo largo del cuerpo del texto.	
3. Aporta un apartado global de bibliografía al final del documento.	
4. Aporta bibliografía referida al enfoque de género	

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 del proyecto, aportando nuevo conocimiento para prevenir, detectar precozmente y atender los casos de VG en el ámbito sanitario

1. Se hace referencia de forma *explícita* y justificada del carácter innovador del proyecto.

El proyecto aporta novedad en el abordaje del problema de la violencia de género desde el ámbito sanitario en cuanto a :

2. La *metodología* de la experiencia desarrollada
3. *Recursos* que utiliza y cómo los organiza
4. La *estructura y organización* desarrollada para la participación de diferentes agentes
5. Contempla la *violencia de género como factor de riesgo* a considerar en otros programas de salud y /o servicios (programas referidos a condiciones crónicas que limitan la salud como malestar inespecífico, hipertensión, dolor crónico, depresión, ansiedad, trastornos digestivos, etc. ; servicios de salud sexual y reproductiva, VIH, drogodependencias, etc.)
6. Incorpora *contenidos* de formación o sensibilización frente a la violencia de género en ámbitos o sectores sanitarios en los que hasta ahora no se contemplaba, o bien en cuanto a los *formatos educativos* desarrollados.

13. EFICIENCIA

La eficiencia es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales. Los estudios de eficacia¹⁴ 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. Incluye información que muestra la optimización de recursos en relación a los objetivos marcados	
3. Presenta estudios de evaluación económica realizados (coste/eficacia, coste/efectividad, coste/beneficio).	

14. SOSTENIBILIDAD

Se refiere la capacidad del proyecto para mantenerse con los recursos disponibles, adaptándose a las exigencias sociales, económicas y medioambientales del contexto en el cual se desarrolla.

Reúne condiciones para su permanencia, ya sean de tipo tanto *Organizativas* como *Económicas*:

1. Se contempla en la planificación del proyecto su permanencia en el tiempo a medio y largo plazo.	
2. Cuenta con <i>apoyo institucional</i> y con una <i>estructura organizativa</i> y de recursos humanos (RRHH) estable.	
3. Se ha <i>capacitado a los RRHH</i> con el fin de mantener la experiencia en el tiempo.	
4. Describe <i>fuentes de financiación</i> permanentes (propias)	
5. Demuestra <i>capacidad de adaptación</i> a las diferentes necesidades surgidas durante su implementación.	

(*) 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.