

Informe Violencia de Género 2008

Informe Violencia de Género 2008



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

Plan de **Calidad**
para el Sistema Nacional
de Salud



Informe elaborado por el Observatorio de Salud de las Mujeres de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

©2010 Ministerio de Sanidad y Política Social

NIPO papel: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NIPO CD-Rom: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NIPO en línea: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Coordinación editorial y compaginación:

Hubert Hanrath y Jordi Sàrries. Doblepagina

www.doblepagina.com

www.060.es

Coordinación del informe

Observatorio de Salud de las Mujeres

Concha Colomer Revuelta
Rosa María López Rodríguez
Isabel Soriano Villarroel
Noelia Álvarez Díaz
Esther Castellanos Torres

Integrantes de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

Ministerio de Sanidad y Política Social

José Martínez Olmos (Secretario General de Sanidad)
Pablo Rivero Corte (Director General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud)
Ildefonso Hernández Aguado (Director General de Salud Pública)
Concha Colomer Revuelta (Subdirectora de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Directora del Observatorio de Salud de las Mujeres)
Rosa María López Rodríguez (Coordinadora de Programas. Observatorio de Salud de las Mujeres)

Ministerio de Igualdad

Miguel Lorente (Delegación del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer)
Begoña López-Dóriga Alonso (Instituto de la Mujer)

Servicios de Salud de las comunidades autónomas

Josefa Ruiz Fernández (Andalucía)
Manuel García Encabo (Aragón)
Julio Bruno Bárcena (Asturias)
María Teresa Pou Navarro (Islas Baleares)
Gloria Julia Nazco Casariego (Canarias)
Santiago Rodríguez Gil (Cantabria)
Ana María Hernando Monge (Castilla y León)
Berta Hernández Fierro (Castilla-La Mancha)
Dolors Costa Sampere (Cataluña)
Manuel Escolano Puig (Comunidad Valenciana)
Clarencio Cebrián Ordiales (Extremadura)
María Isabel Graña Garrido (Galicia)
María Belén Prado Sanjurjo (Madrid)
José Manuel Allegue Gallego (Murcia)
Francisco Javier Sada Goñi (Navarra)
María Mercedes Estébanez Carrillo (País Vasco)
Pilar Díez Ripollés (La Rioja)
Vivian Berros Medina (Ceuta)
Sara Cristina Pupato Ferrari (Ingesa)

Apoyo técnico

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

Responsable: Carmen Vives Cases

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

Escuela Andaluza de Salud Pública

Responsable: Isabel Ruiz-Pérez

Colaboración: Carmen Juan del Río

Índice

Presentación	7
Análisis de la situación	10
Distribución de la mortalidad por violencia de género (1998-2008)	10
Casos detectados y atendidos en el sector sanitario (2008)	15
Formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud	22
Síntesis de las actuaciones de atención a la violencia de género de las comunidades autónomas y las ciudades con estatuto de autonomía	72
Acciones para la implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en atención primaria y atención especializada	72
Iniciativas de interés en la atención a la violencia de género en los servicios de Salud (planes, cartera de servicios y sistemas de información)	75
Actuaciones específicas dirigidas a grupos de especial vulnerabilidad (mujeres inmigrantes, con discapacidad o del medio rural) y programas específicos (de salud mental o durante el embarazo)	86
Otras actuaciones (coordinación e investigación)	95
Políticas en atención sanitaria a la violencia de género en el contexto internacional	114
Políticas nacionales específicas de violencia de género	116
Normas y protocolos para la detección, prevención y atención de la violencia de género en el sector sanitario	118
Sistemas de vigilancia epidemiológica en el contexto internacional	125
Visibilidad de los colectivos vulnerables en los protocolos sanitarios y en otras políticas en torno a la violencia de género	127
Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud durante 2008	130

Capítulos de las comunidades autónomas

Andalucía

Aragón

Asturias

Islas Baleares

Canarias

Cantabria

Castilla y León

Castilla-La Mancha

Cataluña

Comunidad Valenciana

Extremadura

Galicia

Madrid

Murcia

Navarra

País Vasco

La Rioja

Ingesa (Ceuta)

Ingesa (Melilla)

Presentación

Se entiende por violencia de género “*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, 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*” (ONU, 1993).

El Informe anual 2008 sobre Atención Sanitaria a la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud (SNS) que se presenta pretende ser un compendio de las actuaciones llevadas a cabo por los servicios de Salud de las comunidades autónomas (CCAA) e Ingesa¹ en materia de atención sanitaria a la violencia de género (VG) para poner a disposición del sector sanitario y de la sociedad en general datos sobre la actividad del SNS en materia de VG.

En el marco de las actuaciones previstas en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género con relación a las acciones sanitarias, este Informe tiene como finalidad aportar elementos para la reflexión al poner de relieve la similitud entre objetivos y la diversidad de posibilidades y alternativas desarrolladas por las CCAA en la prevención, detección y atención integral de la violencia de género.

El *Informe Violencia de Género 2008* comienza en el primer capítulo con un *análisis de la situación* basado en datos de mortalidad por VG hasta 2008, incluyendo datos relativos a la evolución del índice epidémico de homicidios por VG en España, en el período 2003-2008, así como frecuencias y tasas de mortalidad ajustadas por edad.

También se aporta un estudio geográfico por provincias y CCAA en el período 1998-2008 y un breve análisis descriptivo sobre algunos de los colectivos de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la VG, que desarrolla datos desagregados por edad y país de origen de las mujeres.

A continuación, en el siguiente apartado del capítulo se describe la primera experiencia de recogida de información referida a los *18 indicadores*

1 Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Gestiona la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud en las ciudades con estatuto de autonomía: Ceuta y Melilla.

comunes de vigilancia epidemiológica de la violencia de género del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En el siguiente apartado del capítulo se recoge el análisis cualitativo y cuantitativo de la formación de profesionales en materia de violencia de género durante 2008, realizada mediante los programas de formación continuada que los servicios sanitarios han desarrollado en las CCAA. En dicho análisis se aborda tanto el tipo de actividades formativas realizadas (curso básico, actividad de sensibilización u otras acciones formativas) como las características del alumnado y del profesorado, siguiendo los criterios de calidad aprobados por el Consejo Interterritorial en 2007.

En el *segundo capítulo* del Informe se lleva a cabo una *descripción cualitativa de las acciones llevadas a cabo por las comunidades autónomas en la implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género* en atención primaria y atención especializada. Se describen iniciativas en materia de implicación de la violencia de género en los planes sanitarios, inclusión de aspectos relacionados en la cartera de servicios, mejoras en los sistemas de información para su detección, así como el diseño y desarrollo de actuaciones dirigidas a grupos y situaciones de especial vulnerabilidad ante la violencia de género (mujeres embarazadas, mujeres inmigrantes, mujeres con discapacidad y mujeres del medio rural) y/o programas específicos en materia de atención a la salud mental de las mujeres que sufren maltrato. El capítulo finaliza con la descripción de acciones de coordinación interinstitucional o iniciativas y estudios de investigación en esta materia llevados a cabo desde los servicios sanitarios de las CCAA.

En el *tercer capítulo*, como continuación a anteriores ediciones del Informe anual, se incluye el análisis de políticas públicas internacionales en materia de violencia de género.

En años anteriores se destacaba cómo la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género de España era la única en Europa que hacía mención explícita a la incorporación de las Administraciones sanitarias en los planes de colaboración de los poderes públicos en la lucha contra la violencia de género, así como la única que enfocaba la violencia de género de modo integral y multidisciplinario.

En este Informe anual 2008 se da un paso más al intentar profundizar en los resultados de las búsquedas bibliográficas internacionales en materia de políticas públicas en VG y el papel específico que se asigna al sector sanitario en la atención a este problema, definido y reconocido internacionalmente como un problema de salud pública.

Las búsquedas realizadas han intentado identificar la existencia de medidas, normas o protocolos relacionados con la detección de casos y prevención de la VG desde el sector sanitario. De nuevo, la experiencia de España y de nuestro Sistema Nacional de Salud ha resultado pionera. Si bien algunos

países recomiendan la elaboración de protocolos, la experiencia de España es la única que se ha hallado en cuanto al desarrollo efectivo, edición e implantación de un Protocolo Común para el sistema sanitario, que sirva como herramienta de capacitación profesional del sector sanitario para la detección precoz, valoración y actuación ante los casos de violencia de género y para orientar el seguimiento y atención integral de la salud –física, psicológica, emocional y social– de las mujeres que sufren este tipo de violencia.

Por último, se analiza el tratamiento otorgado en estos documentos operativos a los colectivos de mujeres de especial vulnerabilidad ante la VG.

La parte general del Informe anual finaliza con las actuaciones realizadas durante 2008 desde la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), cuya misión es apoyar técnicamente y orientar la planificación de las medidas sanitarias contempladas en el capítulo III de la Ley Orgánica 1/2004 (Arts. 15 y 16), evaluando y proponiendo las actuaciones necesarias para la aplicación del Protocolo Común y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia.

Al igual que en ediciones anteriores, la *última parte del Informe anual* está constituida por los *capítulos/informes* que cada CCAA ha aportado con toda su información:

- Acciones para la implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en atención primaria y atención especializada.
- Iniciativas de interés en la atención a la violencia de género en los servicios de salud (planes, cartera de servicios y sistemas de información).
- Actuaciones específicas dirigidas a grupos de especial vulnerabilidad (mujeres inmigrantes, con discapacidad o del medio rural) y programas específicos (de salud mental y durante el embarazo).
- Otras actuaciones (coordinación e investigación).
- Formación de profesionales.

Una vez más, destaca la respuesta positiva de las consejerías autonómicas de Sanidad, sus iniciativas y la excelente disposición de sus equipos a colaborar en la realización de este Informe anual.

Es deseable que tantos esfuerzos sumados aporten mayor transparencia y conocimiento de las acciones del SNS para combatir la violencia de género y sus efectos sobre la salud de las mujeres que la sufren, facilitando una perspectiva global e integrada de dichas acciones siempre encaminadas a mejorar la calidad de la atención sanitaria ofrecida.

Análisis de la situación

Distribución de la mortalidad por violencia de género (1998-2008)

Distribución temporal de la mortalidad por violencia de género en el territorio español (1998-2008)

En los últimos 11 años, en España la violencia ejercida por los hombres contra sus parejas o casos análogos ha provocado 682 muertes de mujeres según los datos proporcionados por la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas.

Según los datos que se observan en la tabla 1, la distribución en el tiempo de estos casos se ha mantenido constante. Si bien los años 2003, 2004, 2006, 2007 y 2008 reúnen el mayor número de muertes, la mayor tasa de mortalidad por violencia contra las mujeres en la pareja o ex pareja es 0,37, correspondiente al año 2008, y la menor es 0,22, que es del año 1999.

Tabla 1. Frecuencias y tasas de mortalidad ajustadas por edad en mujeres residentes en España de 15 años o mayores (1998-2008)

Año	Muertes	Tasa × 10 ⁵	Intervalo de confianza al 95 %	
			Límite inferior	Límite superior
1998	46	0,26408	0,1878	0,3404
1999	40	0,22677	0,1565	0,2970
2000	57	0,32009	0,2370	0,4032
2001	52	0,32009	0,2370	0,4032
2002	47	0,25544	0,1824	0,3285
2003	66	0,35210	0,2672	0,4371
2004	61	0,35210	0,2672	0,4371
2005	54	0,28003	0,2053	0,3547
2006	61	0,31633	0,2369	0,3957
2007	71	0,36017	0,2764	0,4439
2008	76	0,37852	0,2695	0,4876

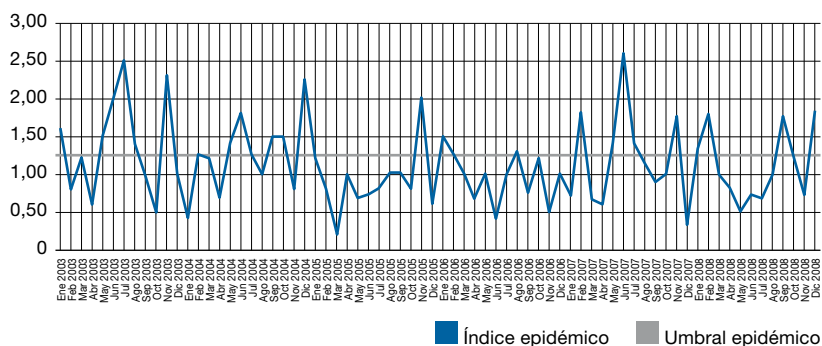
Elaboración propia a partir de los datos sobre violencia contra la mujer en la pareja o ex pareja de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas.

Estadísticas disponibles en: www.separadasydivorciadas.org

Tal y como se muestra en la figura 1, parece que la mortalidad por violencia de género, al comparar la situación por meses, remite a partir de enero de 2005. En el año 2006, en general, esta tendencia continúa registrándose solamente 3 puntos por encima del umbral epidémico ($>1,25$) en los meses de enero, febrero y agosto. Sin embargo, en 2007 se registraron 5 puntos por encima del umbral epidémico ($>1,25$), incluyendo la puntuación más alta obtenida del índice epidémico desde enero de 2003 que se produjo en junio de 2007 con un valor de 2,60. Entre agosto y octubre de 2007, el índice epidémico volvió a situarse por debajo del umbral epidémico ($<1,25$) para repuntar nuevamente en el mes de noviembre con un valor mayor al umbral epidémico ($>1,25$) y descender por debajo de este umbral en el mes de diciembre. Durante el año 2008, la tendencia respecto al año anterior es descendente. Tan sólo se han obtenido 4 valores por encima del umbral epidémico en enero, febrero, septiembre y diciembre.

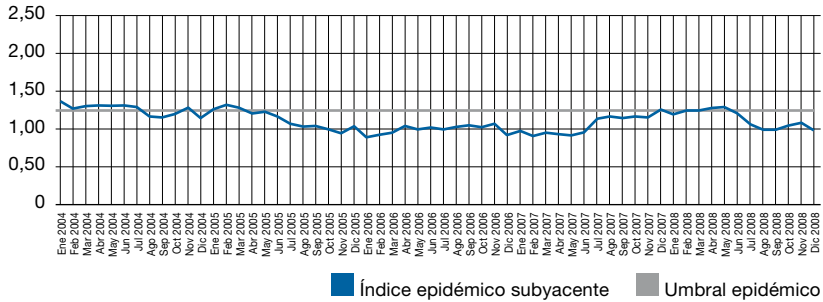
En la figura 2 se observa que las puntuaciones del índice epidémico subyacente de muertes por VG se ha mantenido por debajo del umbral epidémico ($<1,25$). A partir del mes de julio de 2007 se registró un ligero aumento que culminó en diciembre de ese mismo año con el primer valor por encima del índice epidémico desde junio de 2006. De febrero a junio de 2008, los valores

Figura 1. Evolución del índice epidémico de muertes por violencia de género en España (2003-2008)



Índice epidémico mensual de muertes por violencia de género en España: razón entre las muertes por violencia de género por meses y la mediana de muertes de los meses correspondientes al quinquenio anterior al mes en que se calcula el valor del índice. Se considera incidencia media cuando el valor resultante se encuentra entre 0,76 y 1,24; incidencia baja si es igual o menor a 0,75, e incidencia alta si el valor es igual o menor a 1,25. Se identifica el umbral epidémico en 1,25. Disponible en: <http://www.e-mujeres.net/violenciagenero>

Figura 2. Distribución del índice epidémico subyacente de muertes por violencia de género (2004-2008)



Índice epidémico subyacente mensual de muertes por violencia de género en España: media de todos los índices epidémicos registrados en un período anual. Así, para el cálculo del índice epidémico subyacente de septiembre de 2008 se consideran las puntuaciones en el índice epidémico desde septiembre de 2007 hasta agosto de 2008.

del índice epidémico subyacente de muertes por VG se mantuvieron por encima del umbral epidémico. A partir del mes de julio se produjo un descenso del índice, que se situó por debajo del umbral epidémico desde julio hasta diciembre de 2008.

Distribución geográfica de los homicidios y prevalencia de la violencia contra las mujeres en la pareja o ex pareja por comunidades autónomas (1998-2008)

El estudio de la distribución geográfica de los homicidios permite identificar diferencias en las tasas de mortalidad por violencia de género tanto a nivel provincial como por comunidades autónomas.

Según los datos recuperados de homicidios por VG hasta 2008 y agrupados por CCAA, se observa que el País Vasco, Extremadura y Galicia registraron las menores tasas de mortalidad por violencia de género (tabla 2).

Respecto a la distribución provincial de las tasas de mortalidad por VG se observa que Lugo, Guipúzcoa y Palencia registraron las menores tasas de mortalidad por violencia de género (tabla 3).

Tabla 2. Tasas de mortalidad por violencia de género ajustadas por edad y comunidad autónoma (1998-2008)

CCAA	Casos	Tasas × 10 ⁶ (IC 95 %)	CCAA	Casos	Tasas × 10 ⁶ (IC 95 %)
Andalucía	124	3,34	Extremadura	8	1,52
Aragón	16	2,50	Galicia	29	1,60
Asturias	13	2,50	Madrid	83	2,30
Islas Baleares	23	4,63	Murcia	24	3,10
Canarias	47	4,50	Navarra	10	3,23
Cantabria	6	2,21	País Vasco	18	1,45
Castilla y León	32	2,57	La Rioja	5	2,27
Castilla-La Mancha	28	3,27	Ceuta	1	2,94
Cataluña	88	2,51	Melilla	2	6,42
Comunidad Valenciana	80	3,47			

Elaboración propia a partir de los datos sobre violencia contra la mujer en la pareja o ex pareja de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. IC 95 %, intervalo de confianza al 95 %.
Disponible en: www.separadasydivorciadas.org

Colectivos de mujeres en situación de especial vulnerabilidad ante la violencia de género

En el estudio por grupos de edad de las mujeres asesinadas se observa un patrón bimodal en las tasas de mortalidad por VG específicas por edad. Las mujeres de 35 a 39 años ($5,06 \times 10^6$) registraron la mayor tasa de mortalidad, seguidas de las de 30 a 34 años ($4,85 \times 10^6$). La tasa de mortalidad de mujeres entre 80 y 84 años también es importante ($2,42 \times 10^6$), sobre todo si se tiene en cuenta que son mayores que las registradas en grupos de edad más jóvenes (fig. 3).

La distribución observada en la figura 3 de las tasas de mortalidad por violencia de género permite identificar que las mujeres de edades comprendidas entre 21 y 50 años son las de mayor riesgo individual de morir por esta causa en todos los años. Esta tendencia sólo parece cambiar en el año 2004, en que la tasa de mortalidad en mujeres menores de 21 años iguala a la de mujeres entre 21 y 50 años

Además de valorar la importancia del problema en relación con la edad de las mujeres que lo sufren, también hay estudios que identifican la migración como un hecho de especial vulnerabilidad ante la violencia de género. Utilizando los datos desagregados por país de origen que aparecen en la página *web* del Instituto de la Mujer, se puede poner de manifiesto que las tasas

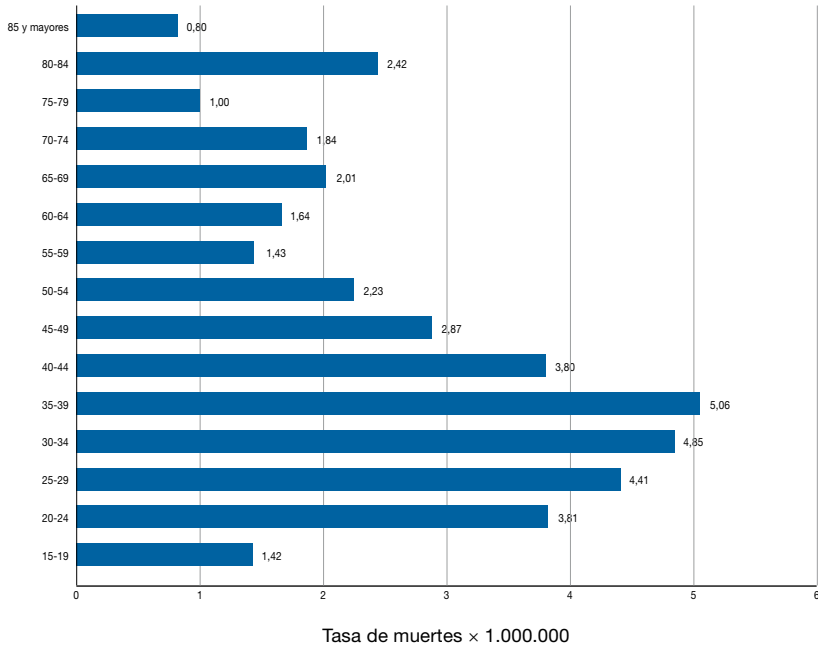
de mortalidad por violencia de género en mujeres extranjeras son mayores que aquéllas en mujeres españolas aunque han ido disminuyendo (tabla 4).

En todos los años estudiados, el riesgo de morir por VG para las mujeres extranjeras residentes en España es de 2 a 8 veces mayor que para las mujeres españolas. En todo el período de estudio (1999-2008), el riesgo de morir por VG de una mujer extranjera es 5,76 veces mayor que el de una mujer española (tabla 5).

Tabla 3. Tasas de mortalidad por violencia del compañero íntimo ajustadas por edad a nivel provincial (1998-2008)

Provincias	Tasas × 10 ⁶	Provincias	Tasas × 10 ⁶
Álava	1,44	Las Palmas	4,87
Albacete	3,99	León	2,07
Alicante	3,91	Lérida	5,73
Almería	6,11	Lugo	0,73
Asturias	2,50	Madrid	2,74
Ávila	2,32	Málaga	3,09
Badajoz	1,22	Melilla	6,42
Islas Baleares	4,63	Murcia	3,73
Barcelona	2,02	Navarra	3,62
Burgos	1,16	Orense	2,04
Cáceres	1,95	Palencia	0,89
Cádiz	2,53	La Rioja	3,66
Cantabria	2,21	Pontevedra	3,27
Castellón	4,21	Salamanca	3,79
Ceuta	2,94	Segovia	3,04
Ciudad Real	3,99	Sevilla	1,91
Córdoba	3,84	Soria	2,58
Cuenca	1,84	Tarragona	3,32
Gerona	4,87	Tenerife	4,72
Granada	4,36	Teruel	1,99
Guadalajara	3,16	Toledo	2,58
Guipúzcoa	0,86	Valencia	3,16
Huelva	3,51	Valladolid	3,92
Huesca	1,75	Vizcaya	2,19
Jaén	4,70	Zamora	3,28
La Coruña	1,65	Zaragoza	3,02

Figura 3. Tasas de mortalidad por violencia de género específicas por edad (1998-2008)



	Edad														
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y mayores
Tasas de mortalidad	1,42	3,81	4,41	4,85	5,06	3,80	2,87	2,23	1,43	1,64	2,01	1,84	1,00	2,42	0,80

Casos detectados y atendidos en el sector sanitario (2008)

La Comisión contra la Violencia de Género, constituida en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en 2004, ha sido la responsable de la planificación de la estrategia común en el SNS para la sensibilización y formación de profesionales con el fin de mejorar la detección precoz y la atención a estas situaciones. Además, ha llevado a cabo el desarrollo de indicadores que permitan analizar la magnitud de la violencia de género en los servicios sanitarios para llevar a cabo un adecuado seguimiento de la salud de las mujeres que la sufren.

Tabla 4. Distribución anual de tasas y de muertes por violencia de género entre mujeres españolas y extranjeras mayores de 15 años (1999-2008)

Año	Españolas			Extranjeras		
	Mujeres muertas	Tasas × 10 ⁶	IC 95 %	Mujeres muertas	Tasas × 10 ⁶	IC 95 %
1999	43	2,48	1,74-3,23	7	21,69	5,62-37,75
2000	50	2,87	2,08-3,67	9	22,91	7,94-37,88
2001	36	2,05	1,38-2,72	9	15,78	5,47-26,09
2002	37	2,10	1,43-2,78	13	16,17	7,38-24,96
2003	61	3,45	2,59-4,32	10	9,32	3,55-15,10
2004	53	2,99	2,19-3,80	17	14,00	7,34-20,65
2005	37	2,08	1,41-2,75	18	12,15	6,53-17,76
2006	48	2,69	1,93-3,45	20	12,13	6,81-17,45
2007	43	2,40	1,68-3,12	28	15,42	9,70-21,14
2008	40	2,23	1,54-2,92	36	17,10	11,51-22,68
1999-2008	448	2,53	2,32-2,85	167	14,61	11,64-16,46

IC 95 %, intervalo de confianza al 95 %.

Tabla 5. Riesgos relativos anuales de muerte por VG al comparar mujeres extranjeras con mujeres españolas mayores de 15 años (1999-2008)

Año	RR	IC 95 %
1999	8,73*	3,93-19,41
2000	7,98*	3,92-16,23
2001	7,68*	3,70-15,95
2002	7,69*	4,09-14,47
2003	2,70**	1,38-5,27
2004	8,67*	5,02-14,97
2005	5,84*	3,33-10,26
2006	4,51*	2,68-7,61
2007	6,42*	3,99-10,33
2008	7,68*	3,71-15,93
1999-2008	5,76*	4,49-6,66

* $p < 0,001$; ** $p = 0,0036$. IC 95 %, intervalo de confianza al 95 %; RR, riesgo relativo.

La vigilancia epidemiológica es definida como la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. Ésta constituye una herramienta útil para el análisis e interpretación de los datos, sobre todo, para proporcionar las bases para la toma de decisiones sobre las intervenciones programadas en torno a los problemas². La información generada por un sistema de vigilancia epidemiológica ayuda a determinar la necesidad de cambios o ampliaciones en la legislación o de mayor cantidad de recursos para controlar las epidemias y mejorar la organización de éstos.

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, desde el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (órgano colegiado interministerial adscrito al Ministerio de Igualdad a través de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género) se desarrolló un sistema de indicadores y variables sobre violencia de género sobre el cual pudiera construirse una base de datos con información procedente de los diferentes sectores (justicia, educación, salud y servicios sanitarios, etc.).

En consonancia con dichos criterios, se ha ido trabajando desde la Comisión contra la Violencia de Género del CISNS para establecer los 18 indicadores comunes del SNS con el fin de conocer la magnitud y las consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres y en el sistema sanitario (tabla 6).

Es preciso señalar que en el año 2007 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó la relación de los 18 indicadores comunes para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género. Durante 2008, desde la Comisión contra la Violencia de Género se realizaron los trabajos técnicos correspondientes a la elaboración de cada una de las 18 fichas descriptivas para facilitar su recogida desde los servicios sanitarios de las CCAA de forma normalizada y homogénea.

Así pues, esta primera experiencia de recogida de indicadores de atención a la violencia de género en el SNS en este apartado del informe es meramente descriptiva del proceso, de sus retos y sus dificultades. Se detecta la variedad de fuentes de información existentes para la identificación de casos en los servicios sanitarios, así como la heterogeneidad de codificaciones posibles en los sistemas de información actuales (atención primaria y atención especializada).

Por tanto, habrá que esperar al Informe anual Violencia de Género 2009 para incluir los primeros datos cuantitativos y agregados de casos detectados y atendidos en el Sistema Nacional de Salud.

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

Tabla 6. Indicadores comunes de información para la violencia de género. Atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud

Objetivos generales	
Conocer la magnitud y consecuencia de la violencia de género en la salud y en el sistema sanitario	
Objetivos específicos	
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la planificación de la atención sanitaria a la violencia de género al conocer su magnitud y las características de las mujeres que la padecen • Promover la mejora de la calidad y la equidad en la atención sanitaria integral a la violencia de género mediante la valoración del impacto de las actuaciones implantadas por las Administraciones sanitarias, especialmente las relacionadas en el Protocolo Común • Favorecer la colaboración y el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre las Administraciones implicadas en la atención sanitaria a las mujeres que padecen violencia 	
Indicadores comunes	
Magnitud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casos detectados por 100.000 mujeres mayores de 14 años 2. Número de partes de lesiones emitidos
Por nivel de asistencia y fuente	<ol style="list-style-type: none"> 3. Casos detectados en atención primaria 4. Casos detectados en atención especializada
Por características del maltrato	<ol style="list-style-type: none"> 5. Casos detectados según tipo de maltrato 6. Casos detectados según duración del maltrato 7. Casos detectados según la relación de convivencia con el maltratador
Por características personales de la mujer maltratada	<ol style="list-style-type: none"> 8. Casos detectados por edad 9. Casos detectados según nacionalidad 10. Casos detectados según situación laboral 11. Casos detectados en mujeres embarazadas 12. Casos detectados en mujeres con discapacidad
Por características del tipo de atención recibida	<ol style="list-style-type: none"> 13. Mujeres atendidas que han recibido información y apoyo de recursos sociosanitarios 14. Mujeres atendidas, con las cuales se ha realizado valoración de riesgo 15. Mujeres atendidas, con las cuales se ha elaborado un plan de seguridad 16. Casos detectados derivados a atención primaria 17. Casos detectados derivados a atención especializada 18. Casos detectados derivados a atención social

Para el Informe Violencia de Género 2008 sobre atención sanitaria a la violencia de género en el SNS, las consejerías autonómicas de Salud no sólo han facilitado información relativa a las diversas actuaciones preventivas y de formación sanitaria en torno a la violencia de género correspondiente a su comunidad autónoma, sino también los datos resultantes de la recogida de los primeros 11 indicadores en su ámbito territorial de acuerdo con las especificaciones realizadas en la ficha técnica de vigilancia epidemiológica para la planificación y evaluación de las intervenciones sanitarias en VG.

Cabe valorar el esfuerzo realizado por las CCAA para la recogida de datos, correspondiente a 2008, sobre los 11 primeros indicadores (tabla 7).

Tabla 7. Representación de la información sobre los indicadores comunes de información para la violencia de género facilitada por las comunidades autónomas

	Anexo I	1	2	3	4	5	6	7	8a	8b	9a	9b	10	11
Andalucía	•		•	•	•									
Aragón	•	•		•	•				•	•				
Asturias	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•		•
Islas Baleares	•	•	•	•		•			•	•	•	•		•
Canarias	•	•	•	•		•	•		•	•	•	•	•	•
Cantabria	•	•	•	•		•								
Castilla y León	•	•	•	•	•									
Castilla-La Mancha	•	•	•	•		•		•	•	•	•	•	•	•
Cataluña*	•													
Comunidad Valenciana	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•
Extremadura	•	•												
Galicia	•	•			•				•	•				
Madrid	•	•		•	•				•	•	•			
Murcia	•	•	•	•	•	•		•	•		•			•
Navarra	•	•		•		•								
País Vasco**	•													
La Rioja	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•		•
Ceuta	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•		•
Melilla	•	•	•	•	•			•			•			

*Cataluña ha presentado el Anexo I, pero los datos suministrados no se encontraban agregados para toda la comunidad autónoma, sino que estaban segmentados por regiones sanitarias.

**El País Vasco sólo proporciona información referida al número de casos sin especificar si corresponden a mujeres que reconocen por primera vez sufrir maltrato.

La mayoría de las CCAA han remitido información sobre los indicadores de magnitud (casos detectados por 100.000 mujeres mayores de 14 años y número de partes de lesiones emitidos), así como sobre aquellos que se refieren al nivel asistencial (casos detectados en atención primaria y casos detectados en atención especializada).

Las CCAA de Cataluña y País Vasco no aparecen reflejadas en la tabla ya que Cataluña proporciona información desagregada por regiones sanitarias, pero no agregada para el conjunto de la comunidad autónoma. En el caso del País Vasco, la información proporcionada para el Informe corresponde al número de casos de malos tratos en atención primaria desde 2005 hasta 2008 y en la red hospitalaria desde 2006 hasta 2008 sin especificar si

son casos de mujeres que reconocen por primera vez estar en una situación de maltrato.

En el caso de la Comunidad Valenciana, su Protocolo de atención sanitaria de la violencia de género se editó en el año 2008. En la actualidad se está diseñando la aplicación informática que será incorporada en atención primaria y en atención especializada (Abucasis y Orión). Esta aplicación permitirá recoger la información relativa a la detección, seguimiento y valoración de casos de violencia de género, así como el plan de intervención que se instaura tras la detección. Se prevé una implantación parcial para el año 2010. Por ello, esta comunidad autónoma no ha podido facilitar datos relativos a los indicadores comunes en esta primera recogida de datos sobre éstos. Sin embargo, la mayoría de los indicadores epidemiológicos puede conseguirse a partir de su parte específico de lesiones (a excepción del indicador 6).

Una vez que se hubo recopilado la información de todas las CCAA, se procedió a revisar la idoneidad de los datos facilitados y su conformidad de acuerdo con las especificaciones de la ficha técnica correspondiente a cada indicador (numerador, denominador, tasa o porcentaje) para determinar su adecuación con lo requerido por la metodología suscrita y aprobada por el Consejo Interterritorial para la vigilancia epidemiológica de la VG en el SNS, así como la mejora de la planificación y evaluación de las intervenciones sanitarias realizadas.

Se identificaron algunos aspectos comunes que limitan el análisis conjunto de todo el SNS de los resultados obtenidos.

La *heterogeneidad de las fuentes de información* constituye uno de los principales factores que limitan el análisis de los datos remitidos por las CCAA respecto a los indicadores comunes. Un ejemplo citable hace referencia al indicador 3 sobre «casos detectados en atención primaria». Según la ficha técnica, éste requiere como numerador el número de casos de mujeres de 14 años o mayores detectados por el sistema sanitario que reconocen en atención primaria, por primera vez, sufrir malos tratos en el momento de la declaración. Como denominador se debe utilizar la población de mujeres de 14 años o mayores. Esta ficha técnica también especifica las fuentes de información de las cuales debería extraerse esta información, como la historia clínica y los registros de atención primaria. Sin embargo, algunas CCAA han extraído los datos del numerador de otra fuente de información, como los partes de lesiones o los teléfonos de emergencia (p. ej., 112).

Otro aspecto que limita el análisis conjunto es el concerniente a las *diferencias en el intervalo de edad considerado de la población de mujeres*, es decir, la inclusión de mujeres de 14 años o no. La inclusión de las mujeres de 14 años o no en la recogida de datos está condicionada, en gran parte, por la edad considerada de inicio de la atención sanitaria a personas adultas o, lo

que es lo mismo, el final de la edad de atención en pediatría, que varía según la comunidad autónoma.

Este segundo aspecto podría considerarse de menor importancia dada la concordancia observada entre la edad de inicio incluida en el numerador y la incluida en el denominador de los valores estadísticos calculados para cada indicador, es decir, las CCAA que no incluyeron como casos a las mujeres de 14 años en la recogida de la información tampoco las incluyeron en la población base de referencia en el cálculo de los indicadores.

Los *distintos niveles de desagregación* requeridos por la ficha técnica de indicadores han sido otro de los principales factores que limitan el análisis conjunto de los datos resultantes.

Los indicadores referidos al tipo de maltrato (indicador 5), al tipo de relación de convivencia (indicador 7), a la edad (indicador 8a) y a la nacionalidad (indicador 9a) frecuentemente no se han cumplimentado de acuerdo con la metodología descrita en la ficha técnica. Por ejemplo, en el indicador 5 sobre «casos detectados según tipo de maltrato» la ficha técnica determinaba que los niveles de desagregación debían ser el psicológico, el sexual y el físico. Sin embargo, algunas CCAA sólo proporcionaron datos sobre violencia física y psicológica, y no sobre violencia sexual. También se dio el caso de CCAA que cuentan con información sobre otras formas de violencia, como la económica, que actualmente no se contempla en la correspondiente ficha técnica consensuada para dicho indicador.

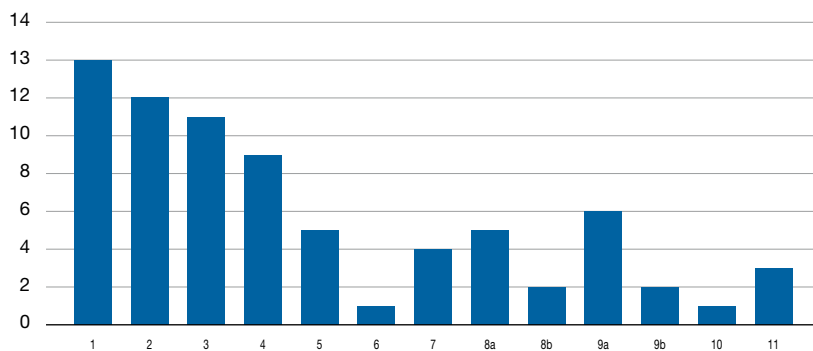
Identificados estos aspectos en la información remitida por las CCAA, se procedió a elaborar una gráfica que representara el número de CCAA que habían remitido una información adecuada a lo requerido por la metodología planteada en las fichas técnicas de estos indicadores comunes. Tal y como se aprecia en la figura 4, 13 CCAA cumplen con la metodología descrita para el indicador 1. Por lo que se refiere a los indicadores 2 y 3, un total de 12 y 13 CCAA, respectivamente, aportan información conforme a la ficha técnica. En los indicadores 6, 8b, 9b y 10 sólo se ven representadas 1 o 2 CCAA, aquellas que han seguido correctamente las especificaciones de la ficha técnica correspondiente.

En las tablas 8-10 se describen las diferentes fuentes de información utilizadas por los servicios de salud de las CCAA para la recopilación de variables que integran los 18 indicadores comunes del Sistema Nacional de Salud.

En la tabla 8 se recogen los diferentes tipos de fuente utilizados en cada servicio de salud autonómico. Las dos tablas siguientes (tablas 9 y 10) ofrecen por separado las fuentes de información sobre los casos detectados en atención primaria y en atención especializada.

Dada la variedad de fuentes de información, se hace necesario normalizar los criterios de recogida para una misma fuente, que orienten por igual y con criterios comunes a todos los servicios de salud de las CCAA en la recogida de datos.

Figura 4. Comunidades autónomas que presentan el indicador de violencia de género requerido por la metodología



	Indicadores												
	1	2	3	4	5	6	7	8a	8b	9a	9b	10	11
Comunidades autónomas	13	12	11	9	5	1	4	5	2	6	2	1	3

Durante 2009, el equipo técnico de la Comisión encargado de esta tarea trabajará en la normalización de códigos y criterios de recogida para cada fuente de información, lo que permitirá evaluar la comparabilidad de datos recogidos para cada indicador por parte de todos los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud.

Por tanto, habrá que esperar al Informe anual Violencia de Género 2009 para incluir los primeros datos cuantitativos de tipo comparativo y agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud

Desde el Ministerio de Sanidad y Política Social se ha identificado la sensibilización y la formación del personal sanitario en violencia de género como uno de los elementos fundamentales para el abordaje de este problema, por lo que en el seno de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) se creó específicamente un grupo de trabajo sobre formación de profesionales de la salud en materia de violencia de género.

Este apartado del Informe analiza las iniciativas sobre la formación en violencia de género llevadas a cabo por las diferentes CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla durante el año 2008. Acto seguido se presenta un análisis sobre las acciones formativas llevadas a cabo por las CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla obtenida a partir de la información que se solicita periódicamente para este Informe anual.

Tabla 8. Relación de fuentes de información utilizadas para el análisis de los indicadores comunes de información para la violencia de género

Fuentes de información	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
CIE-9 ^a	•		•		•			•	•		•
Drago-AP ^b	•		•		•	•		•	•	•	•
OMI-AP ^c	•		•		•			•	•		
Summa 112 ^d	•							•	•		
Parte de lesiones ^e		•	•	•	•		•	•	•		•
Servicio de atención primaria del Servicio Extremeño de Salud ^f	•										
Lista de códigos de diagnóstico ^g				•				•			
Ingesa ^h	•	•	•	•	•		•	•	•		•
Programa Atiende ⁱ				•							
Z12-Z25 ^j			•	•	•						
Registro continuo y acumulativo de Salud Mental: códigos Y05, Y07, Y09 ^k				•							
Puesto clínico hospitalario (PCH) ^l	•	•		•				•			

^a Sistema de codificación clínica utilizado por las CCAA de Aragón, Islas Baleares y el País Vasco.

^b A falta de disponer de una historia clínica única para todos los niveles de atención, la Comunidad Autónoma de Canarias utiliza el sistema de información Drago-AP que recopila información de atención primaria y servicios de urgencia hospitalaria de Tenerife, Fuerteventura, El Hierro, La Gomera y La Palma.

^c Programa informático implementado en toda la red de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud y en Aragón, Asturias y Madrid.

^d Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad Autónoma de Madrid.

^e En Asturias se utiliza el registro Vimpa (Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias). En la Comunidad Valenciana actualmente se recogen los datos desde el parte específico de lesiones, pero se está diseñando la aplicación informática, que va a ser incorporada en atención primaria y en atención especializada (Abucasis y Orión). Esta aplicación permitirá recoger la información relativa a la detección, seguimiento y valoración de casos de violencia de género, así como el plan de intervención que se instaura tras la detección.

^f Fuente de información utilizada por la Comunidad Autónoma de Extremadura.

^g Fuente de información utilizada por la Comunidad Autónoma de Galicia.

^h Sistema de gestión sanitaria de Ceuta.

ⁱ Unidad de Atención e Intervención del Daño Emocional desarrollada por la Comunidad Autónoma de Madrid.

^j Códigos de diagnósticos utilizados por las comunidades autónomas de Navarra, Aragón y Asturias (Z12: problemas de relación entre cónyuges. Abuso psíquico/emocional y Z25: problemas derivados de la violencia/agresiones. Incluye abuso físico, hijo/cónyuge, violación y agresión sexual).

^k Fuente de información sanitaria utilizada por la Comunidad Autónoma de Asturias.

^l Recopila información de los Servicios de Urgencias en el País Vasco.

AP, atención primaria; CIE-9, Clasificación Internacional de las Enfermedades 9; OMI, oficina médica informatizada.

Tabla 9. Fuentes de información utilizadas por las CCAA en el indicador 3 (casos detectados en atención primaria)

CCAA	Partes de lesiones	Fuentes sanitarias	Otras
Andalucía	•		
Aragón		•	
Asturias		•	
Islas Baleares		•	
Canarias		•	
Cantabria		•	
Castilla y León		•	•
Castilla-La Mancha		•	
Cataluña			
Comunidad Valenciana			
Extremadura			
Galicia			
Madrid		•	
Murcia			•
Navarra		•	
País Vasco		•	
La Rioja		•	
Ceuta		•	
Melilla	•		

Durante el año 2006, el CISNS estuvo trabajando en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, que fue aprobado por el CISNS en diciembre de 2006 y fue presentado oficialmente y distribuido a las diferentes comunidades autónomas en abril de 2007.

Con el fin de mejorar la implantación del Protocolo Común, la Comisión contra la Violencia de Género del CISNS también elaboró los criterios de calidad para la formación básica de profesionales, aprobados por el CISNS en diciembre de 2007.

La formación básica dirigida al personal sanitario en la atención a la violencia de género pretende dotar al conjunto de profesionales con las herramientas adecuadas para que sean capaces de:

- Proporcionar una atención integral, continuada y de calidad desde la perspectiva de género, aplicando el protocolo de actuación establecido.

- Reconocer la violencia de género como un problema de salud pública.
- Facilitar la mejora de la calidad y de la equidad en la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género.
- Apoyar a las Administraciones sanitarias en la organización de esta formación compartiendo los procesos, materiales y buenas prácticas.

Tabla 10. Fuentes de información utilizadas por las CCAA en el indicador 4 (casos detectados en atención especializada)

CCAA	Partes de lesiones	Fuentes sanitarias	Otras
Andalucía	•		
Aragón		•	
Asturias		•	
Islas Baleares			
Canarias			
Cantabria			
Castilla y León		•	
Castilla-La Mancha			
Cataluña			
Comunidad Valenciana			
Extremadura			
Galicia			
Madrid		•	
Murcia			•
Navarra			
País Vasco		•	
La Rioja		•	
Ceuta		•	
Melilla	•		

Iniciativas sobre formación en violencia de género llevadas a cabo en las comunidades autónomas y las ciudades con estatuto de autonomía

La información sobre las iniciativas de formación en violencia de género desarrolladas durante el año 2008 por las CCAA y las ciudades con estatuto de autonomía también ha sido extraída, en algunos casos, de las memorias téc-

nicas de los convenios sobre formación en violencia de género establecidos entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad y Política Social y, en otros, de las propias memorias realizadas por las CCAA. En ambos casos, las memorias de actividad formativa han sido solicitadas directamente a las CCAA.

Las y los profesionales de la salud ocupan un lugar privilegiado para prevenir y detectar precozmente la violencia de género ya que la mayoría de mujeres acceden al sistema sanitario en algún momento de su vida, por lo que es esencial que adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para atender a las mujeres que se encuentran en situación de maltrato. En este sentido, la formación de profesionales contribuye a la implantación del Protocolo Común, pues facilita herramientas para mejorar la detección precoz y la atención a las mujeres.

Dicha formación se dirige fundamentalmente a profesionales de los servicios de atención primaria (medicina de familia, pediatría, enfermería, matronería, fisioterapia y trabajo social), pero también a profesionales de los servicios de urgencias (medicina y enfermería), de las unidades de salud mental (psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social en alguna comunidad autónoma), de centros de planificación y de obstetricia y ginecología, de unidades de infecciones de transmisión sexual, de servicios de traumatología, etc.

Creación de comisiones y grupos de apoyo a la formación en violencia de género

Galicia cuenta con una Comisión de Salud y Género. Sus funciones son el asesoramiento en las políticas de formación de profesionales que trabajan en el ámbito sanitario, en el cual se hace especial hincapié en la perspectiva de género, y la detección de necesidades de formación del personal sanitario desde esta perspectiva. En las Islas Baleares y el País Vasco, además de esta función, la Comisión de Salud y Género tiene las siguientes funciones: promover estudios que analicen los indicadores relacionados con la salud y la violencia de género, asesorar sobre el desarrollo de políticas de igualdad que se lleven a cabo en el ámbito de la salud, educativo y de apoyo a la autonomía de las mujeres e informar sobre la incorporación de nuevas prestaciones de servicios sanitarios dirigidos a mejorar la atención a los problemas de salud derivados de la violencia de género.

En Castilla y León se han constituido equipos de apoyo y supervisión a la formación en violencia de género. Se trata de un grupo de personas expertas en la atención a mujeres en situación de maltrato que actúan como referentes en las gerencias de atención primaria con funciones de formación y asesoramiento para casos complejos.

Formación para la implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género

La mayoría de comunidades autónomas han impartido formación y han realizado actividades de sensibilización en el momento en que se decidió implantar el Protocolo Común. De hecho, los contenidos del Protocolo han servido a muchas CCAA como base e instrumento para la formación de las y los profesionales, la cual, a su vez, cumple los criterios de calidad aprobados por el CISNS. En este sentido, Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Madrid y Murcia mencionan la existencia de planes de formación continuada en materia de violencia de género. Por ejemplo, en la Comunidad Autónoma de Madrid, dentro del Plan de Formación Continuada de 2008 se incluye el Programa de formación en violencia de género. Todos los cursos están acreditados por la Comisión de Formación Continuada.

Medidas adoptadas para facilitar la formación a las y los profesionales de la salud

En Aragón, Cantabria, Castilla y León y Galicia, con la finalidad de facilitar la asistencia a la formación de las y los profesionales, ésta se ha impartido en horario laboral y se les ha sustituido en sus puestos de trabajo. Con el mismo objetivo, en otras CCAA se ha desarrollado la formación en el entorno habitual de trabajo y, por ejemplo, en Castilla-La Mancha los cursos que están planificados para el año 2009 se desarrollarán en la modalidad de videoconferencias y *on-line*.

En la Comunidad Autónoma de Madrid, toda la documentación de los cursos básicos de atención primaria está insertada en la página *web* de la Agencia Laín Entralgo (organismo encargado de la formación) a disposición, en cualquier momento, de todos los profesionales que lo deseen. Contiene presentaciones en sistema *PowerPoint*, documentos técnicos de la Comunidad Autónoma de Madrid y bibliografía. Además, el profesorado dispone de un «maletín docente» que, junto con lo previamente descrito, contiene vídeos realizados *ad hoc* para la formación.

Asimismo, dentro de las actuaciones llevadas a cabo en los cursos de formación, se incluye la entrega de documentación básica que puede servir de apoyo o consulta posterior.

Formatos educativos para la formación en violencia de género

En Cataluña, Canarias, Andalucía y la Comunidad Valenciana consideran que la participación en los «cursos básicos» es el primer paso en la dirección correcta y expresan la necesidad de consolidar lo aprendido en otros cursos o en un terreno más vinculado con la experiencia, como las sesiones

clínicas. Una de las metodologías con mayor aceptación por la mayoría de CCAA es la de «formación de formadoras y formadores». Cataluña y Ceuta durante 2008 la han llevado a cabo y continuarán con ella durante 2009. Otras CCAA, como Andalucía, la Comunidad Valenciana y Madrid, tienen previsto realizarla durante 2009.

En Castilla y León se ha llevado a cabo un segundo curso en 2008 y se ha puesto en marcha un programa de formación modular avanzada que da continuidad a la formación permanente del grupo de formadoras y formadores, iniciado en 2007.

Edición de material didáctico y material docente

En Asturias, Galicia, Canarias y la Comunidad Valenciana, la edición de material didáctico y de materiales docentes interactivos es la base tanto para la realización de sesiones formativas como para el programa de formación en la implantación del protocolo. Dichas CCAA consideran que la utilización de materiales audiovisuales facilita mucho más la comprensión de conceptos.

La Comunidad Autónoma de Madrid tiene editado, exclusivamente para la formación de profesionales, el DVD *Fragmentos: mujeres, salud y violencia*, documento visual sobre testimonios de mujeres que han sufrido maltrato, a cara descubierta. En él relatan cómo han vivido y viven su situación y su relación con el sistema sanitario.

Inclusión de la violencia de género en los currículos de pregrado

En Cantabria se pretende articular con la Facultad de Medicina y la Escuela Universitaria de Enfermería la inclusión en los currículos de pregrado de la enseñanza de la violencia de género como problema de salud pública. Igualmente, la formación en violencia de género se dirige al conjunto de profesionales de atención primaria de nueva incorporación y a quienes no pudieron realizar la formación básica en años previos. Asimismo, en Canarias y el País Vasco se introducen acciones de sensibilización entre los médicos internos residentes (MIR) a través de las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria con el objetivo de dar a conocer la violencia de género y sus repercusiones en la salud mediante un acercamiento al Protocolo. En Castilla y León se han incluido acciones de sensibilización dentro del programa MIR de medicina familiar y comunitaria y también entre las matronas residentes (EIR, enfermero interno residente).

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

En Castilla y León, Galicia, Murcia, el País Vasco, Canarias, Aragón y Andalucía se fomenta la asistencia de las y los profesionales sociosanitarios a diversos congresos, jornadas, cursos y talleres organizados por otras insti-

tuciones. Se pretende que conozcan cómo se trabaja desde otros ámbitos, como el policial o el judicial, con el fin de saber con qué medios y recursos se cuenta a nivel local y a nivel nacional.

En Murcia se fomenta la estancia de profesionales en otras CCAA e instituciones para formarse en servicios y en actuaciones de prevención, detección y atención a la violencia de género.

Para el desarrollo de algunas de las actividades formativas llevadas a cabo en las diferentes CCAA se ha contado con la colaboración de distintas instituciones públicas y privadas, como son el Instituto de la Mujer, algunos institutos autonómicos de la mujer, la Escuela Nacional de Sanidad, departamentos y consejerías de Salud, la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), la Cruz Roja, los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, instituciones penitenciarias, algunas ONG (organizaciones no gubernamentales), etc. En Cataluña se han fomentado las actividades compartidas con profesionales de otras instituciones y organismos (mossos d'esquadra, otros profesionales de la Conselleria de Bienestar Social, personal de los ayuntamientos, etc.).

Formación para la intervención multidisciplinaria en los casos de violencia de género

En Asturias, Islas Baleares, Cantabria, Castilla y León, Galicia y el País Vasco se hace referencia a la necesidad de incrementar la formación en violencia de género de las y los profesionales de las unidades de salud mental a fin de cubrir la demanda y reducir los tiempos de espera. También se menciona la necesidad de formación de los servicios de atención al usuario de atención primaria (AP), de los servicios de urgencias hospitalarios, de los puntos de atención continuada (PAC) y de los centros de orientación familiar (COF). En la Comunidad Autónoma de Madrid entre el año 2008 y el próximo 2009 se va a completar el objetivo de formar, al menos, a un o una profesional de psiquiatría, de psicología clínica, de enfermería y de trabajo social de cada uno de los 37 centros de salud mental de la comunidad autónoma.

Formación para el cribado en el ámbito sanitario y para el abordaje de la entrevista en la consulta

En Cantabria se considera que, dentro de la formación en violencia de género, deben incluirse aspectos relacionales, de materia ético-legal, de gestión de las emociones, vinculados con el manejo de la detección en casos de sospecha y su registro como problema de salud en la historia clínica, y reflexiones ético-legales.

La entrevista empática, también denominada entrevista motivacional, es uno de los contenidos contemplados en la formación impartida en Cantabria, Castilla y León, Islas Baleares, Cataluña, Canarias, Galicia y Madrid. Por ejemplo, en Cantabria se fomenta la realización de cursos de habilidades

de comunicación para la entrevista con mujeres en situación de maltrato, dirigidos a profesionales que ya han recibido formación básica. En Castilla y León se aborda el impacto emocional en las y los profesionales que las atienden y en el manejo de sus propias emociones para evitar posibles efectos negativos en la atención ofrecida a las mujeres como sobre sí mismos. Asimismo, en todos los talleres y cursos se incluye el abordaje de los aspectos éticos y legales.

Formación dirigida a profesionales para que tengan en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad que se presentan en las mujeres en situaciones de maltrato

En relación con los contenidos de la formación llevada a cabo, en todas las CCAA se hace hincapié en las mujeres que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad, como el embarazo, la discapacidad, la inmigración, la exclusión social, etc., para que tengan en cuenta la multiculturalidad de las mujeres a la hora de abordar este problema.

En este sentido, Canarias ha actualizado el material utilizado en la formación en lo relativo a las situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de las mujeres y Aragón ha implantado un proyecto de formación para la atención integral en violencia de género en el medio rural, la cual ha sido acreditada por la Comisión de Formación Continuada. Igualmente, la Comisión de Seguimiento de Actuaciones para prevenir la Mutilación Genital Femenina de Cataluña revisó y editó durante el año 2008 una nueva versión del documento existente y, a su vez, continuó con su implementación mediante actividades de información y formación a profesionales de la salud. La protección, atención y seguridad de las mujeres víctimas de maltrato en el medio rural también se contemplan en Castilla y León, así como en los cursos y talleres sobre violencia de género, en los cuales se contemplan situaciones de especial vulnerabilidad, como el embarazo, la discapacidad y la inmigración.

Inclusión de otras formas de violencia en la formación

En Cantabria se ha puesto en marcha el II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011), que incluye en la formación la actualización de otros tipos de violencia de género, como el acoso sexual. También en Galicia se ha incluido el acoso sexual en los contenidos de la formación en violencia de género.

Evaluación de las actividades formativas desarrolladas en las comunidades autónomas

Se han iniciado estudios de investigación cualitativa y evaluaciones sobre el impacto/transferencia de la formación impartida en diferentes CCAA, como

Aragón, Castilla y León, Cataluña, Cantabria, Madrid, Galicia y Murcia, con el objetivo de conocer si las actividades de formación y sensibilización y la disponibilidad de la guía/protocolo están respondiendo a las expectativas de formación y a las necesidades de capacitación de las y los profesionales (grado de satisfacción, cobertura, pertinencia y eficacia). Se pretende utilizar las conclusiones derivadas de la evaluación como referencia para la elaboración de nuevos planes de formación, conociendo sus limitaciones y sus puntos fuertes.

Asimismo, se han realizado entrevistas personales y encuestas a las y los profesionales de los puntos de atención continuada (PAC) a fin de detectar las dificultades tanto de los medios materiales, falta de información y formación en materia de género, como la falta de sensibilización en violencia de género y sus repercusiones en las mujeres. Se realizaron entrevistas a profesionales, pruebas previas a las intervenciones, talleres de formación y pruebas posteriores a la intervención.

A lo largo de 2008, la Comunidad Autónoma de Madrid ha realizado una evaluación del impacto de la formación en el área 11 de atención primaria titulada «Impacto de las acciones formativas sobre la detección de la violencia de pareja hacia las mujeres en atención primaria». Se evaluó la detección de casos tras la formación recibida en el año 2007, en que se comparó entre los equipos de atención primaria (EAP) que habían recibido formación y los que no. Se llegó a la conclusión de que las y los profesionales que habían recibido formación detectaban el 25 % más de casos que quienes no la habían recibido.

Por su parte, en Galicia se ha constatado que la formación sensibiliza al conjunto de profesionales y les proporciona seguridad, mejorando la asistencia a las mujeres que se encuentran en situación de violencia de género. Del mismo modo, Castilla y León ha realizado un estudio cualitativo sobre diferencias en la actuación de los profesionales sociosanitarios en el ámbito rural y el ámbito urbano con las mujeres víctimas de violencia de género. Los resultados de este estudio han sido de gran utilidad para la planificación de las actividades de formación, tanto para la priorización de éstas como para la orientación de alguno de los contenidos.

También se ha finalizado el «Estudio de efectividad de una intervención sensibilizadora formativa en profesionales de atención primaria para la mejora del diagnóstico de la violencia doméstica», cuyos resultados fueron presentados en el Congreso Europeo de la WONCA (Estambul, 2008).

Recomendaciones para el futuro

La tabla 11 recoge algunos aspectos que deberán tenerse en cuenta para la recogida de información en los próximos años.

Análisis de las acciones formativas

Datos a nivel nacional

A continuación se exponen los datos obtenidos del análisis del conjunto de acciones formativas que se han puesto en marcha a nivel nacional. Dichos datos muestran, por un lado, el número de las distintas actividades que se han desarrollado, es decir, cursos básicos, actividades de sensibilización y otras acciones formativas no específicas y, por el otro, el número de horas lectivas impartidas, distinguiendo siempre entre los tres ámbitos asistenciales en los cuales se imparten (atención primaria, atención especializada y urgencias) y la participación en ellos según el sexo. Es preciso señalar, respecto a la participación en función del sexo, que no todas las CCAA han podido facilitar, en esta primera recogida, dicho desglose para todas las modalidades³.

También se ofrecen datos relacionados con el profesorado según su perfil profesional y su adscripción a distintas instituciones.

Tabla 11. Aspectos que deberán tenerse en cuenta para la recogida de información respecto a la formación de profesionales del SNS en materia de violencia de género

- Incluir el porcentaje de personal formado en relación con el total de personal que debe formarse por cada comunidad autónoma
- Incluir los contenidos y objetivos educativos que se pretende transmitir a los y las profesionales que asisten a la formación
- Aportar información relacionada con la acreditación de la docencia
- Tener en cuenta el número de horas lectivas impartidas en cada tipo de acción formativa (cursos básicos, actividades de sensibilización, etc.)
- Tener en cuenta el perfil profesional de los y las participantes que asisten a la formación impartida
- Contemplar los mecanismos o herramientas que se hayan utilizado en las comunidades autónomas para facilitar la asistencia a la formación (sustituciones, contrato programa, etc.)
- Incluir el formato educativo de «formación de formadores y formadoras» (en los indicadores de las distintas acciones formativas)

Formación impartida en atención primaria, atención especializada y urgencias

En atención primaria se ha llevado a cabo la mayor parte de la formación, pues en este ámbito asistencial se ha impartido el mayor número de activi-

³ Por ejemplo, el total de personas que han participado en algún tipo de actividad formativa en 2008 en Andalucía asciende a 2.249 personas. Sin embargo, los datos que se pueden presentar desagregados por sexo corresponden a 279 personas, es decir, a sólo el 12,4 % de las personas que han participado en ellos.

dades formativas (332), con un total de 3.908 horas lectivas. En urgencias se han efectuado menos actividades formativas (34) y más horas lectivas (fig. 5).

Actividades formativas realizadas en atención primaria, atención especializada y urgencias

En relación con el porcentaje de cada una de las actividades formativas realizadas, el formato educativo que con mayor frecuencia se ha impartido ha sido el de cursos básicos con el 86 % en atención especializada (AE) y el 77 % en urgencias.

Aunque en atención primaria (AP) se han impartido con menor frecuencia los cursos básicos (40 %) que las actividades de sensibilización (54 %), es preciso señalar que este tipo de acciones se encuentran bastante equilibradas entre sí frente a lo que ocurre en otros ámbitos asistenciales (AE y urgencias).

Otras acciones formativas no específicas se han impartido en menor grado en cualquiera de los tres ámbitos asistenciales (figs. 6-8).

Participación en las distintas acciones formativas

La participación en las distintas acciones formativas (cursos básicos, actividades de sensibilización y otras acciones formativas no específicas) ha sido mayor por parte de las mujeres. En los cursos básicos ha participado un total de 2.542 mujeres y 645 hombres. En las actividades de sensibilización, 1.503 mujeres y 570 hombres, y en otras acciones formativas no específicas, la participación en general ha sido menor, 348 mujeres y 68 hombres (fig. 9).

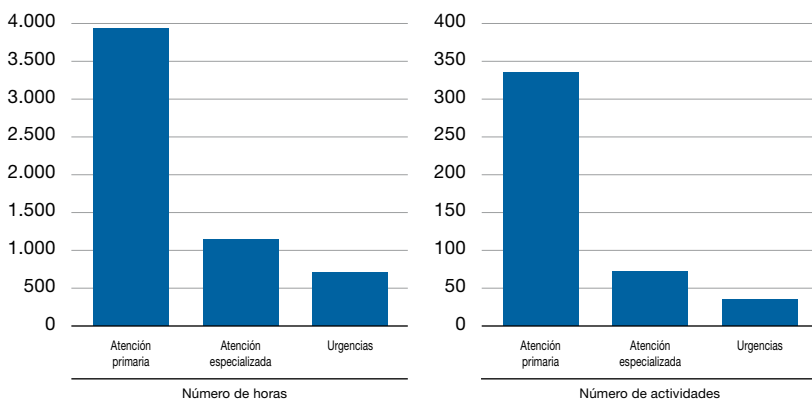
En relación con el ámbito de AP, las mujeres han participado en mayor porcentaje que los hombres en cualquiera de las actividades formativas impartidas. En los cursos básicos han participado 1.643 mujeres y 377 hombres. No obstante, las actividades de sensibilización han contado con mayor número de hombres participantes (498) aunque éste no ha sido superior al de las mujeres participantes (1.257). En las acciones formativas no específicas han participado 306 mujeres y 42 hombres (fig. 10).

La participación en la formación en el ámbito de AE es también más frecuente por parte de las mujeres. En el formato educativo de cursos básicos se encuentra la mayor participación: 767 mujeres y 203 hombres.

Las actividades de sensibilización han contado con la participación de 237 mujeres y 73 hombres. En otras acciones formativas no específicas, la participación es menor: 37 mujeres y 6 hombres. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este formato educativo se imparte con menor frecuencia que el de los cursos básicos y las actividades de sensibilización (fig. 11).

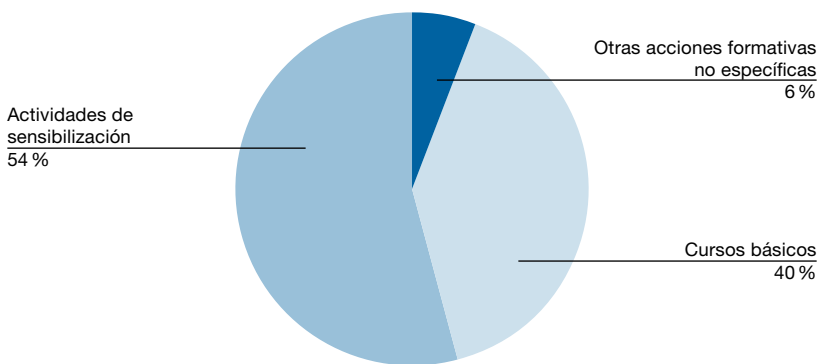
En urgencias se han impartido menos actividades formativas. Cabe destacar que en este ámbito la participación de las mujeres y los hombres ha sido bastante similar. En los cursos básicos han participado 59 mujeres y

Figura 5. Número de actividades y horas lectivas impartidas según el ámbito asistencial



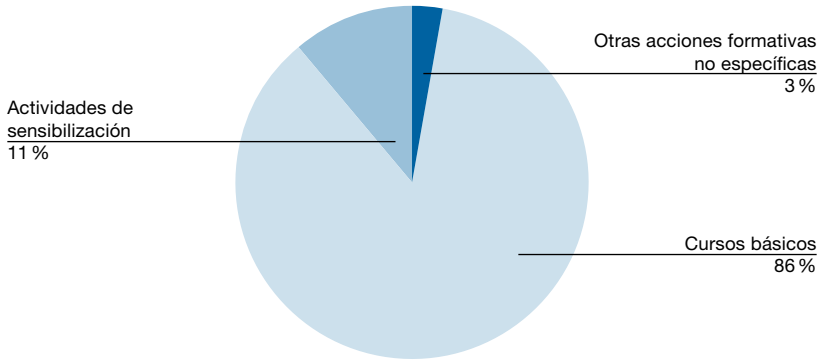
Ámbito asistencial	Número de horas	Número de actividades
Atención primaria	3.908	332
Atención especializada	1.133	64
Urgencias	767	34

Figura 6. Actividades formativas realizadas en atención primaria



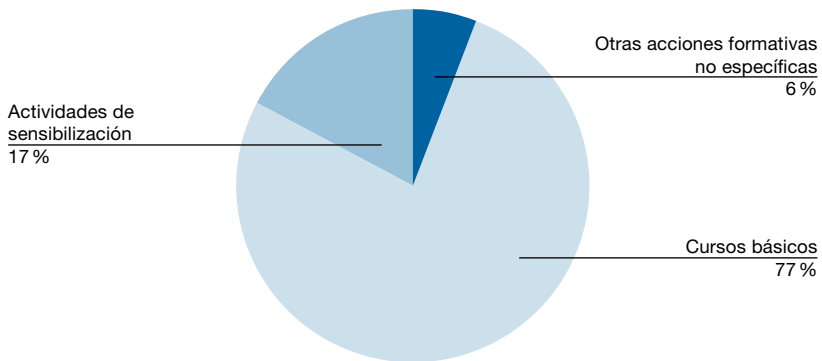
Actividades formativas	Total	Porcentaje
Cursos básicos	146	40
Actividades de sensibilización	197	54
Otras acciones formativas no específicas	24	6

Figura 7. Actividades formativas realizadas en atención especializada



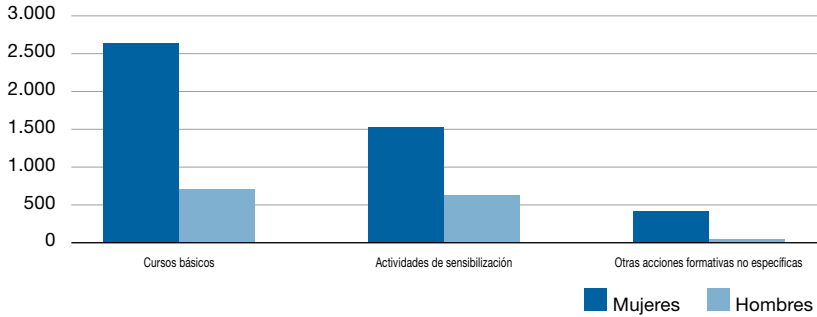
Actividades formativas	Total	Porcentaje
Cursos básicos	55	86
Actividades de sensibilización	7	11
Otras acciones formativas no específicas	2	3

Figura 8. Actividades formativas realizadas en urgencias



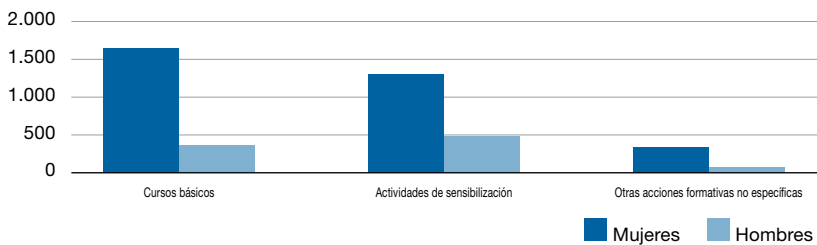
Actividades formativas	Total	Porcentaje
Cursos básicos	27	77
Actividades de sensibilización	6	17
Otras acciones formativas no específicas	2	6

Figura 9. Participación en las distintas actividades formativas. Datos desagregados por sexo



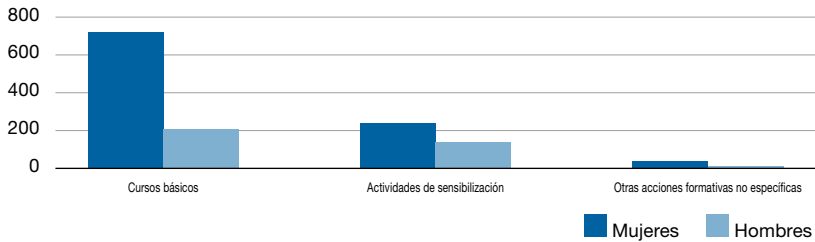
Actividades formativas	Mujeres	Hombres
Cursos básicos	2.542	645
Actividades de sensibilización	1.503	570
Otras acciones formativas no específicas	438	68

Figura 10. Participación en atención primaria. Datos desagregados por sexo



Actividades formativas	Mujeres	Hombres
Cursos básicos	1.643	377
Actividades de sensibilización	1.257	498
Otras acciones formativas no específicas	306	42

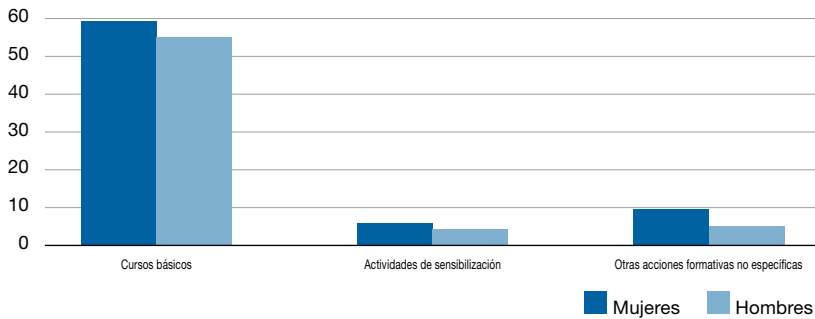
Figura 11. Participación en atención especializada. Datos desagregados por sexo



Actividades formativas	Mujeres	Hombres
Cursos básicos	767	203
Actividades de sensibilización	237	73
Otras acciones formativas no específicas	37	6

54 hombres. En las actividades de sensibilización, 6 mujeres y 4 hombres y en otras acciones formativas no específicas, 9 mujeres y 5 hombres (fig. 12).

Figura 12. Participación en urgencias. Datos desagregados por sexo



Actividades formativas	Mujeres	Hombres
Cursos básicos	59	54
Actividades de sensibilización	6	4
Otras acciones formativas no específicas	9	5

La tabla 12 recoge las conclusiones de este apartado.

Tabla 12. Conclusiones acerca de la participación en las distintas actividades formativas	
Ámbito asistencial	En atención primaria (AP) se ha impartido el mayor número de actividades y horas lectivas. En urgencias se ha impartido el menor número
Formato educativo	En AP, el porcentaje de cursos básicos es similar al de actividades de sensibilización. En atención especializada (AE) y urgencias mayoritariamente se han impartido cursos básicos. El formato de otras acciones formativas no específicas se ha impartido en menor medida en cualquiera de los tres ámbitos asistenciales
Participación según el sexo	La participación mayoritaria en las distintas acciones formativas y en los distintos ámbitos asistenciales ha sido femenina. La sensibilidad a las cuestiones relacionadas con género y salud y no simplemente el hecho de ser las mujeres el segmento de población profesional más numeroso continúan siendo cuestiones para la reflexión y el estudio sobre participación en este tipo de formación

Perfil profesional del profesorado. Datos desagregados por sexo

El perfil profesional del profesorado se presenta repartido fundamentalmente entre medicina (la mayor frecuencia), enfermería, trabajo social y psicología.

Otros perfiles profesionales del profesorado se relacionaban más con el ámbito de la abogacía y el derecho, el sistema judicial, las fuerzas y cuerpos de seguridad y las ciencias de la educación.

Al igual que ocurriría con el alumnado, la proporción de mujeres que han impartido formación ha sido mayor que la de hombres (fig. 13).

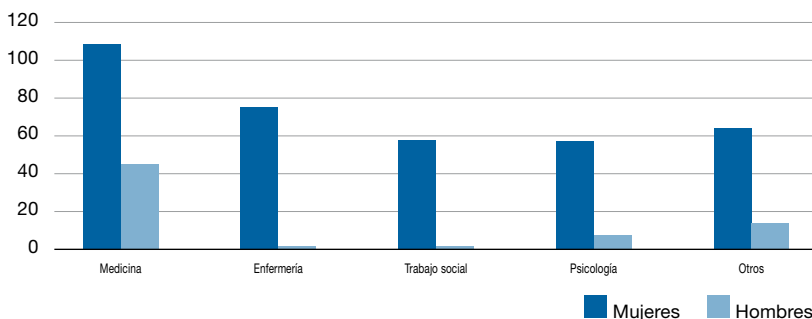
Adscripción del profesorado

En cuanto a la adscripción del profesorado, éste mayoritariamente pertenece a la Administración autonómica (65 %) y con menor frecuencia, a otras instituciones públicas (9 %) y a la Administración general (8 %). El 18 % restante pertenece a una amplia variedad de instituciones públicas, civiles y privadas: Universidad, Administración local, organizaciones no gubernamentales y teleasistencia, entre otras (fig. 14). La tabla 13 recoge las conclusiones de estos dos últimos apartados.

Datos por comunidades autónomas

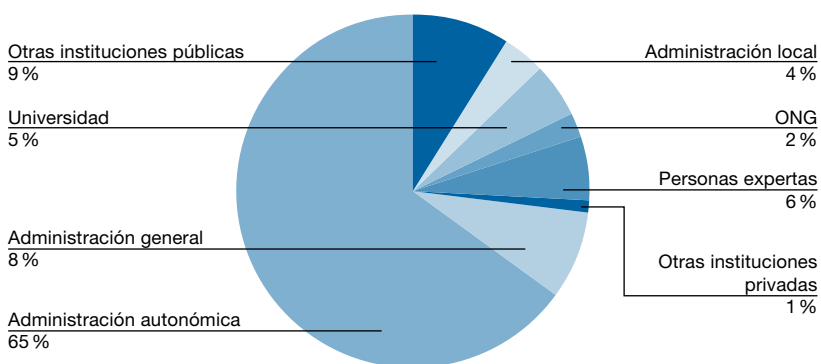
En este apartado se resume la información facilitada por las diferentes CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla en relación con la formación impartida y ésta se distingue según el tipo de formato educativo que se ha utilizado para impartir dicha formación (cursos básicos, actividades de sensibilización y otras acciones formativas no específicas) y la participación de profesionales según el ámbito asistencial y el sexo.

Figura 13. Perfil profesional del profesorado. Datos desagregados por sexo



Perfil profesional	Mujeres	Hombres	Total
Medicina	108	43	151
Enfermería	75	2	77
Trabajo social	58	2	60
Psicología	57	7	64
Otros	63	16	79

Figura 14. Adscripción del profesorado



Adscripción	Número	Porcentaje
Administración autonómica	153	65
Administración general	20	8
Administración local	9	4
ONG	5	2
Otras instituciones públicas	20	9
Personas expertas	13	6
Universidad	12	5
Otras instituciones privadas	2	1

Del mismo modo, se ofrece información en relación con el profesorado según su perfil profesional, su adscripción a distintas instituciones y su sexo.

Tabla 13. Conclusiones a nivel nacional acerca del perfil profesional del profesorado y su adscripción

Perfil profesional del profesorado	El perfil profesional del profesorado ha sido mayoritariamente de medicina, seguido por el de enfermería
Profesorado según el sexo	Los hombres que pertenecen al perfil profesional de medicina han participado en mayor medida como docentes. Sin embargo, las mujeres en mayor proporción continúan impartiendo formación en cualquiera de los perfiles profesionales
Adscripción del profesorado	En cuanto a la adscripción del profesorado, éste mayoritariamente pertenece a la Administración autonómica, seguido de otras instituciones públicas y de la Administración general

Formación impartida en cada comunidad autónoma según el tipo de acciones formativas

Durante 2008, el mayor número de cursos básicos ha sido impartido por Madrid (75) y las Islas Baleares ha sido la comunidad autónoma que ha realizado más actividades de sensibilización (47). La Comunidad Valenciana, Extremadura y Melilla han impartido en exclusiva el formato de cursos básicos.

Canarias y Cataluña son las comunidades autónomas que más acciones formativas no específicas han llevado a cabo (5). Además, han impartido actividades de sensibilización. Cataluña también ha impartido cursos básicos (fig. 15).

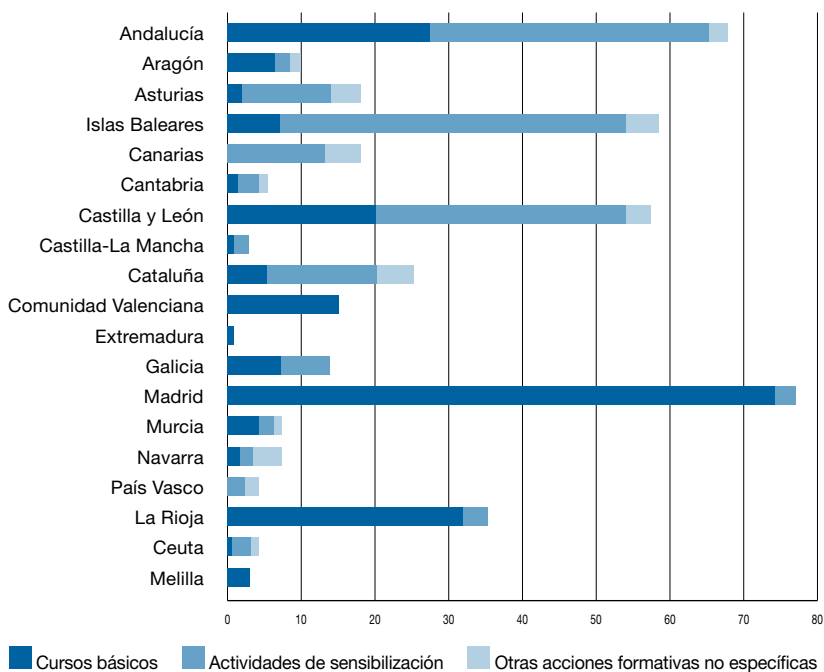
Tipos de actividades formativas impartidas en cada comunidad autónoma según el ámbito asistencial

Es en AP donde mayoritariamente se han impartido los diversos formatos educativos (cursos básicos, actividades de sensibilización y otras acciones formativas). En general, en urgencias se ha desarrollado el menor número de actividades de formación. De hecho, sólo 5 CCAA han impartido formación en este ámbito. De los diferentes formatos educativos, el de otras acciones formativas no específicas se ha impartido en menor grado, pues no ha superado las 5 actividades. En el ámbito de la AE, 10 CCAA han impartido formación.

En relación con el número de cursos básicos, Madrid y Andalucía son las dos CCAA que más cursos básicos han impartido en atención especializada.

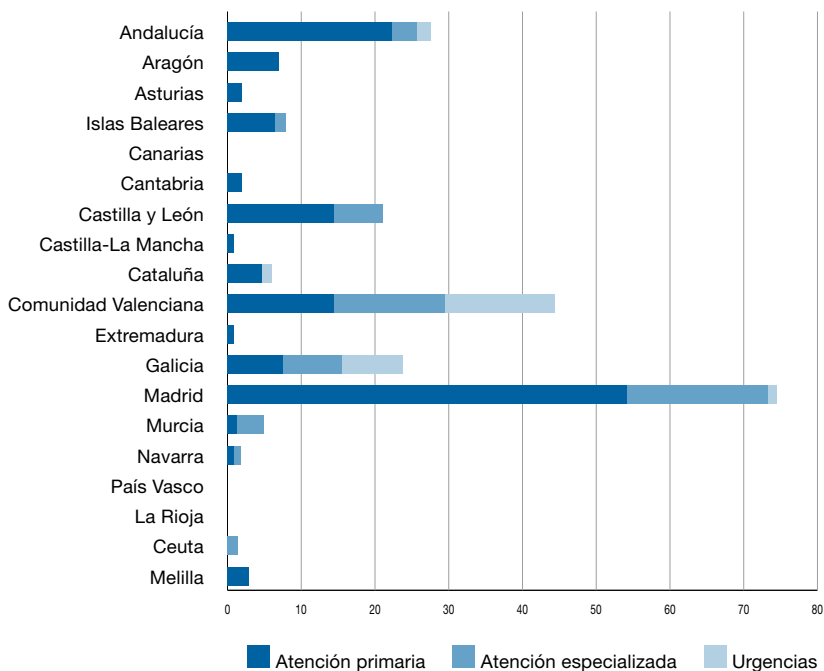
La mayor frecuencia en la realización de cursos básicos en urgencias ha sido en la Comunidad Valenciana y en Galicia. Estas dos últimas CCAA han impartido este formato educativo con una proporción similar en cualquiera de los tres ámbitos asistenciales (fig. 16).

Figura 15. Formación impartida desagregada por comunidad autónoma (total)



CCAA	Cursos básicos	Actividades de sensibilización	Otras acciones formativas no específicas
Andalucía	28	38	2
Aragón	7	2	1
Asturias	2	12	4
Islas Baleares	8	47	4
Canarias	-	14	5
Cantabria	2	3	1
Castilla y León	21	34	3
Castilla-La Mancha	1	2	-
Cataluña	6	15	5
Comunidad Valenciana	15	-	-
Extremadura	1	-	-
Galicia	8	6	-
Madrid	75	2	-
Murcia	5	2	1
Navarra	2	2	4
País Vasco	-	3	2
La Rioja	33	3	-
Ceuta	1	3	1
Melilla	3	-	-

Figura 16. Número total de cursos básicos impartidos según el ámbito asistencial



CCAA	Atención primaria	Atención especializada	Urgencias
Andalucía	23	3	2
Aragón	7	-	-
Asturias	2	-	-
Islas Baleares	7	1	-
Canarias	-	-	-
Cantabria	2	-	-
Castilla y León	15	6	-
Castilla-La Mancha	1	-	-
Cataluña	5	-	1
Comunidad Valenciana	15	15	15
Extremadura	1	-	-
Galicia	8	8	8
Madrid	55	19	1
Murcia	2	3	-
Navarra	1	1	-
País Vasco	-	-	-
La Rioja	-	-	-
Ceuta	-	1	-
Melilla	3	-	-

En AE han impartido actividades de sensibilización las CCAA de Asturias, Castilla-La Mancha, Murcia, Navarra y Madrid. Ésta última únicamente ha impartido este formato educativo en AE.

Andalucía, Castilla y León y Cataluña han sido las únicas CCAA que han impartido esta modalidad de formación en urgencias.

El País Vasco ha realizado una actividad de sensibilización dirigida en AP, AE y urgencias.

El resto de CCAA ha impartido la formación en AP, a excepción de la Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja y la Ciudad Autónoma de Melilla, que no han impartido este formato educativo (fig. 17).

En relación con otras acciones formativas no específicas impartidas según el ámbito asistencial donde se realizan, éste ha sido el formato educativo que con menor frecuencia se ha desarrollado, pues no ha superado las 5 actividades, cifra que se ha presentado en Canarias y Cataluña en el ámbito de atención primaria.

En Andalucía, las acciones formativas no específicas se han llevado a cabo exclusivamente en urgencias mientras que en Murcia y Cantabria se han impartido en el ámbito de atención especializada. El resto de CCAA o bien las han llevado a cabo en AP o bien no han impartido este formato educativo (fig. 18).

Participación en la formación impartida por las comunidades autónomas. Datos desagregados por sexo

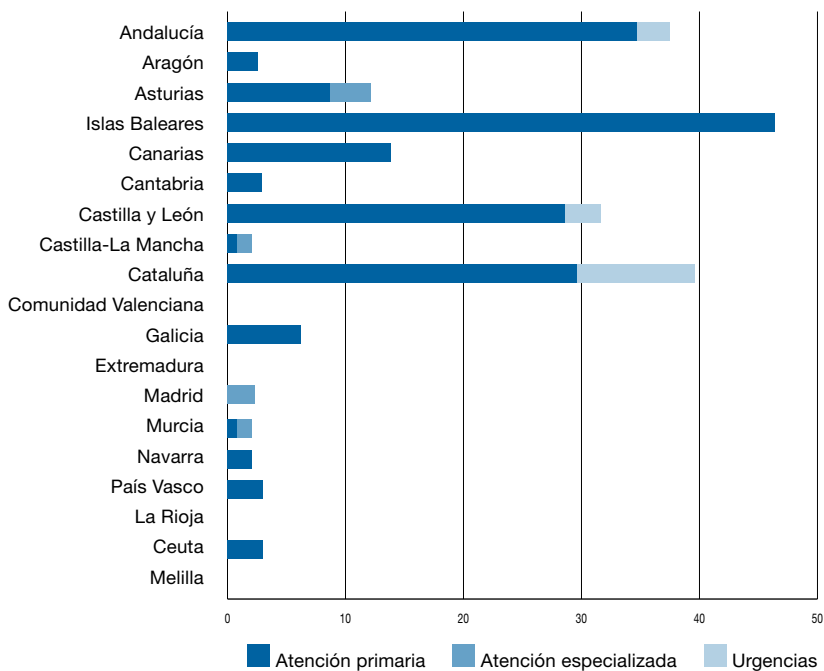
Respecto a la participación en la formación según el sexo, las mujeres han participado en mayor porcentaje en la formación impartida en todas las comunidades autónomas. Sin embargo, en las CCAA de Andalucía, Islas Baleares y Murcia la participación por parte de los hombres ha sido más elevada que en el resto de CCAA. En cambio, la menor participación de los hombres se ha presentado en La Rioja (fig. 19).

Porcentaje de participación en cursos básicos. Datos desagregados por sexo. En relación con la participación en los cursos básicos según el sexo, en general ésta ha sido más frecuente por parte de las mujeres. En Andalucía y en Castilla-La Mancha se ha presentado mayor participación por parte de los hombres y en Extremadura, menos (fig. 20).

Porcentaje de participación en actividades de sensibilización. Datos desagregados por sexo. Las CCAA de Aragón y La Rioja no han contado con la participación de hombres en las actividades de sensibilización. En el País Vasco y las Islas Baleares ha participado el mayor porcentaje de hombres.

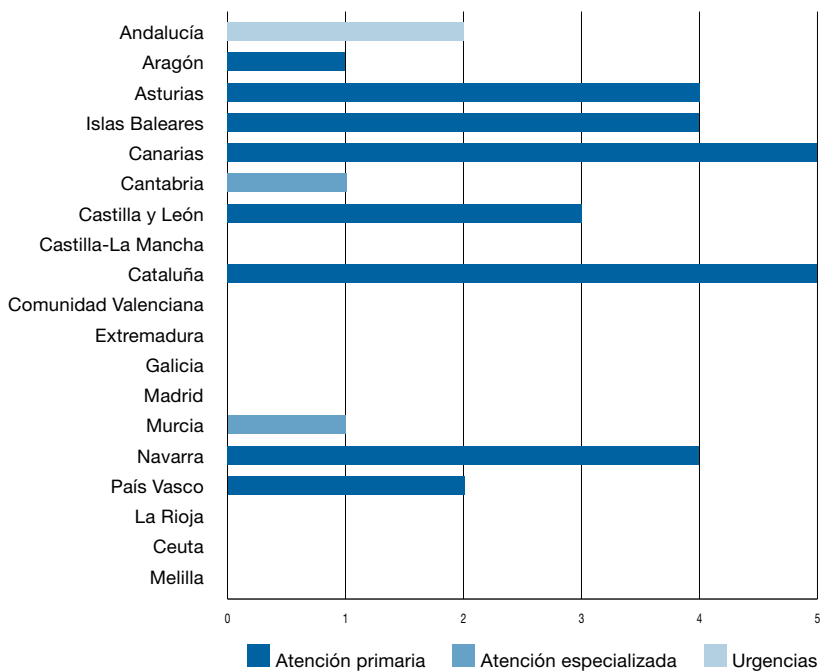
En la Comunidad Autónoma de Canarias ha habido 115 personas que han participado en este formato educativo en jornadas, pero no se cuenta con esta información desagregada por sexo (fig. 21).

Figura 17. Número total de actividades de sensibilización según el ámbito asistencial



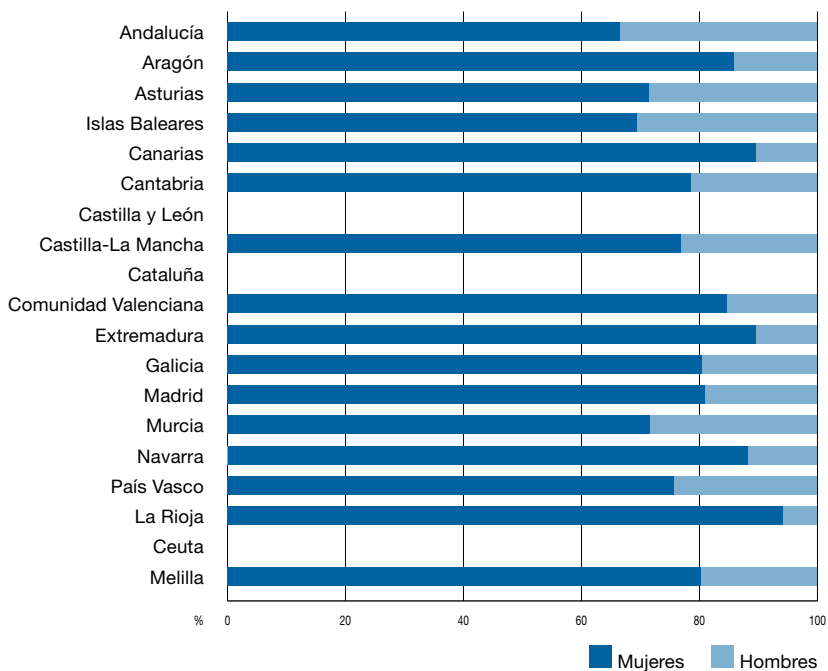
CCAA	Atención primaria	Atención especializada	Urgencias
Andalucía	35	-	3
Aragón	2	-	-
Asturias	9	3	-
Islas Baleares	47	-	-
Canarias	14	-	-
Cantabria	3	-	-
Castilla y León	29	-	3
Castilla-La Mancha	1	1	-
Cataluña	30	-	10
Comunidad Valenciana	-	-	-
Galicia	6	-	-
Extremadura	-	-	-
Madrid	-	2	-
Murcia	1	1	-
Navarra	2	-	-
País Vasco	3	-	-
La Rioja	-	-	-
Ceuta	3	-	-
Melilla	-	-	-

Figura 18. Número total de acciones formativas no específicas según el ámbito asistencial



CCAA	Atención primaria	Atención especializada	Urgencias
Andalucía	-	-	2
Aragón	1	-	-
Asturias	4	-	-
Islas Baleares	4	-	-
Canarias	5	-	-
Cantabria	-	1	-
Castilla y León	3	-	-
Castilla-La Mancha	-	-	-
Cataluña	5	-	-
Comunidad Valenciana	-	-	-
Extremadura	-	-	-
Galicia	-	-	-
Madrid	-	-	-
Murcia	-	1	-
Navarra	4	-	-
País Vasco	2	-	-
La Rioja	-	-	-
Ceuta	-	-	-
Melilla	-	-	-

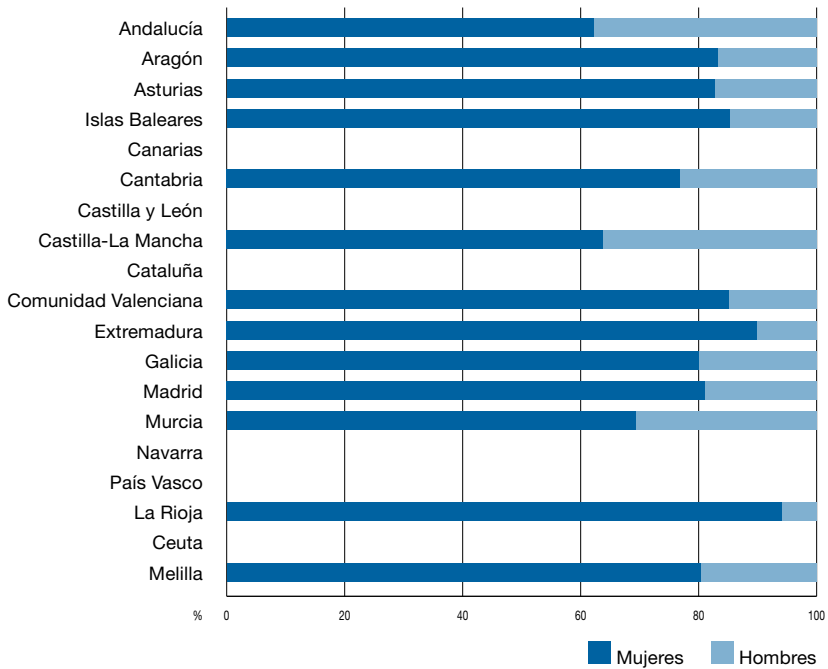
Figura 19. Participación en la formación impartida en cada comunidad autónoma. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	186	93
Aragón	176	28
Asturias	284	112
Islas Baleares	719	311
Canarias	150	17
Cantabria	242	64
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	192	58
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	182	32
Extremadura	18	2
Galicia	257	62
Madrid	1.730	397
Murcia	126	49
Navarra	92	12
País Vasco	137	44
La Rioja	34	2
Ceuta	-	-
Melilla	50	12

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Figura 20. Participación en cursos básicos. Datos desagregados por sexo

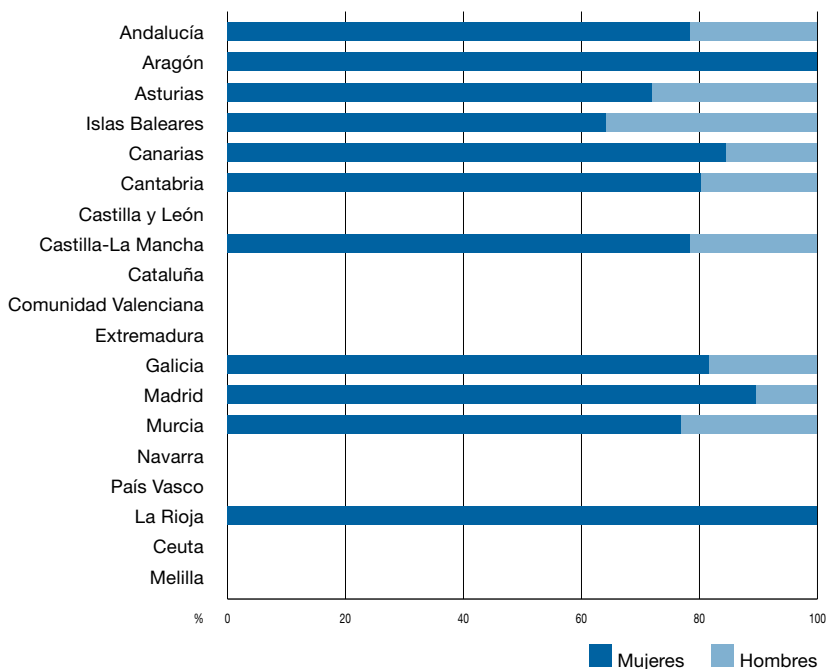


CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	117	71
Aragón	126	26
Asturias	19	4
Islas Baleares	23	4
Canarias	-	-
Cantabria	96	30
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	14	8
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	182	32
Extremadura	18	2
Galicia	153	38
Madrid	1.647	387
Murcia	66	29
Navarra	-	-
País Vasco	-	-
La Rioja	31	2
Ceuta	-	-
Melilla	50	12

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Figura 21. Participación en actividades de sensibilización.

Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	60	17
Aragón	30	-
Asturias	251	100
Islas Baleares	504	280
Canarias	63	12
Cantabria	136	34
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	178	50
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	104	24
Madrid	83	10
Murcia	45	14
Navarra	-	-
País Vasco	-	-
La Rioja	3	-
Ceuta	-	-
Melilla	-	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Porcentaje de participación en otras actividades formativas no específicas. Datos desagregados por sexo. También la participación de las mujeres se ha presentado en mayor proporción en otras acciones formativas no específicas. En Cantabria no ha habido participación por parte de los hombres. Sin embargo, en Andalucía y Asturias se ha presentado la mayor participación de éstos (35,7 y 40 %, respectivamente; fig. 22).

Participación en las distintas actividades formativas según el ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo

Tal y como puede apreciarse en las figuras que aparecen a continuación, la participación de las mujeres se ha presentado en mayor porcentaje que la de los hombres en los cursos básicos impartidos en cualquiera de los ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada y urgencias) a excepción de Andalucía, en que han participado más hombres que mujeres en los cursos básicos en el ámbito de urgencias. No obstante, la participación de los hombres en la formación en violencia de género tiene lugar cada vez con mayor frecuencia.

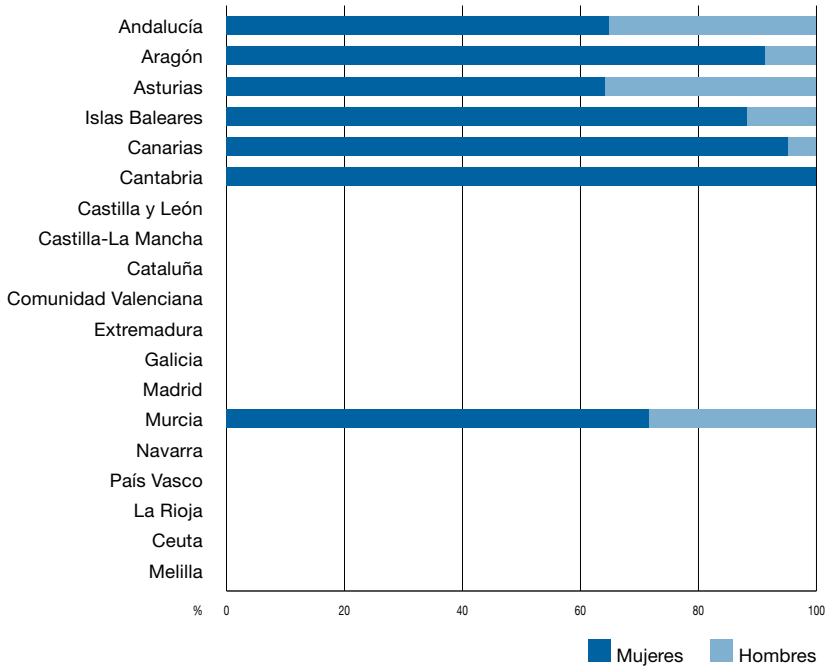
Porcentaje de participación en los cursos básicos en atención primaria, atención especializada y urgencias. Datos desagregados por sexo. En relación con los cursos básicos impartidos ha habido mayor participación de mujeres. En el ámbito de la AP, en las CCAA de Castilla-La Mancha y Murcia ha habido mayor participación por parte de los hombres y en Extremadura, menor participación por parte de éstos (10 %). En AE, en Galicia ha habido mayor participación por parte de los hombres y en Andalucía han participado en menor porcentaje aunque en el ámbito de urgencias el porcentaje de hombres participantes supera el de mujeres. En Melilla, sólo ha habido participación de mujeres en este ámbito.

En el ámbito de la AP, en las CCAA de Castilla-La Mancha y Murcia ha habido mayor participación por parte de los hombres y en Extremadura, menor participación de éstos (10 %). Sin embargo, en cualquiera de las CCAA ha habido mayor porcentaje en la participación de las mujeres (fig. 23).

En relación con el ámbito de la atención especializada, también se observa mayor frecuencia de mujeres que participan en los cursos básicos en todas las CCAA. En este ámbito asistencial, en Galicia y Aragón han participado mayor número de hombres y Andalucía cuenta con menor participación por parte de éstos. Diez CCAA, Ceuta y Melilla no disponen de esta información desagregada por sexo (fig. 24).

En relación con los cursos básicos impartidos en urgencias, un dato que llama la atención es el mayor porcentaje de la participación de los hombres en Andalucía. En Melilla y en la Comunidad Valenciana no participan hombres en los cursos básicos impartidos en urgencias (fig. 25).

Figura 22. Participación en otras acciones formativas no específicas.
Datos desagregados por sexo

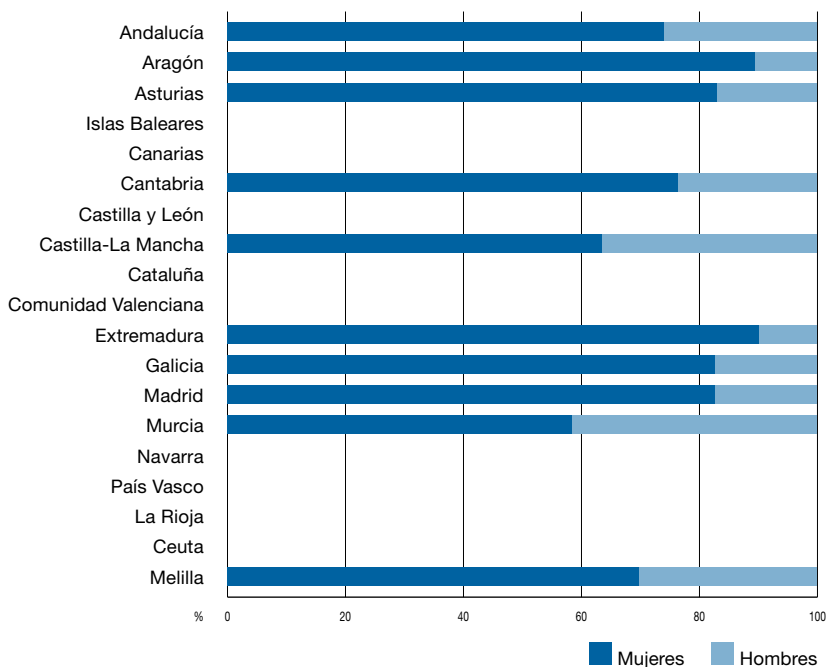


CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	9	5
Aragón	20	2
Asturias	14	8
Islas Baleares	192	27
Canarias	87	5
Cantabria	10	-
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	-	-
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	-	-
Madrid	-	-
Murcia	15	6
Navarra	-	-
País Vasco	-	-
La Rioja	-	-
Ceuta	-	-
Melilla	-	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Figura 23. Participación en cursos básicos en atención primaria.

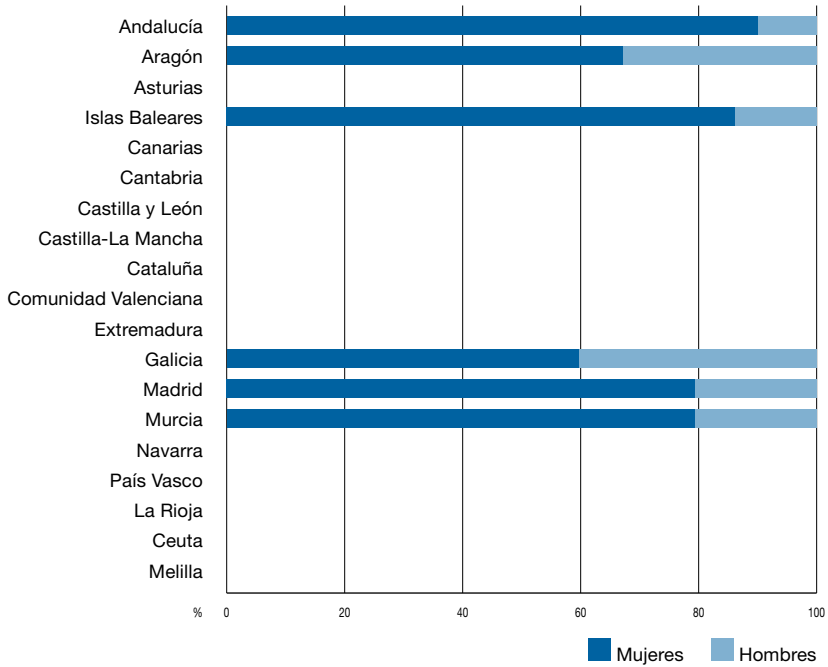
Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	79	28
Aragón	106	13
Asturias	19	4
Islas Baleares	-	-
Canarias	-	-
Cantabria	96	30
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	14	8
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	18	2
Galicia	135	28
Madrid	1.097	235
Murcia	27	19
Navarra	-	-
País Vasco	-	-
La Rioja	-	-
Ceuta	-	-
Melilla	7	3

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Figura 24. Participación en cursos básicos en atención especializada.
Datos desagregados por sexo

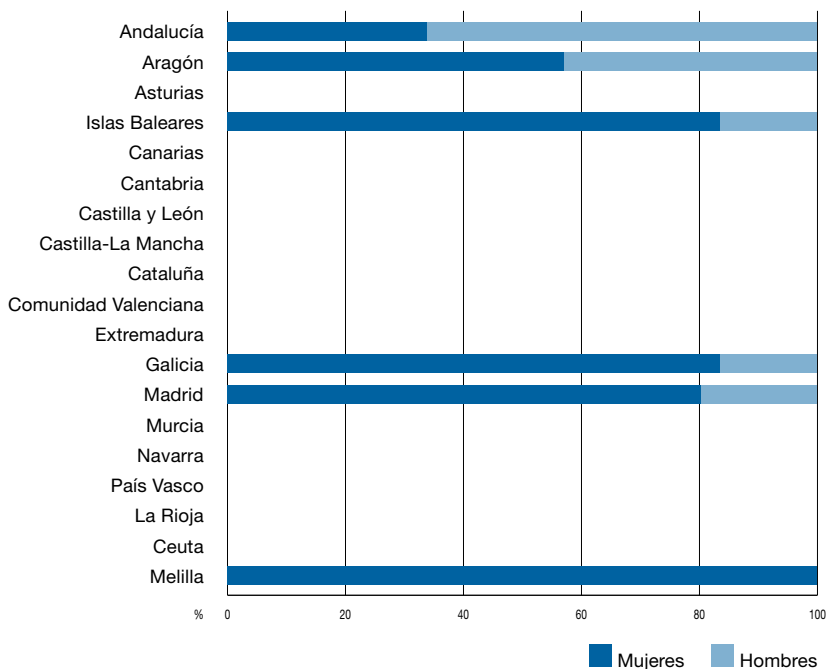


CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	17	2
Aragón	8	4
Asturias	-	-
Islas Baleares	18	3
Canarias	-	-
Cantabria	-	-
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	-	-
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	13	9
Madrid	542	150
Murcia	39	10
Navarra	-	-
País Vasco	-	-
La Rioja	-	-
Ceuta	-	-
Melilla	-	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Figura 25. Participación en cursos básicos en urgencias.

Datos desagregados según sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	21	41
Aragón	12	9
Asturias	-	-
Islas Baleares	5	1
Canarias	-	-
Cantabria	-	-
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	-	-
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	5	1
Madrid	8	2
Murcia	-	-
Navarra	-	-
País Vasco	-	-
La Rioja	-	-
Ceuta	-	-
Melilla	1	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Porcentaje de participación en actividades de sensibilización en atención primaria, atención especializada y urgencias. Datos desagregados por sexo. En relación con la participación en las actividades de sensibilización en cualquiera de los ámbitos de actuación, las mujeres continúan participando en mayor medida que los hombres. En Aragón no ha habido participación por parte de los hombres ni en AP ni en AE. En las Islas Baleares y el País Vasco han participado más éstos en el ámbito de la AP. En urgencias sólo han impartido actividades de sensibilización Andalucía y Castilla y León.

En relación con la participación en las actividades de sensibilización en AP, en Aragón no ha habido participación por parte de los hombres. Sin embargo, en el País Vasco y las Islas Baleares la participación de éstos ha sido mayor (cerca del 40 %; fig. 26).

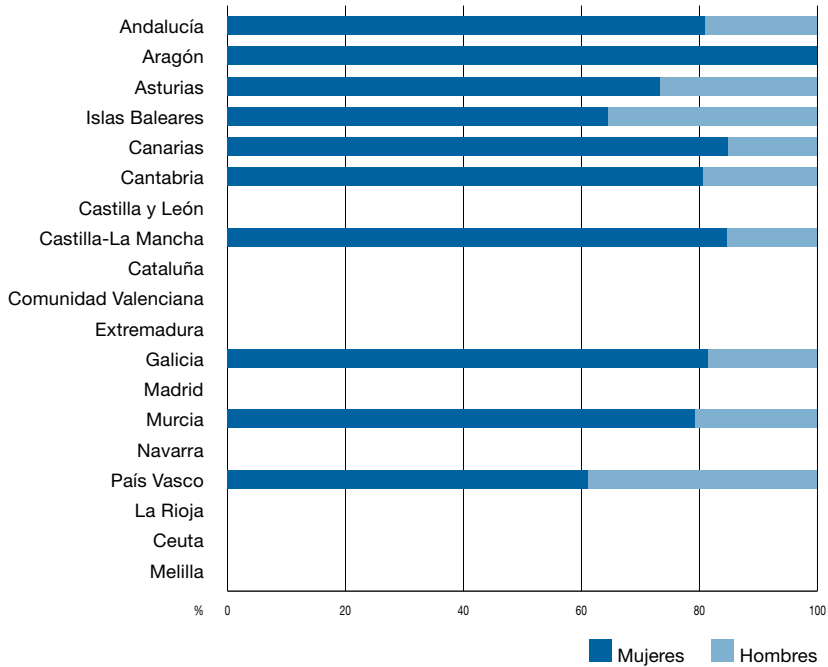
En el ámbito de la atención especializada, han realizado actividades de sensibilización las CCAA de Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Madrid y Murcia. En Aragón sólo han participado mujeres y en Asturias y Castilla-La Mancha ha participado el mayor porcentaje de hombres. En el resto de CCAA y en Melilla no se ha llevado a cabo este tipo de actividades en el ámbito de la AE (fig. 27).

En urgencias, las actividades de sensibilización se han llevado a cabo únicamente en las CCAA de Andalucía y Castilla y León aunque sobre ésta última no se dispone de la información desagregada por sexo. Cabe destacar, de nuevo, cómo en Andalucía la participación de profesionales masculinos es más elevada de lo habitual.

Porcentaje de participación en otras acciones formativas no específicas en atención primaria, atención especializada y urgencias. Datos desagregados por sexo. Al igual que en el caso de los otros tipos de formatos educativos, en las acciones formativas no específicas también ha habido mayor participación por parte de las mujeres en los distintos ámbitos asistenciales. En las CCAA de Aragón, Canarias y Cantabria, en AE ha habido participación únicamente por parte de las mujeres. En Asturias ha habido mayor porcentaje de participación por parte de los hombres en AP y en Andalucía, en urgencias.

En general, en las CCAA que disponen de datos desagregados por sexo, se observa que la participación de los hombres ha sido muy baja, excepto en Asturias que ha sido un poco más elevada (40 %). La Comunidad Autónoma de Castilla y León no aporta información en relación con el sexo y lo mismo ocurre con Galicia. A estas CCAA les resulta difícil valorar tanto el número de personas asistentes a las acciones llevadas a cabo en auditorios, ayuntamientos, etc., como el número de hombres o mujeres que han participado en ellas (fig. 28).

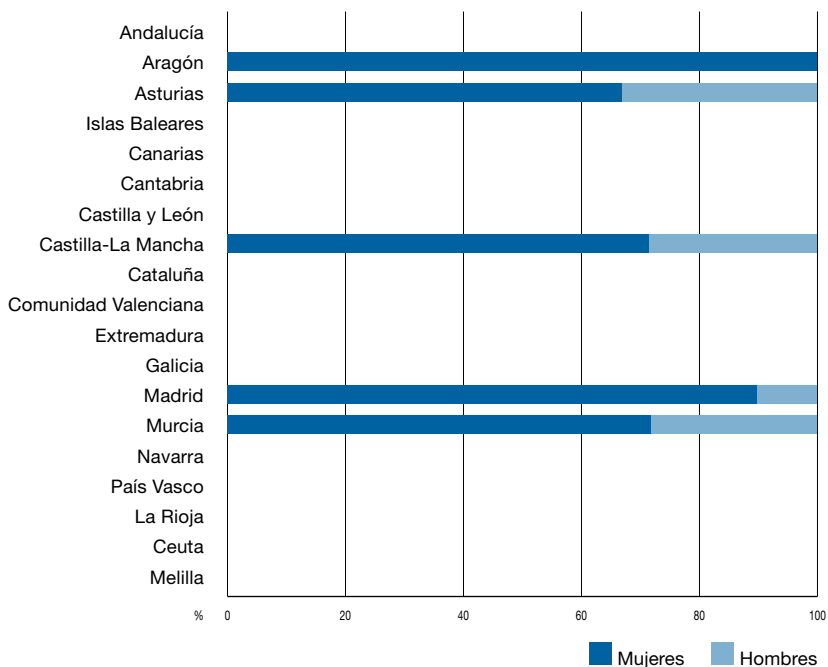
Figura 26. Participación en actividades de sensibilización en atención primaria. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	54	13
Aragón	21	-
Asturias	201	75
Islas Baleares	504	280
Canarias	63	12
Cantabria	136	34
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	98	18
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	104	24
Madrid	-	-
Murcia	30	8
Navarra	-	-
País Vasco	46	29
La Rioja	-	-
Ceuta	-	-
Melilla	-	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

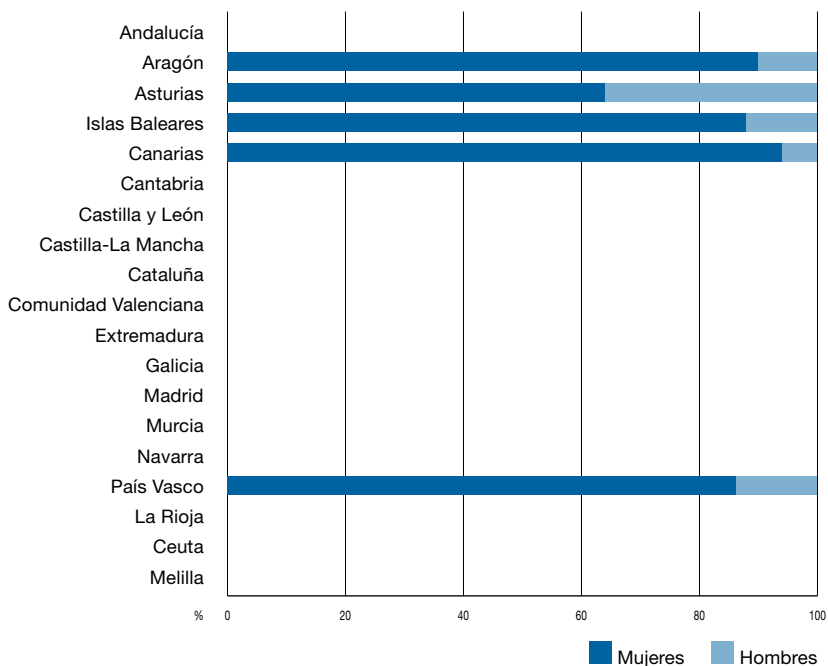
Figura 27. Participación en actividades de sensibilización en atención especializada. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	-	-
Aragón	9	-
Asturias	50	25
Islas Baleares	-	-
Canarias	-	-
Cantabria	-	-
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	80	32
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	-	-
Madrid	83	10
Murcia	15	6
Navarra	-	-
País Vasco	-	-
La Rioja	-	-
Ceuta	-	-
Melilla	-	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Figura 28. Participación en otras acciones formativas no específicas en atención primaria. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	-	-
Aragón	18	2
Asturias	14	8
Islas Baleares	192	27
Canarias	77	5
Cantabria	-	-
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	-	-
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	-	-
Madrid	-	-
Murcia	-	-
Navarra	-	-
País Vasco	91	15
La Rioja	-	-
Ceuta	-	-
Melilla	-	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

En atención especializada, la participación de las mujeres en otras acciones formativas ha sido del 100 % en Aragón, Canarias y Cantabria. En Murcia, ha habido una participación del 30 % por parte de los hombres en este formato educativo (fig. 29).

En urgencias se ha impartido la menor proporción de otras acciones formativas. Únicamente, la Comunidad Autónoma de Andalucía ha impartido este tipo de formación en urgencias.

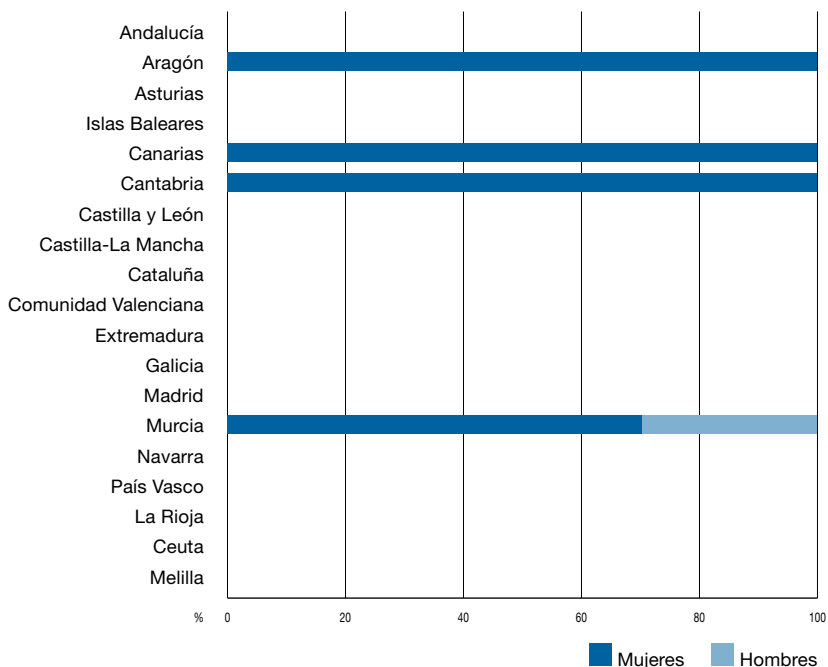
Número total de horas lectivas impartidas en formación en cada comunidad autónoma según el ámbito asistencial

El mayor número de horas lectivas ha sido impartido en el ámbito de la atención primaria en las CCAA de Castilla y León (696,5), Andalucía (661), Madrid (555), Cataluña (512), la Comunidad Valenciana (370) e Islas Baleares (318). Galicia y la Comunidad Valenciana han impartido el mayor número de horas en urgencias. Aragón y Canarias no aportan información sobre el número de horas lectivas impartidas en el ámbito de AE y urgencias aunque han impartido formación en dichos ámbitos (fig. 30). La tabla 14 recoge información de las CCAA sobre actividades formativas según el ámbito asistencial, el formato educativo, las horas lectivas y la participación (desagregada por sexo).

Tabla 14. Conclusiones sobre la información de las comunidades autónomas acerca de las acciones formativas según el ámbito asistencial, el formato educativo, las horas lectivas y la participación. Datos desagregados por sexo

Ámbito asistencial	En urgencias se ha desarrollado el menor número de actividades. Sólo 5 CCAA han impartido formación en este ámbito. En el ámbito de la atención especializada han impartido formación 10 CCAA
Formato educativo	De las diferentes CCAA, 15 han impartido cursos básicos, además de Ceuta y Melilla, 15 CCAA y Ceuta han impartido actividades de sensibilización y 11 CCAA y Ceuta han realizado otras acciones formativas no específicas. La Comunidad Valenciana, Extremadura y Melilla han impartido en exclusiva cursos básicos. Navarra únicamente ha impartido actividades de sensibilización y Canarias y Cataluña han impartido el mayor número de acciones formativas no específicas
Horas lectivas	El mayor número de horas lectivas se ha impartido en el ámbito de la AP en las CCAA de Castilla y León (696), Madrid (555), Comunidad Valenciana (370) e Islas Baleares (318). Galicia y Comunidad Valenciana han impartido el mayor número de horas en urgencias
Participación (desagregada por sexo)	En todas las CCAA han participado mayor número de mujeres que de hombres. Las CCAA donde la participación de los hombres ha sido un poco más elevada han sido Andalucía, Islas Baleares y Murcia. En La Rioja ha habido menor participación por parte de éstos. Varias CCAA no disponen de esta información

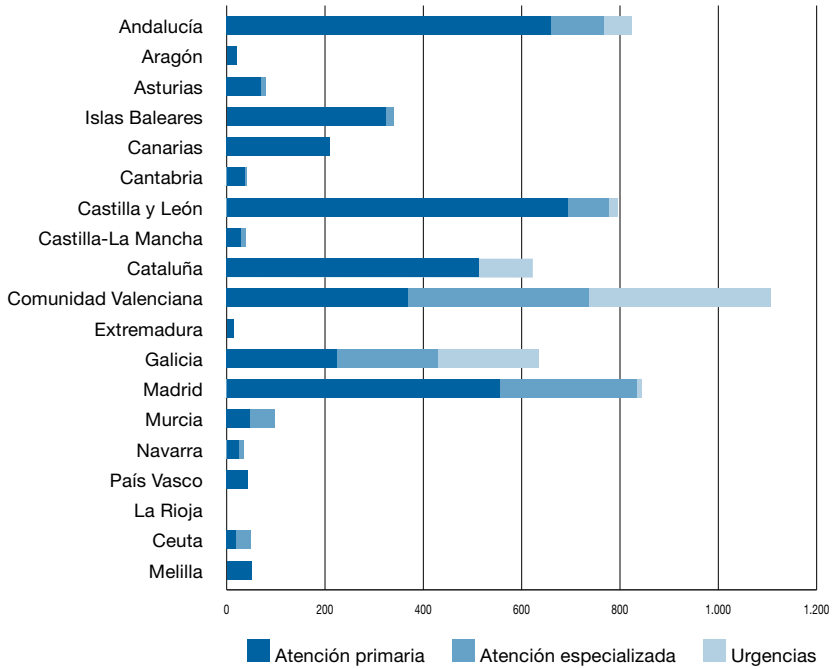
Figura 29. Participación en otras acciones formativas no específicas en atención especializada. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	-	-
Aragón	2	-
Asturias	-	-
Islas Baleares	-	-
Canarias	10	-
Cantabria	10	-
Castilla y León	-	-
Castilla-La Mancha	-	-
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	-	-
Extremadura	-	-
Galicia	-	-
Madrid	-	-
Murcia	15	6
Navarra	-	-
País Vasco	-	-
La Rioja	-	-
Ceuta	-	-
Melilla	-	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Figura 30. Horas lectivas impartidas en formación en cada comunidad autónoma según el nivel asistencial (total)



CCAA	Atención primaria	Atención especializada	Urgencias
Andalucía	661	106	58
Aragón	20	-	-
Asturias	68	6	-
Islas Baleares	318	15	-
Canarias	208	-	-
Cantabria	36	6	-
Castilla y León	696,5	84	16
Castilla-La Mancha	27	8	-
Cataluña	512	-	107
Comunidad Valenciana	370	370	370
Extremadura	15	-	-
Galicia	224	206	206
Madrid	555	282	10
Murcia	48	50	-
Navarra	24	10	-
País Vasco	45	-	-
La Rioja	-	-	-
Ceuta	20	30	-
Melilla	50,5	-	-

Perfil del profesorado

Perfil profesional del profesorado. El perfil profesional que más se encuentra en el profesorado es el de medicina (147 profesionales), seguido del de enfermería (76), psicología (62), trabajo social (60) y otros perfiles profesionales que abarcan profesionales del derecho, del sistema judicial, de la abogacía, de las fuerzas y cuerpos de seguridad, etc. Asimismo, también hay mayor porcentaje de mujeres frente a los hombres a la hora de impartir la formación.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, la totalidad del profesorado perteneciente al perfil profesional de la medicina son hombres. En Castilla-La Mancha y Melilla hay mayor porcentaje de hombres que de mujeres entre el profesorado con este perfil profesional.

En relación con el profesorado que pertenece al perfil profesional de enfermería, la mayoría son mujeres.

En Asturias, Islas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, la Comunidad Valenciana, Madrid, Murcia, La Rioja, el País Vasco, Melilla y Ceuta, la totalidad del profesorado perteneciente al perfil profesional de psicología son mujeres. En Aragón, el 50 % del profesorado son hombres y en Castilla y León, el 15 %. En Andalucía y Galicia también participan hombres aunque en menor medida.

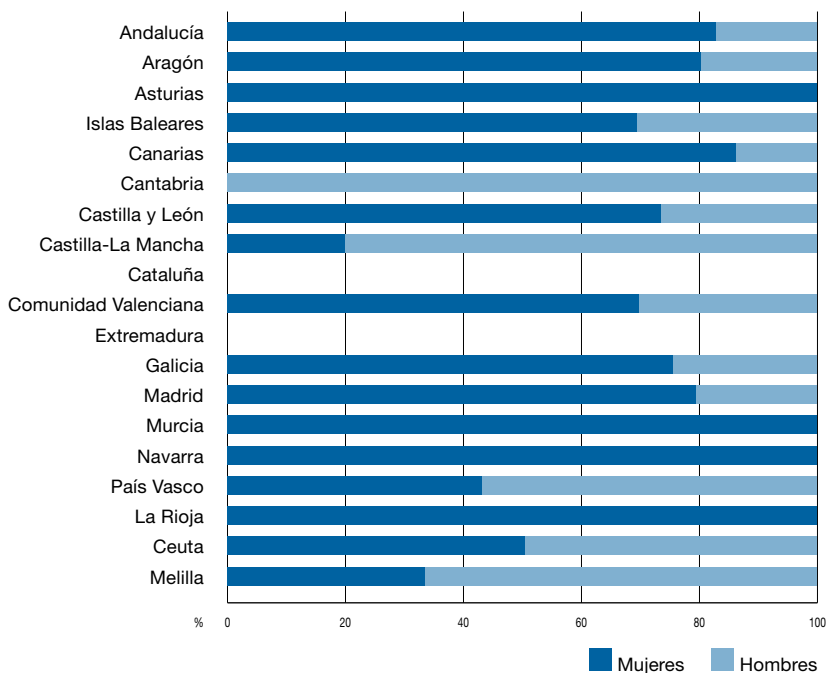
En relación con el perfil de trabajo social, únicamente imparten formación hombres en Madrid y Aragón aunque en menor medida que las mujeres (figs. 31-35).

Adscripción del profesorado. En general, una elevada proporción del profesorado pertenece a la Administración autonómica. En Madrid y Canarias, el profesorado está adscrito a esta Administración en su totalidad mientras que en el resto de CCAA el profesorado pertenece a una amplia variedad de instituciones: Instituto de la Mujer, Administración general, personas expertas, Universidad, Administración local, ONG y otras instituciones privadas (teleasistencia; fig. 36). La tabla 15 recoge las conclusiones sobre el perfil profesional y el sexo del profesorado, así como su adscripción.

Variabilidad y media de las actividades de formación impartidas en los distintos ámbitos asistenciales entre las comunidades autónomas

A continuación se muestra la variabilidad entre la formación impartida por las diferentes CCAA, es decir, tanto el mayor número de las actividades realizadas (máxima) según el formato educativo (cursos básicos, actividades de sensibilización y otras acciones formativas no específicas), como el menor número de éstas (mínima) y la media de éstas, diferenciando según el ámbito asistencial donde se lleva a cabo (AP, AE y urgencias). También se ofrece dicha información sobre el número de horas lectivas impartidas.

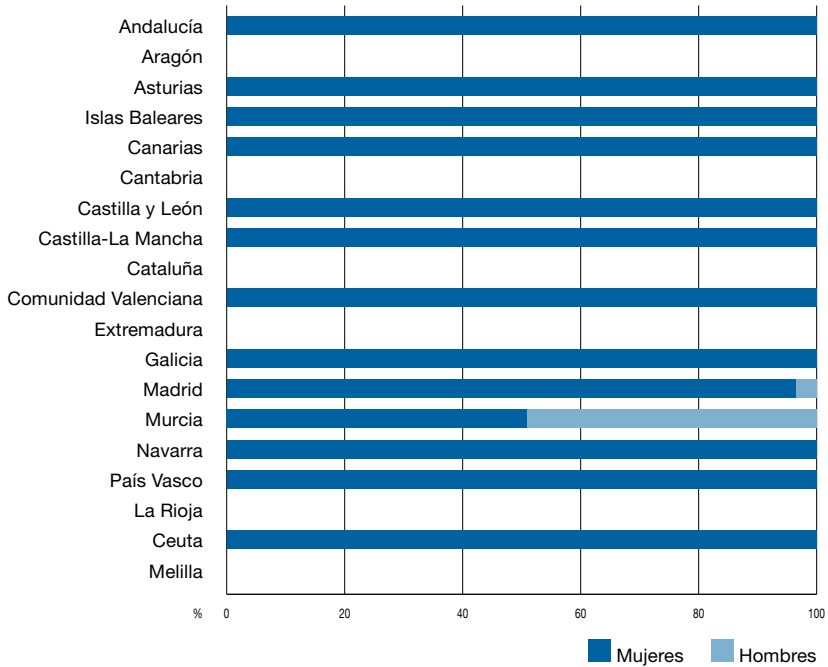
Figura 31. Profesionales de medicina que imparten formación en violencia de género por comunidad autónoma. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	14	3
Aragón	4	1
Asturias	3	-
Islas Baleares	11	5
Canarias	6	1
Cantabria	-	2
Castilla y León	11	4
Castilla-La Mancha	1	4
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	27	12
Extremadura	-	-
Galicia	3	1
Madrid	15	4
Murcia	6	-
Navarra	2	-
País Vasco	3	4
La Rioja	2	-
Ceuta	1	1
Melilla	1	2

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

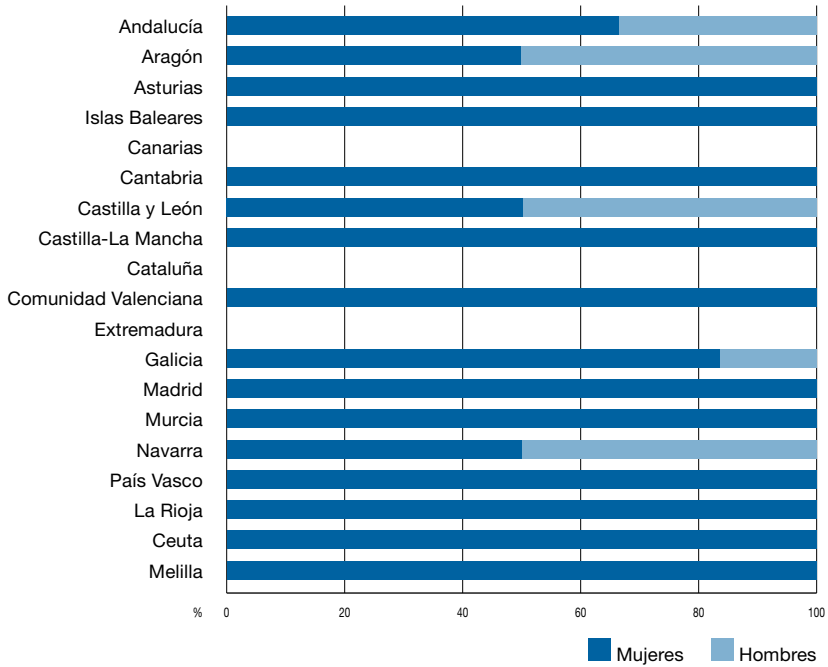
Figura 32. Profesionales de enfermería que imparten formación en violencia de género por comunidad autónoma. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	4	-
Aragón	-	-
Asturias	4	-
Islas Baleares	8	-
Canarias	4	-
Cantabria	-	-
Castilla y León	9	-
Castilla-La Mancha	2	-
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	15	-
Extremadura	-	-
Galicia	2	-
Madrid	24	1
Murcia	1	1
Navarra	1	-
País Vasco	1	-
La Rioja	-	-
Ceuta	3	-
Melilla	-	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

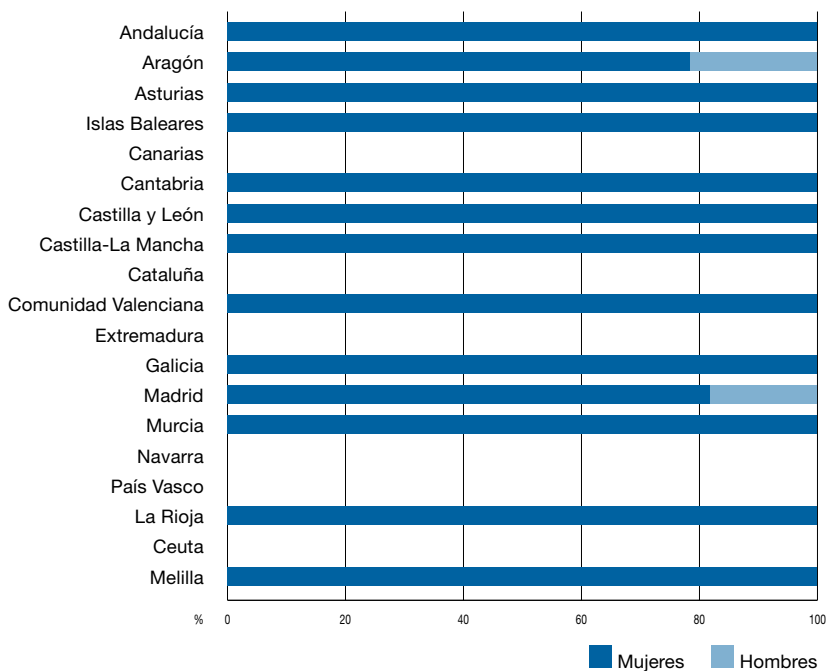
Figura 33. Profesionales de psicología que imparten formación en violencia de género por comunidad autónoma. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	4	2
Aragón	1	1
Asturias	3	-
Islas Baleares	5	-
Canarias	-	-
Cantabria	2	-
Castilla y León	3	3
Castilla-La Mancha	2	-
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	15	-
Extremadura	-	-
Galicia	5	1
Madrid	4	-
Murcia	5	-
Navarra	2	2
País Vasco	3	-
La Rioja	4	-
Ceuta	1	-
Melilla	1	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

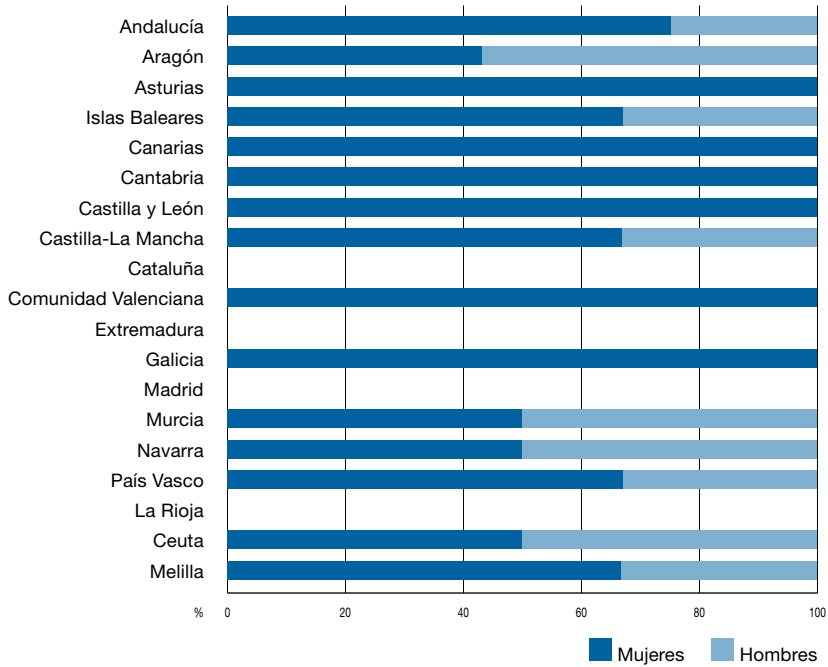
Figura 34. Profesionales de trabajo social que imparten formación en violencia de género por comunidad autónoma. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	6	-
Aragón	4	1
Asturias	3	-
Islas Baleares	2	-
Canarias	-	-
Cantabria	1	-
Castilla y León	8	-
Castilla-La Mancha	3	-
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	16	-
Extremadura	-	-
Galicia	4	-
Madrid	5	1
Murcia	3	-
Navarra	-	-
País Vasco	-	-
La Rioja	2	-
Ceuta	-	-
Melilla	1	-

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

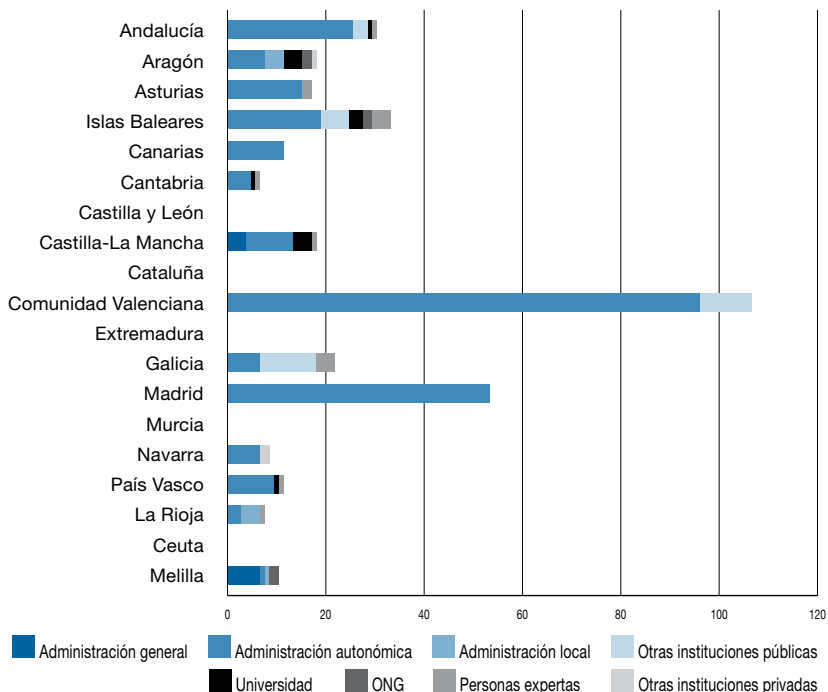
Figura 35. Profesionales de otros perfiles que imparten formación en violencia de género por comunidad autónoma. Datos desagregados por sexo



CCAA	Mujeres	Hombres
Andalucía	3	1
Aragón	3	4
Asturias	4	-
Islas Baleares	2	1
Canarias	1	-
Cantabria	2	-
Castilla y León	8	-
Castilla-La Mancha	4	2
Cataluña	-	-
Comunidad Valenciana	22	-
Extremadura	-	-
Galicia	2	-
Madrid	-	-
Murcia	5	5
Navarra	1	1
País Vasco	2	1
La Rioja	-	-
Ceuta	3	3
Melilla	4	2

Las comunidades autónomas sin datos no los aportan desagregados por sexos.

Figura 36. Adscripción del profesorado



CCAA	Administración general	Administración autonómica	Administración local	Otras instituciones públicas	Universidad	ONG	Personas expertas	Otras instituciones privadas
Andalucía	-	26	-	3	1	-	1	-
Aragón	-	8	4	-	4	1	-	1
Asturias	-	16	-	-	-	-	1	-
Islas Baleares	-	19	-	6	3	2	4	-
Canarias	-	12	-	-	-	-	-	-
Cantabria	-	5	-	-	1	-	1	-
Castilla y León	-	-	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	4	10	-	-	3	-	1	-
Cataluña	-	-	-	-	-	-	-	-
Comunidad Valenciana	-	96	-	11	-	-	-	-
Extremadura	-	-	-	-	-	-	-	-
Galicia	-	7	-	11	-	-	4	-
Madrid	-	54	-	-	-	-	-	-
Murcia	-	-	-	-	-	-	-	-
Navarra	-	7	-	-	-	-	-	2
País Vasco	-	10	-	-	1	-	1	-
La Rioja	1	2	4	-	-	-	1	-
Ceuta	-	-	-	-	-	-	-	-
Melilla	7	1	1	-	-	2	-	-

Tabla 15. Conclusiones sobre el perfil profesional y la adscripción del profesorado. Datos desagregados por sexo

Perfil profesional del profesorado	El perfil profesional mayoritario entre el profesorado es el de medicina (108 profesionales), seguido del de enfermería (61), psicología (46) y trabajo social (44)
Profesorado (desagregado por sexo)	En general, la participación de las mujeres se encuentra en mayor medida entre el profesorado en cualquiera de sus perfiles profesionales. Sin embargo, en el perfil profesional de medicina hay mayor proporción de hombres que de mujeres en las CCAA de Castilla-La Mancha, Melilla y Cantabria. En Cantabria, la totalidad del profesorado de medicina son hombres
Adscripción del profesorado	En general, una elevada proporción del profesorado está adscrito a la Administración autonómica. En Madrid y Canarias, la totalidad del profesorado pertenece a esta adscripción

En cualquiera de los tres formatos educativos, en AP se ha llevado a cabo el mayor número de actividades. La media de los cursos básicos ha sido 28, 24 las actividades de sensibilización y 3 en otras acciones formativas no específicas. En los otros ámbitos asistenciales, la media no ha superado las 10 actividades.

El mayor número de horas lectivas se ha impartido en atención primaria con una media de 355,75 horas. En AE y urgencias, la media es menor, 188 y 190 horas, respectivamente.

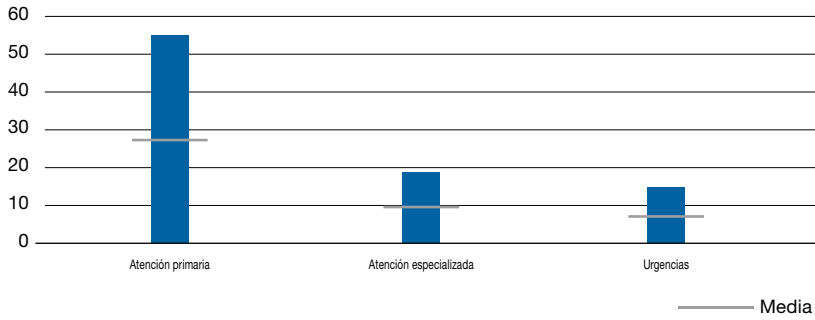
En relación con los diferentes formatos educativos, ha sido siempre en AP donde más se han impartido. El mayor número de cursos básicos impartidos en AP ha sido 55, el menor 1, lo que da una media de 28 cursos básicos. En AE, la comunidad autónoma que más cursos básicos ha impartido ha sido 19 y la que menos, 1, lo que presenta una media de 10 cursos. En urgencias se ha impartido el menor número de cursos básicos, con una media de 8 cursos básicos (fig. 37).

En relación con las actividades de sensibilización se han realizado en AP una máxima de 47 y una media de 24. En atención especializada y urgencias, el número de actividades de sensibilización ha sido muy bajo; la media ha sido de 2 y 3, respectivamente (fig. 38).

El formato educativo denominado otras acciones formativas no específicas se ha impartido con menor frecuencia en cualquiera de los tres ámbitos asistenciales. La media en AP ha sido 3, en AE 1 y en urgencias 2 acciones (fig. 39).

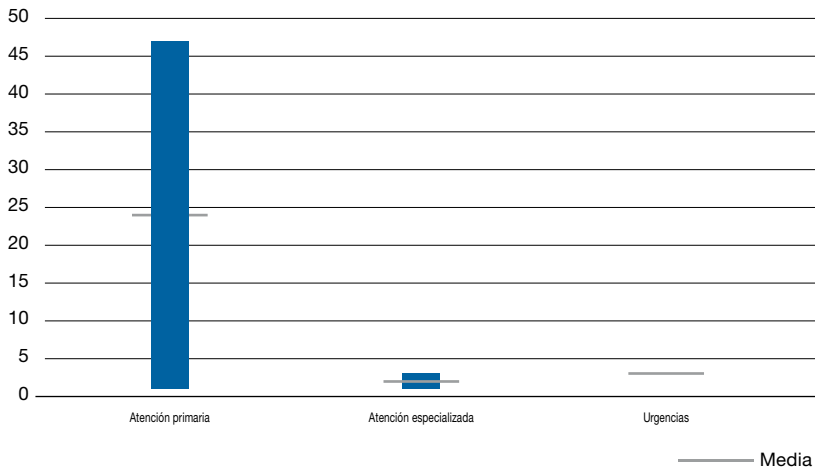
El mayor número de horas lectivas se ha impartido en atención primaria con un total de 696,5 y un mínimo de 15 horas lectivas, lo que representa una media de 355,75 horas. En AE y urgencias, la media es menor, 188 y 190 horas, respectivamente (fig. 40). La tabla 16 recoge las conclusiones sobre el número de cursos básicos, actividades de sensibilización, otras acciones formativas no específicas y horas lectivas.

Figura 37. Número de cursos básicos.
Media y variabilidad entre comunidades autónomas



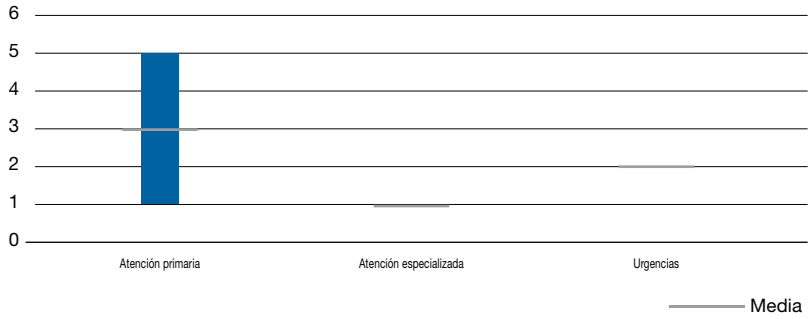
Ámbito asistencial	Máximo	Mínimo	Media
Atención primaria	55	1	28
Atención especializada	19	1	10
Urgencias	15	1	8

Figura 38. Número de actividades de sensibilización.
Media y variabilidad entre comunidades autónomas



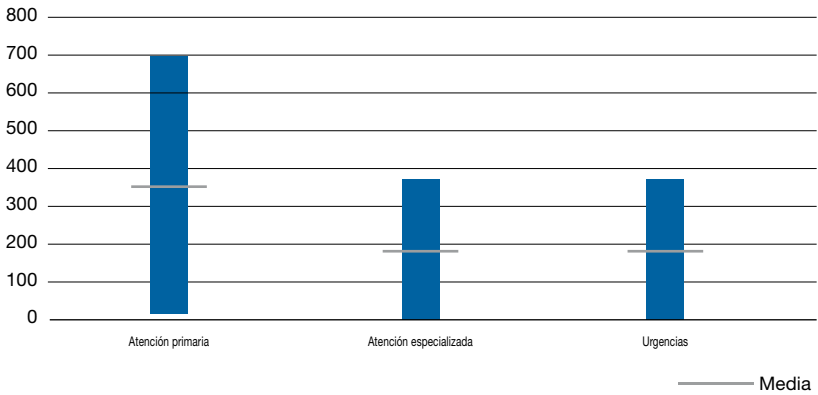
Ámbito asistencial	Máximo	Mínimo	Media
Atención primaria	47	1	24
Atención especializada	3	1	2
Urgencias	3	3	3

**Figura 39. Número de otras acciones formativas no específicas.
Media y variabilidad entre comunidades autónomas**



Ámbito asistencial	Máximo	Mínimo	Media
Atención primaria	5	1	3
Atención especializada	1	1	1
Urgencias	2	2	2

**Figura 40. Número de horas lectivas.
Media y variabilidad entre comunidades autónomas**



Ámbito asistencial	Máximo	Mínimo	Media
Atención primaria	696,5	15	355,75
Atención especializada	370	6	188
Urgencias	10	370	190

Tabla 16. Conclusiones. Formación de profesionales en materia de violencia de género en las comunidades autónomas: tipos de actividad formativa y horas lectivas

Cursos básicos	La máxima de cursos impartidos ha sido 55 y la mínima 1, con lo que se obtiene una media de 28 cursos básicos. En AE, la máxima ha sido 19 y la mínima 1, por lo que la media ha sido 10 y en urgencias la media es 8
Actividades de sensibilización	En AP se ha impartido una máxima de 47 y una media de 24. En AE y en urgencias la media ha sido muy baja, 2 y 3 actividades impartidas, respectivamente
Otras acciones formativas no específicas	Este formato educativo se ha impartido con menor frecuencia en cualquiera de los tres ámbitos asistenciales. En AP, la media ha sido 3 y la máxima 5; en AE, 1 y en urgencias, 2 acciones.
Horas lectivas	El mayor número de horas lectivas se ha impartido en atención primaria con una máxima de 696,5 y una mínima de 15 horas, por lo que la media es 355,75 horas. En atención especializada y urgencias, la media es menor, 188 y 190 horas, respectivamente

Síntesis de las actuaciones de atención a la violencia de género de las comunidades autónomas y las ciudades con estatuto de autonomía

Acciones para la implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en atención primaria y atención especializada

A continuación se describen las actuaciones que se han llevado a cabo desde las CCAA para implantar el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en diciembre de 2006 y editado en 2007, aplicable tanto para la atención en AP y en AE, y editado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, que pretende aunar las pautas de actuación para la detección precoz, la valoración y la actuación ante los casos de VG detectados y para su seguimiento.

Para la elaboración del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del SNS se revisaron todos los protocolos de actuación sanitaria existentes entonces en las CCAA. Algunas CCAA han trabajado posteriormente en la edición de sus nuevos protocolos sanitarios adaptados al Protocolo Común o trabajan con el Protocolo Común directamente. Otras CCAA trabajan directamente con el protocolo de colaboración interinstitucional o de actuación integrada con otros sectores (tabla 17).

La Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana ha elaborado y editado el *Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA)*, cuyo objetivo es establecer unas pautas normalizadas que guíen la búsqueda activa o detección precoz de posibles casos de VG y las medidas de intervención indicadas ante los casos identificados.

La implementación del *Protocolo para el abordaje de la violencia hacia las mujeres en el ámbito de la salud en Cataluña* tiene prevista la realización de una prueba piloto de carácter policéntrico y su evaluación para que los diferentes sectores implicados puedan responder de manera rápida y coordinada ante las situaciones de maltrato.

Tabla 17. Protocolos de actuación sanitaria en las comunidades autónomas

CCAA	Protocolos de actuación sanitaria
Andalucía	Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2009)
Aragón	Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica (2005)
Asturias	Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género (2007)
Islas Baleares	Atención sanitaria ante la violencia de género (2009)
Canarias	Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico (2003-2004)
Cantabria	Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos (2005; 2.ª ed., 2007)
Castilla y León	Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos (2003)
Castilla-La Mancha	Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos (pendiente de depósito legal)
Cataluña	Protocolo para el abordaje de la violencia hacia las mujeres en el ámbito de la salud en Cataluña (en fase de aprobación)
Comunidad Valenciana	Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA; 2008)
Extremadura	Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del SNS (2007)
Galicia	Guía técnica do proceso de atención as mulleres en situación de violencia de xénero (en proceso de elaboración)
Madrid	Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (2007)
	Guía breve de actuación en atención primaria (2008)
	Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (en proceso de elaboración)
Murcia	Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria (2007)
Navarra	Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del SNS (2007)
	Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos, físicos, psicológicos y/o agresiones sexuales (vigente en la actualidad)
País Vasco	Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos (2000)
	Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres (2008)
La Rioja	Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del SNS (2007)
Ingresa (Ceuta y Melilla)	Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del SNS (2007)

La Comunidad Autónoma de Madrid ha difundido e implementado en 2008 la *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. También en 2008 ha editado y distribuido la *Guía breve de actuación en atención primaria*, que ha sido realizada por un equipo multidisciplinario de profesionales de salud pública y de atención primaria con el objetivo de fortalecer habilidades y de facilitar a los y las profesionales de este nivel asistencial la intervención sanitaria frente a la violencia. Su contenido, con información básica para la detección de las situaciones de violencia de pareja y las acciones que de ella se deriven, junto con su reducido tamaño, permiten que las y los profesionales puedan hacer uso de ella en todo momento. Además, se ha concluido la *Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*, que ha sido elaborada por un grupo de trabajo multidisciplinario y revisada por un grupo externo. Esta guía recoge, además de aspectos generales de detección, valoración e intervención, pautas específicas de intervención en salud mental, en trabajo social y elementos de valoración enfermera que facilitan la detección de situaciones de violencia de género. Asimismo, incluye criterios de derivación a salud mental, a atención primaria y a los recursos específicos de carácter social con el fin de garantizar tanto la continuidad asistencial como una atención integral en los aspectos sanitarios y sociales.

El País Vasco ha editado el *Protocolo sanitario ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres* con el objetivo de establecer pautas comunes de actuación en la comunidad autónoma para asegurar una atención sanitaria integral a las mujeres víctimas de maltrato doméstico, de agresión sexual o abuso sexual que acuden a un centro sanitario.

Formación del personal sanitario

Las actividades formativas o de sensibilización y difusión, mediante la celebración de cursos, jornadas y talleres dirigidos al personal sanitario, como estrategia para implantar el protocolo se han llevado a cabo en: Aragón, Islas Baleares, Canarias, Castilla y León, Madrid, País Vasco, Ceuta y Melilla.

Toda la formación de profesionales de los servicios sanitarios se ha detallado ampliamente en el apartado sobre formación de profesionales de este Informe anual.

Colaboración interinstitucional

La colaboración interinstitucional no sólo es una estrategia facilitadora de la organización integral de la asistencia de los diferentes sectores implicados,

sino también un elemento de ayuda para la implantación y desarrollo del documento, como en Aragón y en Melilla.

La Rioja menciona aspectos facilitadores para la implantación del protocolo, como el Acuerdo institucional para la mejora de la atención a las víctimas del maltrato doméstico, violencia de género y agresiones sexuales de su comunidad autónoma; la Subcomisión del Observatorio de Violencia de Género de La Rioja; la inclusión de la violencia de género en el II Plan de Salud de La Rioja; el III Plan integral contra la violencia de género 2006-2009 del Gobierno de La Rioja, y la inclusión de la formación en el programa docente de la Consejería de Salud.

Inclusión del parte judicial en los sistemas de información sanitaria

Durante el año 2009 está prevista la implantación del nuevo modelo de parte judicial en Andalucía, en formato papel y en formato digital, mediante su incorporación a la historia clínica digital Diraya. Se trata de una necesidad planteada en el propio protocolo sanitario.

Edición de otros documentos para facilitar la implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del SNS

La edición de otros documentos que pretenden impulsar y facilitar la implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, tal y como se ha hecho en la Comunidad Autónoma de Madrid con la *Guía breve de actuación en atención primaria* (que se ha publicado y distribuido durante 2008).

Iniciativas de interés en la atención a la violencia de género en los servicios de Salud (planes, cartera de servicios y sistemas de información)

La decisión aprobada por la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado el 4 de noviembre de 2008 insta a coordinar, impulsar y, en su caso, financiar, entre otras, actuaciones relativas a la «inclusión, en todos los planes de salud y carteras de servicios de las CCAA, de la VG en consonancia con la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, como una área prioritaria de trabajo, tanto en atención primaria como en atención especializada, incluyendo los servicios de salud mental y de ginecología y obstetricia».

Planes y programas

Planes de salud

Por lo que respecta a la inclusión de la VG en los planes de salud autonómicos (tabla 18), el *Plan de salud para Asturias* contempla acciones relativas a la igualdad de género, entre las cuales se encuentra la promoción y apoyo de la investigación en VG, la formación del personal sanitario, la aplicación del Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia y la evaluación del funcionamiento del servicio de atención psico-social a mujeres víctimas de violencia.

Tabla 18. Planes de salud, planes de violencia de género o planes de salud de las mujeres, programas de salud específicos que contemplan violencia de género y planes de igualdad

CCAA	Planes de salud	Planes de violencia de género o de salud de las mujeres	Programas de salud específicos que contemplan la violencia de género	Planes de igualdad
Andalucía		Plan de atención a las víctimas de los malos tratos y violencia de género		
Asturias	Plan de salud para Asturias (inclusión de la violencia de género)			Programa de estrategias para avanzar en el desarrollo de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (2005-2007)
Islas Baleares			Recomendaciones para la atención sanitaria ante la violencia de género en las Islas Baleares	
Cantabria		II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011): «violencia contra las mujeres (violencia de género)»		

Cataluña	Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010			
Comunidad Valenciana	Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2005-2009)	Plan de medidas del Gobierno valenciano para combatir la violencia que se ejerce contra las mujeres (2005-2008)		Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (2006-2009)
Extremadura	Plan de salud de Extremadura (2009-2012)			
Galicia		Plan integral de la salud de la mujer (incluye la violencia de género)		
Madrid			Incluyen la violencia de genero: - Programa de promoción de salud de las mujeres - Programa de enfermedades no transmisibles - Programa de evaluación de salud pública - Programa de formación continuada en violencia de género - Programa de salud infanto-juvenil - Programa de salud pública en colectivos en situación de especial vulnerabilidad	
País Vasco			Programa salud y mujeres: objetivo de «disminuir el impacto de la violencia de género sobre la salud de las mujeres mediante la detección e intervención desde los servicios sanitarios»	IV Plan de igualdad de mujeres y hombres de la Comunidad Autónoma del País Vasco IV Plan de igualdad de mujeres y hombres de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Cuarto eje: violencia de género

En el nuevo *Plan de salud de Extremadura (2009-2012)* se ha incluido el objetivo de reducir la incidencia de la violencia de género en la comunidad autónoma mediante el incremento de la detección precoz de situaciones de riesgo durante el período de vigencia del plan.

El *Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010* contiene un apartado específico sobre las diferencias y las desigualdades en salud por razón de género y sitúa el abordaje de la VG entre sus prioridades. Incluye como propuestas estratégicas: la difusión e implementación territorial de protocolos para la prevención, la detección precoz, el tratamiento y la rehabilitación en los casos de violencia de género.

Los programas de salud de la Comunidad Autónoma de Madrid en que se desarrollan actuaciones orientadas a la prevención y atención a la VG y que están implicados en la actividad de una comisión técnica específica son:

- Programa de promoción de salud de las mujeres.
- Programa de enfermedades no transmisibles.
- Programa de evaluación de salud pública.
- Programa de formación continuada en violencia de género.
- Programa de salud infanto-juvenil.
- Programa de salud pública en colectivos en situación de especial vulnerabilidad.

Planes de salud de las mujeres

En cuanto a planes de salud específicos para las mujeres (tabla 18), la VG está incluida en el *Plan integral de la salud de la mujer* de Galicia desde el año 2007 y en el *II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011)* de Cantabria se ha incluido como una de las 8 áreas prioritarias de actuación la «violencia contra las mujeres (violencia de género)» con los objetivos de:

- Mejorar la actuación de los servicios de salud en la atención a la VG y revisar el Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos para incorporar nuevas actuaciones en el apoyo para el tratamiento de la mujer víctima de maltrato.
- Promover la evaluación del impacto de las actuaciones realizadas en el ámbito sanitario en la atención a la VG mediante la inclusión de los indicadores comunes propuestos por el SNS para la vigilancia epidemiológica de la VG en el ámbito sanitario y la evaluación con métodos cuantitativos y cualitativos.

Programas específicos

En el *Programa salud y mujeres* del País Vasco, elaborado en 2008, se ha incorporado un apartado monográfico sobre VG con el objetivo de «disminuir el impacto de la violencia de género sobre la salud de las mujeres mediante la detección e intervención desde los servicios sanitarios». Para ello se re-

cogen las actuaciones de registro de datos desde los servicios sanitarios, la formación de profesionales de la salud y el estudio de necesidades de las mujeres inmigrantes o con discapacidad víctimas de VG.

En las Islas Baleares, las *Recomendaciones para la atención sanitaria ante la violencia de género en las Islas Baleares* constituye un programa específico de atención ante la VG.

Planes de igualdad

En cuanto a planes de igualdad (tabla 18), el Instituto de la Mujer-Consejería de Presidencia de Asturias ha editado el *Programa de estrategias para avanzar en el desarrollo de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (2005-2007)* que incluye los programas de atención a la VG desde la salud y, a partir del compromiso del Departamento de Sanidad y Osakidetza del País Vasco, durante 2008 se han revisado todas las actuaciones respecto a la VG recogidas en el *IV Plan de igualdad de mujeres y hombres de la Comunidad Autónoma del País Vasco* puesto que la VG es uno de sus cuatro ejes.

En la Comunidad Valenciana existe el Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (2006-2009). La Conselleria de Sanidad se encuentra implicada de modo importante y la violencia de género, si bien no aparece explícitamente como un área de actuación específica, es un tema al cual se le presta especial atención mediante varios objetivos y actuaciones en que recibe una mención especial (objetivos 5.4, 7.3, 7.4, 7.8, 8.1 y 8.4).

Sistemas de información

Inclusión del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en los sistemas de información

Otra línea ha sido la inclusión del Protocolo Común y de los protocolos autonómicos de actuación sanitaria ante la violencia de género en los sistemas de información de las consultas de atención primaria (tabla 19). Cantabria ha sido la comunidad autónoma pionera en esta inclusión del Protocolo en los sistemas de información de atención primaria (2006). Ceuta lo ha incluido en 2008.

La Rioja ha comenzado a trabajar para incluirlo en la historia clínica del programa informático Selene (AE y dos centros de salud de La Rioja) y Andalucía tiene previsto incluir el protocolo autonómico en 2009.

En Castilla y León, la *Guía de actuación ante la violencia de género para los servicios de salud* incluye los contenidos ampliados y adaptados del *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*.

Algunas CCAA conciben los sistemas de información vinculados con las pautas de actuación sanitaria establecidas en los *protocolos*: dentro del

Programa de la mujer de Castilla-La Mancha se incluye el *Protocolo de violencia de género* en un módulo informático, que se incorpora al resto de la historia clínica informatizada (aplicación Turriano), con los subprogramas de detección de posibles malos tratos y seguimiento de mujeres víctimas de malos tratos.

Tabla 19. Sistemas de información

Andalucía	Contrato programa con distritos y hospitales
Aragón	Sistema de registro en atención primaria
	Informatización de los servicios de urgencia hospitalarios
	Implantación de aplicaciones de triaje (o selección)
	Implantación de la historia clínica digital
Asturias	Sistema de registro en atención primaria y salud mental
Canarias	Sistemas informáticos OMI y Drago
Castilla-La Mancha	Protocolo de violencia de género en el Programa de la mujer
Madrid	Sistema informático OMI-AP
País Vasco	Sistemas de información de la sanidad vasca, vía PCH y vía Osabide (AP)
AP, atención primaria; OMI, oficina médica informatizada; PCH, puesto clínico hospitalario.	

Protocolizados o no, se trata de *sistemas informatizados* de recogida de información: el Servicio de Salud de Castilla y León ha asignado algoritmos de codificación específicos en los sistemas informáticos que nutren los sistemas de información existentes en el ámbito de la AP para conocer el número de mujeres a las cuales se les realiza detección de VG y cuantificar el número de mujeres que sufren VG.

En AP de Canarias en la actualidad conviven los sistemas OMI (minoritario) y Drago, cuya implantación en todas las islas se prevé que finalizará en 2010. Se está trabajando en la mejora de la aplicación informática para introducir, entre los indicadores de sospecha, las situaciones de especial vulnerabilidad y dependencia de las mujeres que se plantean en el Protocolo Común del SNS y que no se contemplaban en el Protocolo oficial del Servicio Canario de la Salud. También se está trabajando en la adecuación de los registros actuales a los indicadores comunes aprobados en el Sistema Nacional de la Salud.

En la Comunidad Valenciana, el protocolo elaborado en 2008 contempla la implantación de un sistema de información que guíe al personal sanitario en la búsqueda activa, la detección precoz de casos de violencia de

género y la intervención indicada en cada caso. Se prevé que esta aplicación informática, llamada Sivio (sistema de información sobre violencia), que se integrará tanto en atención primaria como en atención especializada, se implante parcialmente a lo largo del año 2010.

En el País Vasco se continúa con el proceso de adecuación de los sistemas de información de la sanidad vasca, tanto vía PCH (puesto clínico hospitalario), como vía Osabide (programa de historia clínica informatizada, AP) para disponer de datos más ajustados y de calidad acordes con los indicadores comunes establecidos en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Para ello se contará con una ficha tipo que permita una recogida homogénea de información y un conocimiento, objetivamente más preciso, de la situación desde el punto de vista sanitario. Asimismo, el Departamento de Salud y Osakidetza pretenden mejorar el sistema de registro de casos en AP mediante la cumplimentación sistemática de los diagnósticos y registros a través de Osabide y completar así la implantación de un sistema informatizado que permita una recogida más ágil y fidedigna de los casos de VG, especialmente en el ámbito de las urgencias hospitalarias.

El Departamento de Salud y Consumo de Aragón comenzó a trabajar en la inclusión de un plan personal para la atención a la violencia de género en el aplicativo de atención primaria OMI-AP. También se inició la informatización de los servicios de urgencia de los hospitales generales donde se dispone de una aplicación de historia clínica propia para este ámbito y un sistema de triaje o selección (concretamente el Sistema Español de Triage) que permite identificar los motivos de consulta que son por posibles agresiones relacionadas con la violencia de género.

En Asturias se ha establecido un sistema de registro de detección precoz de la VG en atención primaria y salud mental, disponible desde 2006.

Cartera de servicios

Inclusión de indicadores en la cartera de servicios sanitaria

Una de las acciones desarrolladas para la evaluación de la implantación del Protocolo ha sido la inclusión de indicadores de seguimiento de la atención sanitaria ante la VG en la cartera de servicios (tabla 20), tal y como ocurre en el caso del Servicio Riojano de Salud (Seris), en las Islas Baleares y en el contrato programa 2009 del País Vasco. Además, esta comunidad autónoma continúa con las evaluaciones realizadas vía oferta preferente en los contratos programa desde 2006 sobre difusión y adopción sistemática del Protocolo sanitario ante malos tratos. También en Andalucía se ha procedido a la inclusión de objetivos específicos relacionados en los contratos programa y la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud.

Tabla 20. Cartera de servicios

Andalucía	Incluye «atención sanitaria frente a la violencia de género»
Asturias	Cartera de servicios del programa de atención psicosocial
Canarias	Incluye «detección y abordaje de la violencia doméstica»
Cantabria	Incluye «detección y atención a la violencia contra la mujer»
Castilla y León	Incluye el Servicio de Atención a la Violencia de Género
Cataluña	Cartera de servicios del Programa de atención a la salud sexual y reproductiva
Comunidad Valenciana	Incluye actuaciones de violencia de género
Extremadura	Incluye el Servicio de Violencia de Género
Madrid	Incluye el Servicio de Detección del Riesgo Familiar

En la cartera de servicios de atención primaria (AP) de Andalucía se incluye la «atención sanitaria frente a la violencia de género» que se oferta a mujeres con indicadores de sospecha de padecer VG.

La cartera de servicios del *Programa de atención psicosocial* de Asturias tiene el objetivo de permitir que las mujeres que sufren malos tratos identifiquen su situación y adquieran las herramientas necesarias para romper el vínculo nocivo.

En Cantabria desde el año 2007 está incluida la «detección y atención a la violencia contra la mujer» en la cartera de servicios de AP, codificada como servicio 210: detección y atención a la violencia contra la mujer.

En Castilla y León, en la cartera de servicios de AP se ha implantado el *Servicio de Atención a la VG* y la evaluación de la cobertura del servicio en todos los equipos de AP, que se ha extendido al conjunto de los equipos de AP de la comunidad autónoma. En las actividades preventivas de la cartera de servicios de AP se incluyen unos criterios de calidad de anamnesis a mujeres mayores de 14 años, referidos a situaciones de VG. También se ha incluido en los planes de gestión de las gerencias de AP un objetivo específico de cobertura en atención a la VG y se ha contratado una psicóloga experta en VG como apoyo a las gerencias de AP.

La cartera de servicios de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana incluye: la detección y atención de los casos de VG y el establecimiento de un plan de intervención adaptado a cada caso; la detección de las situaciones de riesgo, y la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de VG o de malos tratos en menores, personas mayores y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales.

En 2006 se incluyó en la cartera de servicios de Canarias el servicio de «detección y abordaje de la violencia doméstica» y en el Programa de gestión convenida. Anualmente se obtienen los datos de cobertura en cuanto a la detección precoz.

La cartera de servicios del Programa de atención a la salud sexual y reproductiva de Cataluña, revisada en 2008, establece los circuitos para la prevención, la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en relación con la VG.

Galicia prevé que se incluyan objetivos e indicadores específicos de la VG en la cartera de servicios a partir del 2010.

Algunas CCAA mencionan *servicios específicos* dentro de la cartera de servicios, como el *Servicio de Violencia de Género* (antes incluido en el Servicio de Malos Tratos Domésticos), creado por un grupo de trabajo de la Comisión Técnica de la Cartera de Servicios de Extremadura y el *Servicio de Detección del Riesgo Familiar*, puesto en marcha en 2008 dentro de la cartera de servicios de AP del Servicio Madrileño de Salud.

Contrato programa

Andalucía dispone, por una parte, del contrato programa con distritos como objetivo para la actuación sanitaria en los casos de VG, mediante el cual, todos los centros del distrito aplican los protocolos desarrollados en el *Plan de atención a las víctimas de los malos tratos y violencia de género*, tomando las medidas oportunas para proceder a su evaluación, y, por la otra, del contrato programa con hospitales, que garantiza el derecho de las mujeres víctimas de VG a ser atendidas de forma inmediata, preservando la intimidad y confidencialidad de las actuaciones (tabla 21).

En Andalucía durante el año 2008 los sistemas de información se han vinculado con el contrato programa y se han registrado en la historia clínica (historia digital Diraya) la sospecha y las actuaciones sanitarias realizadas a *mujeres que sufren maltrato y/o agresiones sexuales* (derivación a los servicios especializados que se requieran; solicitud de la presencia forense en caso de agresiones sexuales u otras graves que lo precisen, para exploración conjunta, etc.) tras cumplimentar el parte judicial y los informes clínicos cuando sea necesario y registrar el número de partes emitidos.

En el contrato programa con los centros sanitarios de Asturias se incluyen acciones de sensibilización de los profesionales sanitarios y planes de difusión del Protocolo (tabla 21).

En el contrato programa de atención primaria (AP) y hospitales de agudos (HHAA) del País Vasco desde el año 2005 se contemplan indicadores directamente relacionados con el abordaje de la VG (tabla 21).

Tabla 21. Contratos programa y comisiones

Andalucía	Contrato programa con distritos
	Contrato programa con hospitales
Asturias	Contrato programa con los centros sanitarios
Castilla y León	Gerencias
Madrid	Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género
	Comisión Permanente de Coordinación y Seguimiento de Actuaciones en Violencia Doméstica en Atención Especializada
	Comisiones Hospitalarias contra la Violencia
País Vasco	Comisión Salud y Mujer
	Contrato programa

Otros

Además, Madrid y el País Vasco disponen de comisiones: Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género, Comisión Permanente de Coordinación y Seguimiento de Actuaciones en Violencia Doméstica en Atención Especializada y Comisiones Hospitalarias contra la Violencia, en Madrid, y Comisión Salud y Mujer en el País Vasco. La Comisión del Departamento de Sanidad y Osakidetza del País Vasco analiza, propone y evalúa las actuaciones relativas a la mujer y entre ellas se encuentra la VG. También detecta las necesidades de formación del personal de salud, realiza el seguimiento de la implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género y analiza los problemas de coordinación y derivación entre niveles asistenciales y recursos comunitarios.

Esta comunidad autónoma también cuenta con grupos de mejora para la atención a mujeres víctimas de VG en las comarcas sanitarias, convenios de colaboración interinstitucional que pretenden lograr una mejor atención a las mujeres víctimas de VG. Estos grupos de mejora optimizan la prevención, detección y atención de la violencia; mejoran los circuitos de coordinación y derivación entre los distintos niveles de atención sanitaria mediante los recursos de la comunidad autónoma; conocen y afrontan las necesidades formativas de las y los profesionales, y mejoran el registro de casos en el ámbito sanitario.

En la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid y en el Servicio Madrileño de Salud, la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género es la encargada de planificar, coordinar y evaluar las acciones en materia de prevención, detección precoz y atención a la salud de las mujeres expuestas a la violencia por parte de sus parejas.

Además, esta comunidad autónoma cuenta con:

- Las Comisiones Hospitalarias contra la Violencia que dependen de la Comisión Central de Garantía de Calidad de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. Su misión es servir de órgano de asesoramiento de la Junta Técnico-Asistencial y de la Dirección Médica o Asistencial, al igual que otras comisiones clínicas. Las funciones de estas comisiones están alineadas con los objetivos específicos de la Comisión Técnica y son las de sensibilizar a los profesionales; optimizar la prevención, detección y atención de la violencia; aumentar el registro de casos; facilitar información actualizada a las y los profesionales; adecuar la actuación profesional a la demanda y al momento del proceso de violencia; mejorar los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios, y facilitar pautas a los y las profesionales que favorezcan su autocuidado en el afrontamiento de la violencia.
- La Comisión Permanente de Coordinación y Seguimiento de Actuaciones en Violencia Doméstica en Atención Especializada actúa como referente de las Comisiones Hospitalarias y coordina las actuaciones que se desarrollan en el ámbito de atención especializada para la detección, valoración e intervención en casos de violencia intrafamiliar (incluyendo violencia de género, maltrato infantil y maltrato hacia las personas mayores), colabora en la implantación de protocolos y guías de actuación y efectúa el seguimiento de su implantación, entre otras funciones.

Actuaciones específicas dirigidas a grupos de especial vulnerabilidad (mujeres inmigrantes, con discapacidad o del medio rural) y programas específicos (de salud mental o durante el embarazo)

La decisión aprobada por la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado el 4 de noviembre de 2008 insta a coordinar, impulsar y, en su caso, financiar, entre otras, actuaciones relativas a la «inclusión sistemática de las acciones de detección precoz y atención adecuada de la violencia de género en todos los programas específicos, como pueden ser los de salud mental y atención del embarazo» (tabla 22).

Algunas CCAA mencionan la formación en VG con contenidos específicos hacia los grupos de mujeres con especial vulnerabilidad, como la Comunidad Autónoma de Madrid, cuyo *Programa de formación de profesionales sanitarios en VG*, que se desarrolla a través de la Agencia Laín Entralgo, incluye contenidos específicos relacionados con estos procesos

de vulnerabilidad, o el País Vasco, que organiza actividades formativas y de sensibilización en materia de VG, en colaboración con Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, en las cuales se tienen en cuenta las especificidades de los colectivos que sufren múltiple discriminación.

Tabla 22. Actuaciones específicas dirigidas a grupos de especial vulnerabilidad

CCAA	Salud mental	Discapacidad	Inmigrantes	Embarazadas	Medio rural	Mujeres jóvenes	Drogodependientes	Mayores de 65 años
Andalucía	•	•	•			•		
Aragón					•			
Asturias	•							
Canarias				•				
Cantabria	•	•	•	•				
Castilla y León	•		•	•	•			
Cataluña	•		•	•			•	•
Comunidad Valenciana				•				
Galicia			•					
Madrid	•	•	•			•	•	
Murcia	•		•					•
País Vasco		•	•					

En la Comunidad Autónoma de Madrid, el Servicio de Detección del Riesgo Familiar tiene como soporte la *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*, que advierte sobre la necesidad de prestar especial atención a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad. También la *Guía de actuación en atención especializada* incluye preguntas específicas para favorecer la detección precoz en mujeres que se encuentran en este tipo de situación. Además, entre los programas de prevención y de promoción de la salud que desarrolla la Consejería de Sanidad destaca el *Programa de salud pública en colectivos en situación de especial vulnerabilidad*.

En el *IV Plan para la igualdad de mujeres y hombres* del País Vasco, uno de los cuatro ejes estratégicos es la VG que, a su vez, incluye un objetivo dirigido a mejorar las condiciones y posiciones de las mujeres que sufren

múltiple discriminación y se encuentran en situación de riesgo o exclusión. Además, en los decretos de subvenciones de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer se incluyen criterios de valoración que priorizan la consideración de las necesidades específicas de las mujeres que sufren múltiple discriminación y se encuentran en riesgo o situación de exclusión social. También se ha elaborado un modelo unificado para la recogida de datos sobre maltrato doméstico y violencia sexual contra las mujeres en el ámbito de los servicios sociales, en el cual se incluyen indicadores relativos a mujeres que sufren múltiple discriminación (mujeres con discapacidad, inmigrantes, etc.).

El *II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011)* de Cantabria incluye el objetivo de sensibilizar sobre la VG a mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Asimismo, La Rioja pretende contar con la figura de varios agentes de igualdad para facilitar el acceso y el trabajo con los grupos de población más vulnerables, en colaboración con el Observatorio de la Violencia de Género de La Rioja.

A continuación, se describen las actuaciones de las CCAA según los colectivos de mujeres especialmente vulnerables a la VG.

Salud mental

En la tabla 23 se recoge información acerca de los programas específicos de atención a la violencia de género en el ámbito de salud mental, por comunidad autónoma.

En Andalucía se ha finalizado la elaboración del *Protocolo de detección e intervención sobre violencia contra las mujeres para las unidades de salud mental comunitarias* y se ha incluido la perspectiva de género y la atención integral a la VG (que incluye la sanitaria y la de salud mental) en el *II Plan integral de salud mental de Andalucía (2008-2012)*.

En Asturias existe un sistema de registro de detección precoz de la VG en atención primaria y salud mental. En el seno de los servicios de salud mental existe un *Programa de atención psicosocial* (en Oviedo) desde el año 2003, un recurso específico para VG ubicado en atención especializada con cobertura para toda la comunidad autónoma cuya población diana son mujeres que sufren VG en el ámbito familiar, generalmente la pareja o ex pareja, a las cuales se brinda ayuda profesional con la finalidad de que recuperen su autonomía, rompan el círculo de la violencia y se rehabiliten de las lesiones psicológicas. El acceso a este servicio se realiza por derivación de centros asesores de la mujer, centros de salud (AP), centros de atención hospitalaria, salud mental y servicios de apoyo psicológico de las asociaciones de mujeres especializadas en VG.

Tabla 23. Programas específicos de atención a la violencia de género en el ámbito de salud mental

Andalucía	Protocolo de detección e intervención sobre violencia contra las mujeres para las unidades de salud mental comunitarias
	II Plan integral de salud mental de Andalucía (2008-2012)
Asturias	Programa de atención psicosocial
Cataluña	Plan director de salud mental y adicciones
	Programa de salud mental integral para víctimas de violencia de género
Madrid	Dispositivo del Programa Atiende
Murcia	Aplicación del Protocolo de detección y actuación para la violencia de género

En Cantabria, el *II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011)* incluye el objetivo de mejorar el apoyo psicológico desde las unidades de salud mental mediante el incremento de la dotación de profesionales de psicología clínica con formación en VG en las unidades de salud mental, así como el desarrollo de grupos terapéuticos de mujeres víctimas de violencia desde las unidades de salud mental.

En Cataluña, el *Plan director de salud mental y adicciones* incluye el de mejorar la AE (atención psiquiátrica y psicológica) en las poblaciones vulnerables, entre las cuales se encuentran las mujeres maltratadas –a su vez, insertado en el proyecto de mejora de la atención de los trastornos mentales y las adicciones en la AP de salud y en el marco del Plan interdepartamental coordinado con el Instituto Catalán de las Mujeres y de acuerdo con el desarrollo de unidades de atención integral a la violencia de género–. Además, el Departamento de Salud ha subvencionado el *Programa de salud mental integral para víctimas de VG* y un proyecto de *detección y atención psicosocial precoz a mujeres vulnerables víctimas de VG*.

En Madrid se ha concluido la *Guía de actuación en atención especializada*, en la cual se incluyen preguntas para la detección precoz en situaciones de mayor vulnerabilidad y pautas de actuación específica en salud mental. La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud cuenta con el *dispositivo del Programa Atiende* desde 2005 con el objetivo general de valorar la salud mental de las mujeres con orden de protección y de sus hijos e hijas, con el fin de emitir el correspondiente informe clínico con anticipación de uso legal, así como la atención y seguimiento de los casos que lo precisen y la derivación al recurso más adecuado. En los 3 años y medio de funcionamiento, el Programa ha abierto la oferta asistencial para extenderse también a mujeres sin orden de protección u otra medida judicial equivalente.

En Castilla y León, en el seno de AE se ha realizado un curso de formación en violencia de género para equipos de salud mental.

En Murcia se prevé la presentación durante el año 2009 de un *Protocolo de detección y actuación para la violencia de género* que se aplicará en todos los casos de mujeres que consultan en los servicios de salud mental que tengan o hayan tenido pareja (está prevista su presentación para el año 2009). También Galicia prevé durante 2009 la inclusión de acciones de atención y detección precoz de la VG en el programa de salud mental.

Mujeres con discapacidad

En la tabla 24 se recoge información acerca de los programas específicos de atención a mujeres con discapacidad, en los cuales se incluye la violencia de género, por comunidad autónoma.

Tabla 24. Programas específicos de atención a mujeres con discapacidad, en los cuales se incluye la violencia de género

Andalucía	I Plan de acción integral para las mujeres con discapacidad en Andalucía (2008-2013)
Madrid	Plan de acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid (2005-2008)

En Andalucía se ha publicado el *I Plan de acción integral para las mujeres con discapacidad en Andalucía (2008-2013)*, en el cual se ha incorporado como área temática específica la violencia contra las mujeres con discapacidad, con medidas específicas concretas.

La Comunidad Autónoma de Madrid cuenta con el *Plan de acción para personas con discapacidad de la Comunidad de Madrid (2005-2008)*, en el cual se incorpora la perspectiva de género de forma integrada dentro de las actuaciones cuyo seguimiento se realiza en la Comisión de Mujer y Discapacidad, la cual también ha elaborado un manual de buenas prácticas para la atención a las mujeres con discapacidad.

Además, otras CCAA incluyen la atención a las mujeres con discapacidad víctimas de VG en otros programas de atención. Por ejemplo, en Cantabria el *II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011)* incluye el objetivo de sensibilizar sobre la VG a mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad, entre las cuales se incluyen las mujeres con discapacidad, o la *Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los servicios sociales (2006)* del País Vasco,

que incluye un apartado relativo a aspectos que deben considerarse en la intervención con mujeres inmigrantes y mujeres con discapacidad. Esta comunidad autónoma destaca la difusión de información sobre asistencia a las personas sordas y/o con discapacidades auditivas al facilitar los números de fax del Servicio Vasco de Emergencias (112) en los carteles que se elaboraron con ocasión de la campaña interinstitucional del 25 de noviembre.

Mujeres inmigrantes

En la tabla 25 se recoge información acerca de los programas específicos de atención a mujeres inmigrantes, en los cuales se incluye la violencia de género, por comunidad autónoma.

Tabla 25. Programas específicos de atención a mujeres inmigrantes, en los cuales se incluye la violencia de género	
Castilla y León	Programas de atención a personas inmigrantes
Cataluña	Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina
	Documento operativo sobre mutilación genital femenina
	Guía práctica para la prevención, detección y atención a la mutilación genital femenina
Madrid	Programa de salud pública en colectivos en situación de especial vulnerabilidad
	Plan estratégico de salud para la población inmigrante de la Comunidad de Madrid

En Castilla y León, en el marco de los *Programas de atención a personas inmigrantes*, los recursos sanitarios han mejorado su coordinación con los recursos existentes para atender las necesidades específicas de las mujeres inmigrantes víctimas de VG.

En la Comunidad Autónoma de Madrid, la Consejería de Sanidad, a través del Servicio Madrileño de Salud, desarrolla el *Programa de salud pública en colectivos en situación de especial vulnerabilidad*, que incluye una línea estratégica para abordar la VG en mujeres inmigrantes. Las acciones que contempla son la difusión, la sensibilización y la formación a profesionales sociosanitarios y la unificación de los criterios de intervención y de coordinación. Este programa participa en el *Plan de integración de la Comunidad de Madrid* que contiene actuaciones frente a la VG, cuyo propósito consiste en el hecho de que las medidas recogidas en el *Plan de acción integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid* se apliquen igualmente en el caso de la población extranjera inmigrante.

En Cataluña se ha editado y se está implementando la nueva versión revisada del *Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina* y está prevista la elaboración del Documento operativo sobre mutilación genital femenina, complementario del *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña*. Para esta forma específica de VG se han llevado a cabo actividades de difusión y formación tanto entre profesionales de diversos ámbitos como entre la población en riesgo y sospecha, y existen experiencias de coordinación con los *mossos d'esquadra* en la detección y derivación de chicas en riesgo.

El *II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011)* de Cantabria incluye el objetivo de sensibilizar sobre la VG a mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad, entre las cuales se incluyen las mujeres inmigrantes.

Otras CCAA mencionan actuaciones específicas dirigidas a mujeres inmigrantes que no están insertadas en ningún plan. En Andalucía, en las provincias con mayor presencia de población inmigrante (Almería, Jaén y Huelva), se desarrollan actuaciones específicas desde los distritos sanitarios para la detección y atención a los malos tratos en la mujer inmigrante. Por ejemplo, en Almería se han realizado 6 talleres de prevención de violencia de género dirigidos a población inmigrante.

En el País Vasco existe un servicio de traducción simultánea presencial y telefónica en varios hospitales de la red sanitaria pública, en los servicios de urgencias y áreas de atención obstétrico-ginecológica. El servicio cubre 50 lenguas, pero se priorizan el francés, el árabe, el chino y el rumano. En el resto de hospitales y en AP destacan las iniciativas de colaboraciones con asociaciones de personas inmigrantes, con servicios de Bienestar Social de ayuntamientos o con otros colectivos.

En Murcia en 2005 se creó el Consejo Asesor Regional contra la Violencia sobre la Mujer, en el cual participa la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

En Galicia, las actuaciones están dirigidas hacia la formación de profesionales de la salud para la atención a mujeres inmigrantes.

Mujeres embarazadas

En la tabla 26 se recoge información acerca de los programas específicos de atención al embarazo, en los cuales se incluye la violencia de género, por comunidad autónoma.

En Cantabria, el *II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011)* incluye el objetivo de sensibilizar sobre la VG a mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad, entre las cuales se incluyen las mujeres gestantes.

Entre sus actuaciones destaca incluir en el nuevo *Programa de preparación para la maternidad/paternidad* contenidos de sensibilización y prevención de la VG y la difusión de los recursos de apoyo. También se han incluido acciones de detección precoz y atención a la VG en el *Protocolo de atención al embarazo*.

Tabla 26. Programas específicos de atención al embarazo, en los cuales se incluye la violencia de género

Cantabria	Programa de preparación para la maternidad/paternidad
	Protocolo de atención al embarazo
Cataluña	Programa de atención a la salud sexual y reproductiva

En la Comunidad Valenciana, con el objetivo de incluir las acciones de detección precoz y atención en los programas específicos de atención al embarazo, un grupo específico de mujeres que acudían al programa de control prenatal participó en un proyecto de investigación que ha permitido llevar a cabo la fase piloto de la elaboración del *Protocolo de atención sanitaria de violencia de la Conselleria de Sanidad*.

El *Programa de atención a la salud sexual y reproductiva de Cataluña* incluye el cribado proactivo de eventuales casos de VG en el control y seguimiento del embarazo y en los embarazos no deseados. En el Departamento de Salud de Cataluña se ha elaborado en 2008 una *Guía para el abordaje de la violencia de género en salud sexual y reproductiva* dirigida a profesionales que ha servido de base para la elaboración del *Documento operativo sobre embarazo y violencia* –complementario al Protocolo para el abordaje de la violencia de género en el ámbito de la salud en Cataluña– documento marco– que determina la operativa de las actuaciones y el abordaje específico y proactivo de la atención sanitaria a las mujeres embarazadas que sufren violencia.

Otras CCAA mencionan la formación como actuaciones específicas hacia este colectivo puesto que han celebrado diversas actividades formativas en este sentido dirigidas al personal sanitario que interviene en la atención a la mujer y su pareja o persona acompañante durante el embarazo, parto y puerperio: talleres de formación en violencia de género para matronas en AP y AE (Castilla y León) y talleres de formación en la perspectiva de género en el embarazo, parto y puerperio (Canarias), en el cual se resalta de forma específica la VG y su repercusión en la salud en esta etapa. Canarias también menciona el Programa de preparación a la maternidad y

paternidad, que incluye el género como determinante de la salud y en el cual se aborda de forma específica la VG. A cada mujer asistente se le abre una ficha-historia con datos de filiación, estado de salud general y se incluyen preguntas sobre situación en relación con la VG en esta etapa y se le facilitan recursos sobre la VG.

Por último, Galicia prevé durante 2009 la inclusión de acciones de atención y detección precoz de la VG durante el embarazo.

Mujeres del medio rural

En la tabla 27 se recoge información acerca de los programas específicos de atención a la violencia de género en el medio rural.

Tabla 27. Programas específicos de atención a la violencia de género en el medio rural

Castilla y León	Plan autonómico de prevención y protección contra la violencia de género en el medio rural de Castilla y León
-----------------	---

Tan sólo dos CCAA mencionan la existencia de actuaciones específicas dirigidas a las mujeres del medio rural entre los colectivos de especial vulnerabilidad ante la VG: Aragón y Castilla y León.

Aragón dispone de actuaciones de formación focalizadas especialmente en el entorno rural, cuyos objetivos específicos son: garantizar una atención integral pionera en el medio rural que dé atención a las mujeres que en él residen; ofrecer y garantizar atención integral a las mujeres víctimas de VG en cuanto a recursos, alternativas y protección con especial atención a las situaciones de emergencia y colectivos específicos; llevar a cabo acciones de sensibilización y de denuncia con objeto de erradicar la violencia contra la mujer en la zona, e investigar la problemática para conocer la realidad en la zona con el objetivo de prevenir este tipo de conductas.

El Servicio de Salud de Castilla y León, dentro de las actividades del *Plan autonómico de prevención y protección contra la violencia de género en el medio rural de Castilla y León* –interdepartamental–, prevé la mejora de la protección, atención y seguridad de las mujeres víctimas de violencia de género que residen en el medio rural, fundamentalmente en el ámbito de la AP.

Mujeres jóvenes

En la tabla 28 se recoge información acerca de los programas específicos de atención a la población juvenil, en los cuales se incluye la violencia de género.

Tabla 28. Programas específicos de atención a la población juvenil en los cuales se incluye la violencia de género

Andalucía	Programa de acción intersectorial Forma Joven
Cantabria	II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011)
Madrid	Programa de salud infanto-juvenil

Sólo dos CCAA planean intervenciones dirigidas hacia la población juvenil en materia de VG: Andalucía y Madrid.

Andalucía contempla la prevención de la VG mediante la coeducación, la educación en valores y la sensibilización en el alumnado de los institutos de enseñanza secundaria (IES), en el seno del *Programa de acción intersectorial Forma Joven* y de mano del personal sanitario en colaboración con docentes y mediadores juveniles.

La Consejería de Sanidad de Madrid desarrolla programas de prevención y de promoción de la salud, como el *Programa de salud infanto-juvenil* que, entre otros, contempla la promoción de proyectos de educación para la salud en centros educativos mediante el procedimiento de subvenciones a centros docentes, incluyéndose la perspectiva de género como uno de los criterios para la valoración de los proyectos. Dentro de este programa destaca la actividad que desarrolla el Centro Joven de Salud para el área 1, cuya cartera de servicios incorpora actuaciones relacionadas con la sensibilización y la prevención en materia de violencia de género, específicamente en detección y derivación.

Mujeres drogodependientes

Sólo la Comunidad Autónoma de Madrid, a través de la Agencia Antidroga, menciona disponer de centros específicos de atención a las mujeres en situación de drogodependencia y, entre ellas, víctimas de VG. De hecho, una de las causas que debe valorarse para el ingreso en los centros de atención

integral a las drogodependencias (CAID) es la del maltrato y tienen prioridad las solicitudes originadas por esta causa.

En Cataluña, el *Plan director de salud mental y adicciones* incluye el de mejorar la AE (atención psiquiátrica y psicológica) en las poblaciones vulnerables, entre las cuales se encuentran las mujeres maltratadas.

Mujeres mayores de 65 años

La Comunidad Autónoma de Cataluña menciona una estrategia para este colectivo de mujeres de especial vulnerabilidad a la VG, consistente en la elaboración de un protocolo de maltrato en personas mayores de 65 años, que incluye VG y que, a su vez, constituye una experiencia de coordinación.

Además, en Murcia se ha elaborado de manera coordinada entre el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud, a través de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, el *Protocolo regional de prevención y detección de violencia en la mujer mayor de 65 años*. Este Protocolo está destinado a sensibilizar a las y los profesionales de la salud para que sepan abordar la prevención, detección y atención a las mujeres mayores de 65 años víctimas de malos tratos

Mujeres sin recursos

Tan sólo Galicia menciona prever durante 2009 la inclusión de acciones de atención y detección precoz de la violencia de género en programas para mujeres sin recursos.

Otras actuaciones (coordinación e investigación)

Coordinación

Las CCAA han llevado a cabo experiencias concretas de coordinación entre los distintos niveles asistenciales (AP, AE, salud mental y urgencias) y de coordinación interinstitucional (otros sectores diferentes al sanitario: medicina forense, policía local y/o autonómica, consejerías y/o concejalías de mujer, desarrollo local e integración social y laboral, etc.). A continuación se describen las experiencias de las CCAA en materia de cooperación en la toma de decisiones y el acuerdo de cómo proceder ante los casos de VG durante el año 2008.

Coordinación entre niveles asistenciales

En la tabla 29 se recoge información acerca de coordinación entre niveles asistenciales.

Comunidad Autónoma	Medidas de coordinación
Andalucía	Mesas o comisiones técnicas de salud
Asturias	Protocolo interdepartamental del Principado de Asturias para la atención a las mujeres que sufren violencia
Islas Baleares	Comisión de Salud y Género
	Comisión de Atención ante la Violencia de Género del Área de Salud de Ibiza y Formentera
	Comisión de seguimiento del Protocolo de coordinación en caso de delitos de agresión sexual
Castilla y León	Plan autonómico de prevención y protección contra la violencia de género en el medio rural de Castilla y León
Comunidad Valenciana	Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA)
Extremadura	Comisión Permanente para la Prevención y la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres
Galicia	Comisión de Violencia de Género
Madrid	Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género
	Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres
	Guía breve de actuación en atención primaria
	Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres
	Comisiones Hospitalarias contra la Violencia
	Comisión Permanente de Coordinación y Seguimiento de Actuaciones en Violencia Intrafamiliar en Atención Especializada
País Vasco	Comisión de Violencia Doméstica contra las Mujeres

En Cataluña y el País Vasco se han llevado a cabo actuaciones de coordinación entre diferentes ámbitos asistenciales.

En el *Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA)* de la Comunidad Valenciana se recomienda la coordinación y colaboración entre los distintos profesionales sociosanitarios y el enfoque multisectorial y multidisciplinario frente a los casos detectados de VG. Para ello se incluyen en los planes de intervención ante casos de VG derivaciones y

colaboraciones entre distintos ámbitos asistenciales, así como una guía con los principales recursos policiales, judiciales, sociales y sanitarios disponibles.

En Galicia se ha impulsado el uso del protocolo de los partes de lesiones y su gestión posterior para respetar los circuitos de comunicación con el fin de garantizar la información de casos al personal médico de los centros de salud y el correcto seguimiento de los casos de VG detectados en los PAC (puntos de atención continuada), incluyendo una copia del parte de lesiones en la historia clínica de la mujer.

Algunas CCAA destacan la existencia de *comisiones* que facilitan y trabajan para la coordinación.

En Madrid, la Comisión Técnica de Acciones en Salud frente a la Violencia de Género, con la presidencia de la directora general de AP, cuenta con la participación de representantes de salud pública, atención primaria, Summa 112, atención especializada, salud mental, sistemas de información, Agencia Laín Entralgo y Dirección General de la Mujer. Esta composición le permite desarrollar un proyecto de trabajo coordinado para generar compromisos institucionales que favorezcan y potencien el desarrollo de líneas de actuación en VG con el objetivo de avanzar en la integración de la problemática de la violencia de género en el conjunto de las funciones del sistema sanitario de manera coordinada entre las diferentes instancias implicadas.

En este sentido destacan como iniciativas:

- Los instrumentos de gestión: la *Guía de apoyo en atención primaria*, la *Guía breve de actuación en atención primaria* y la *Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Establecen pautas específicas de intervención, criterios de derivación entre los niveles asistenciales y ofrece información relativa a los aspectos éticos y legales.
- La participación en la coordinación y el diseño de las acciones formativas y el material de apoyo de la línea estratégica de formación en violencia de género de la Agencia Laín Entralgo en los diferentes niveles asistenciales. En este sentido son de destacar la elaboración de los *criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres* y la participación en la *evaluación intermedia de la línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria* en esta materia.
- La construcción de un espacio *web*, en el cual se visualizan las acciones y publicaciones, promovido y coordinado por la Subdirección de Promoción de la Salud y en el cual ha participado la Comisión Técnica.
- La creación de las Comisiones Hospitalarias contra la Violencia en todos los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, cuyas funcio-

nes, que están alineadas con los objetivos específicos de la Comisión Técnica, incluyen la mejora de los circuitos de coordinación y derivación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios.

- La creación, en diciembre de 2007, de la Comisión Permanente de Coordinación y Seguimiento de Actuaciones en Violencia Intrafamiliar en AE, una estructura de coordinación entre niveles asistenciales y entre recursos comunitarios que actúa como referente de las Comisiones Hospitalarias y como órgano asesor en el diseño de contenidos de las acciones formativas específicas, jornadas científicas, etc.

En Andalucía existen las mesas o comisiones técnicas de salud que funcionan por ámbito provincial (Córdoba, Jaén y Granada) y por distritos sanitarios, centros de salud y hospitales. Tienen una composición multidisciplinaria y dirigen sus actuaciones a la implantación de protocolos o guías de actuación específicos del centro para facilitar la coordinación y la continuidad asistencial ante situaciones de VG. También se ha establecido el Procedimiento de coordinación institucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Andalucía.

Las Islas Baleares cuentan con una Comisión de Salud y Género, en la cual se realiza el seguimiento de la coordinación entre los ámbitos asistenciales y se detectan áreas de mejora.

Extremadura menciona que se está trabajando en la coordinación entre los niveles asistenciales y en la Comisión Permanente para la Prevención y la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, donde están representados distintos estamentos. Otros objetivos durante 2008 han sido la ampliación de los puntos de atención psicológica a mujeres víctimas de VG, dependientes del Instituto de la Mujer y su inclusión en los centros de salud. Además, se ha creado un grupo de trabajo para actualizar el Protocolo interdepartamental para la prevención y erradicación de la VG.

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra coordina los diferentes ámbitos asistenciales de AP, AE, ginecología y obstetricia y salud mental con el fin de conocer mejor la magnitud del problema de la VG, las diferentes respuestas que dan las y los profesionales sanitarios y las herramientas existentes de que se dispone para la recogida de datos en vigilancia epidemiológica. También se ha constituido un grupo de trabajo para debatir los indicadores de información propuestos por el Consejo Interterritorial del SNS, variables que deben registrarse y el procedimiento de registro.

Algunas CCAA, como Andalucía, Cataluña y Madrid, también mencionan la *formación* como experiencia concreta de coordinación.

Colaboración interinstitucional

Algunas CCAA hacen referencia a la existencia de *protocolos* específicos de coordinación (tabla 30) en que se recogen las actuaciones a las cuales se compromete cada uno de los ámbitos intervinientes, los criterios de derivación entre diferentes ámbitos y la localización de todos los recursos existentes en cada comunidad autónoma para la atención a las mujeres víctimas de VG.

Otras CCAA destacan las *comisiones intersectoriales* como iniciativa de coordinación (tabla 30).

En Galicia y el País Vasco se ha creado, respectivamente, una Comisión de Violencia de Género de carácter intersectorial que diseña talleres multidisciplinarios para el personal sanitario y una Comisión de Seguimiento del Acuerdo interinstitucional para garantizar la aplicación efectiva de sus pautas y criterios y llevar a cabo el seguimiento de los compromisos adquiridos por las instituciones implicadas.

Las Islas Baleares cuentan con una Comisión de Atención ante la Violencia de Género del Área de Salud de Ibiza y Formentera, que garantiza la coordinación entre los profesionales que atienden a las mujeres que sufren o han sufrido VG y una Comisión de Seguimiento del *Protocolo de coordinación en caso de delitos de agresión sexual* que garantiza la coordinación entre el personal médico, forenses y los facultativos que asisten a las mujeres.

Además, durante 2008 se ha trabajado en la mejora de la informatización del comunicado judicial y la gerencia de AP dispone de una técnica que asesora a los profesionales sanitarios en materia de derecho sanitario, recepción y tramitación de escritos judiciales, historias clínicas, menores, agresiones, etc.

La Comisión contra la Violencia de Género del Gobierno de Cantabria coordina todas las actuaciones de VG en las distintas consejerías y realiza el seguimiento, valoración y control de las medidas adoptadas en la lucha contra la VG. En esta comunidad autónoma también destacan experiencias concretas de coordinación con la Unidad contra la Violencia sobre la Mujer de la Delegación del Gobierno de Cantabria (para canalizar fundamentalmente la información entre los estamentos sanitarios y policiales), la Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria (que es responsable de los centros de acogida para las mujeres víctimas de VG y se ha coordinado con ella la asistencia de salud mental).

En Andalucía destacan las mesas o comisiones técnicas intersectoriales provinciales para facilitar la coordinación entre los diferentes organismos y mejorar la atención a las mujeres. También se han producido otras experiencias de colaboración más específicas de coordinación en Granada –con el sistema judicial–, en Huelva –con instituciones, asociaciones, ONG, etc.– y en Jaén –con el Instituto de Medicina Legal y Forense–.

Tabla 30. Colaboración interinstitucional

Procedimientos o protocolos	
Andalucía	Procedimiento de coordinación institucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Andalucía
Aragón	Protocolo de coordinación interinstitucional
Asturias	Protocolo interdepartamental para la atención a las mujeres que sufren violencia
Islas Baleares	Protocolo interinstitucional de detección, prevención y atención ante la violencia machista y en casos de ataques sexuales de las Islas Baleares
	Protocolo de coordinación en caso de delitos de agresión sexual
Canarias	Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la Comunidad Autónoma de Canarias (en elaboración)
Castilla y León	Protocolo marco de actuación profesional para casos de violencia de género en Castilla y León
	II Plan contra la violencia de género en Castilla y León (2007-2011)
Cataluña	Protocolo marco para una intervención coordinada contra la violencia machista
Extremadura	Protocolo interdepartamental para la prevención y erradicación de la violencia de género
Madrid	Protocolo de atención a las víctimas de violencia de género desde el punto de coordinación de las órdenes de protección
País Vasco	Protocolo de respuesta institucional ante casos de muerte por maltrato doméstico
Otros (mesas, comisiones y coordinación)	
Andalucía	Mesas o comisiones técnicas intersectoriales
Cantabria	Coordinación con la Unidad contra la Violencia sobre la Mujer de la Delegación del Gobierno de Cantabria
	Coordinación con la Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria
	Comisión contra la Violencia de Género del Gobierno de Cantabria
Castilla-La Mancha	Acuerdo de coordinación institucional y aplicación de los protocolos para la prevención de la violencia de género y atención a mujeres de Castilla-La Mancha
Cataluña	Red de atención a las mujeres en situaciones de violencia machista
	Red de coordinación de las Terres de l'Ebre
	Circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres
Madrid	Plan de acción contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid
	Observatorio Regional de la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid (ORVG)
	Punto de coordinación de las órdenes de protección
	Programa Atiende
Murcia	Consejo Asesor Regional contra la Violencia sobre la Mujer

Navarra	Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional para la Atención Integral a las Mujeres Víctimas del Maltrato Doméstico
País Vasco	II Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales
	Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional
	Convenio de colaboración entre Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Eudel, Asociación de Municipios Vascos: Red de Municipios Vascos por la Igualdad y contra la Violencia hacia las Mujeres
	Guía de pautas para la adopción de protocolos municipales y medidas para la mejora en la atención local a mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales
	Observatorio de la Violencia de Género en Vizcaya

En la Comunidad Autónoma de Madrid, el Observatorio Regional de la Violencia de Género (ORVG) coordina todas las actuaciones en materia de violencia de género que se desarrollan en el ámbito autonómico y municipal y efectúa el seguimiento de las medidas contenidas en el *Plan de acción contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid*. En él están representadas las distintas consejerías de la Administración regional junto con el Consejo Económico y Social, el Consejo de la Mujer y la Federación de Municipios de Madrid. Fruto de la actividad coordinadora del ORVG ha sido la aprobación e implantación del *Protocolo de atención a las víctimas de violencia de género desde el punto de coordinación* (Unidad de la Dirección General de la Mujer, a través de la cual se canaliza la asistencia y protección a las víctimas de VG), que recoge los mecanismos de coordinación entre las diferentes Administraciones y centros de atención para propiciar una asistencia integral a las víctimas de violencia con órdenes de protección, según las medidas acordadas y las que procedan en función de la situación de las mujeres objeto de violencia y, en su caso, los menores a su cargo.

Navarra cuenta con un registro integral de expedientes de violencia de género que permite acceder a las diferentes Administraciones y entidades que intervienen a nivel autonómico (Acuerdo interinstitucional para la atención integral a las mujeres víctimas del maltrato doméstico) a toda la información de expedientes que proceden de distintas fuentes. Se trata de almacenar de forma segura todos los registros de información para aplicar el protocolo de asistencia a las víctimas de violencia de género. En esta primera fase no se ha previsto la participación del Departamento de Salud, pero en el estudio de viabilidad ya se plantea su incorporación para una segunda fase.

Por otra parte, en Ceuta, el País Vasco y Canarias se mantienen reuniones periódicas de coordinación para la planificación conjunta de nuevas acciones y para el seguimiento de las actuaciones sanitarias en materia de VG, con:

- La Unidad de Coordinación de la Delegación del Gobierno de Ceuta y el Centro Asesor de la Mujer dependiente de Ceuta.
- La Dirección de Relaciones con la Administración de Justicia para detectar posibles desajustes en la implementación del Protocolo sanitario del País Vasco y adoptar medidas para corregirlos y para su participación en la adopción e implantación de las medidas comunes en todas las instituciones.
- El Instituto Canario de la Mujer, dentro del Programa para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

Siguiendo con la colaboración con los *institutos de la mujer* autonómicos, en Murcia en 2005 se creó el Consejo Asesor Regional contra la Violencia sobre la Mujer, de composición intersectorial, cuya función es colaborar con el Instituto de la Mujer de la Región de Murcia en materia de VG.

El Instituto de la Mujer de la Consejería de Presidencia de Asturias elaboró el *Protocolo interdepartamental para la atención a las mujeres que sufren violencia*, que integra los protocolos de actuación en atención sanitaria, servicios sociales, policía, judicatura y medicina legal y centros asesores de la mujer en Asturias. Asimismo, desde el año 2003, el Servicio de Atención Psicosocial dependiente de la Unidad de Coordinación de Salud Mental deriva casos desde AP y AE hacia otros sectores diferentes al sanitario.

En aquellas comunidades autónomas en que existe un protocolo de detección en recursos sociales o en recursos del Instituto de la Mujer, casa de acogida u otros, tal y como señala Asturias, podría esperarse que gran parte de los casos detectados fueran identificados en servicios distintos a los sanitarios. En Asturias, la orientación hacia los centros asesores de la mujer es muy notable y gran parte de la detección se realiza por parte de éstos.

En Castilla y León se colabora con la Dirección General de la Mujer en la realización y financiación de actividades de formación y recursos de atención a hombres que maltratan. También se ha puesto en marcha una experiencia de coordinación entre la Consejería de Sanidad y la Subdelegación del Gobierno para la Violencia de Género, con la Dirección General de la Mujer y con las corporaciones locales a nivel central, para la elaboración y puesta en marcha del *Plan autonómico de prevención y protección contra la violencia de género en el medio rural de Castilla y León*. Éste, a su vez, planifica la actuación coordinada para la atención, protección y seguimiento de las mujeres víctimas de VG que residen en el medio rural e inmigrantes. Asimismo, se han creado diversos órganos que permiten reunir en la misma mesa a los máximos responsables de las Administraciones y entidades implicadas con el fin de llegar a acuerdos y compromisos dirigidos a atender cada vez mejor a la mujer víctima de malos tratos. Estos órganos son la Comisión Interconsejería presidida por el presidente de la Junta de Castilla y León,

la Comisión Regional contra la Violencia hacia la Mujer y las comisiones territoriales contra la violencia.

Asimismo, en las CCAA de Castilla-La Mancha y el País Vasco en 2008 se han elaborado y/o firmado acuerdos de coordinación institucional a fin de ofrecer una actuación integral y coordinada a las mujeres que sufren VG, al establecer unas pautas de actuación homogéneas de actuación que mejoren la atención prestada a las víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales, garantizando su protección integral en los ámbitos sanitario, policial, judicial y social. En el seno de estos acuerdos se han elaborado informes y se han celebrado reuniones periódicas.

El Observatorio de la Violencia de Género en Vizcaya destaca por sus actuaciones de coordinación como:

- Un mapa de recursos sobre violencia contra las mujeres en Vizcaya.
- Una propuesta de selección de indicadores para casos de maltrato doméstico en el ámbito de los servicios sociales.
- Elaboración del documento *Cifras sobre atención a situaciones de violencia de género en Vizcaya*.
- Recogida de datos de países de la Unión Europea sobre mujeres víctimas de VG y suicidios de agresores.
- Creación de un boletín informativo en formato electrónico.

Cataluña menciona experiencias de coordinación del sector sanitario con otros sectores de la Administración, dirigidas a dar una respuesta social e institucional integrada en relación con la erradicación de la VG (tabla 30). También se han llevado a cabo actividades de sensibilización y formación con participación multidisciplinaria e interinstitucionales (profesionales del cuerpo de *mossos d'esquadra* y de la Conselleria de Bienestar Social, etc.) y se ha contado con la participación de profesionales que trabajan en este ámbito desde los ayuntamientos.

En el ámbito específico sanitario, la Comunidad Autónoma de Madrid menciona el dispositivo del Programa Atiende, ya citado, como experiencia concreta de coordinación entre diferentes Administraciones dado que fue diseñado entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud y la Dirección General de la Mujer para valorar la salud mental de las mujeres con orden de protección, así como la atención y seguimiento de los casos que lo precisen. Las derivaciones a este dispositivo de salud mental son canalizadas a través del punto de coordinación de la Dirección General de la Mujer y pueden proceder de la Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género, así como de otros dispositivos de la Dirección General de la Mujer (Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales, Programa Mira, centros de día y red de centros residenciales).

Investigación

A continuación se detallan las investigaciones realizadas sobre VG dentro del ámbito sanitario (tabla 31). Los temas investigados han sido los siguientes: características sociodemográficas de las mujeres en situación de maltrato que acuden a consulta, morbilidad asociada a las mujeres en situación de maltrato, mejoras en los sistemas de información, impacto de la formación en la detección precoz de las situaciones de maltrato y evaluación de la atención (grado de cobertura, pertinencia, eficacia, etc.).

Tabla 31. Proyectos de investigación

Andalucía	Violencia de género en la mujer enfermera
	Investigación dirigida a conocer la opinión y expectativas sobre el trato y la atención sanitaria que reciben las mujeres maltratadas
	Investigación cualitativa para identificar otras formas de violencia de género en mujeres en situación de extrema vulnerabilidad
Asturias	Análisis sociodemográfico de las mujeres que acuden al Servicio de Atención Psicosocial
	Descripción del registro de casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias
	Evaluación de costes en la atención sanitaria a víctimas de violencia de género
Castilla y León	Diferencias en la actuación de los profesionales sociosanitarios en el ámbito rural y urbano con las mujeres víctimas de violencia de género
	Estudio de las diferencias de actitudes y comportamiento ante la violencia de género en las mujeres víctimas de violencia del ámbito rural y urbano de Castilla y León (fase II)
	Estudio de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora del diagnóstico de la violencia doméstica (Isfvidap)
Cataluña	Encuesta de Salud de Cataluña 2006: inclusión de una pregunta sobre violencia de género
Comunidad Valenciana	Violencia familiar contra las mujeres durante el embarazo: contexto social y abordaje por el personal sanitario
Madrid	Impacto de acciones formativas sobre la detección de la violencia de pareja hacia las mujeres en atención primaria

Características sociodemográficas de las mujeres en situación de maltrato que acuden a consulta

En 2008 se desarrolló en Andalucía un proyecto de investigación cualitativa para identificar otras formas de VG en mujeres en situación de extrema

vulnerabilidad, recoger sus relatos de vida para explorar el contexto social y económico en el cual se inicia y desarrolla la violencia y explorar las consecuencias de la violencia en el proyecto vital de estas mujeres y su entorno familiar. Además, ha sido solicitada y financiada la investigación *Violencia de género en la mujer enfermera*, desarrollada en el Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Asturias ha llevado a cabo un análisis sociodemográfico de las mujeres que acuden al Servicio de Atención Psicosocial cuyas variables han sido: estado civil, grupos de edad, nivel de estudios, hijos a su cargo y situación laboral.

En Castilla y León se halla en ejecución el proyecto de investigación *Estudio de las diferencias de actitudes y comportamiento ante la violencia de género en las mujeres víctimas de violencia del ámbito rural y urbano de Castilla y León (fase II)*.

Morbilidad asociada a las mujeres en situación de maltrato

En la Comunidad Autónoma de Madrid se ha realizado un estudio transversal de base poblacional para conocer la prevalencia de la violencia de pareja hacia las mujeres y los problemas de salud asociados a esta situación.

Asturias dispone de información de comorbilidad referida a las fuentes del registro Vimpa (violencia contra las mujeres del Principado de Asturias) y al registro acumulativo de casos psiquiátricos.

En el marco del Programa de atención a las víctimas de la violencia intrafamiliar de Cataluña, se ha llevado a cabo un estudio multidisciplinario de detección y riesgo psicológico de las víctimas de violencia intrafamiliar y de género en Cornellà de Llobregat (Barcelona).

Mejoras en los sistemas de información

Los sistemas de información de la Comunidad Autónoma de Madrid han adecuado la explotación de los datos de AP y han establecido los circuitos necesarios para responder a las necesidades de información de la Comisión Técnica y han fijado su línea de trabajo en la obtención depurada de las bases de datos y en la incorporación de registros que posibiliten la obtención de nuevos indicadores. Respecto al ámbito de AE, se está diseñando una hoja de registro específica para situaciones de violencia intrafamiliar (VG, maltrato infantil y maltrato hacia las personas mayores) y el desarrollo de su correspondiente aplicación informática.

Desde el Servicio de Epidemiología, la Subdirección de Sistemas de Información y la Comisión Técnica de la Cartera de Servicios de Extremadura se está trabajando en la mejora de los sistemas de información para adaptarse a los indicadores que se han consensuado en la Comisión contra la Violencia de Género del SNS.

Otras CCAA, como Cataluña y el País Vasco, prevén o están trabajando en la elaboración de un sistema de obtención de datos que dé respuesta a los indicadores sanitarios de VG puesto que actualmente los datos de que se dispone son parciales, no registran todas las formas de VG y se hace necesaria una unificación de los sistemas de recogida de los datos y de los criterios de recogida de la información.

Además, el Departamento de Salud de Cataluña ha elaborado un documento de *Recomendaciones para la introducción de la perspectiva de género en los sistemas de información en el ámbito de la salud* y en *Gaceta Sanitaria* está pendiente de publicación la investigación de Mulera y cols., «Descripción del registro de casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias».

En el caso de Castilla y León, la anamnesis y la atención a las víctimas de violencia en centros no informatizados se registran en el sistema informático MedoraCyL mediante los códigos correspondientes. En el caso de las consultas informatizadas se realiza directamente sobre la historia clínica sin necesidad de codificar. La incidencia de mujeres víctimas de violencia de género atendidas se obtendrá de los diagnósticos cuyos literales estén asociados de forma interna a los códigos de la clasificación CIE-9 MC: V61.11; E967.3, y 995.81 de «víctima de violencia de género».

En el momento actual se está trabajando en un protocolo que se incluirá en las guías asistenciales informatizadas y que mostrará, por defecto, los elementos de la anamnesis, pendientes de cumplimentar y los campos para registrar la pauta de actuación.

Impacto de la formación en la detección precoz de las situaciones de maltrato

A lo largo del año 2008 se ha realizado en la Comunidad Autónoma de Madrid una evaluación del impacto de la formación en atención primaria titulada *Impacto de acciones formativas sobre la detección de la violencia de pareja hacia las mujeres en atención primaria* –que obtendría un accésit en el I Congreso Nacional sobre Violencia de Género y Salud (que se celebraría en 2009)–. Concluye que los profesionales de los EAP que habían recibido formación en el año 2007 detectaban el 25 % más de casos en comparación con quienes no la habían recibido.

También en Castilla y León se presentó una comunicación sobre resultados del estudio Isfvidap al Congreso Europeo de la Wonca (Estambul, septiembre de 2008), a la cual se otorgó el primer premio: *Estudio de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora del diagnóstico de la violencia doméstica* (Isfvidap).

Aparte de ello, en Galicia se ha evaluado el impacto de la formación en los puntos de atención continuada del área sanitaria de Santiago de Compostela, pero no en AP, ni en AE, ni en urgencias. En este sentido, las Islas Baleares mencionan que está prevista la evaluación del impacto de la formación en la detección precoz de las situaciones de maltrato.

En Extremadura aún no se ha terminado el proyecto de formación que se tiene previsto, pero se ha impartido formación desde el Instituto de la Mujer y desde los ayuntamientos y se ha comprobado que ha mejorado la acogida por parte de los profesionales de la salud.

Evaluación de las acciones formativas (grado de satisfacción, cobertura, pertinencia, eficacia y otros)

Las CCAA que han evaluado acciones formativas en cuanto a grado de satisfacción, cobertura, pertinencia y eficacia han sido: Cantabria, Cataluña, Galicia, Madrid y Murcia.

Cantabria ha llevado a cabo la evaluación de la línea 4 del *Plan de actuación: salud de las mujeres (2004-2007)* y Galicia ha evaluado la formación de todos los profesionales sanitarios de los puntos de atención continuada (PAC) del área sanitaria de Santiago de Compostela, en el seno del Proyecto de mejora de la atención a mujeres en situación de violencia de género en puntos de atención continuada mediante cuestionarios previos y posteriores a la intervención.

En la Comunidad Valenciana, según el Plan de formación continua de la Generalitat Valenciana, en sus cursos se lleva a cabo una evaluación por parte del alumnado y en ella se plasma su grado de satisfacción con el curso, los materiales entregados, las aulas, el equipo de profesores y profesoras y otros aspectos del curso.

Además, para los cursos de violencia de género se ha elaborado un cuestionario específico (inicial y final) que permite, aparte de la valoración sobre los conocimientos obtenidos por el alumnado, conocer su opinión sobre el curso, los puntos fuertes y débiles de cada una de las unidades explicadas y hacer comentarios sobre el curso. Este cuestionario específico se ha elaborado durante el año 2008 y se ha comenzado a utilizar en los cursos realizados durante el año 2009.

El Instituto de Estudios de la Salud (IES) de Cataluña ha llevado a cabo un plan de formación que incluye la evaluación de los programas de sensibilización y formación continuada del personal de la salud en materia de diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de las mujeres en situación de VG. Los cursos que se han impartido durante 2008 contemplan la evaluación de sus objetivos, de sus contenidos, de la satisfacción de alumnas y alumnos, de la satisfacción del personal docente, etc. y, en su conjunto, esta valoración ha sido satisfactoria.

La Agencia Laín Entralgo de la Comunidad Autónoma de Madrid evalúa anualmente el Programa de formación en violencia de género, en términos de objetivos, cobertura y grado de satisfacción. Además, en 2008 se ha realizado la evaluación intermedia de la línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria sobre violencia de pareja hacia las mujeres. Esta iniciativa, que fue adoptada en el seno de la Comisión Técnica de Acciones frente a la Violencia de Género para ayudar a mejorar y, en su caso, reorientar la formación continuada en VG, aporta conclusiones de interés sobre la pertinencia y la eficacia de la formación en este nivel asistencial.

En las Islas Baleares está prevista la evaluación de las acciones formativas.

Evaluación de la atención (grado de cobertura, pertinencia, eficacia y otros)

En Andalucía se inició una investigación dirigida a conocer la opinión y expectativas sobre el trato y la atención sanitaria que reciben las mujeres maltratadas tras ser atendidas en los centros y servicios sanitarios en la provincia de Jaén.

En Castilla y León se ha finalizado el estudio *Diferencias en la actuación de los profesionales sociosanitarios en el ámbito rural y urbano con las mujeres víctimas de violencia de género*.

Durante los años 2007-2009, desde la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana se está llevando a cabo un proyecto de investigación con el título *Violencia familiar contra las mujeres durante el embarazo: contexto social y abordaje por el personal sanitario*, financiado por el FIS (PI 061565).

Además, en Castilla-La Mancha se contempla la VG como un contenido prioritario dentro de los futuros estudios de investigación previstos por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha con el fin de profundizar en el conocimiento de este grave problema social con encuestas e investigaciones de carácter cuantitativo y cualitativo.

Asturias mantiene un convenio entre el Servicio de Salud del Principado de Asturias y la Universidad de Oviedo para la realización del proyecto de investigación titulado *Evaluación de costes en la atención sanitaria a víctimas de violencia de género*, aprobado por el Plan de ciencias, tecnología e innovación en Asturias 2006-2009 (ref. FC-07-PC0711).

En Galicia se trabajó, durante el segundo semestre de 2008, en la organización del I Congreso Nacional de Violencia de Género y Salud (que se celebrará en 2009), en el cual Castilla y León destaca la asistencia y participación de un elevado número de profesionales de su comunidad autónoma.

Sensibilización y formación

Sensibilización

Las CCAA, tal y como es costumbre cuando se publica el Informe anual VG, refieren haber hecho esfuerzos en torno a la difusión de recursos, lo cual forma parte de la estrategia de sensibilización sobre VG dirigida a la población general y a profesionales de servicios sanitarios. Su objetivo es mejorar la información a posibles pacientes, potenciar la detección precoz y fomentar las actuaciones pertinentes.

Por ejemplo, en Galicia se han dado charlas en diferentes ayuntamientos, organizadas por asociaciones locales. También se ha elaborado y difundido entre colectivos de mujeres, la sociedad en general y la comunidad médica un material audiovisual que consiste en un documental con un grupo de 20 mujeres de una asociación y de su ayuntamiento para difundir la experiencia y las reflexiones de las mujeres.

En la Comunidad Valenciana se han elaborado durante 2008 varios materiales de sensibilización y formación en materia de violencia de género. El principal material elaborado durante este año ha sido el *Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA)*, pero también se han editado otros materiales importantes, los cuales se pueden agrupar en tres bloques:

- Materiales de sensibilización destinados a las y los profesionales, compuestos por un tríptico que resume el protocolo y un cartel, para colgar en las consultas, que contiene el algoritmo de detección desarrollado y las fases indicadas en la detección y actuación ante casos de violencia.
- Materiales de sensibilización destinados a mujeres víctimas de violencia de género, compuestos también por un tríptico y un cartel. El objetivo de este material es mostrar a la mujer que no está sola y que el personal sanitario puede ayudarla, así como reforzar la idea de que la mujer no es culpable de la situación que vive, que su caso no es único, sino que está más extendido de lo que se cree y explica el ciclo de la violencia.
- Material docente sobre violencia de género (Protocolo PDA). Es un material docente dividido en cinco sesiones en que se explica el fenómeno de la violencia de género (definiciones, causas de la violencia, perfiles de agresor y víctima, proceso de ruptura, etc.), el protocolo autonómico de actuación y los principales aspectos éticos y legales.

En Melilla se repartieron carteles, trípticos, postales y otra información a lo largo del año 2008 en todos los centros sanitarios, a través del responsable de la Unidad de Coordinación de la Violencia de Género de la Delegación del Gobierno en Melilla.

Por último, el grupo técnico interinstitucional, tras la aprobación por parte de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo Interinstitucional al personal sanitario del País Vasco, se ha encargado de la distribución de materiales informativos entre la población que acude a los centros de salud y servicios de urgencias, en colaboración con el resto de instituciones y con el liderazgo de Emakunde, dentro del Acuerdo interinstitucional en la atención a las mujeres víctimas de maltrato doméstico y agresiones sexuales. En este sentido, también destaca que el sector sanitario de esta comunidad autónoma participó en la campaña de 2008 del Día contra la violencia a las mujeres.

Formación

Las actividades de formación, talleres y jornadas de sensibilización pueden estar destinadas tanto a profesionales de servicios sanitarios como a la población general (tabla 32).

Tabla 32. Actividades de formación	
Andalucía	Red Andaluza de Formación contra el Maltrato a las Mujeres (Red Formma) 2008
	Actividades acreditadas de formación continuada de las profesiones sanitarias
	Actividades formativas en violencia de género autorizadas para profesionales del Servicio Andaluz de Salud
Canarias	Planes de formación continuada en los centros dependientes del Servicio Canario de la Salud desde 2005
Cantabria	Inclusión de la enseñanza de la violencia de género en los currículos de pregrado de la Facultad de Medicina y la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Cantabria
Castilla y León	Programa de formación de formadores y formadoras en violencia de género (se inició en 2007)
	Jornadas de ámbito regional sobre atención a la violencia de género en Castilla y León coordinadas desde el Servicio de Ginecología del Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero, a las cuales asistieron 401 profesionales
Castilla-La Mancha	La formación en violencia de género se incluye como línea prioritaria de formación para todos los centros del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
Galicia	Jornada de salud integral
Melilla	I Jornadas sanitarias sobre la violencia de género
Madrid	Programa de formación en violencia de género (Plan de formación continuada 2008 de la Comunidad de Madrid)

En todas las CCAA se han realizado actividades formativas desde el ámbito sanitario para dotar al personal de los servicios sanitarios de las herramientas necesarias para detectar los casos de VG, así como para mejorar la atención prestada a las víctimas de VG⁴.

En Andalucía se ha puesto en marcha en 2008 la *Red Andaluza de Formación contra el Maltrato a las Mujeres (Red Formma)* con objeto de impulsar el desarrollo, desde un enfoque integrado de género en salud, de actividades de sensibilización y formación sobre la violencia hacia las mujeres dirigidas al personal de salud del sistema sanitario público andaluz (SSPA), facilitar la implantación del Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género, así como mejorar las actuaciones de detección precoz de la violencia contra las mujeres por parte de las y los profesionales del SSPA. Otras actividades formativas se realizan desde el ámbito provincial de las delegaciones provinciales de salud y como actividades internas de formación del Servicio Andaluz de Salud en los hospitales y centros de AP.

Algunas CCAA mencionan la formación *on-line*, como Andalucía (formación financiada por el Instituto de la Mujer, actualmente dependiente del Ministerio de Igualdad) o Castilla-La Mancha, que ha previsto que en el año 2009 los cursos se desarrollen en la modalidad de videoconferencias y *on-line*. En el entorno de internet, en Castilla y León se ha creado un grupo colaborativo *on-line* en el portal de salud (www.salud.jcyl.es) para permitir al equipo de formación a través de un acceso codificado el intercambio de material docente, apoyo bibliográfico, realización de consultas, etc. También se ha creado un equipo de apoyo y supervisión integrado por profesionales expertos en VG que sirven de apoyo, trabajan directamente en temas de formación con las gerencias de atención primaria y gestionan casos complejos de VG con los profesionales que así lo demanden. En la Comunidad Autónoma de Madrid toda la documentación de los cursos básicos de atención primaria está disponible en el portal de salud de la Comunidad Autónoma de Madrid y en la página *web* de la Agencia Laín Entralgo, accesible a todos los profesionales. Contiene presentaciones en PowerPoint, documentos técnicos de la Comunidad Autónoma de Madrid y bibliografía. Además, los formadores disponen de un «maletín docente» que, junto con lo previamente descrito, contiene vídeos realizados *ad hoc* para la formación.

Uno de los objetivos del ya mencionado *II Plan de actuación: salud de las mujeres (2008-2011)* de Cantabria consiste en potenciar la formación del personal de los servicios de salud en la sensibilización, detección y atención a la VG. Para ello se han llevado a cabo cursos de formación (básica, de

4 No figuran en la tabla ni en la descripción, pero Asturias, las Islas Baleares, la Comunidad Valenciana y Murcia refieren haber implementado estrategias de formación.

abordaje, de detección, sobre habilidades de comunicación para la entrevista con víctimas, para colectivos de especial vulnerabilidad y por tipos de violencia) y actividades de sensibilización en VG para el personal sanitario. Además, las actividades formativas pertenecen a la estrategia de evaluación de todas las líneas de actuación del Plan, entre las cuales se encuentra la de reducir los riesgos para la salud de las mujeres por VG, cuya conclusión es la necesidad de potenciar la formación a los y las profesionales de salud de los centros hospitalarios.

Las CCAA que mencionan la formación de formadoras y formadores son Andalucía, Asturias, Castilla y León, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Madrid y el País Vasco, donde se ha continuado con el *Programa de formación de formadores y formadoras en violencia de género*, cuyo objetivo es la capacitación de profesionales para que, a su vez, puedan formar al resto de profesionales del ámbito sanitario en prevención y atención a la VG. En este ámbito se han realizado varios cursos de formación a los cuales acuden profesionales sanitarios

En el año 2008, las actuaciones del Departamento de Salud y Consumo de Aragón se han centrado en continuar con la línea de sensibilización y formación de profesionales, impulsando acciones de sensibilización y formación, y llevando a cabo un sistema de formación mediante coordinación y colaboración. En Ceuta se han realizado cursos de formación continuada sobre VG en el Hospital del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, actividad que se prevé continuar en 2009.

En Canarias y el País Vasco, mediante las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria, se introducen acciones de sensibilización al MIR, con el objetivo de dar a conocer la VG, sus repercusiones en la salud y las razones para la intervención sanitaria. También en Castilla y León se realiza esta actividad incluyendo a las matronas residentes en formación (EIR).

Galicia celebró una Jornada de salud integral que abarcó los cuidados sanitarios en problemas específicos de las mujeres y la construcción del modelo de salud. Además, las actividades formativas también se dirigieron a la población general con unos talleres de trabajo y sensibilización a partir de 16 años con especial hincapié en la población joven y, en concreto, en las mujeres maltratadas a través de un «grupo de autoayuda».

El Instituto de Estudios de la Salud (IES) de Cataluña trabaja para que la formación impartida al personal sanitario en materia de atención a la VG siga los criterios comunes de calidad y objetivos educativos aprobados por el CISNS y dé respuesta a las recomendaciones de la estrategia de prevención de la violencia de género del SNS.

En Madrid, la formación de los profesionales se articula en torno al Programa de formación en violencia de género que pertenece al Plan de formación continuada que desarrolla la Agencia Laín Entralgo, como orga-

nismo de la Consejería de Sanidad encargado de la formación, investigación y estudios sanitarios. Este programa contiene actividades de sensibilización y cursos básicos, estos últimos acreditados por la Comisión de Formación Continuada. La formación en VG se imparte al personal de los distintos niveles asistenciales, incluyendo salud mental y Summa 112, así como a los distintos colectivos: personal médico, de enfermería, trabajo social, administrativo y otros. Además, las actividades formativas se ajustan a los criterios de formación elaborados en el seno de la Comisión Técnica, que son equiparables a los aprobados por el CISNS.

En el País Vasco, las actividades formativas son organizadas y gestionadas desde la Dirección de Salud Pública del Departamento y Osakidetza. Se han diseñado módulos de formación (cursos, talleres y sesiones clínicas) destinados a profesionales de medicina y enfermería sobre detección precoz de maltrato y actuaciones sanitarias correspondientes. Además, destacan otras iniciativas como:

- Un convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad del País Vasco y la Universidad de Deusto para la realización de las prácticas de alumnos y alumnas del *Máster en intervención en violencia contra las mujeres*.
- La colaboración de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer en el *Máster en intervención en violencia contra las mujeres*, organizado por la Universidad de Deusto, al impartir docencia y conceder becas al alumnado.
- El *Programa Nahiko para la prevención del maltrato doméstico en el ámbito escolar* (Departamento de Educación, Universidades e Investigación).

También forma parte de la estrategia formativa la asistencia de profesionales sanitarios a actividades de sensibilización (jornadas, congresos, etc.) realizadas por otras instituciones con el objetivo de ofrecer una atención integral y coordinada, como en Canarias y el País Vasco.

Una de las CCAA, Castilla y León, se ha referido al hecho de que dos profesionales de AP (médica y psicóloga) han cursado el Diploma de especialización en salud pública y género, organizado por la Escuela Nacional de Sanidad. Ésta es una formación avanzada con una duración de 160 horas lectivas.

La información más detallada sobre número y tipo de actividades formativas concretas que se han llevado a cabo en cada CCAA se ha detallado en el apartado correspondiente del análisis de situación de este Informe anual.

Políticas en atención sanitaria a la violencia de género en el contexto internacional

La violencia de género es, en la actualidad, un tema de preocupación social por ser una grave vulneración de los derechos humanos fundamentales y un importante problema de salud pública⁵⁻⁷. Esta realidad común para todos los países explica la progresiva incorporación del tema a la agenda de las instituciones políticas.

En el ámbito internacional, las conferencias mundiales han sido catalizadores para la promulgación de leyes y políticas en torno a la VG⁸⁻¹⁰. En este contexto, personas expertas del Consejo de Europa¹¹, la Organización Mundial de la Salud¹² y las Naciones Unidas¹³ han discutido sobre los míni-

5 Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R (eds.). World Report on Violence and Health. Ginebra: World Health Organization, 2002.

6 Heise LI, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: World Bank, 1994.

7 Krantz G, García-Moreno C. Violence against women. J Epidemiol Community Health 2005; 59: 818-821.

8 Organización de las Naciones Unidas. Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer [citado el 15 de febrero]. Disponible en: <http://www.eclac.org/mujer/noticias/paginas/1/27401/InformeSecreGeneral.pdf>

9 The Fourth World Conference on Women, Beijing, China, 4-15 June 1993. Nueva York: United Nations, 1995 (document A/CONF.177/20).

10 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará. Brasil, junio de 1994).

11 Council of Europe. The protection of women against violence. Recommendation N.º R(2002)5 of the Committee of Ministers and Explanatory Memorandum [citado el 6 de enero de 2009]. Disponible en: [https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(2002\)5&Language=lanEnglish&Ver=original&Site=CM&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75](https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(2002)5&Language=lanEnglish&Ver=original&Site=CM&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75)

12 Organización Panamericana de la Salud. Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres [citado el 12 de febrero de 2009]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/LeyModelo.pdf>

13 United Nations. Good practices in legislation on violence against women [citado el 16 de enero de 2009]. Disponible en: [http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2008/Report%20EGMGPLVAW%20\(final%2011.11.08\).pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2008/Report%20EGMGPLVAW%20(final%2011.11.08).pdf)

mos estándares que deben ser incluidos en las legislaciones y políticas, así como los actores del sector público que deberían participar en la prevención y erradicación de este problema.

Desde la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, los planes nacionales y las leyes contra la VG han constituido las principales respuestas de los gobiernos a los compromisos adquiridos⁵. Los planes de acción contra la VG son políticas que se concretan de forma explícita en un documento público y contienen, de un período determinado, los principios y valores que los rigen, los objetivos que pretenden conseguir y las estrategias e intervenciones que se van a llevar a cabo para abordar el problema^{11,14}. El amparo de estas políticas en instituciones gubernamentales en torno a la equidad de género y una legislación específica sobre VG son dos aspectos importantes para alcanzar su éxito^{9,11}.

El sector sanitario es uno de los diversos actores que participan en el desarrollo de estas políticas debido a su importante papel en la atención sanitaria a las huellas de la agresión^{9,15}. La detección temprana de la VG en el sector sanitario es un instrumento básico para implementar estrategias de prevención y ofrecer a las mujeres que sufren maltrato la oportunidad de recibir información sobre sus derechos y servicios adecuados para su tratamiento y rehabilitación^{11,16}.

En algunos países de Europa y América latina, el Ministerio de Salud ha coordinado esfuerzos para el establecimiento de protocolos de atención y sistemas de vigilancia en torno a la VG^{11,12}. Las normas y protocolos de atención sanitaria y la recolección de datos también proporcionan conocimientos necesarios que permiten mejorar la calidad de las intervenciones y políticas en torno a esta problemática¹².

Las medidas en torno a la VG deben articular las políticas públicas y leyes para ampliar un marco intersectorial que las haga efectivas en la vida de las personas afectadas. Por esta razón, se ha querido tomar como objeto de estudio los planes nacionales y leyes contra la VG de América latina y Europa.

En el análisis descriptivo de los planes nacionales contra la VG se realizó una descripción de la participación del ámbito sanitario y una revisión para identificar el desarrollo de protocolos de detección de casos de VG y

14 Peiró R et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl. 2): 36-46.

15 Ellsberg M, Clavel-Arcas C. Hacia un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2001.

16 Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel-Arcas C, García-Moreno C. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2003.

acciones relacionadas con el desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica en torno a esta problemática. Posteriormente se realizó una revisión de las leyes y las normas y protocolos de detección de VG con el propósito de explorar la participación del ámbito sanitario respecto a la atención de las necesidades de los colectivos vulnerables.

Para la búsqueda de los planes específicos y documentos legislativos de violencia de género en América latina y Europa se utilizaron diferentes bases de datos especializadas en la recopilación de políticas en torno a este tema, como la *Annual Review of Law of the Harvard University*¹⁷, la *WHO-international Digest of Health Legislation*¹⁸ y la base de datos de la Secretaría General de las Naciones Unidas sobre Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas¹⁹. Esta última dispone de una serie de información sobre políticas y programas específicos de VG remitida por los Estados miembros de las Naciones Unidas. También se utilizaron las recopilaciones de leyes del Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia²⁰.

Políticas nacionales específicas de violencia de género

Se ha identificado un total de 23 países de Europa y 14 de América latina que disponen de un plan específico, estrategia o programa en torno a la VG. Después de aplicar los criterios de exclusión se eliminaron 17 países, principalmente por no tener disponible el texto completo del documento. Por tanto, se obtuvo para un posterior análisis un total de 20 países con sus respectivos documentos nacionales correspondientes a América latina (n = 8) y Europa (n = 12). Véase la figura 41.

Una vez que se hubo seleccionado toda la información, se procedió a realizar una revisión de los documentos recopilados (n = 20) con el propósito de identificar el papel que desempeña el sector de la salud en la atención a la VG.

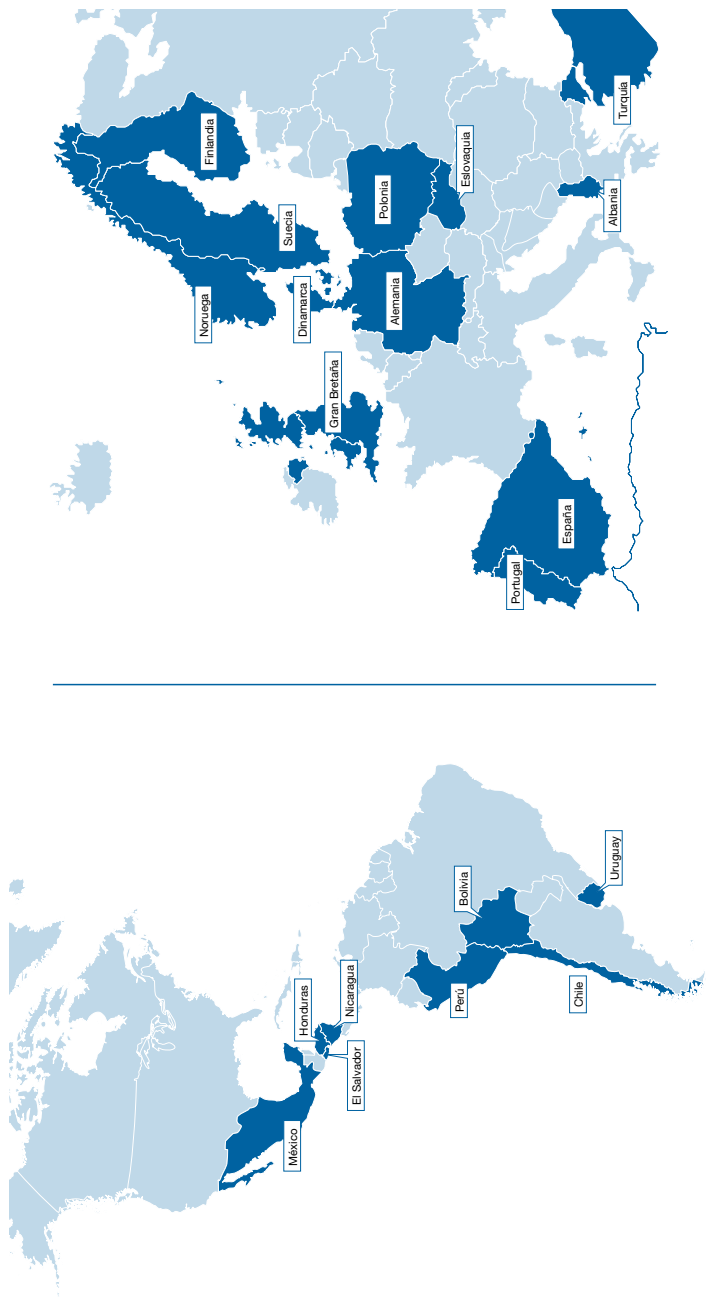
17 The Annual Review of Population Law on-line database on law and population [citado el 10 de febrero de 2008]. Disponible en: http://www.hsph.harvard.edu/population/annual_review.htm

18 International Digest of Health Legislation (IDHL) on-line database [citado el 4 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/idhl-rils/frame.cfm?language=english>

19 Base de datos de la Secretaría General de las Naciones Unidas sobre Violencia contra la Mujer. Disponible en: <http://webapps01.un.org/vawdatabase/home.action>; Revisado en septiembre de 2008.

20 Centro Reina Sofía [citado el 20 de abril de 2008]. Disponible en: <http://www.centroreinasofia.es/english/legislacion.asp>

Figura 41. Países seleccionados de América latina y Europa que disponen de planes específicos de violencia de género



Fuentes: The Annual Review of Population Law on-line database on law and population; International Digest of Health Legislation (IDHL) on-line database; Base de datos del Secretario General sobre Violencia Contra la Mujer, y Centro Reina Sofía.

En la totalidad de los planes específicos de VG se incorporan diferentes actuaciones en el ámbito sanitario. Tanto América latina (n = 8) como Europa (n = 12) centran principalmente sus medidas en fortalecer la atención integral y sanitaria a las víctimas de maltrato. En algunos países, la participación del sector de la salud se incorpora en el apartado de medidas preventivas y actuaciones relacionadas con las campañas de prevención y la capacitación profesional en torno a este tema.

Se ha observado que los planes abordan, sobre todo, la violencia contra las mujeres y también la violencia doméstica. Tanto en Europa como en América latina las medidas incorporan la atención a las mujeres como víctimas de maltrato, pero, además, a otros miembros de la familia, como hijas e hijos. Sólo Finlandia cuenta con un plan que aborda de manera específica la violencia contra las mujeres en la pareja o en situación análoga. Así también, a diferencia de los planes de América latina, sus homólogos europeos se caracterizan por abordar todas las formas de violencia contra la mujer, como la mutilación femenina y los matrimonios forzados, tal y como es el caso de Noruega, Suecia, Finlandia, Dinamarca y Reino Unido.

En Europa, aunque la principal característica de la actuación del sector sanitario es la atención integral a las mujeres en situación de maltrato, también se han identificado algunas medidas relacionadas con la detección temprana de la violencia, como en el caso de España, Portugal, Suecia, Reino Unido y Noruega. Estos dos últimos países prestan especial atención a colectivos de especial vulnerabilidad, como las mujeres embarazadas (tabla 33).

Los planes específicos de VG de América latina principalmente sitúan al sector sanitario como eje transversal en la mayoría de medidas relacionadas con la prevención, formación/capacitación y acceso de las mujeres afectadas a los servicios sanitarios, entre otros (tabla 34).

Normas y protocolos para la detección, prevención y atención de la violencia de género en el sector sanitario

Una vez que se hubo realizado el análisis de la incorporación del sector sanitario a los planes específicos de VG, se procedió a identificar en los textos las medidas relacionadas con la detección de casos de violencia de género, como normas y protocolos para la detección de la VG.

De la totalidad de los planes analizados, 8 documentos de América latina y 7 de Europa especifican el desarrollo de una serie de medidas para la identificación de mujeres en situación de maltrato desde el ámbito sanitario (tabla 35).

Tabla 33. Participación del ámbito sanitario en los planes específicos de violencia de género en el continente europeo (n = 12)

País	Nombre completo del documento (en inglés)	Período de actuación	Participación del ámbito sanitario
Albania	National strategy on gender equality and domestic violence	2007-2010	El desarrollo de herramientas para el abordaje de esta problemática en el sector sanitario es poco específico
Alemania	Second Action Plan of the Federal Government to combat Violence against Women		El sector de la salud no se especifica en un área específica de actuación, sino que más bien es parte de un conjunto de varias áreas estratégicas. Éste incorpora acciones para garantizar el acceso de las mujeres víctimas de maltrato
Dinamarca	Action plan to stop men's domestic violence against women and children	2005-2008	El ámbito sanitario se incorpora especialmente en acciones relacionadas con la capacitación de profesionales que trabajan en esta problemática. Se pone especial atención en los profesionales del área del ámbito sanitario para fortalecer las campañas de información sobre violencia contra la mujer
Eslovaquia	National Action Plan for Prevention and Elimination of Violence Against Women	2005-2008	El presente documento incorpora actuaciones en el sector sanitario desde la participación y capacitación de sus profesionales para brindar una adecuada atención a las necesidades de las víctimas de maltrato
España	Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género. Marco conceptual y ejes de intervención		En el sector de la salud se dicta una serie de medidas relacionadas con tres aspectos importantes: la formación de profesionales en violencia de género, en la formulación de criterios comunes para la atención sanitaria a la violencia de género y sobre la coordinación en el servicio de salud integrado
Finlandia	Prevention of Intimate Partner Violence and Domestic Violence	2004-2007	El ámbito sanitario se enmarca dentro de las acciones para asegurar la atención integral de las víctimas. Se presta especial atención a las habilidades y capacitación profesional para la detección y ayuda a víctimas y agresores
Noruega	Action plan domestic violence	2004-2007	El ámbito sanitario se incorpora a las medidas relacionadas con la mejora del nivel de cooperación y conocimiento de las áreas involucradas en este tema. Se hace hincapié en las actividades relacionadas con la atención sanitaria a las víctimas, en la capacitación profesional y, sobre todo, en la elaboración de un proyecto piloto para mejorar métodos de detección temprana en los servicios de maternidad del sistema sanitario

Polonia	National action plan for counteracting domestic violence	2006	Este Plan plantea la implementación de medidas en torno a cinco ámbitos estratégicos que permitan la atención a este problema. El ámbito sanitario forma parte de estas áreas de intervención en las cuales se insta a implementar acciones relacionadas con el desarrollo de programas educativos para profesionales que trabajan en torno a este tema
Portugal	III National Plan Against Domestic Violence	2007-2010	Este Plan se estructura en cinco áreas de intervención estratégica, cada una con sus respectivas medidas para la atención a este problema. El área de intervención estratégica en torno a la protección de las víctimas y prevención de la revictimización plantea la actuación del ámbito sanitario en aspectos que garanticen el acceso a la atención sanitaria de las víctimas de maltrato y según un protocolo de detección en este ámbito
Reino Unido	National domestic violence delivery plan	2008-2009	Este Plan contra la violencia doméstica incorpora el sector de la salud en el objetivo 1 relacionado con el hecho de incrementar la detección temprana de las víctimas de esta violencia. Este documento también plantea especial interés en la detección de las mujeres embarazadas que sufren malos tratos
Suecia	Action plan for combating men's violence against women	2007	El sector de la salud desempeña un rol importante en el desarrollo de las medidas relacionadas con la mejora de métodos de detección temprana de víctimas de maltrato
Turquía	Combating Domestic Violence against Women National Action Plan	2007-2010	La actuación del sector sanitario se incorpora en ciertas medidas relacionadas con campañas de sensibilidad en torno a la VG y, sobre todo, con estrategias para mejorar la disponibilidad de servicios de atención y rehabilitación de víctimas y agresores

Tabla 34. Participación del ámbito sanitario en los planes específicos de violencia de género de América latina (n = 8)

País	Nombre completo del documento	Período de actuación	Participación del ámbito sanitario
Bolivia	Programa nacional de género y violencias	2004-2007	El Ministerio de Salud y Deportes establece como misión principal «generar políticas, normas y estrategias que contribuyan a disminuir la incidencia de todos los tipos de violencia e inequidades de género, acciones orientadas a mejorar la salud de la población en general y grupos especialmente vulnerables de la comunidad». El fortalecimiento de la respuesta del sector de la salud se constituye como un eje de intervención en el programa anteriormente mencionado
Chile	Política y Plan nacional de intervención en violencia intrafamiliar	2000-2006	El desarrollo de esta política en torno a la violencia de género involucra al sector de la salud como eje transversal en las distintas áreas de intervención, como el área de comunicaciones, el área de promoción y prevención, el área de formación y capacitación, el área de oferta pública de servicio y el área de generación de conocimientos
El Salvador	Política nacional de la mujer	2005-2009	Esta política nacional de la mujer se estructura a través de 4 ejes principales, en que el sector de la salud forma parte del eje de desarrollo social. Uno de los objetivos en torno al sector de la salud establece organismos para garantizar la atención integral a las víctimas de violencia y abuso sexual
Honduras	Plan nacional de violencia contra la mujer	2006-2010	Este Plan es una guía general de las acciones estratégicas para la lucha contra la violencia de género. Consta de 6 componentes estratégicos, cada uno con sus propios objetivos generales y específicos. El ámbito sanitario es transversal a cada uno de estos componentes que incluyen acciones de detección, prevención, atención, legislación, información y evaluación e investigación en torno a la violencia contra la mujer
México	Programa nacional por una vida sin violencia	2002-2006	Este Programa incorpora acciones emprendidas para reducir la violencia en la familia. Estas se dividen en ocho líneas estratégicas: prevención, atención, detección, comunicación y difusión, información y evaluación, normatividad, coordinación y enlace y seguimiento al cumplimiento de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. El ámbito sanitario se incorpora como parte de la línea estratégica III en relación con la detección

Nicaragua	Plan nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual	2001-2006	Este documento está inmerso dentro de la estrategia global del Estado nicaragüense para responder a la demanda de acciones integrales que la mujer, la niñez y la adolescencia requieren para su desarrollo y participación social. El sector de la salud tiene la responsabilidad de formular políticas y ejecutar programas y proyectos que garanticen la salud integral de las mujeres mediante una estrategia de atención en el ámbito sanitario
Perú	Plan nacional contra la violencia hacia la mujer	2009-2015	Este Plan establece una serie de acciones para garantizar la adopción e implementación de políticas públicas orientadas a enfrentar el problema de la violencia hacia las mujeres en todos los niveles de gobierno. El ámbito sanitario se enmarca dentro del objetivo estratégico 2, en el cual se establece garantizar el acceso de las mujeres afectadas al sistema de salud
Uruguay	Plan nacional contra la violencia doméstica	2004-2010	El ámbito sanitario se incorpora dentro de las actuaciones relacionadas con el abordaje de la atención, tratamiento y rehabilitación de las víctimas de violencia doméstica. Se insta al sector de la salud a organizar equipos preparados en el tema e integrados en red con otros recursos sociales existentes a escala nacional

Tabla 35. Países que incorporan el desarrollo de normas y protocolos de actuación sanitaria en sus respectivos planes específicos de violencia de género

América latina (n = 8)	Europa (n = 7)
Bolivia	España
Chile	Noruega
El Salvador	Polonia
Honduras	Portugal
México	Reino Unido
Nicaragua	Suecia
Perú	Turquía
Uruguay	

Sólo se ha podido acceder al documento y texto completo del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género²¹ de España y a las Normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar y sexual de Nicaragua²². Sin embargo, con la utilización de recursos electrónicos se identificaron buenas prácticas respecto al desarrollo de protocolos de atención sanitaria en países de América latina, como Guatemala²³, Argentina²⁴, Ecuador²⁵ y República Dominicana²⁶.

Posteriormente, se realizó una revisión del contenido de las normas y los protocolos de atención a la VG para identificar algunos aspectos clave en ellos. Estos aspectos son una aproximación a los elementos clave propuestos en el modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar liderados por la Organización Panamericana de la Salud¹¹ en los cuales se hace hincapié en la importancia de:

- Dar mayor visibilidad a las mujeres en situación de maltrato y los profesionales en los objetivos del documento.
- La pertinencia de darle al protocolo un enfoque integrado en el marco de los Derechos Humanos y género.
- La necesidad de procurar mayor alcance al abordar la VG mediante un diseño de protocolos que contemplen las diferentes formas de maltrato en que pueden encontrarse las mujeres.

En el análisis realizado en este sentido se observa que la totalidad de los protocolos analizados dirigen sus objetivos principalmente a la sensibilización y capacitación de los y las profesionales de la salud. El abordaje de las mujeres en los objetivos se realiza principalmente respecto a la atención psicológica, la rehabilitación y el seguimiento de las personas afectadas, tal y como es el caso de las Normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar y sexual de Nicaragua¹⁸. Cabe mencionar que los proto-

21 Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

22 Normas y procedimientos para la atención de la violencia intrafamiliar y sexual de Nicaragua. Managua: Ministerio de Salud, 2006.

23 Protocolo de atención a víctimas de violencia intrafamiliar. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2008.

24 Protocolo y guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención. Buenos Aires.

25 Normativa y protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Quito: Ministerio de Salud Pública, 2008.

26 Normas nacionales para la atención integral en salud a la violencia intrafamiliar y contra la mujer. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 2002.

colos suelen incorporar dentro de sus objetivos a la comunidad como agente de empoderamiento (*empowerment*) para afrontar la VG. También incluyen como objetivos más específicos la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para abordar este tema (tabla 36).

Tabla 36. Protocolos sanitarios en materia de violencia de género con mención explícita de la capacitación y empoderamiento de las mujeres

Caso 1. España
Promover la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación y para la búsqueda de soluciones
Caso 2. Ecuador
Realizar acciones encaminadas al empoderamiento (<i>empowerment</i>) de la comunidad
Caso 3. República Dominicana
Identificar y valorar los niveles del agresor para su rehabilitación e inserción social

En cuanto al enfoque del protocolo dentro del marco de los Derechos Humanos y en relación con el enfoque de género, se observa que la totalidad de los documentos analizados contextúa la atención a las mujeres víctimas del maltrato como un derecho e incluye el enfoque de género en el desarrollo de la norma.

En el marco conceptual de la normativa de estos documentos se establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos²⁷ como el principal estamento de apoyo legal para determinar que el abuso a cualquier tipo de persona constituye una violación de los derechos humanos (tabla 37).

Tabla 37. Protocolo de atención a víctimas de violencia intrafamiliar (Guatemala, 2008)

El Ministerio de Salud hace un reconocimiento de la obligatoriedad del Estado de responder a la violencia intrafamiliar que, basándose en el marco jurídico y legal, identifica las responsabilidades, obligaciones y funciones de los diferentes actores en la atención de la población afectada. El sector de la salud asume los derechos y obligaciones legales vigentes en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, entre otros

27 Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948 [citado el 30 de octubre de 2009]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Respecto al alcance de los protocolos y el tipo de violencia que abordan, los protocolos sanitarios se refieren principalmente a la violencia física, psicológica y sexual que se ejerce contra las mujeres. Ecuador y Guatemala no sólo abordan la atención de la mujer en situación de maltrato, sino que también abordan la de otras posibles víctimas dentro del ámbito intrafamiliar, como la infancia, la adolescencia y las personas mayores.

En Europa, España aborda en su Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud cualquier tipo de violencia ejercida contra las mujeres mayores de 14 años independientemente de quién sea el agresor aunque las actuaciones a las cuales se refiere están más centradas en la violencia ejercida por la pareja o ex pareja por ser la forma de violencia contra las mujeres más prevalente.

Sistemas de vigilancia epidemiológica en el contexto internacional

La vigilancia epidemiológica se define como la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar las bases para la toma de decisiones sobre las intervenciones programadas en torno a los problemas²⁸. La información generada por un sistema de vigilancia es útil para determinar la necesidad de cambios o ampliaciones en la legislación o mejoras en la planificación, organización y gestión de recursos para controlar las epidemias.

Como experiencias más centradas en la vigilancia epidemiológica de la violencia de género cabe subrayar las aportaciones del Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Georgia (CDC), en Atlanta (Estados Unidos) y la Organización Panamericana/Mundial de la Salud^{29,30}.

La propuesta elaborada por el CDC se centra en el registro de información cuantitativa relacionada con el perfil sociodemográfico de las víctimas (fecha de nacimiento, sexo, etnia, lugar de residencia, estado civil y número

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

29 Saltzman L, Franslow J, McMahon P, Shelley G. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, version 1.0. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, 1999.

30 Organización Panamericana de la Salud. Informe del III Taller centroamericano sobre el registro, vigilancia y la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual. Serie Género y Salud Pública, n.º 11. San José de Costa Rica, 2001 [citado el 30 de marzo de 2006]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/gph11.pdf>

de hijos), número de experiencias sufridas y tipos de violencia (física, psicológica o sexual), características del suceso sufrido más recientemente (fecha y lugar, número de agresores, estado de convivencia con el perpetrador, si la víctima estaba embarazada, duración del suceso y patrón de la conducta violenta), consecuencias del suceso (físicas, psicológicas, con necesidad de atención médica, consumo de sustancias o muerte) y los agresores (fecha de nacimiento, sexo, etnia y lugar de residencia).

Se trata de indicadores útiles para realizar el seguimiento de la prevalencia y conocer la tendencia evolutiva del problema que, a su vez, podrían ser útiles para la evaluación del impacto y los resultados de las estrategias e intervenciones desarrolladas en torno al problema.

Asimismo, en América latina la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con la Comisión Interamericana de Mujeres y otras organizaciones, organizó una reunión de expertas en 2003 para establecer los componentes clave de las leyes y políticas sobre violencia de género⁹. Como producto de aquella reunión se consensuó un listado de indicadores que no sólo responden a objetivos de evaluación y vigilancia del impacto y resultados, sino también al proceso de implementación de dichas leyes y políticas en torno a este problema.

En torno al sistema de vigilancia, existen otras experiencias desarrolladas en diferentes países de Centroamérica (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá). La mayoría se ha centrado en indicadores sobre la magnitud del problema y algunos utilizan como fuente de información un protocolo sanitario que trata de superar la CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades, 1992³¹). En todos los casos, el sector de la salud asume la máxima responsabilidad³².

Para identificar buenas prácticas en torno al desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica en el sector de la salud se realizó una revisión de las normas y protocolos de atención sanitaria de Nicaragua, Guatemala, Argentina, Ecuador, República Dominicana y España.

En el protocolo sanitario de Ecuador, la atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual desde el Sistema Nacional de Salud visibiliza la importancia de la vigilancia epidemiológica para el abordaje de este problema²⁷. República Dominicana plantea como parte de sus objetivos específicos contribuir a fortalecer el sistema nacional de información y la no-

31 En España, la CIE-10.

32 Sistemas de vigilancia de la violencia doméstica en Centroamérica. 19.ª sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington, del 12 al 14 marzo de 2001. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/gov/ce/msd/msd19_8-s.pdf

tificación obligatoria mediante la vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar y su oportuno registro²⁷. España es el único de estos países que ya dispone de información cuantitativa parcial respecto a los indicadores comunes para la atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Actualmente, la gran variabilidad entre CCAA sobre las fuentes de recogida y las limitaciones de su implementación en los sistemas de información sanitaria dificulta la obtención agregada en todo el SNS.

Visibilidad de los colectivos vulnerables en los protocolos sanitarios y en otras políticas en torno a la violencia de género

Durante la última década, se ha puesto de manifiesto la interacción de la VG con otros factores que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres que se encuentran en esta situación de maltrato. Las menores oportunidades sociales, económicas y otras características más particulares de las mujeres, como la discapacidad, el embarazo, la edad y, sobre todo, la condición de inmigrante o la pertenencia a minorías étnicas tienen una influencia sobre la gravedad de este problema³³⁻³⁸.

En el contexto internacional, los instrumentos políticos desarrollados para abordar la prevención y erradicación de la VG han puesto de manifiesto la necesidad de que políticas y herramientas jurídicas se adecuen a las características particulares de las mujeres víctimas de maltrato⁷⁻⁹.

En este sentido, se exploró la existencia de buenas prácticas en la visibilización de los colectivos vulnerables en las normas y protocolos de asistencia sanitaria, así como en las herramientas jurídicas, como las leyes de

33 Flake DF. Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. *Violence Against Women* 2005;11(3):353-73.

34 Kishor S, Johnson K. Reproductive health and domestic violence: are the poorest women uniquely disadvantaged? *Demography* 2006;43(2):293-307.

35 Douglas A, Brownridge, et al. Partner Violence Against Women With Disabilities: Prevalence, Risk, and Explanations. *Violence Against Women* . Volume 12 Number 9. September 2006 805-822

36 Raj A, Silverman J. Violence Against Immigrant Women. *Violence Against Women* 2002, 8: 367-98.

37 Craig A. Field. Ethnic Differences in Intimate Partner Violence in the U.S. General Population. *Trauma Violence Abuse* 2004; 5; 303

38 Straka S. Responding to the needs of older women experiencing domestic violence. *Violence Against Women* 2000.12:251-67

violencia de género. La identificación de buenas prácticas se limitó, como en todo este apartado, a los países de América latina y Europa.

Los protocolos de atención sanitaria encontrados fueron los de España, Nicaragua, Guatemala, Argentina, Ecuador y República Dominicana.

Los protocolos de Argentina y Guatemala sólo reconocen explícitamente a las mujeres embarazadas como grupo vulnerable que requiere especial atención. Su mención sobre la discapacidad y la edad adulta hace referencia a miembros de la familia que también son considerados colectivos de especial vulnerabilidad.

En el caso de Ecuador, el documento es más explícito que los anteriores al referirse a situaciones de mayor vulnerabilidad que ponen en riesgo la vida de las mujeres. El embarazo, las enfermedades discapacitantes, el desempleo y la migración interna y externa son características que se han incorporado a los indicadores de sospecha física y psicológica.

Así también, el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del SNS de España (tabla 38) define como situaciones de vulnerabilidad aquellas en que se encuentran mujeres embarazadas, mujeres con discapacidad, mujeres inmigrantes, mujeres que viven en entornos rurales, así como aquellas otras en que se encuentran las mujeres en situación de exclusión social (prostitutas o drogodependientes). Este documento hace un reconocimiento explícito de estas características frente a la violencia de género y, sobre todo, plantea la necesidad y colaboración intersectorial al proporcionar recursos de ayuda a nivel nacional y autonómico, como aspecto esencial en la atención de estos colectivos.

Por lo que se refiere a la visibilidad de los colectivos vulnerables de mujeres en situación de maltrato en las leyes de violencia de género, se revisó un total de 43 leyes (25 de América latina y 18 de Europa). Realizado el análisis de los documentos, se identificó un total de 6 leyes de violencia de género que incorporan medidas dirigidas a estos colectivos (tabla 39). Los ámbitos en que éstas se desarrollan son mayoritariamente el judicial, el policial y el educativo.

Respecto a las medidas sanitarias planteadas en las leyes de violencia de género internacionales, sólo la ley de España hace mención a la incorporación de las Administraciones sanitarias en los planes de colaboración de los poderes públicos en la lucha contra la VG. Según el texto de la Ley, la atención global e integral a este tipo de violencia se realizará mediante protocolos de actuación que determinen los procedimientos para abordar este tema. Además, se pone de manifiesto que el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud servirá para impulsar las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada. Se hace especial hincapié en la necesidad de adaptación a las circunstancias perso-

nales y sociales de las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad ante la VG por pertenecer a una minoría étnica, ser inmigrantes, encontrarse en una situación de exclusión social o tener una discapacidad.

Tabla 38. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (España, 2007)

Reconoce la necesidad de responder a las necesidades específicas de los colectivos vulnerables de mujeres maltratadas para brindarles un seguimiento adecuado

Incorpora en los *indicadores de sospecha* las situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer, como:

- Embarazo y puerperio
- Separación
- Jubilación propia o de la pareja
- Aislamiento tanto familiar como social
- Migración, tanto interna o nacional como extranjera
- Enfermedad discapacitante
- Dificultades laborales y desempleo
- Dificultades de formación y de ascenso en el trabajo
- Ausencia de habilidades sociales
- Situación de exclusión social (reclusas, prostitutas e indigentes)

Tabla 39. Leyes de América latina y Europa que hacen mención a los colectivos vulnerables de mujeres maltratadas

América latina	
México	Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia (2006)
Guatemala	Ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer (2008)
Costa Rica	Ley de penalización de la violencia contra la mujer (2007)
Venezuela	Ley orgánica sobre el derecho a las mujeres a una vida libre de violencia (2006)
Colombia	Ley de violencia contra las mujeres (2008)
Europa	
Grecia	Law on combating domestic violence and other provisions (2006)
España	Ley orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género (2004)

Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud durante 2008

En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) se aprobó la creación de la Comisión contra la Violencia de Género el 22 de noviembre de 2004. Éste fue el primer paso para la coordinación de los programas y las acciones sanitarias que en esta materia ya se estaban realizando en algunas comunidades autónomas y que pueden consultarse con más detalle en anteriores informes anuales de violencia de género publicados por el Ministerio de Sanidad y Política Social (correspondientes a los años 2005, 2006 y 2007).

Posteriormente, el CISNS, a través de la Comisión contra la Violencia de Género, ha ido asumiendo los compromisos específicos que establecía la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, para el desarrollo de acciones sanitarias comunes.

Al amparo de esta Ley Orgánica se desarrolló ampliamente el *Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género*, cuyas actuaciones se basan en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y en la igualdad entre hombres y mujeres. Concretamente contiene un eje específico en salud que establece cómo «la violencia ejercida contra las mujeres constituye, en primera instancia, un atentado contra su salud física y psicológica; de este modo, los actores relacionados con este ámbito cobran un protagonismo muy relevante tanto en la detección del fenómeno como en la atención a las víctimas».

Así pues, el objetivo último de los servicios de salud respecto a la violencia de género se basa en recabar esfuerzos para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en la prevención, diagnóstico, atención, seguimiento y recuperación de la salud en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres y la Comisión es la responsable de la planificación de las medidas en el Sistema Nacional de Salud para la erradicación de esta violencia.

En 2008, año de ejercicio de este Informe, se han realizado acciones de consenso y formación que pasamos a detallar a continuación:

- En primer lugar, desde el *Grupo Técnico de Formación de Profesionales* se ha trabajado intensamente en la propuesta de los contenidos educativos básicos que completarán los objetivos educativos que en materia de violencia de género fueron aprobados por el CISNS en diciembre de 2007, en sintonía con el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (diciembre de 2006), aprobado con el objetivo fundamental de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento como en la prevención y el diagnóstico temprano.
- El *Grupo Técnico de Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género* ha orientado sus esfuerzos de consenso entre las CCAA para el diseño y redacción de las fichas de recogida de información de cada uno de los 18 indicadores aprobados por el CISNS en 2007. Con estas fichas se podrá comenzar a recoger datos y a analizar la magnitud y evolución de la violencia de género dentro del SNS con el fin de planificar y evaluar las intervenciones sanitarias, identificando las áreas que precisen más iniciativas y recursos.
- Desde el *Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Política Social* y la *Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Ciencia e Innovación* se han continuado desarrollando acciones de formación de profesionales de la salud mediante:
 - Curso de formación de formadoras y formadores para la prevención y atención a la violencia de género (4.ª ed.).
 - Curso de prevención y atención a la violencia de género para equipos de salud mental (4.ª ed.).
 - II Jornadas sobre programas para la prevención y atención a la violencia de género.

Las CCAA han continuado desarrollando, desde sus consejerías respectivas y servicios de salud, las acciones formativas de sus profesionales que de forma más detallada se han descrito en el apartado sobre formación de profesionales en el SNS de este Informe anual y las acciones orientadas a la mejora de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica descritas en el apartado sobre casos detectados y atendidos en el sector sanitario del primer capítulo.

La elaboración de este Informe, como continuidad a las acciones anteriormente mencionadas, forma parte sistemática de las tareas anuales de la Comisión contra la Violencia de Género.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.msp.es