

Informe Anual Violencia de Género 2020

Informe Anual Violencia de Género 2020



© MINISTERIO DE SANIDAD
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18, 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-21-103-4

<https://cpage.mpr.gob.es>

Informe Anual Violencia de Género 2020



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

COORDINACIÓN DEL INFORME

Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM. DGSP. Ministerio de Sanidad)

Rosa M. López Rodríguez. Coordinadora de Programas

Apoyo Técnico

Ignacio Rucandío Alonso

Isabel Soriano Villarreal

Apoyo Administrativo

Ana Sánchez González

COLABORACIÓN TÉCNICA. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO CASOS DETECTADOS

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII. Ministerio de Ciencia e Innovación)

M. Ángeles Rodríguez Arenas

Belén Peñalver Argüeso

GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO DE LA COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL SNS QUE HAN PARTICIPADO EN LA ELABORACIÓN DE ESTE INFORME

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

Irene Fuentes Caro (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Rocío Allande Díaz (Asturias)

Carmen Vidal Mangas (Islas Baleares)

Inmaculada Santana Gil (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

María García López (Castilla y León)

Rosa M^a Modesto González y Fuencisla Martín Jurdado (Castilla-La Mancha)

Anna Rubio i Cillán (Cataluña)

José Antonio Lluch Rodrigo (Comunidad Valenciana)

María de los Ángeles García Bazaga (Extremadura)

Raquel Vázquez Mourelle (Galicia)

María Ordobás Gavín (Madrid)

Marina Tourné García (Murcia)

Montserrat de la Fuente Hurtado (Navarra)

Miren Josune Ziarrusta y M^a Teresa Paino Ortuza, (País Vasco)

Manuel Olivares Cobo (La Rioja)

Ángel Francisco González Ramírez (Ceuta)

Francisco Aguilar (Melilla)

Asunción Ruiz de la Sierra (Ingresa)

Itziar Abad Andújar (Subdirectora General de Sensibilización, Prevención y Conocimiento. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. DGVG. Ministerio de Igualdad)

Carmen Vives Cases (Universidad de Alicante. Persona experta)

Rosa M. López Rodríguez (OSM. DGSP. Ministerio de Sanidad)

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

Irene Fuentes Caro y Amalia Suárez Ramos (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Elvira Muslera Canclini y Neri Iglesias Fernández (Asturias)

Carmen Vidal Mangas (Islas Baleares)

Rosa del Valle Álvarez (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

M^a Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)

Rosa M^a Modesto González (Castilla-La Mancha)

Anna Rubio i Cillán (Cataluña)

José Antonio Lluch Rodrigo (Comunidad Valenciana)

Mercedes Fraile Bravo (Extremadura)

María del Mar de la Peña Cristiá (Galicia)

M^a Dolores Arranz Alonso (Madrid)

Francisco Molina Durán (Murcia)

Montserrat de la fuente Hurtado (Navarra)

Miren Josune Ziarrusta y M^a Teresa Paino Ortuza (País Vasco)

Jesús Ochoa Prieto (La Rioja)
Ángel Francisco González Ramírez (Ceuta)
M^a Isabel Montoro Robles (Melilla)
Asunción Ruiz de la Sierra (Ingesa)
Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Ministerio de Ciencia e Innovación)
Itziar Abad Andújar (Subdirectora General de Sensibilización, Prevención y Conocimiento. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. DGVG. Ministerio de Igualdad)
Isabel Ruiz Pérez (Escuela Andaluza de Salud Pública. Persona Experta)
Rosa M. López Rodríguez (OSM. DGSP. Ministerio de Sanidad)
Grupo de Evaluación de Actuaciones Sanitarias en materia de VG y Buenas Prácticas (BBPP)
Amalia Suárez Ramos (Andalucía)
Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)
Neri Iglesias Fernández (Asturias)
Carmen Vidal Mangas (Baleares)
Rosa Del Valle Álvarez (Canarias)
Purificación Ajo Bolado (Cantabria)
Lydia Salvador Sánchez (Castilla y León)
Rosa M^a Modesto González (Castilla-La Mancha)
Anna Rubio i Cillán (Cataluña)
José Antonio Lluch Rodrigo y Vicenta Escribá Aguir (Comunidad Valenciana)
Ana Belén Pérez Jiménez (Extremadura)
María del Mar de la Peña Cristiá, Begoña García Cepeda y Teresa Calabuig Martínez (Galicia)
Milagros de Borbón y Cruz y María Luisa Pires Alcaide (Madrid)
Ascensión Garriga Puerto (Murcia)
Montserrat de la Fuente Hurtado (Navarra)
Regina Ruiz de Viñaspre (La Rioja)
María Teresa Paino Ortuza (País Vasco)
Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Ministerio de Ciencia e Innovación)
Rebeca Palomo Díaz (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. DGVG. Ministerio de Igualdad)
Carmen Vives Cases (Universidad de Alicante)
Rosa M. López Rodríguez (OSM. DGSP. Ministerio de Sanidad)

INTEGRANTES DE LA COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL CISNS

Ministerio de Sanidad (MS)

Presidencia

Silvia Calzón Fernández (Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad. MS)
Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación
Pilar Aparicio Azcárraga (Directora General de Salud Pública. DGSP. MS)
Pilar Campos Esteban (Subdirectora General de Promoción, Prevención y Calidad. DGSP. MS)
Yolanda Agra Varela (Subdirectora Adjunta. Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. DGSP. MS)
Rosa M. López Rodríguez (Directora de Programas. Observatorio de Salud de las Mujeres. DGSP. MS)
Ingesa
Asunción Ruiz de la Sierra (Jefa de Servicio)

MINISTERIO DE IGUALDAD

María Victoria Rosell Aguilar (Delegada del Gobierno contra la Violencia de Género. DGVG)
Beatriz Gimeno Reinoso (Directora del Instituto de las Mujeres)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS:

José María de Torres Medina (Andalucía)
Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)
Neri Iglesias Fernández (Asturias)
María Antonia Font Oliver (Baleares)
Octavio Luis Jiménez Ramos (Canarias)
Purificación Ajo Bolado (Cantabria)
Lydia Salvador Sánchez (Castilla y León)
M. Teresa Marín Rubio (Castilla-La Mancha)
Anna Mompert Penina (Cataluña)

Ofelia Gimeno Forner (Comunidad Valenciana)
M. del Pilar Gujjarro Gonzalo (Extremadura)
María del Mar de la Peña Cristiá (Galicia)
José María Antón García (Madrid)
Marina Tourné García (Murcia)
Montserrat de la Fuente Hurtado (Navarra)
Juanjo Aurrekoetxea Agirre (País Vasco)
M. Antonia Aretio Romero (La Rioja)
Malika Al-Lal Haddu (Ceuta)
M. de los Ángeles Tascón Moreno (Melilla)

Índice

Presentación	9
1. Análisis de la situación	11
1.1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud. Año 2019 y 2020 (primer trimestre)	11
Introducción	11
Criterios comunes establecidos para el conjunto del SNS. Recogida de indicadores sobre casos VG detectados y registrados en el SNS	12
Situación de pandemia (Sars-Cov-2)	13
Indicadores	14
Descripción de los sistemas de notificación	15
Cobertura de la notificación	16
Características del maltrato	21
Características de las mujeres	29
1.2. Análisis comparativo de los primeros semestres de 2019 y 2020. Aproximación a Impacto COVID-19	38
Magnitud del problema	38
Características del maltrato	42
Características del maltrato	50
1.3. Acciones formativas en materia de violencia de género realizadas en el Sistema Nacional de Salud. Año 2019	64
1.3.1. Datos agregados para el conjunto del SNS. Formación en materia de Violencia de Género. Año 2019	66
1.3.2. Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Año 2019. Formación en materia de Violencia de Género	90
1.3.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el SNS. Periodo 2008-2019	117
2. El impacto COVID-19 en la Planificación y Desarrollo de la Formación en materia de Violencia de Género	124
3. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud. Año 2020	129
4. Mutilación Genital Femenina. Actualizaciones respecto a acciones recogidas en la tabla del Informe anterior, 2018-2019	133
Índice de tablas	135
Índice de gráficos	138
Anexo	141

Presentación

La elaboración de este Informe forma parte sistemática de las tareas anuales de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Siguiendo la estructura común de años anteriores, en esta edición se recogen los datos correspondientes a 2019 y primer semestre de 2020 agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto en el caso de los indicadores epidemiológicos comunes (*casos de violencia de género, detectados y registrados en el SNS*) como de los procesos de formación para profesionales de los servicios de salud autonómicos en los diferentes ámbitos asistenciales de atención primaria, hospitalaria y urgencias, para el año 2019. En el caso del primer semestre de 2020, la información sobre formación de profesionales no recoge indicadores específicos sino una aproximación general al impacto que la pandemia por COVID-19 ha podido tener en los procesos formativos programados para dicho semestre.

A continuación, en la segunda parte, se recoge la síntesis de las acciones desarrolladas por la Comisión durante 2020 a través de sus grupos técnicos de trabajo, que se han centrado en la recogida de los indicadores anteriormente mencionados tanto para el año 2019 como para el primer semestre 2020 para una aproximación inicial a la valoración del impacto de la pandemia por COVID-19. También se recoge en esta segunda parte, un breve resumen de los trabajos iniciales para consensuar el índice del Protocolo Común de Actuaciones Sanitarias frente a la Violencia Sexual en el SNS.

Se cierra el Informe con una breve actualización respecto a Informes de años anteriores en relación con las acciones realizadas por las CCAA para la difusión del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la MGF.

1. Análisis de la situación

1.1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud. Año 2019 y 2020 (primer trimestre)

Introducción

Se presentan los datos sobre **casos de mujeres maltratadas, que han sido detectados y registrados durante 2019 y primer semestre de 2020** por las y los profesionales que las atienden **en los servicios sanitarios que integran el SNS**, tanto en los servicios de atención primaria (AP) como de atención hospitalaria (AH) y servicios de Urgencias (URG) de ambos, AP y AH.

Estos datos provienen de dos fuentes diferenciadas: la **Historia Clínica (HC)** y el **Parte de Lesiones (PL)**.

Cada una de ellas aporta información específica de gran relevancia, teniendo en cuenta que la HC se considera única y con ella se discierne la relación unívoca de CADA CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO (VG) DETECTADO Y REGISTRADO con la mujer que la sufre, a través del código de identificación de paciente, independientemente de que una mujer podría ser víctima de diferentes actos violentos (episodios) a lo largo de su vida –en el caso concreto de este informe anual, varios a lo largo del año 2019 y/o primer semestre de 2020–, pudiendo haber generado varios partes de lesiones emitidos y remitidos a los juzgados.

DEFINICIÓN DE CASO VG EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

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

Por tanto, los indicadores que se presentan en este Informe –como en años anteriores– están dando información indirecta sobre la respuesta sanitaria ante el maltrato a las mujeres.

Los datos se presentan en varias tablas, donde se explicita siempre la fuente principal desde donde cada servicio de salud autonómico los obtiene (HC o PL). Los datos corresponden, por tanto, a casos de violencia de género detectados y confirmados clínicamente.

Criterios comunes establecidos para el conjunto del SNS. Recogida de indicadores sobre casos VG detectados y registrados en el SNS

Codificaciones comunes

En 2009, esta Comisión aprobó –a propuesta de su grupo de trabajo técnico, sobre sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la VG– los **criterios comunes para el conjunto del SNS respecto a los códigos específicos de los sistemas de información sanitaria, que se recogerían para catalogar los casos de violencia de género y poder elaborar los INDICADORES COMUNES EPIDEMIOLÓGICOS VG del SNS**. Para ello, se realizó un mapeo de codificaciones que las CCAA venían utilizando para caracterizar los casos de VG detectados, tanto a través de la codificación normalizada CIAP (en atención primaria), como CIE-9MC (atención primaria AP y hospitalaria AH), que han sido las utilizadas desde entonces por las CCAA que utilizan la historia clínica (HC) como fuente de información.

Con la incorporación de la CIE10-ES (*en atención primaria AP y hospitalaria AH*), se solicitó también a las CCAA para el informe anterior (datos de 2017 y 2018) una actualización del mapeo de codificaciones que se estaban utilizando para los casos de VG, con el fin de homogenizar al máximo los criterios de codificación con la nueva clasificación CIE10-ES. También se solicitó la actualización de información sobre los códigos CIAP, para actualizar todo el mapeo y confirmar que la recogida de datos es comparable entre servicios de salud y, por tanto, la calidad de los datos agregados para el conjunto del SNS recogidos en estos informes.

Cómputo de casos

Por otra parte, ya en 2013, se consensuó el **método de cómputo común para extraer el cálculo global de casos detectados y registrados en el conjunto del SNS**, al considerar como **CASO**, el recogido por HC, independientemente del número de partes de lesiones (PL) que hayan podido generarse en cada mujer, puesto que se computan **casos identificados y no episodios** (a diferencia de otros datos de interés, que se pueden recoger en otros sectores diferente al sanitario).

Por tanto, **el dato agregado a nivel del SNS y la cifra final de cada año**, relativo al número total de mujeres maltratadas, como casos detectados y registrados en los servicios sanitarios, se calculará eliminando posibles duplicados, contando:

LA SUMA DE TODOS LOS CASOS

detectados por ÁMBITO ASISTENCIAL (AP y AH) en aquellas CCAA que utilizan
UNA SOLA FUENTE de datos (HC) o (PL)

+

los obtenidos sólo A PARTIR DE LA HC en aquellas CCAA que contabilizan ca-
sos por AMBAS FUENTES (HC y PL)

Asimismo, sigue siendo necesario tener en cuenta la **diversidad de los sistemas de información que subyacen** a efectos comparativos y de agregación de datos para el conjunto del SNS:

- tanto para el cálculo de **TASAS**, como
- para obtener los indicadores comunes que aportan **ASPECTOS CUALITATIVOS** respecto a los casos detectados (grupos de edad, nacionalidad, situación laboral, situación de embarazo, etc.)

Durante 2016 y 2017, el grupo de trabajo Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica de la VG, dependiente de esta Comisión, estuvo trabajando en la mejora de estos aspectos, constatando la unificación de criterios de recogida como:

- **nacionalidad versus país de nacimiento**,
- la relación entre la **situación laboral y grupo de edad** de las mujeres maltratadas, y
- la aproximación desde el ámbito sanitario a la prevención y detección de casos en los contextos de **mayor vulnerabilidad** (*embarazo, hijas e hijos de estas mujeres, discapacidad*), todas ellas cuestiones fundamentales desde el punto de vista epidemiológico y para ajustar mejor la respuesta sanitaria a la realidad de lo que acontece y llega a la consulta diaria.

La prevención y detección precoz, el acompañamiento y seguimiento en salud es nuestra labor fundamental, como sector integrado con otros sectores en la lucha contra la violencia de género y en cumplimiento de la Ley Orgánica 1/2004, la Estrategia Nacional y dar cumplimiento a las medidas del Pacto de Estado en relación con los servicios sanitarios.

Finalmente, desde el año 2016, con el apoyo técnico del personal de la Subdirección General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad, se viene utilizando un formato de **cuestionario online**, que permite a cada CA remitir con periodicidad anual, sus indicadores para el cómputo agregado del SNS.

Situación de pandemia (Sars-Cov-2)

El 31 de diciembre de 2019 se comunicó un brote de enfermedad por coronavirus en Wuhan (China). El coronavirus causante, denominado SARS-CoV-2, pertenece a una amplia familia de coronavirus que causa en humanos infecciones respiratorias, desde las más simples a las más graves. La enfermedad causada por el SARS-CoV-2 se ha denominado COVID-19.

La infección por ese nuevo coronavirus se extendió rápidamente por todo el mundo, por lo que el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en enero de 2020 y el 11 de marzo la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación como pandemia global. En España, el primer caso se diagnosticó el 31 de enero de 2020, en La Gomera y a 7 de enero de 2021, se han notificado un total de 2.024.904 casos confirmados de COVID-19 y 51.675 personas fallecidas (*Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias*).

Solo 1 de cada 5 personas que contraen la COVID-19 acaba presentando un cuadro grave y presenta dificultades respiratorias. Las personas mayores y las que padecen afec-

ciones previas (hipertensión arterial, problemas cardiacos, pulmonares, diabetes, cáncer) tienen más probabilidades de presentar cuadros graves (OMS).

La pandemia de COVID-19 ha tenido, además de las consecuencias médicas derivadas de la infección, otras repercusiones sobre la salud de las personas, de las cuales aún desconocemos el impacto real. Algunas de las medidas tomadas para combatir la transmisión del virus, como los **confinamientos en domicilio y las restricciones a la movilidad, en el caso de las mujeres que sufren maltrato**, ha tenido como contrapartida para muchas de ellas, que la situación de malos tratos y violencia por parte de su agresor se haya agravado, al haber tenido que convivir con él más tiempo y sin posibilidad de pedir o recibir ayuda.

La **Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG)** ha constatado que durante el confinamiento hubo un incremento del 31% en el número de llamadas al 016 y del 443,5% en el de consultas online, lo que da cuenta del aumento del riesgo de violencia que han sufrido las mujeres en ese periodo.

Por todo ello, como se ha comentado al inicio, este informe recoge también datos preliminares, relativos al primer semestre de 2020, para realizar un primer análisis comparativo con los referidos al primer semestre de 2019 y estimar de qué forma la pandemia de SARS-CoV-2 ha podido influir en la detección y atención a los casos de violencia de género desde el SNS.

Indicadores

En cumplimiento de las medidas y actuaciones que establece la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género referidas al ámbito sanitario, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó en 2008 los indicadores comunes del SNS que se consideraba necesario recoger para conocer mejor la magnitud y características del maltrato que se detectara en los casos atendidos desde el SNS así como la atención sanitaria y seguimiento de los casos detectados¹. La estructura de esta parte del Informe, se centra en el análisis de estos 11 indicadores comunes que hasta ahora se recogen de forma sistemática:

Magnitud

1. Casos detectados en mujeres de 14 años o más.
2. Numero de partes de lesiones emitidos por nivel asistencial.
3. Casos detectados en atención primaria.
4. Casos detectados en atención especializada.

Características del maltrato

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

Características de las mujeres

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

Descripción de los sistemas de notificación

Se observan diferencias en los sistemas de notificación para la recogida de estos indicadores. La **fente** de información puede ser la historia clínica (HC) o los partes de lesiones emitidos (PL). El sistema de notificación puede estar implantado en distintos ámbitos: atención primaria (AP), atención hospitalaria (AH) o en ambas.

La organización de ciertos **servicios específicos** puede estar total o parcialmente integrada en los niveles asistenciales anteriormente mencionados o incluso ser independientes de éstos, como las redes de atención a las urgencias sanitarias o la salud mental. Así los casos atendidos en los servicios de urgencias de AP podrían estar cubiertos por el sistema de notificación de una comunidad autónoma (CA) y no de otra.

El método empleado para el **control de duplicados** varía según la CA. Unas realizan una revisión de las notificaciones caso a caso, la mayor parte emplean un identificador único y alguna no ha podido realizar las actividades de dicho control. Además, estos controles deben aplicarse tanto para la eliminación de casos duplicados dentro de un mismo ámbito asistencial (bien en AP o bien en AH) o entre ámbitos asistenciales (AP-AH).

Los **protocolos de asistencia** también pueden suponer un elemento de variabilidad en el sistema de notificación, por ejemplo, en algunas CCAA, la notificación de casos detectados en mujeres embarazadas se realiza desde el ámbito de AP y en otras desde hospitalaria (AH), lo que condicionaría la aproximación a la detección precoz de la violencia de género en este contexto de mayor vulnerabilidad.

El grado de implantación de **programas de cribado** para la violencia de género también podría explicar parte de la variabilidad entre aquellas CCAA que tienen implantado estos programas (por ejemplo C. Valenciana, La Rioja) y las que no. Además, los criterios de aplicación de los programas de cribado pueden variar, estando en alguna CA más orientados a los servicios de atención al embarazo y en otros, hacia los servicios de atención a las mujeres adultas en general.

Abreviaturas utilizadas en las tablas:

CCAA:	Comunidades Autónomas
CA:	Comunidad Autónoma
N:	Número
T:	Tasas sobre 100.000 mujeres \geq 14 años
AP:	Atención Primaria
AH:	Atención Hospitalaria
(-):	Sin datos
HC:	Historia clínica
PL:	Parte de lesiones

Abreviaturas de las comunidades autónomas:

Andalucía	(AN)	Extremadura	(EX)
Aragón	(AR)	Galicia	(GA)
Asturias, Principado de	(AS)	Madrid, Comunidad de	(MD)
Balears, Illes	(IB)	Murcia, Región de	(MC)
Canarias	(CN)	Navarra, C. Foral de	(NC)
Cantabria	(CB)	País Vasco	(PV)
Castilla y León	(CL)	La Rioja	(RI)
Castilla-La Mancha	(CM)	Ceuta	(CE)
Cataluña	(CT)	Melilla	(ML)
Comunidad Valenciana	(VC)		

Cobertura de la notificación

La cobertura se evalúa empleando dos dimensiones: la cantidad de **población cubierta** y la cantidad de **información recibida**.

La cobertura poblacional se calcula como la proporción de mujeres de 14 años y más que viven en una CA que notifica al sistema de vigilancia. La cobertura de indicadores se expresa como el número de indicadores facilitado por cada CA.

En el año 2019 informaron 15 CCAA y en el primer semestre de 2020 fueron 14 CCAA. La **cobertura poblacional** fue del 76,6% en 2019 y 75,5% en el primer semestre de 2020 (83,7% en 2018). Al desagregar por la fuente de notificación vemos que la cobertura sólo por HC bajó desde el 39,8% de 2018, al 30,2% de 2019, si bien la cobertura sólo por PL se ha mantenido sin cambios en un 29%. La cobertura por ambas fuentes fue del 17,6% (14,8% en 2018). Las coberturas para el primer semestre de 2020 fueron idénticas a las de 2019, excepto en los datos recibidos solo por HC que fueron del 28,9% (*tablas 1a, 1b y 1c*).

Tabla 1a. Cobertura de la notificación por historia clínica según CA. Año 2019 y primer semestre de 2020

HISTORIA CLÍNICA (HC)								
CCAA	2019				2020 - 1er semestre			
	Notificación por historia clínica	Cobertura de población	Cobertura de indicadores		Notificación por historia clínica	Cobertura de población	Cobertura de indicadores	
			AP	AH			AP	AH
Sí/No	%	N	N	Sí/No	%	N	N	
AN								
AR								
AS	Sí	2,3	7	8	Sí	2,3	7	8
IB	Sí	2,4	5	0	Sí	2,4	5	0
CN	Sí	4,7	7	4	Sí	4,7	7	4
CB	Sí	1,3	9	9				
CL	No				No			
CM								
CT								
VC	Sí	10,6	10	10	Sí	10,6	10	10
EX	Sí	2,3	9	9	Sí	2,3	9	9
GA	No				No			
MD	Sí	14,4	8	5	Sí	14,4	8	4
MC	Sí	3,0	9	9	Sí	3,0	9	9
NC	Sí	1,4	5	5	Sí	1,4	5	5
PV	Sí	4,8	9	4	Sí	4,8	9	4
RI	Sí	0,7	9	9	Sí	0,7	9	9
CE								
ML	No				No			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

La **cobertura de indicadores** varía según la CA. En total podían notificarse 10 indicadores por CA y nivel asistencial. A través de la HC en el año 2019 se notificaron una mediana de 15 indicadores (rango: 5 a 20), siendo en el año 2020 de 14 indicadores (rango: 5 a 20). A través del PL en el año 2019 se notificaron una mediana de 15 indicadores (rango: 14 a 18) siendo en el año 2020 de 15 indicadores (rango: 12 a 18) (*tablas 1a y 1b*).

Tabla 1b. Cobertura de la notificación por partes de lesiones según CA. Año 2019 y primer semestre de 2020

PARTE DE LESIONES (PL)								
CCAA	2019				2020 - 1er semestre			
	Notificación por partes de lesiones	Cobertura de población	Cobertura de indicadores		Notificación por partes de lesiones	Cobertura de población	Cobertura de indicadores	
			AP	AH			AP	AH
	Sí/No	%	N	N	Sí/No	%	N	N
AN	Sí	17,6	7	7	Sí	17,6	5	7
AR								
AS	Sí	2,3	7	8	Sí	2,3	7	8
IB	No				No			
CN	Sí	4,7	7	8	Sí	4,7	7	8
CB	No				No			
CL	Sí	5,2	9	9	Sí	5,2	9	9
CM								
CT								
VC	Sí	10,6	9	9	Sí	10,6	9	9
EX	No				No			
GA	Sí	6,0	8	8	Sí	6,0	8	8
MD	No				No			
MC	No				No			
NC	No				No			
PV	No				No			
RI	No				No			
CE								
ML	Sí	0,2	8	7	Sí	0,2	7	7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Tabla 1c. Cobertura poblacional por fuente de la declaración. Año 2019 y primer semestre de 2020

	2019			2020 1er semestre		
	CCAA	Mujeres	Cobertura	CCAA	Mujeres	Cobertura
Fuente de notificación	N	N	%	N	N	%
Sólo declaran por HC	8	6.315.419	30,2	7	6.051.281	28,9
Sólo declaran por PL	4	6.055.999	29,0	4	6.055.999	29,0
Declaran por ambas	3	3.678.229	17,6	3	3.678.229	17,6
Total cobertura	15	16.049.647	76,8	14	15.785.509	75,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El dato "N" de mujeres corresponde al total de población de mujeres de 14 años y más en las N CCAA que notifican por la fuente referida en dicha tabla de donde se deriva el dato de Cobertura en % de población que quedaría cubierta por dicho tipo de notificación si se diera como caso de VG.

Magnitud del problema

El número de casos recogidos mediante **historia clínica** fue de **9.989** en 2019 lo que supone un 26% menos que en 2018. Este descenso puede deberse, al menos parcialmente, a la disminución en el número de CCAA que han notificado. Al ajustar por la población de mujeres de 14 años o más en cada CA de las que notificaron se observa que la tasa fue de 100,35/100.000, es decir un 14% menor que en 2018. Desagregando por ámbito asistencial, la tasa en atención primaria (AP) fue de 72,9/100.000, un 20% menor que en 2018. Por su lado, la tasa en atención hospitalaria (AH) fue de 27,49/100.000, suponiendo una disminución del 10% frente a la del año anterior. En cuanto al número de CCAA que pudieron facilitar información de atención primaria fue de 11 (13 en 2018), mientras que fue de 10 el número de las CCAA que notificaron casos detectados desde atención hospitalaria (10 en 2018) (*tabla 2a*).

Tabla 2a. Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por historia clínica. Año 2019

HISTORIA CLÍNICA (HC)				
CCAA	2019			
	AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)	
	N	T	N	T
AN	-	-	-	-
AR				
AS	724	149,44	674	139,12
IB	497	99,72	-	-
CN	168	17,53	131	13,67
CB	206	77,91	288	108,92
CL	-	-	-	-
CM				
CT				
VC	1.017	46,09	109	4,94
EX	65	13,71	39	8,23
GA	-	-	-	-
MD	3.404	112,89	247	8,19
MC	120	19,04	385	61,08
NC	451	158,43	257	90,28
PV	483	48,43	538	53,94
RI	121	86,45	65	46,44
CE				
ML	-	-	-	-
SNS	7.256	72,90	2.733	27,46

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; T: Tasas por 100.000 mujeres.

Tabla 2b. Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por partes de lesiones. Año 2019

PARTE DE LESIONES (PL)				
CCAA	2019			
	AP (7 CCAA)		AH (7 CCAA)	
	N	T	N	T
AN	3.292	89,65	993	25,41
AR				
AS	323	66,67	377	77,82
IB	-	-	-	-
CN	1.070	111,64	33	3,44
CB	-	-	-	-
CL	557	51,09	260	23,85
CM				
CT				
VC	2.073	93,95	501	22,70
EX	-	-	-	-
GA	1.061	84,45	345	27,46
MD	-	-	-	-
MC	-	-	-	-
NC	-	-	-	-
PV	-	-	-	-
RI	-	-	-	-
CE				
ML	187	556,30	82	243,94
SNS	8.563	88,26	2.531	26,09

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; T: Tasas por 100.000 mujeres.

El número de casos recogidos mediante **partes de lesiones** en 2019 fue de 11.094, dándose un aumento del 7% respecto al año anterior. Este puede haberse debido a que el número de CCAA que pudieron facilitar información por esta fuente pasó de 6 a 7. Sin embargo, la tasa en 2019 fue de 114,35 por 100.000 mujeres, lo que supone un 2% menos que en 2018. Desagregando por ámbito asistencial, la tasa en atención primaria fue de 88,26/100.000 (90,32/100.000 en 2018), disminuyendo un 3%. No obstante, la tasa en atención hospitalaria fue de 26,09/100.000, lo que implica un aumento del 7% frente a la del año 2018, que fue de 24,21/100.000 (*tabla 2b*).

Características del maltrato

Tipo de maltrato

En los casos recogidos mediante **historia clínica (HC)** de **atención primaria** el tipo de maltrato más frecuente es la violencia psicológica con 37,4%, seguido de la física con un 30,8%, ambas muy por debajo de las notificadas en 2018 con 46% y 49%, respectivamente. En los casos provenientes de **atención hospitalaria** los pesos de ambos tipos de violencia cambian, destacándose la física (49%) frente a la psicológica (31%), con porcentajes muy parecidos a los del año anterior (52% y 32%). La violencia sexual sigue siendo la menos detectada en ambos ámbitos asistenciales, con porcentajes algo superiores a los del año anterior, pero siempre por debajo del 10%. En uno de cada 4 casos detectados en atención primaria y en dos de cada 5 en atención hospitalaria no se informa del tipo de violencia sufrida por la mujer (*tabla 3a y gráfico 1*).

En los casos recogidos mediante **partes de lesiones** en **atención primaria** destaca la violencia física (71%) seguida de la psicológica (43%), frente al 80% y 30%, respectivamente, del año 2018. En los casos provenientes de **atención hospitalaria** también se observa una mayor frecuencia de violencia física (77,6%) que de violencia psicológica (21,5%), no muy lejos de los porcentajes detectados en 2018 (87% y 17%). La detección de violencia sexual también es escasa mediante PL tanto en atención primaria (2%), como en hospitalaria (9%). En el 95% de los PL emitidos en atención primaria se especifica el tipo de violencia que ha sufrido la mujer, algo que también ocurre en el 88% de los emitidos en atención hospitalaria (*tabla 3b y gráfico 2*).

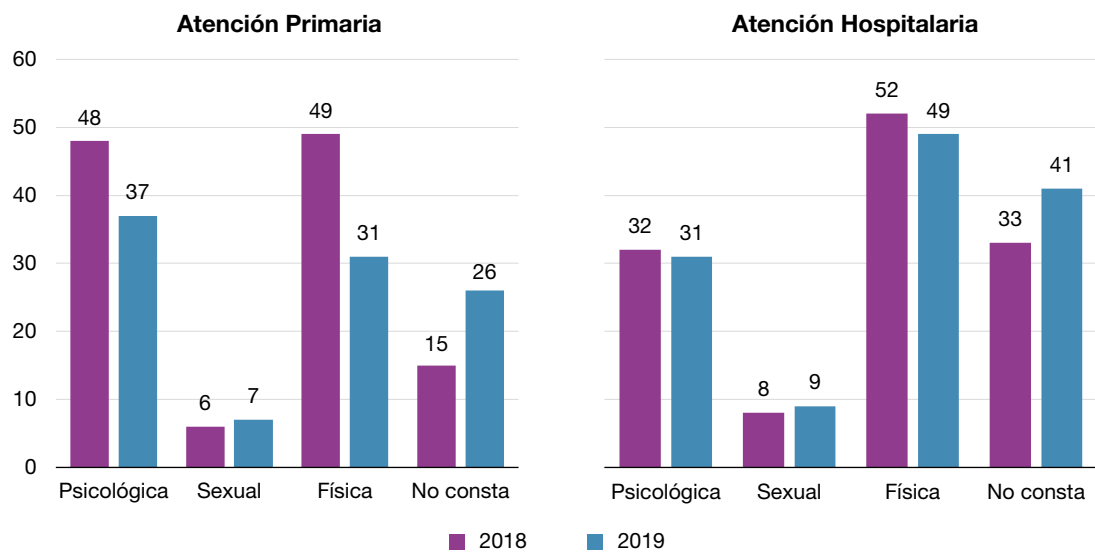
Es fundamental seguir formando a los equipos de profesionales que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en la detección y atención a las mujeres que sufren violencia sexual, cuya detección es en la actualidad casi anecdótica (762 mujeres, sumando los casos provenientes de historia clínica de los dos ámbitos asistenciales), pese a su importante efecto negativo en la salud de las mujeres. Considerando que la *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*² encuentra que entre las mujeres residentes en España de 16 y más años un 1,8% había sufrido violencia sexual en los últimos 12 meses (359.095 mujeres), eso puede dar idea de que desde el sistema sanitario se está detectando a 2 de cada mil mujeres que han sufrido algún episodio de este tipo de violencia.

Tabla 3a. Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019

HISTORIA CLÍNICA (HC)				
Tipo	2019			
	AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)	
	N	%	N	%
Psicológico	2.710	37,4	847	31,0
Sexual	525	7,2	237	8,7
Físico	2.235	30,8	1.343	49,1
No consta	1.863	25,7	1.109	40,6
Total	7.256	-	2.733	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente.

Gráfico 1. Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según tipo de maltrato. Años 2018 y 2019



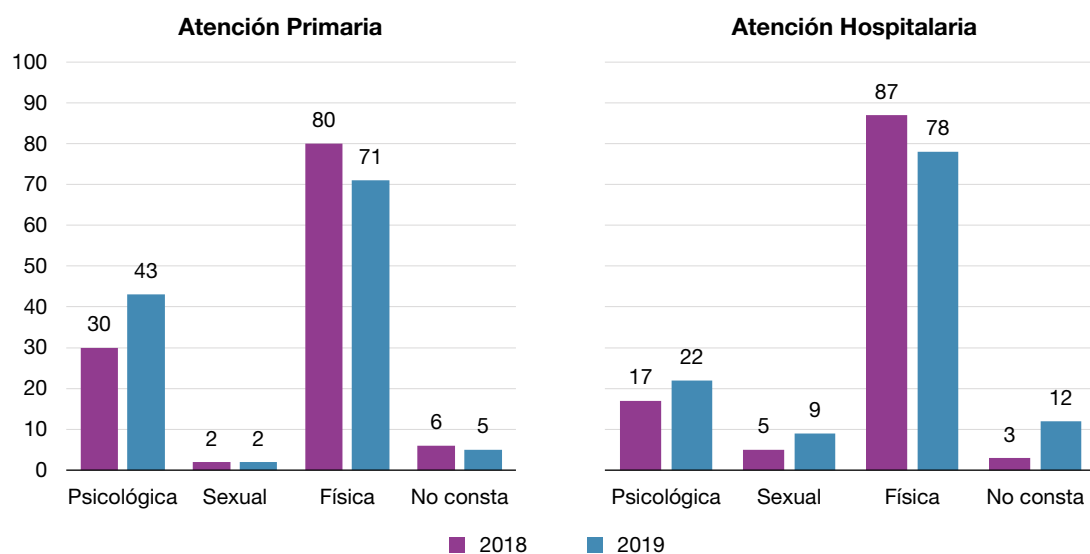
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente.

Tabla 3b. Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Año 2019

PARTE DE LESIONES (PL)				
Tipo	2019			
	AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)	
	N	%	N	%
Psicológico	3.603	43,0	536	21,5
Sexual	168	2,0	224	9,0
Físico	5.950	71,0	1.930	77,6
No consta	407	4,9	287	11,5
Total	8.376	-	2.488	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente.

Gráfico 2. Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según tipo de maltrato. Años 2018 y 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente.

Duración del maltrato

En los casos recogidos mediante **historia clínica** de **atención primaria** la duración del maltrato inferior a un año fue, con mucho, la más frecuente (40,8%), seguida de la duración de 1 a 4 años (10,8%). Esta distribución es similar a la del año 2018 (55% y 10%). Se señala que en uno de cada tres casos no aparece este tipo de información. En las mujeres detectadas desde **atención hospitalaria** destaca fundamentalmente la falta de información sobre este dato, que afecta al 70% de los casos (*tabla 4a* y *gráfico 3*).

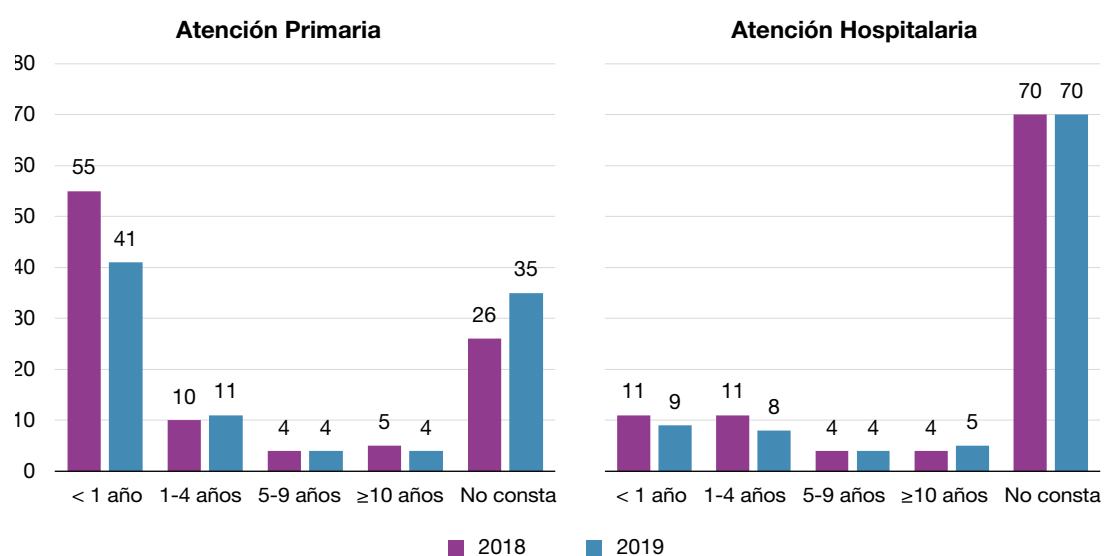
Los casos detectados por **partes de lesiones** muestran una distribución similar: la duración inferior a un año es la más frecuente seguida de la duración de 1 a 4 años, sin embargo, estos datos son irrelevantes debido a la alta proporción de casos en los que no consta la información, que, tanto en atención primaria como en hospitalaria, suponen el 95% (*tabla 4b* y *gráfico 4*).

Tabla 4a. Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019

HISTORIA CLÍNICA (HC)				
Duración	2019			
	AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)	
	N	%	N	%
< 1 año	2.962	40,8	254	9,3
1 a 4 años	781	10,8	232	8,5
5 a 9 años	314	4,3	98	3,6
≥ 10 años	323	4,5	150	5,5
No consta	2.521	34,7	1.906	69,7
Total	7.256	95	2.733	97

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 3. Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según duración del maltrato. Años 2018 y 2019



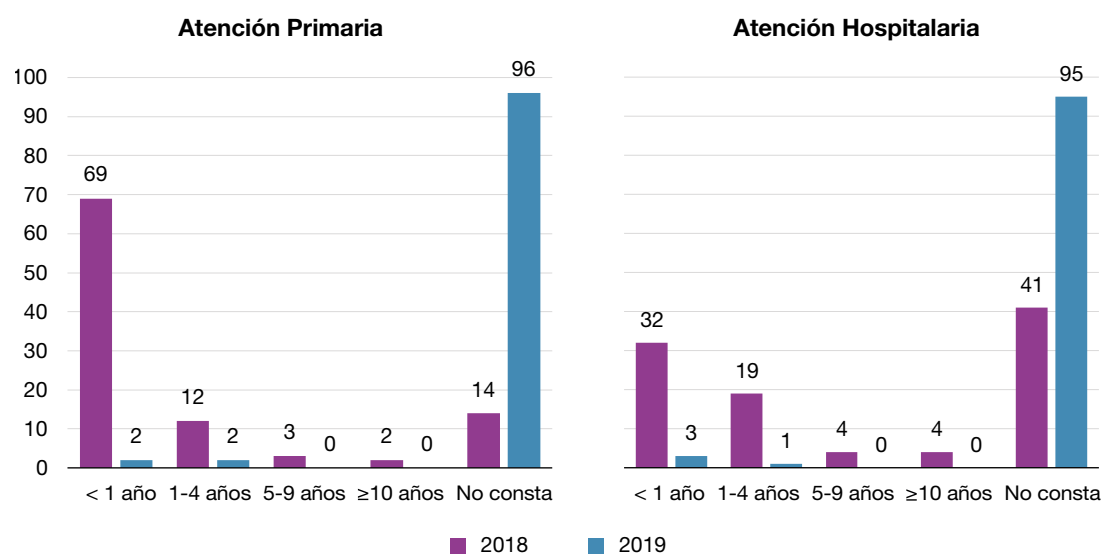
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Tabla 4b. Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por parte de lesiones. Año 2019

PARTE DE LESIONES (PL)				
Duración	2019			
	AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)	
	N	%	N	%
< 1 año	180	2,2	85	3,4
1 a 4 años	128	1,5	31	1,3
5 a 9 años	40	0,5	6	0,2
≥ 10 años	23	0,3	9	0,4
No consta	8.005	95,6	2.357	94,7
Total	8.376	-	2.488	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 4. Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según duración del maltrato. Años 2018 y 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Relación de la mujer con el agresor

En los casos recogidos mediante **historia clínica** la pareja de la mujer es el agresor más frecuente, tanto en atención primaria (18,9%) como en hospitalaria (24,3%), seguido de la expareja (15,5% en AP y 10,8% en AH). Este patrón es el mismo que vimos en 2018. No obstante, en 2019 es de destacar la gran proporción de casos en los que no consta la información de la relación con el agresor, que falta en uno de cada 4 casos en primaria y en 2 de cada 3 en hospitalaria, lo que dificulta la interpretación de este indicador (*tabla 5a y gráfico 5*).

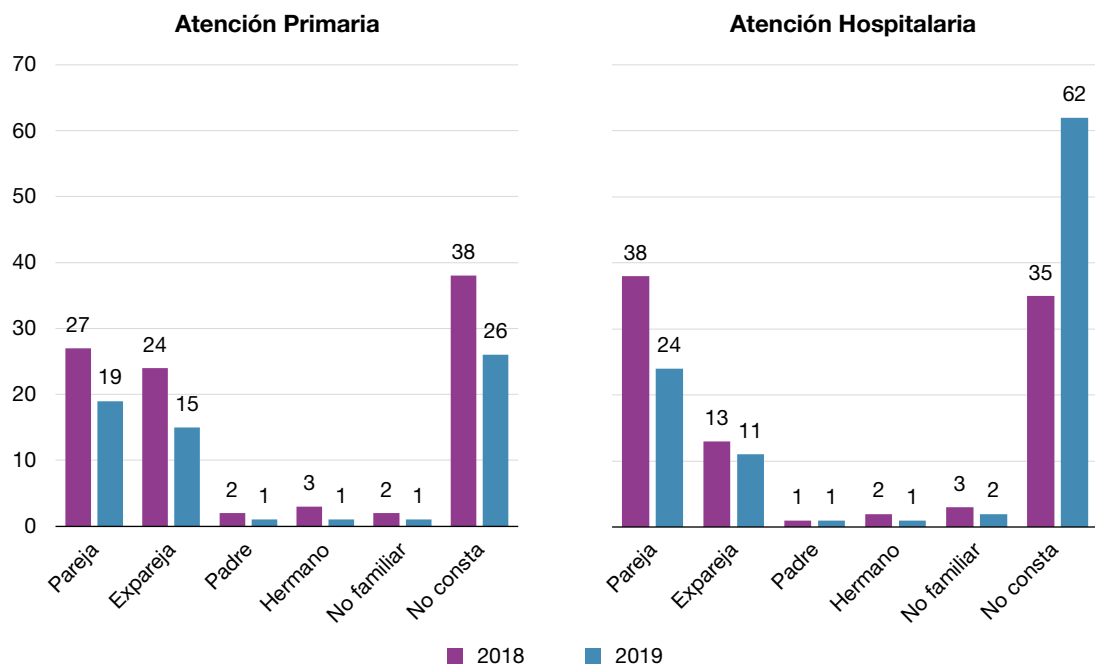
En los casos detectados mediante **parte de lesiones** la distribución es similar, el agresor es la pareja en el 53,5% de los casos en AP y el 45,9% en hospitalaria. En segundo lugar, en frecuencia está la expareja con un 17,4% de los casos en primaria y un 15,8% en hospitalaria. La recogida de este indicador desde los partes de lesiones es de mayor calidad, sobre todo en AP donde solo falta esta información en el 14% de los casos, mientras que falta en el 25% de los de atención hospitalaria (*tabla 5b y gráfico 6*).

Tabla 5a. Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019

HISTORIA CLÍNICA (HC)				
Agresor	2019			
	AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)	
	N	%	N	%
Pareja	1.369	18,9	663	24,3
Expareja	1.123	15,5	294	10,8
Padre	84	1,2	21	0,8
Hermano	66	0,9	20	0,7
No familiar	53	0,7	59	2,2
No consta	1.876	25,8	1.693	61,9
Total	7.256	63	2.733	101

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente.

Gráfico 5. Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según la relación con el agresor. Años 2018 y 2019



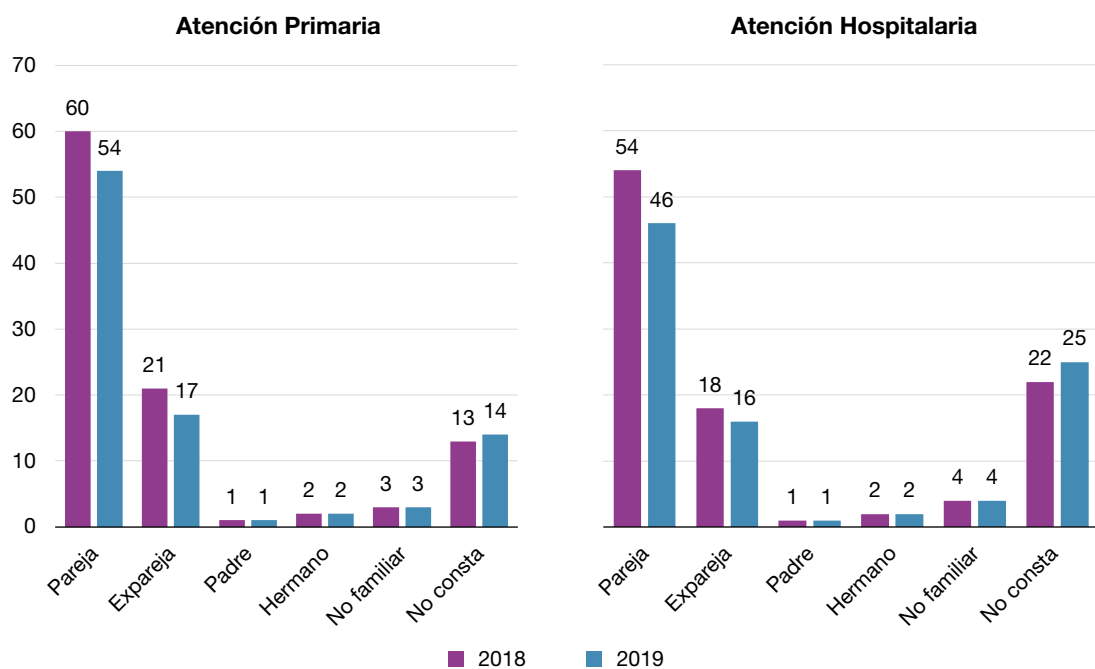
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente.

Tabla 5b. Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Año 2019

PARTE DE LESIONES (PL)				
Agresor	2019			
	AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)	
	N	%	N	%
Pareja	4.485	53,5	1.142	45,9
Expareja	1.460	17,4	393	15,8
Padre	75	0,9	21	0,8
Hermano	165	2,0	38	1,5
No familiar	234	2,8	99	4,0
No consta	1.154	13,8	632	25,4
Total	7.256	90	2.733	93

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente.

Gráfico 6. Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la relación con el agresor. Años 2018 y 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente

Características de las mujeres

Edad de las mujeres

En los casos recogidos mediante **historia clínica** de **atención primaria** el grupo de edad más afectado corresponde al de mujeres adultas jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y los 44 años, presentando tasas superiores a 100/100.000 mujeres. La información procedente de **atención hospitalaria** presenta una distribución similar. En comparación a 2018, las tasas en 2019 tanto en AP como en AH son más bajas en todos los grupos de edad, excepto en el de mujeres de 70 y más años. Las disminuciones en las tasas en AP son importantes en los grupos de edad entre los 14 y los 49 años, pero son muy leves en los grupos de más edad. En AH son en general más estables respecto a las de 2018, excepto en los dos grupos más jóvenes. También en este ámbito se ven bajadas más leves en los grupos de más edad y vemos un aumento en el de mujeres de 70 y más años (*tabla 6a y gráfico 7*).

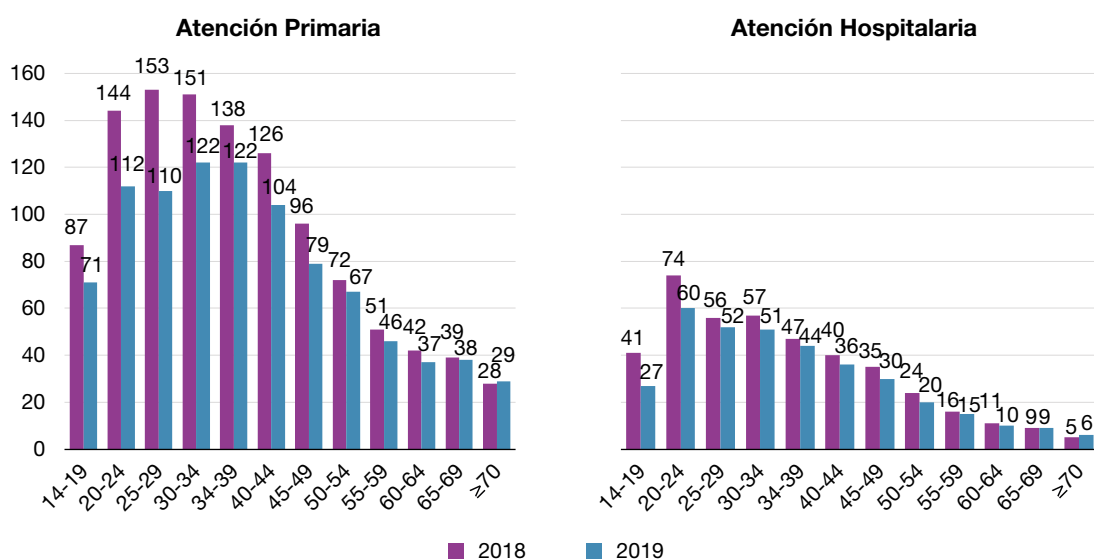
En los datos recogidos mediante **partes de lesiones** también se observan tasas más elevadas en las mujeres adultas jóvenes de 20 a 44 años, tanto en **atención primaria** como en **atención hospitalaria**. Las tasas en **atención primaria** en general han disminuido o se han mantenido respecto a las de 2018, exceptuando el grupo de 20 a 24 años que pasa de 182/100.000 a 192/100.000 en 2019. Por su parte, los datos de **atención hospitalaria** muestran en general pequeños aumentos respecto a 2018 (*tabla 6b y gráfico 8*).

Tabla 6a. Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019

HISTORIA CLÍNICA (HC)						
Edad (años)	2019					
	AP (11 CCAA)			AH (10 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T
14-19	463	6,4	71	179	6,6	27
20-24	607	8,4	112	322	11,8	60
25-29	664	9,2	110	316	11,6	52
30-34	824	11,4	122	347	12,7	51
34-39	999	13,8	122	359	13,1	44
40-44	990	13,6	104	341	12,5	36
45-49	732	10,1	79	279	10,2	30
50-54	591	8,1	67	175	6,4	20
55-59	373	5,1	46	118	4,3	15
60-64	261	3,6	37	70	2,6	10
65-69	229	3,2	38	54	2,0	9
≥70	531	7,3	29	114	4,2	6
No consta	1	0,01	-	28	1,02	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; T: Tasas por 100.000 mujeres.

Gráfico 7. Tasas de casos notificados (por 100.000) por historia clínica por ámbito asistencial, según la edad de las mujeres. Años 2018 y 2019



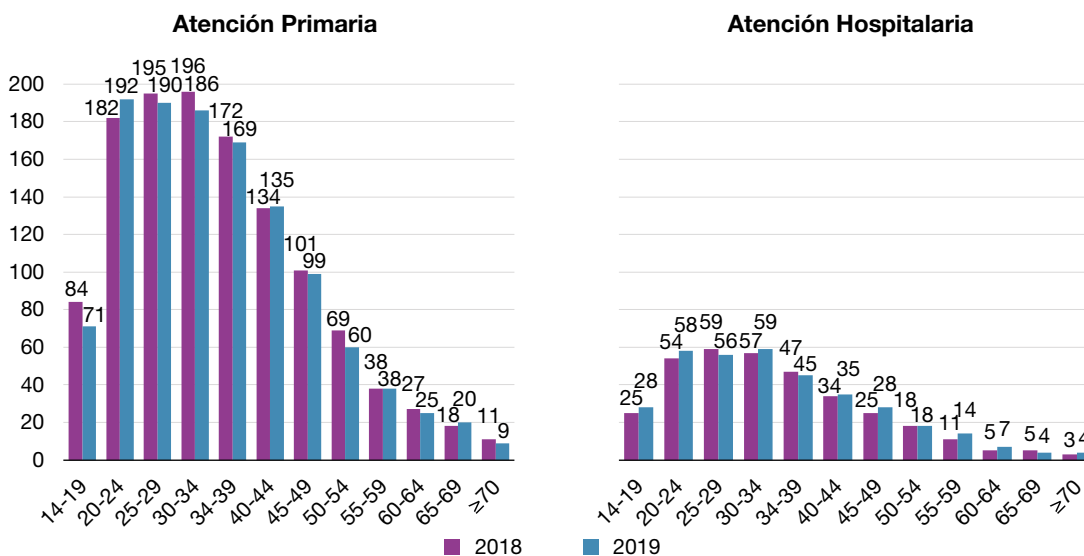
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; T: Tasas por 100.000 mujeres.

Tabla 6b. Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Año 2019

PARTE DE LESIONES (PL)						
Edad (años)	2019					
	AP (6 CCAA)			AH (6 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T
14-19	447	5,3	71	175	7,0	28
20-24	988	11,8	192	300	12,1	58
25-29	1.075	12,8	190	314	12,6	56
30-34	1.175	14,0	186	373	15,0	59
34-39	1.313	15,7	169	350	14,1	45
40-44	1.207	14,4	135	315	12,7	35
45-49	872	10,4	99	247	9,9	28
50-54	519	6,2	60	154	6,2	18
55-59	300	3,6	38	111	4,5	14
60-64	172	2,1	25	47	1,9	7
65-69	121	1,4	20	25	1,0	4
≥70	165	2,0	9	76	3,1	4
No consta	22	0,3	-	1	0,04	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; T: Tasas por 100.000 mujeres.

Gráfico 8. Tasas de casos notificados (por 100.000) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la edad de las mujeres. Años 2018 y 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; T: Tasas por 100.000 mujeres.

Nacionalidad de las mujeres

Los casos procedentes de **historia clínica de atención primaria** muestran que la incidencia más elevada, con diferencia, se dan en las mujeres andinas³, con una tasa de 646/100.000, seguidas por las mujeres marroquíes y las procedentes de países de bajos ingresos con tasas superiores a las 200/100.000. Respecto a 2018 todas las tasas han aumentado de forma muy importante y solo se observa una disminución en las tasas en mujeres españolas y de países de altos ingresos. Los casos detectados en **atención hospitalaria** muestran unas tasas más bajas al compararlas con las detectadas en atención primaria y las diferencias entre las distintas nacionalidades son menos marcadas, sin embargo, las mujeres andinas siguen siendo las más afectadas con tasas superiores a 100/100.000 seguidas de las mujeres procedentes de países de bajos ingresos y las mujeres marroquíes con tasas superiores a los 20/100.000. De nuevo vemos que todas las tasas se han incrementado respecto a las de 2018 y solo el grupo de mujeres españolas permanece igual y el de mujeres de países de altos ingresos disminuye su tasa. Es de destacar que la proporción de mujeres de nacionalidad desconocida es mayor en el ámbito de la atención hospitalaria (*tabla 7a y gráfico 9*).

Los casos procedentes de los **partes de lesiones** muestran características similares. En **atención primaria** al comparar tasas de las mujeres españolas con las de mujeres de otras nacionalidades estas se multiplican aproximadamente por 8 en las andinas, por casi 3 en las mujeres de países de bajos ingresos y por 2 en las rumanas y en las marroquíes. Los datos procedentes de **atención hospitalaria** muestran una distribución similar, aunque con tasas menores y mayores diferencias entre las nacionalidades, así comparadas con las españolas, la tasa de mujeres andinas se multiplica por 12, las de mujeres marroquíes y de países de

³ Países andinos: Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia.

bajos ingresos por 4 y las de mujeres rumanas por 3. Respecto a 2018, todas las tasas de 2019 han bajado, de forma importante en atención primaria, exceptuando las de mujeres españolas, que suben tanto en AP como en AH (*tabla 7b y gráfico 10*).

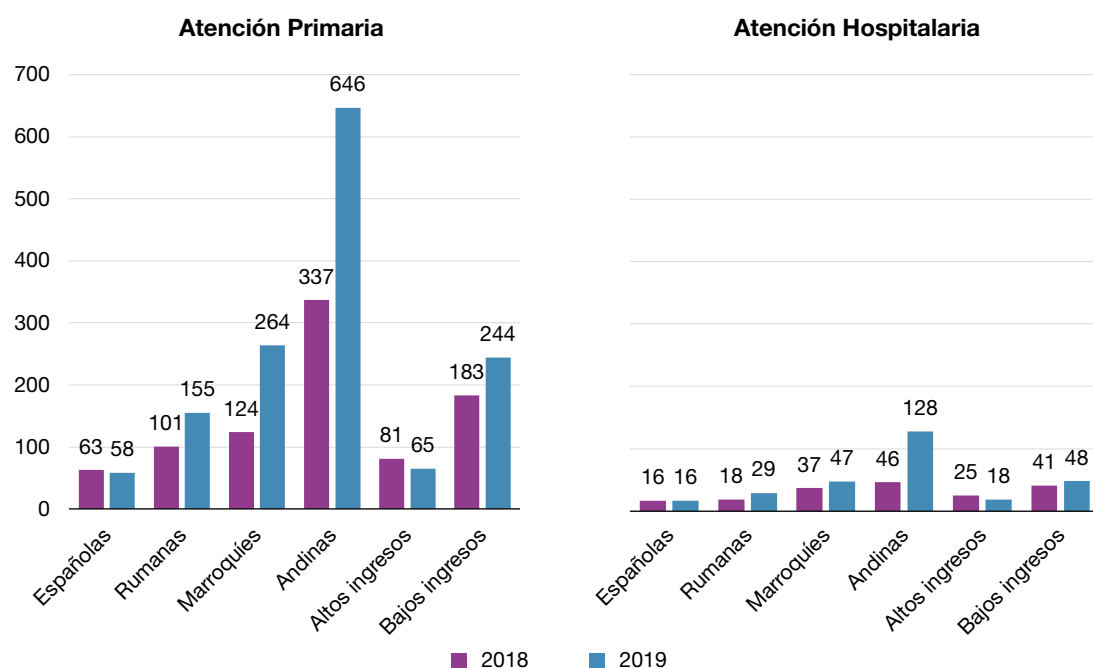
Estos datos podrían estar poniendo de manifiesto que el riesgo de las mujeres de sufrir violencia podría ser mayor cuando se suman otros factores sociales como el estatus legal y la racialización, que a su vez pueden relacionarse con peores condiciones laborales y falta de autonomía económica. Sería muy interesante poder disponer de esa información para poder realizar análisis interseccionales. No se recogen en este Informe del sistema sanitario, datos sobre la nacionalidad de los agresores u otras circunstancias que podrían estar actuando como factores de confusión.

Tabla 7a. Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019

HISTORIA CLÍNICA (HC)						
Nacionalidad	2019					
	AP (11 CCAA)			AH (10 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T
Española	4.251	58,6	58	1.356	49,6	16
Rumana	225	3,1	155	50	1,8	29
Marroquí	203	2,8	264	82	3,0	47
Andina	793	10,9	646	189	6,9	128
Ingresos altos	201	2,8	65	60	2,2	18
Ingresos bajos	804	11,1	244	178	6,5	48
No consta	711	9,8	-	706	25,8	-
Total	7.256	-	-	2.733	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente. Nacionalidad andina: corresponde a Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia; T: Tasas por 100.000 mujeres; Murcia y País Vasco excluidas de las tasas por incoherencias en denominadores de población.

Gráfico 9. Tasas de casos notificados (por 100.000) por historia clínica por ámbito asistencial, según la nacionalidad de las mujeres. Años 2018 y 2019



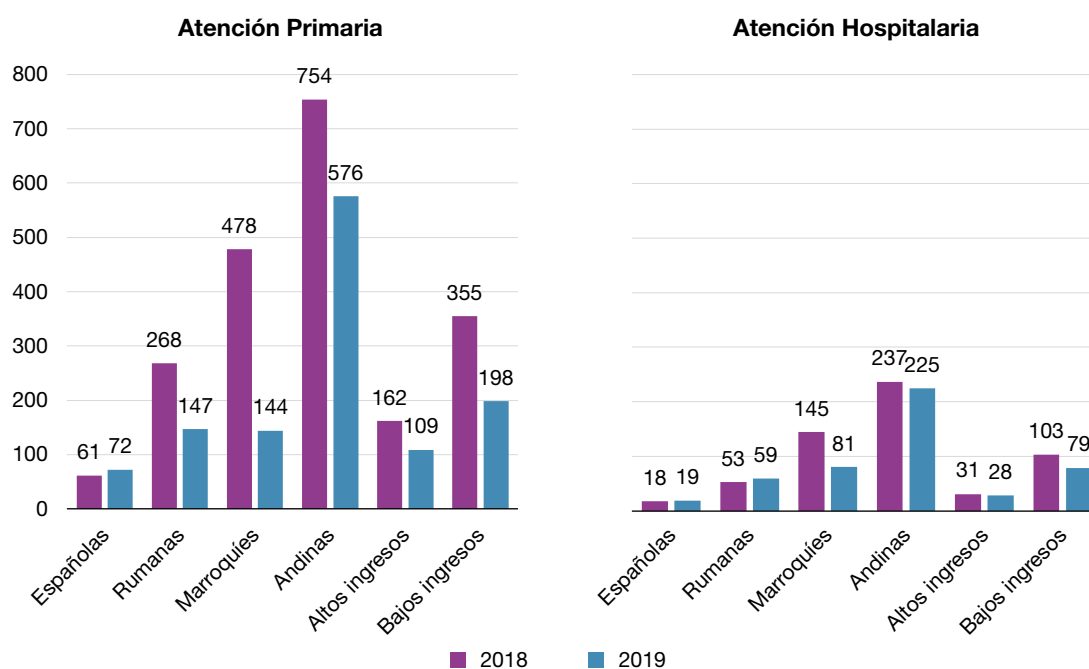
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente. Nacionalidad andina: corresponde a Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia; T: Tasas por 100.000 mujeres; Murcia y País Vasco excluidas de las tasas por incoherencias en denominadores de población.

Tabla 7b. Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Año 2019

PARTE DE LESIONES (PL)						
Nacionalidad	2019					
	AP (6 CCAA)			AH (6 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T
Española	6.367	76,0	72	1.639	65,9	19
Rumana	153	1,8	147	61	2,5	59
Marroquí	128	1,5	144	72	2,9	81
Andina	382	4,6	576	149	6,0	225
Ingresos altos	306	3,7	109	78	3,1	28
Ingresos bajos	582	7,0	198	231	9,3	79
No consta	458	5,5	0	92	3,7	0
Total	8.376	-	-	2.488	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente; Nacionalidad andina: corresponde a Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia; T: Tasas por 100.000 mujeres.

Gráfico 10. Tasas de casos notificados (por 100.000) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la nacionalidad de las mujeres. Años 2018 y 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente; Nacionalidad andina: corresponde a Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia; T: Tasas por 100.000 mujeres.

Situación laboral

En los casos procedentes de **historia clínica de atención primaria** solo el 28% de las mujeres dijeron tener un trabajo remunerado. Las historias clínicas de atención hospitalaria encuentran un porcentaje algo menor, el 25% de mujeres tenían trabajo remunerado. En ambos casos las proporciones son similares a las del año anterior. Destaca la disminución en la proporción de casos en atención primaria en los que no consta la situación laboral de la mujer, pasando del 55% en 2018 al 36% en 2019 (*tabla 8a y gráfico 11*).

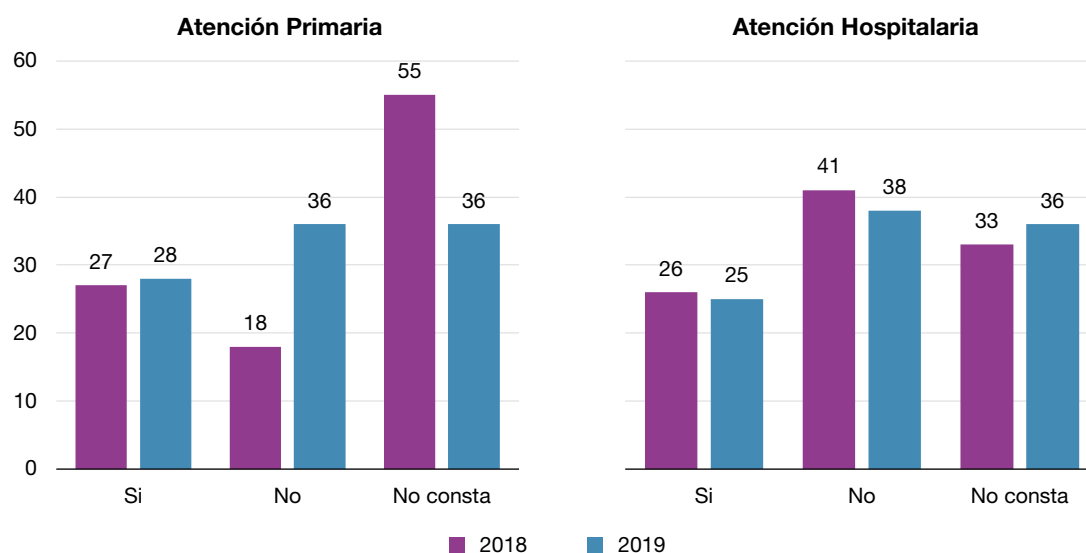
En los casos notificados por los **partes de lesiones** en atención primaria encontramos que un 39% de las mujeres tenían un trabajo remunerado, mientras que en atención hospitalaria esta proporción es del 29%; en ambos casos los porcentajes son similares a los del año 2018. La calidad de la información recogida por los partes de lesiones en relación a este indicador es mejor que la encontrada en las historias clínicas, sobre todo en atención primaria, donde solo hay un 10% de los casos en los que no consta, subiendo al 27% en atención hospitalaria, porcentajes casi idénticos a los del año anterior (*tabla 8b y gráfico 12*).

Tabla 8a. Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica. Año 2019

HISTORIA CLÍNICA (HC)				
Trabajo remunerado	2019			
	AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)	
	N	%	N	%
Sí	632	28	391	25
No	796	36	592	38
No consta	795	36	558	36

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 11. Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según la situación laboral de las mujeres. Años 2018 y 2019



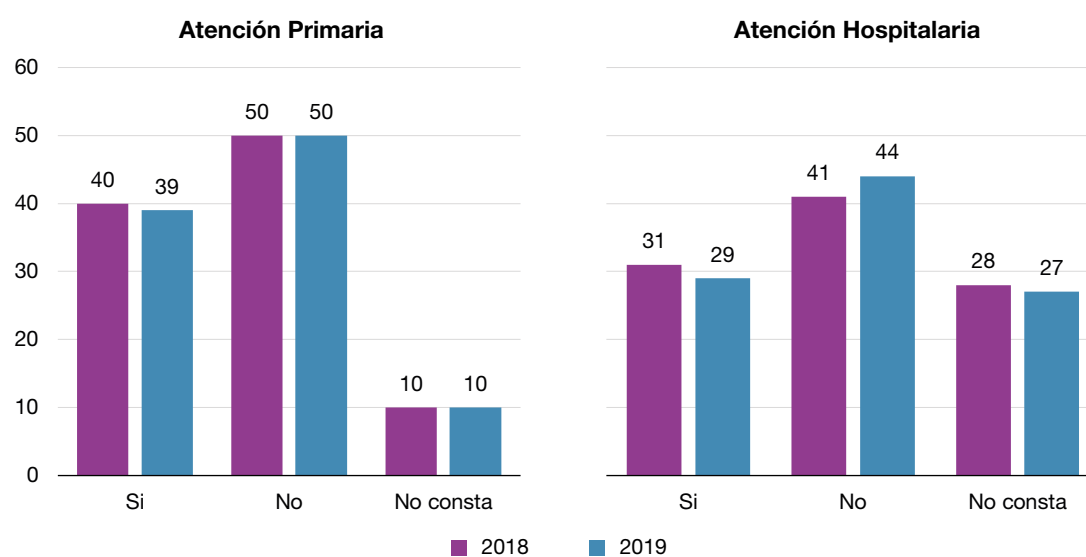
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Tabla 8b. Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones. Año 2019

PARTE DE LESIONES (PL)				
Trabajo remunerado	2019			
	AP (4 CCAA)		AH (4 CCAA)	
	N	%	N	%
Sí	1.575	39	425	29
No	2.022	50	651	44
No consta	417	10	407	27

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 12. Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la situación laboral de las mujeres. Años 2018 y 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Embarazo

En los casos detectados por **historia clínica de atención primaria** el 7,2% de casos registrados fueron detectados en mujeres embarazadas en el 2019, muy por encima del 4% detectado en 2018. Los datos de atención hospitalaria muestran que un 4% de las mujeres estaba embarazada cuando sufrió la violencia, frente al 3% en 2018 (*tabla 9a*). En comparación con las tasas globales de población general (disponibles en la *tabla 2a*) la situación de embarazo multiplica por más de 3 veces y medio el riesgo de estar en situación de malos tratos.

En los casos detectados por **partes de lesiones** de atención primaria la proporción de mujeres embarazadas es del 2,67%, frente al 2% de 2018. Esta proporción es superior en atención hospitalaria, llegando al 4,15%, porcentaje similar a la de años anterior (*tabla 9b*).

Tabla 9a. Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica. Año 2019

HISTORIA CLÍNICA (HC)						
	2019					
	AP (8 CCAA)			AH (5 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T
Mujeres embarazadas	401	7,2	267	63	4,0	90

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.: Tasas sobre 100.000 nacidos

Tabla 9b. Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones. Año 2019

PARTE DE LESIONES (PL)						
	2019					
	AP (6 CCAA)			AH (7 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T
Mujeres embarazadas	220	2,7	145	105	4,2	67

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. T: Tasas sobre 100.000 nacidos.

1.2. Análisis comparativo de los primeros semestres de 2019 y 2020. Aproximación a Impacto COVID-19

Magnitud del problema

El número de casos recogidos mediante **historia clínica** fue de **5.152** en el primer semestre de 2019 y de **3.865** en el primer semestre de 2020, lo que supone una disminución en la detección del 25%. Al ajustar por la población de mujeres de 14 años o más de las CCAA que notificaron se observa que las tasas fueron de 103,5/100.000 en 2019 y 79,8/100.000 en 2020 suponiendo una caída del 23%. Desagregando por **ámbito asistencial**, las tasas en atención primaria pasaron de 76,2/100.000 en 2019 a 59,6/100.000 en 2020, lo que implica una disminución del 22%. Las tasas en atención hospitalaria pasaron de 27,3/100.000 a 20,2/100.000 en ese mismo periodo, suponiendo una disminución del 26%. En cuanto al número de CCAA que pudieron facilitar información de atención primaria del primer semestre de 2020 fueron 10, frente a las 11 de 2019. En atención hospitalaria fueron 9 las CCAA notificadoras, frente a las 10 de 2019 (*tabla 10a y gráfico 13*).

El número de casos recogidos mediante **partes de lesiones** pasó de 5.300 casos en el primer semestre de 2019 a 3.313 casos en el primer semestre de 2020, dándose un descenso del 32%, siendo las CCAA que pudieron facilitar información en ambos semestres las mismas (n=7). Las tasas muestran también sufrieron una caída del 32%, pasando de 109,3/100.000 en 2019 a 74,5/100.000 en 2020. Desagregando por ámbito asistencial, las tasas en **atención primaria** pasaron de 86,1/100.000 en 2019 a 49,7/100.000 en 2020, lo que supone un descenso del 42,3%. Las tasas en **atención hospitalaria** pasaron de 23,15/100.000 a 24,8/100.000, lo que implica un aumento del 7,1% (*tabla 10b y gráfico 14*).

Tabla 10a. Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020

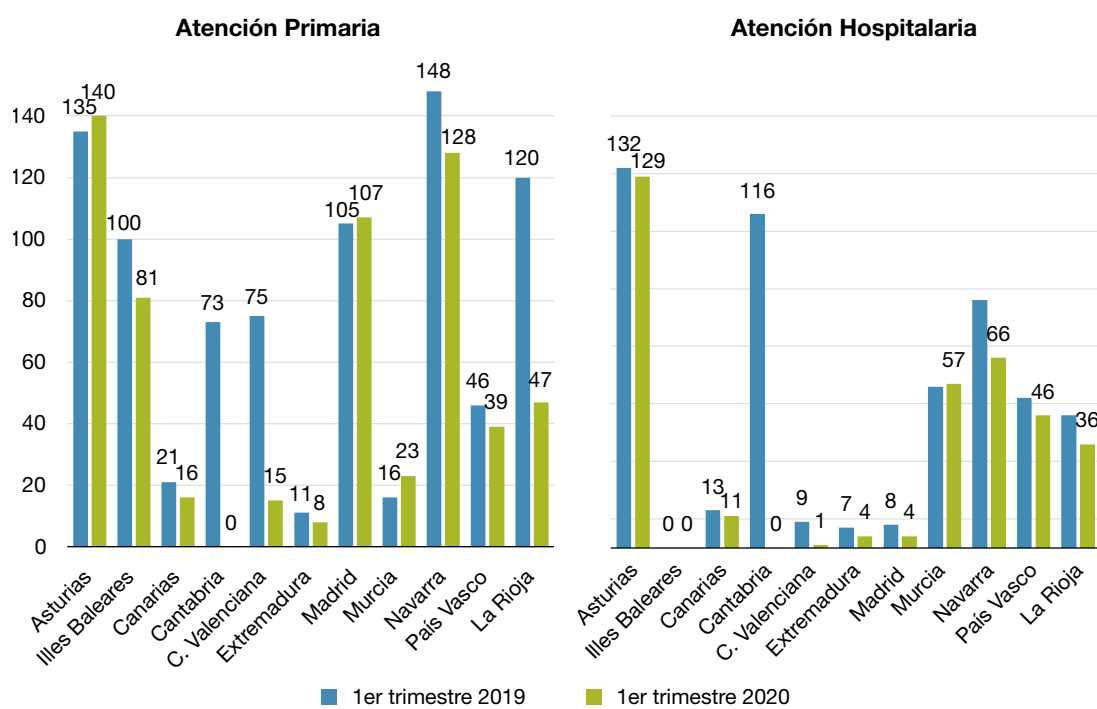
HISTORIA CLÍNICA (HC)								
CCAA	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)		AP (10 CCAA)		AH (9 CCAA)	
	N	T	N	T	N	T	N	T
AN	-	-	-	-	-	-	-	-
AR								
AS	327	135,0	319	131,7	339	139,9	312	128,8
IB	249	99,9	-	-	202	81,1	-	-
CN	102	21,3	60	12,5	78	16,3	53	11,1
CB	96	72,6	153	115,7				
CL	-	-	-	-	-	-	-	-
CM								
CT								
VC	831	75,3	96	8,7	162	14,7	15	1,4
EX	25	10,5	17	7,2	18	7,6	10	4,2
GA	-	-	-	-	-	-	-	-
MD	1.589	105,4	127	8,4	1.608	106,7	58	3,9
MC	49	15,5	175	55,5	72	22,8	181	57,4
NC	211	148,2	122	85,7	182	127,9	94	66,0
PV	228	45,7	260	52,1	193	38,7	230	46,1
RI	84	120,0	32	45,7	33	47,2	25	35,7
CE								
ML	-	-	-	-	-	-	-	-
ES	3.791	76,2	1.361	27,4	2.887	59,6	978	20,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

El número de **CASOS RECOGIDOS** mediante **historia clínica (HC)** fue de **5.152** en el primer semestre de 2019 y de **3.865** en el primer semestre de 2020, lo que supone una **disminución del 25% en la detección**.

Al ajustar por la población de mujeres de 14 años o más de las CCAA que notificaron se observa que las **TASAS** de casos detectados y registrados fueron de 103,5/100.000 en 2019 y 79,8/100.000 en 2020 suponiendo una **caída del 23%**.

Gráfico 13. Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por historia clínica por ámbito asistencial, según CCAA. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



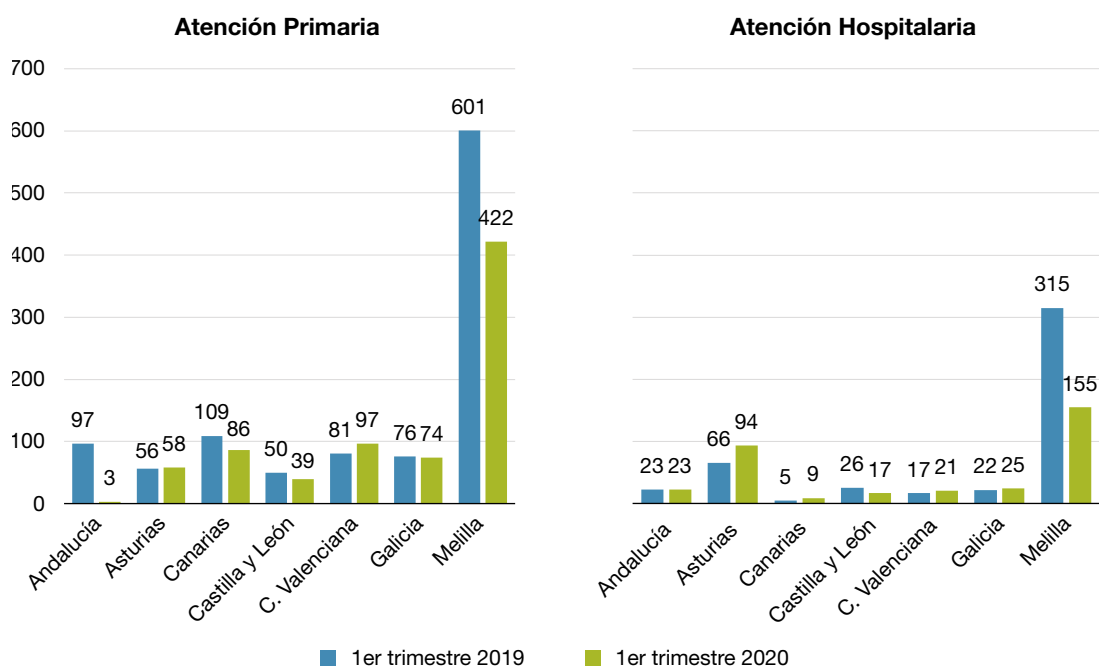
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Tabla 10b. Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020

PARTE DE LESIONES (PL)								
CCAA	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (7 CCAA)		AH (7 CCAA)		AP (7 CCAA)		AH (7 CCAA)	
	N	T	N	T	N	T	N	T
AN	1.775	96,7	421	22,9	47	2,6	425	23,2
AR								
AS	135	55,7	161	66,5	140	57,8	228	94,1
IB	-	-	-	-	-	-	-	-
CN	520	108,5	26	5,4	413	86,2	41	8,6
CB	-	-	-	-	-	-	-	-
CL	271	49,7	140	25,7	210	38,5	92	16,9
CM								
CT								
VC	895	81,1	183	16,6	1.065	96,5	237	21,5
EX	-	-	-	-	-	-	-	-
GA	480	76,4	129	22,1	464	73,9	154	24,5
MD	-	-	-	-	-	-	-	-
MC	-	-	-	-	-	-	-	-
NC	-	-	-	-	-	-	-	-
PV	-	-	-	-	-	-	-	-
RI	-	-	-	-	-	-	-	-
CE								
ML	101	600,9	53	315,3	71	422,4	26	154,7
ES	4.177	86,1	1.123	23,2	2.410	49,7	1.203	24,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 14. Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según CCAA. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Características del maltrato

Tipo de maltrato

En los casos recogidos mediante **historia clínica de atención primaria** la violencia psicológica presenta la mayor prevalencia en el primer semestre de 2019, con un 50,5% de los casos, seguida con un 37% por la violencia física. En el primer semestre de 2020 aunque ambos porcentajes son menores, sus valores se acercan entre sí, disminuyendo la violencia psicológica detectada y registrada y siendo muy parecido el valor de la violencia física, al porcentaje de 2019 aunque algo menor (38% y 36%). En los casos provenientes de **atención hospitalaria** se detecta con mayor frecuencia la violencia física tanto en 2019 (44%) como en 2020 (46%) seguida de la violencia psicológica, aunque con una frecuencia menor en comparación con las atendidas en atención primaria, 32% y 19% respectivamente (*tabla 11a y gráfico 15*).

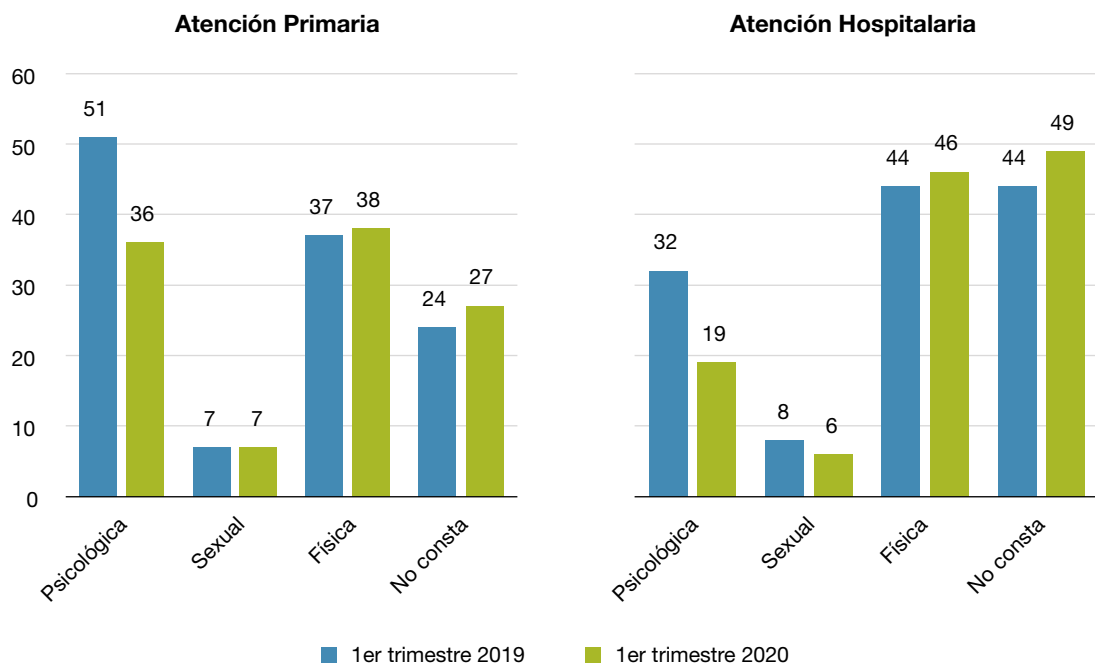
En los casos recogidos mediante **partes de lesiones en atención primaria** destaca la violencia física (71%) seguida de la psicológica (40%) en 2019, frente a 70% de violencia física y 60% de psicológica en 2020. En los casos provenientes de **atención hospitalaria** también se observa este predominio de violencia física siendo del 79% en 2019 al 68% en 2020 (*tabla 11b y gráfico 16*).

Tabla 11a. Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020

HISTORIA CLÍNICA (HC)								
Tipo	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)		AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Psicológico	1.916	50,5	438	32,2	1.037	35,9	188	19,2
Sexual	269	7,1	109	8,0	200	6,9	57	5,8
Físico	1.412	37,3	604	44,4	1.098	38,0	448	45,8
No consta	906	23,9	601	44,2	772	26,7	476	48,7
Total	3.791	-	1.361	-	2.887	-	978	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente.

Gráfico 15. Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según tipo de maltrato. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



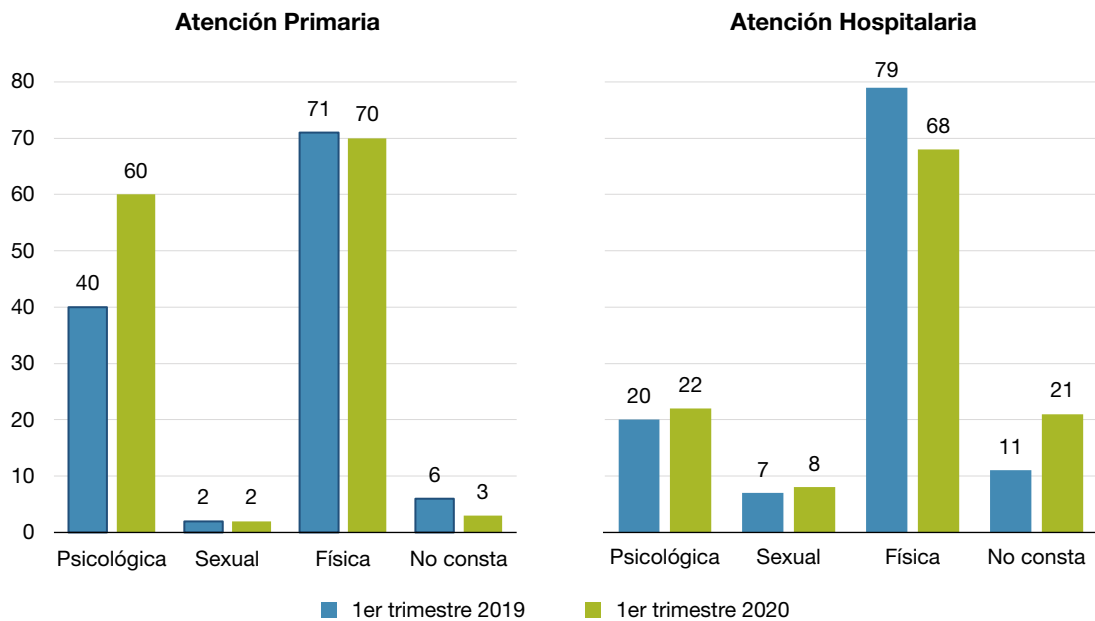
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente.

Tabla 11b. Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020

PARTE DE LESIONES (PL)								
Tipo	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)		AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Psicológico	1.647	40,4	215	20,1	1.407	60,2	254	21,6
Sexual	78	1,9	76	7,1	49	2,1	98	8,3
Físico	2.881	70,7	843	78,8	1.639	70,1	800	68,0
No consta	226	5,5	123	11,5	70	3,0	253	21,5
Total	4.076	-	1.070	-	2.339	-	1.177	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente.

Gráfico 16. Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según tipo de maltrato. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida distintos tipos de malos tratos simultáneamente

Según fuente de datos, desde **HC**, los casos detectados y registrados en AP presentan una disminución respecto al mismo semestre de 2019, sobre todo en relación con la **violencia psicológica**, aunque psicológica y física se aproximan en %. Desde el **PL**, claramente aumenta la detección de violencia psicológica registrada desde AP, manteniéndose la física.

En Atención Hospitalaria, **AH**, sigue siendo la **violencia física** la más detectada y registrada en ambos semestres comparados de 2019 y 2020, aunque haya una disminución de la detección en general por ambas fuentes (HC y PL).

La **violencia sexual** sigue siendo la menos detectada en ambos semestres, tanto por historia clínica como por parte de lesiones y para ambos ámbitos asistenciales.

Duración del maltrato

En los casos recogidos mediante **historia clínica de atención primaria** la duración del maltrato inferior a un año fue la más frecuente (38%) en el primer semestre de 2019, seguida de la duración de 1 a 4 años (12%), observándose en el primer semestre de 2020 una distribución similar, con 47% y 11% respectivamente. En las mujeres detectadas desde **atención hospitalaria** destaca la falta de información en los dos semestres estudiados, siendo del 70% en 2019 y llegando al 87% en 2020 (*tabla 12a y gráfico 17*).

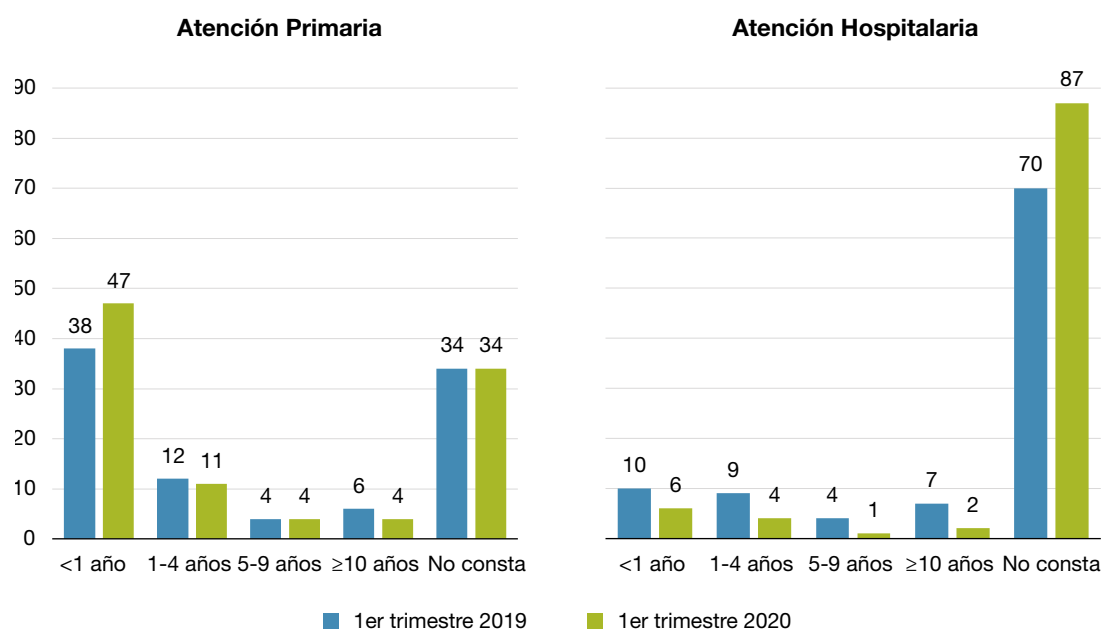
En los casos detectados por **partes de lesiones** también la duración inferior a un año es la más frecuente seguida de la duración de 1 a 4 años, tanto en el primer semestre de 2019, como en el de 2020, sin embargo, esta información hay que tomarla con cautela debido al elevado porcentaje de casos en los que no consta, que alcanza entre el 94 y el 95% en ambos años, y en ambos ámbitos asistenciales (*tabla 12b y gráfico 18*).

Tabla 12a. Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020

HISTORIA CLÍNICA (HC)								
Duración	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)		AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1 año	1.449	38,2	132	9,7	1.351	46,8	54	5,5
1 a 4 años	438	11,5	120	8,8	322	11,2	42	4,3
5 a 9 años	160	4,2	55	4,0	111	3,8	12	1,2
≥ 10 años	214	5,6	88	6,5	109	3,8	21	2,2
No consta	1.270	33,5	906	71,0	994	34,4	849	86,8
Total	3.791	93,1	1.361	100	2.887	100	978	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 17. Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según duración del maltrato. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



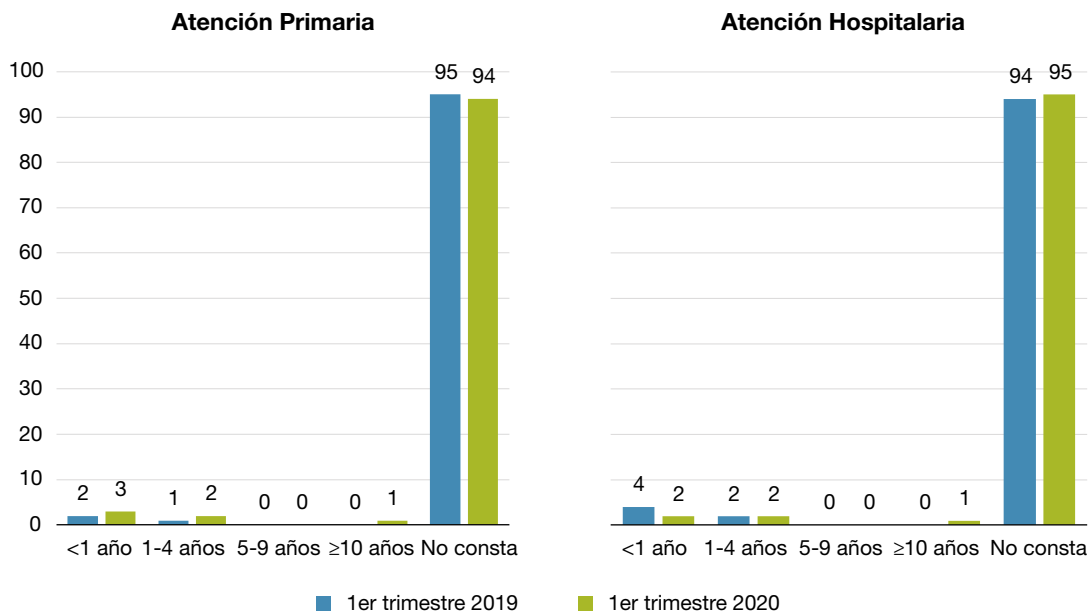
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Tabla 12b. Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por parte de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020

PARTE DE LESIONES (PL)								
Duración	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)		AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1 año	94	2,3	39	3,6	60	2,6	23	1,9
1 a 4 años	61	1,5	20	1,9	50	2,1	21	1,8
5 a 9 años	17	0,4	3	0,3	11	0,5	3	0,3
≥ 10 años	15	0,4	3	0,3	15	0,6	6	0,5
No consta	3.889	95,4	1.005	93,9	2.203	94,2	1.124	95,5
Total	4.076	100	1.070	100	2.339	100	1.177	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 18. Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según duración del maltrato. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Relación de la mujer con el agresor

En los casos recogidos mediante **historia clínica**, la pareja de la mujer es el agresor más frecuente, seguido de la expareja, en ambos ámbitos asistenciales, en el primer semestre de 2019. Este patrón se mantiene en 2020 en los casos referidos a atención hospitalaria, pero cambia en los referidos a atención primaria, donde es la expareja el principal agresor (17%), seguido de la pareja (12%). Cabe destacar la gran proporción de casos en los que no consta la información de la relación con el agresor, sobre todo en atención hospitalaria, lo que dificulta la interpretación de este indicador (*tabla 13a y gráfico 19*).

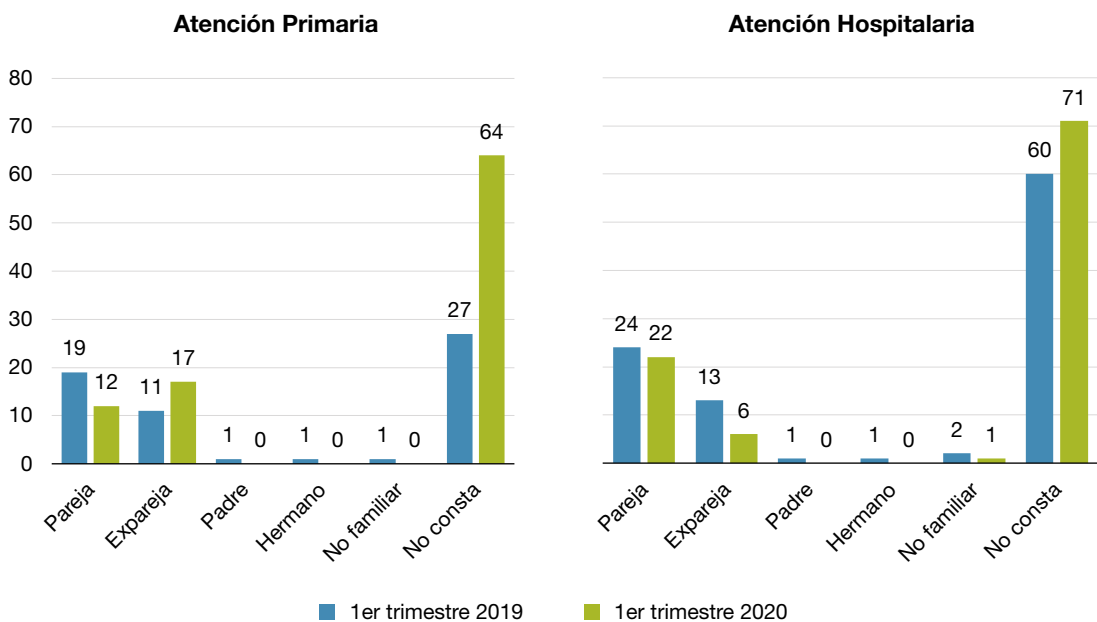
En los casos detectados mediante **parte de lesiones** la pareja es el agresor más frecuente, seguido de la expareja, tanto en AP como AH y en los dos semestres (*tabla 13b y gráfico 20*).

Tabla 13a. Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020

HISTORIA CLÍNICA (HC)								
Agresor	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)		AP (11 CCAA)		AH (10 CCAA)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pareja	736	19,4	333	24,5	334	11,6	214	21,9
Expareja	419	11,1	172	12,6	499	17,3	55	5,6
Padre	56	1,5	14	1,0	11	0,4	4	0,4
Hermano	47	1,2	14	1,0	13	0,5	2	0,2
No familiar	39	1,0	25	1,8	12	0,4	13	1,3
No consta	1.028	27,1	820	60,3	1.850	64,1	692	70,8
Total	3.791	61,3	1.361	101,3	2.887	94,2	978	100,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente.

Gráfico 19. Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según la relación con el agresor. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



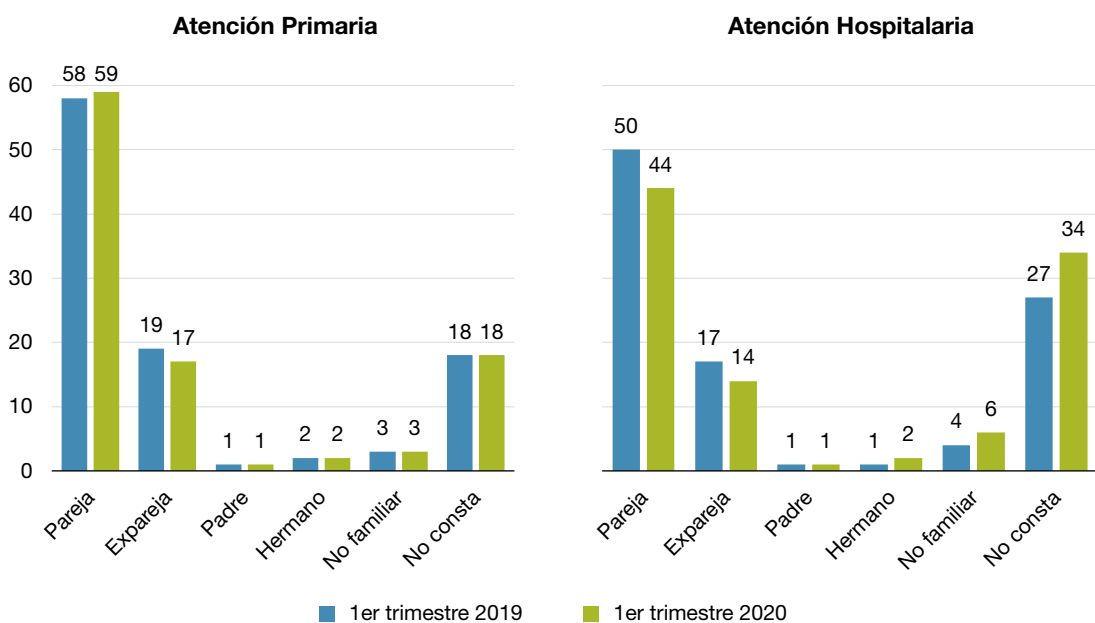
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente.

Tabla 13b. Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020

PARTE DE LESIONES (PL)								
Agresor	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)		AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pareja	2.363	58,0	531	49,6	1.378	58,9	522	44,4
Expareja	762	18,7	180	16,8	392	16,8	163	13,8
Padre	34	0,8	10	0,9	31	1,3	10	0,9
Hermano	86	2,1	15	1,4	52	2,2	19	1,6
No familiar	116	2,9	42	3,9	73	3,1	69	5,9
No consta	727	17,8	292	27,3	425	18,2	398	33,8
Total	4.076	100,3	1.070	100	2.339	100,5	1.177	100,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente.

Gráfico 20. Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la relación con el agresor. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad de estar siendo sometida a malos tratos por varios hombres simultáneamente.

En los casos detectados y registrados en **historia clínica** en **AP** cambia el patrón en 2020, donde el % en que el principal agresor es la expareja es mayor (17% frente a 12% pareja). Cabe destacar la gran proporción de casos en AP en los que no consta la información de la relación con el principal agresor. En **AH** sigue el patrón general al ser la pareja el principal agresor y también aumentan los que no consta. Desde **PL**, tanto en **AP** como **AH**, es la pareja principal agresor.

Características del maltrato

Edad de las mujeres

En los casos recogidos mediante **historia clínica** de **atención primaria** el grupo de edad más afectado corresponde al de mujeres adultas jóvenes, con edades comprendidas entre los 20 y los 44 años en ambos semestres, con tasas por encima de 50/100.000 en 2019 y de 40/100.000 en 2020. La información procedente de **atención hospitalaria** presenta tasas mucho más bajas, pero con una distribución similar. Las tasas más elevadas se dan en el grupo de 20 a 24 años y disminuyen con la edad (*tabla 14a* y *gráfico 21*).

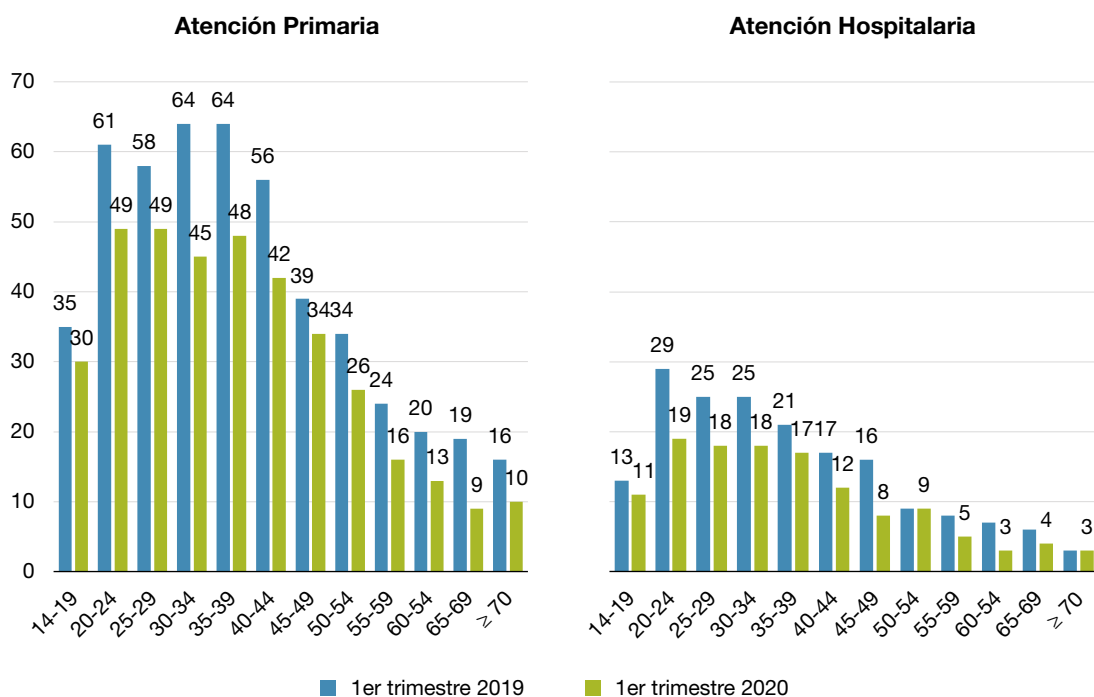
Los datos recogidos mediante **partes de lesiones** muestran también las tasas más elevadas en las mujeres adultas jóvenes de 20 a 44 años, tanto en **atención primaria** como en **atención hospitalaria**, si bien en este último caso con tasas más bajas. (*tabla 14b* y *gráfico 22*).

Tabla 14a. Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020

HISTORIA CLÍNICA (HC)												
Edad (años)	2019 - 1er semestre						2020 - 1er semestre					
	AP (11 CCAA)			AH (10 CCAA)			AP (11 CCAA)			AH (10 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
14-19	229	6,0	35	87	6,4	13	197	6,8	30	69	7,1	11
20-24	330	8,7	61	158	11,6	29	264	9,1	49	102	10,4	19
25-29	350	9,2	58	151	11,1	25	288	10,0	48	110	11,3	18
30-34	432	11,4	64	170	12,5	25	303	10,5	45	123	12,6	18
34-39	523	13,8	64	173	12,7	21	396	13,7	48	138	14,1	17
40-44	535	14,1	56	164	12,1	17	404	14,0	42	116	11,9	12
45-49	362	9,5	39	146	10,7	16	315	10,9	34	76	7,8	8
50-54	299	7,9	34	77	5,7	9	230	8,0	26	75	7,7	9
55-59	190	5,0	24	64	4,7	8	131	4,5	16	42	4,3	5
60-64	138	3,6	20	46	3,4	7	91	3,2	13	24	2,5	3
65-69	114	3,0	19	38	2,8	6	55	1,9	9	23	2,4	4
≥70	297	7,8	16	59	4,3	3	185	6,4	10	51	5,2	3
No consta	1	0,03	-	0	0,00	-	0	0,00	-	0	0,00	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Tasas por 100.000 mujeres.

Gráfico 21. Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por historia clínica por ámbito asistencial, según la edad de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



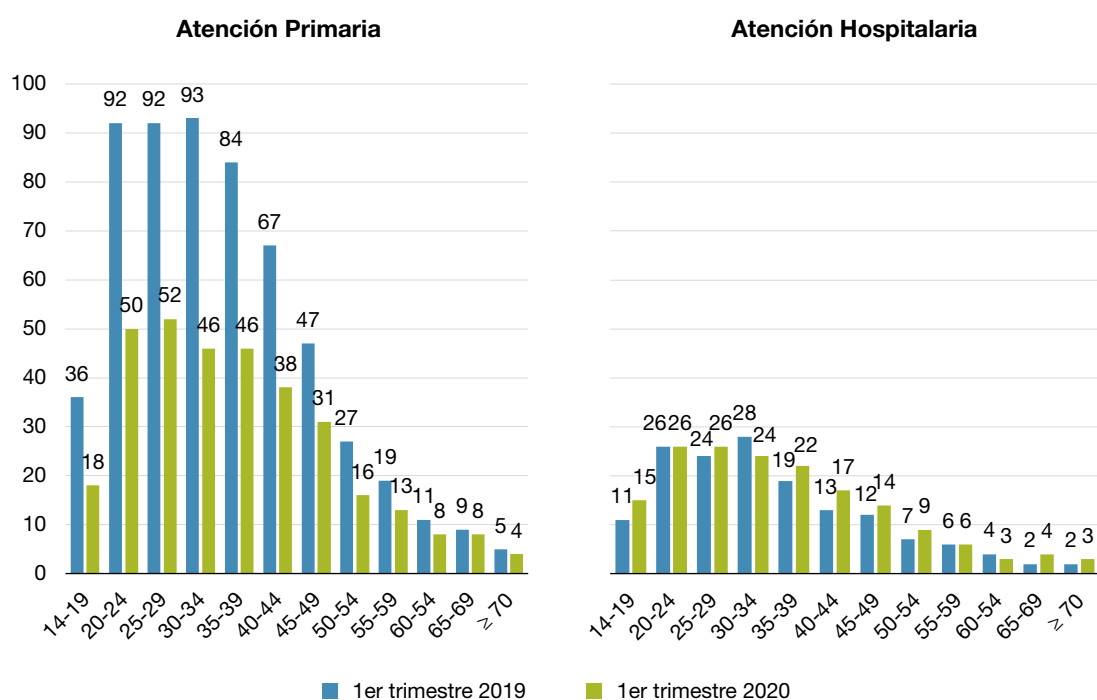
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Tasas por 100.000 mujeres.

Tabla 14b. Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020

PARTE DE LESIONES (PL)												
Edad (años)	2019 - 1er semestre						2020 - 1er semestre					
	AP (6 CCAA)			AH (6 CCAA)			AP (6 CCAA)			AH (6 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
14-19	225	5,5	36	67	6,3	11	111	4,8	18	97	8,2	15
20-24	472	11,6	92	133	12,4	26	255	10,9	50	133	11,3	26
25-29	521	12,8	92	136	12,7	24	292	12,5	52	144	12,2	26
30-34	590	14,5	93	175	16,4	28	292	12,5	46	149	12,7	24
34-39	649	15,9	84	144	13,5	19	355	15,2	46	167	14,2	22
40-44	597	14,7	67	121	11,3	13	344	14,7	38	150	12,7	17
45-49	414	10,2	47	109	10,2	12	274	11,7	31	123	10,5	14
50-54	230	5,6	27	63	5,9	7	136	5,8	16	78	6,6	9
55-59	151	3,7	19	44	4,1	6	100	4,3	13	46	3,9	6
60-64	74	1,8	11	27	2,5	4	59	2,5	8	23	2,0	3
65-69	52	1,3	9	14	1,3	2	45	1,9	8	21	1,8	4
≥70	85	2,1	5	36	3,4	2	75	3,2	4	46	3,9	3
No consta	16	0,4	-	1	0,1	-	1	0,04	-	0	0,0	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. T: Tasas por 100.000 mujeres.

Gráfico 22. Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la edad de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. T: Tasas por 100.000 mujeres.

Nacionalidad de las mujeres

Los casos procedentes de **historia clínica de atención primaria** muestran que las incidencias más elevadas se dan en las mujeres andinas, con tasas superiores a 300/100.000, seguidas por las mujeres procedentes de Marruecos y de países de bajos ingresos con tasas superiores a las 100/100.000, tanto en el primer semestre de 2019, como en el de 2020. Las mujeres detectadas en **atención hospitalaria** muestran unas tasas mucho más bajas en comparación con las de atención primaria. Las mujeres andinas siguen siendo las que presentan mayores tasas, seguidas de las procedentes de países de bajos ingresos y las mujeres marroquíes. Es de destacar que **la proporción de mujeres de nacionalidad desconocida es mayor en el ámbito de la atención hospitalaria**, faltando en una de cada 4 mujeres en 2019 y en una de cada 3 en 2020 (tabla 15a y gráfico 23).

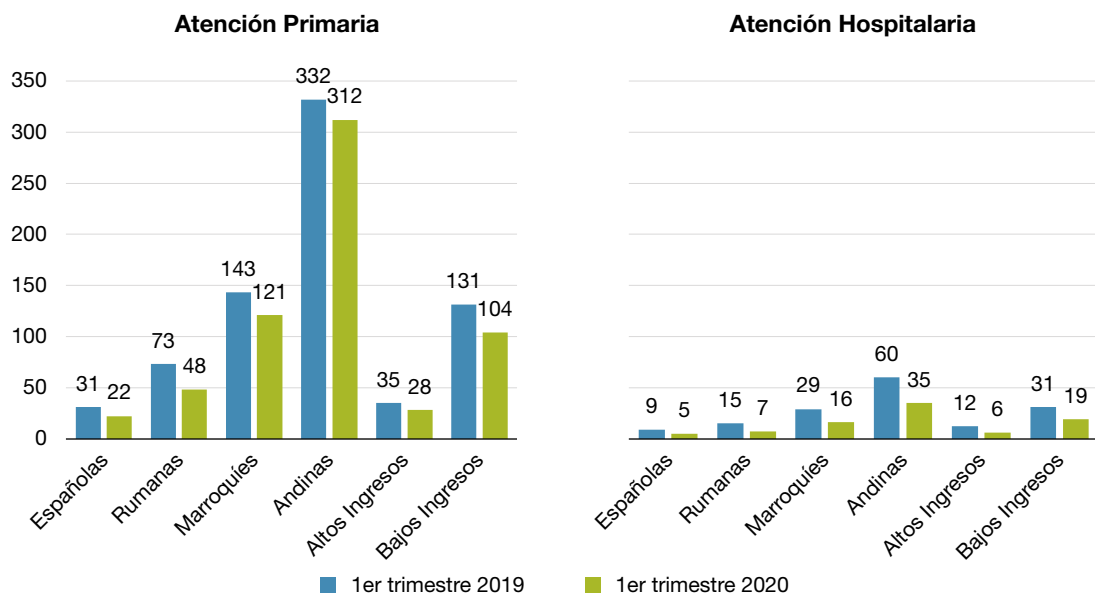
Los casos procedentes de los **partes de lesiones** muestran una distribución similar. Las mujeres andinas presentan tasas por encima de 200/100.000 mujeres en **atención primaria** y las mujeres con nacionalidades de países de bajos ingresos rondan tasas de 100/100.000, siendo las únicas que ven incrementadas sus tasas en el primer semestre de 2020, respecto al mismo semestre del año anterior. Los datos procedentes de **atención hospitalaria**, aunque con menores tasas, muestran una distribución similar. Al comparar los dos semestres vemos que, excepto las mujeres españolas, todos los demás grupos incrementan sus tasas en 2020 (tabla 15b y gráfico 24).

Tabla 15a. Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica Primeros semestres de 2019 y 2020

HISTORIA CLÍNICA (HC)												
Nacionalidad	2019 - 1er semestre						2020 - 1er semestre					
	AP (11 CCAA)			AH (10 CCAA)			AP (11 CCAA)			AH (10 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
Española	2.297	60,6	31	688	50,5	9	1.623	56,2	22	452	46,2	5
Rumana	106	2,8	73	25	1,8	15	70	2,4	48	10	1,0	7
Marroquí	110	2,9	143	44	3,2	29	93	3,2	121	31	3,2	16
Andina	408	10,8	332	86	6,3	60	382	13,2	312	59	6,0	35
Ingresos altos	109	2,9	35	40	2,9	12	86	3,0	28	22	2,3	6
Ingresos bajos	431	11,4	131	110	8,1	31	340	11,8	104	76	7,8	19
No consta	330	8,7	-	352	25,9	-	302	10,5	-	323	33,0	-
Total	3.791	-	-	1.361	-	-	2.887	-	-	980	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente. Nacionalidad andina: corresponde a Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia; T: Tasas por 100.000 mujeres; Murcia y País Vasco excluidas de las tasas por incoherencias en denominadores de población.

Gráfico 23. Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por historia clínica por ámbito asistencial, según su nacionalidad. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



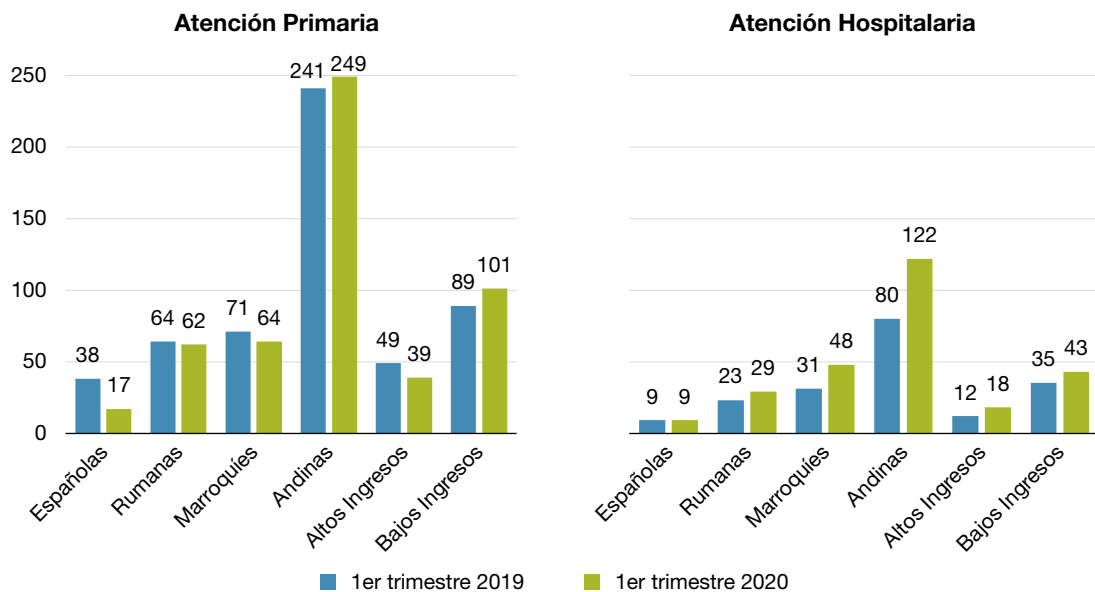
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente. Nacionalidad andina: corresponde a Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia; T: Tasas por 100.000 mujeres; Murcia y País Vasco excluidas de las tasas por incoherencias en denominadores de población.

Tabla 15b. Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020

PARTE DE LESIONES (PL)												
	2019 - 1er semestre						2020 - 1er semestre					
	AP (6 CCAA)			AH (6 CCAA)			AP (6 CCAA)			AH (6 CCAA)		
Nacionalidad	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
Española	3.312	81,3	38	797	74,5	9	1.541	65,9	17	780	66,3	9
Rumana	67	1,6	64	24	2,2	23	65	2,8	62	30	2,5	29
Marroquí	63	1,5	71	28	2,6	31	57	2,4	64	43	3,7	48
Andina	160	3,9	241	53	5,0	80	165	7,1	249	81	6,9	122
Ingresos altos	138	3,4	49	33	3,1	12	109	4,7	39	50	4,3	18
Ingresos bajos	263	6,5	89	104	9,7	35	298	12,7	101	127	10,8	43
No consta	73	1,8	-	31	2,9	-	104	4,5	-	66	5,6	-
Total	4.076	-	-	1.070	-	-	2.339	-	-	1.177	-	-

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente; Nacionalidad andina: corresponde a Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia; T: Tasas por 100.000 mujeres.

Gráfico 24. Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la nacionalidad de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA; Los totales pueden sumar más del 100% al existir la posibilidad tener varias nacionalidades simultáneamente; Nacionalidad andina: corresponde a Perú, Ecuador, Colombia y Bolivia; T: Tasas por 100.000 mujeres.

Situación laboral

En los casos procedentes de **historia clínica**, en el primer semestre de 2019 solo una de cada 4 mujeres tenía trabajo remunerado, tanto en AP como en AH. Este dato hay que tomarlo con cautela, ya que **se desconoce la situación laboral en más de un tercio de las mujeres en ambos ámbitos asistenciales**. En el primer semestre de 2020 el porcentaje de desconocidos estaba alrededor del 50%, y las cifras de mujeres que de las que conocemos que tenían un trabajo remunerado era aún menor que en 2019 (*tabla 16a y gráfico 25*).

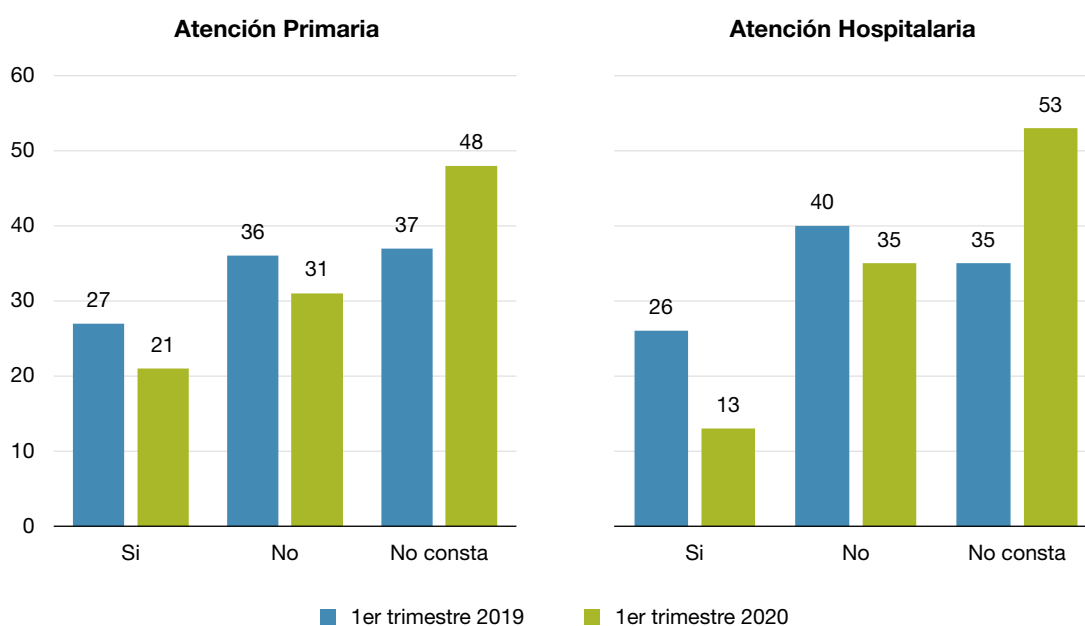
La calidad de la información mejora para los **partes de lesiones** donde la proporción de casos con situación laboral desconocida es menor, sobre todo en atención primaria en los dos semestres estudiados. En los casos notificados por esta vía, el trabajo remunerado suponía el 37% de los casos en AP y 25% en AH en 2019, mientras que en 2020 caía al 35% en AP y 21% en (*tabla 16b y gráfico 26*).

Tabla 16a. Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020

HISTORIA CLÍNICA (HC)								
	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (6 CCAA)		AH (6 CCAA)		AP (5 CCAA)		AH (5 CCAA)	
Trabajo remunerado	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	382	27	194	25	130	21	68	13
No	502	36	316	40	192	31	187	35
No consta	519	37	276	35	292	48	284	53

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 25. Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según la situación laboral de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



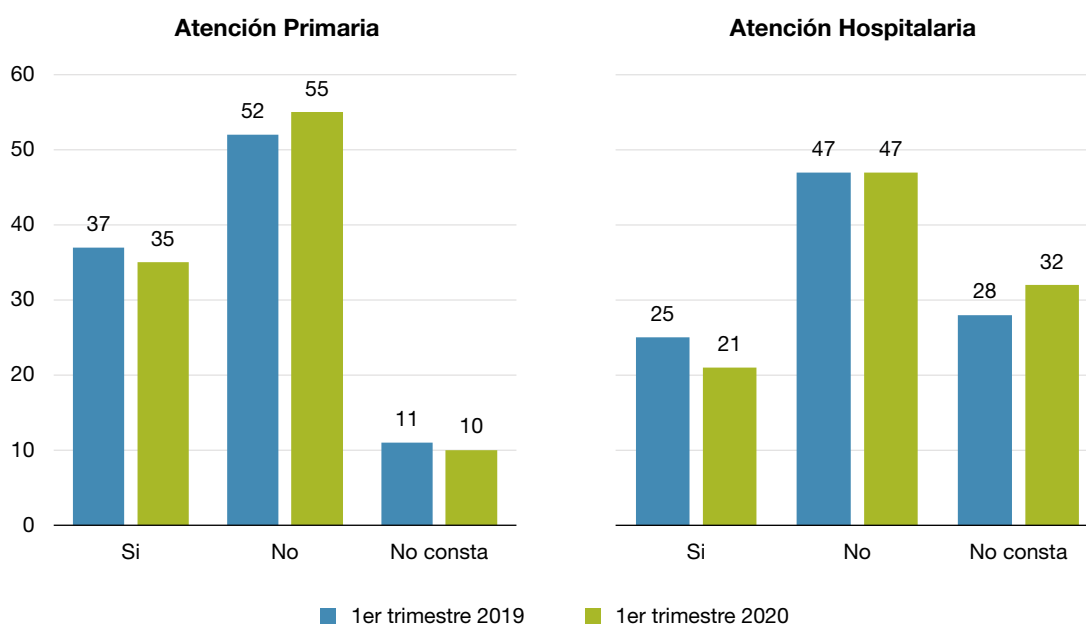
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Tabla 16b. Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020

PARTE DE LESIONES (PL)								
	2019 - 1er semestre				2020 - 1er semestre			
	AP (4 CCAA)		AH (4 CCAA)		AP (4 CCAA)		AH (4 CCAA)	
Trabajo remunerado	N	%	N	%	N	%	N	%
Sí	655	37	155	25	659	35	149	21
No	924	52	294	47	1.034	55	331	47
No consta	202	11	174	28	186	10	231	32

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 26. Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la situación laboral de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Embarazo

En los casos detectados por **historia clínica de atención primaria** el 7,2% de casos registrados fueron detectados en mujeres embarazadas en el primer semestre de 2019, cifra que aumenta hasta el 15,5% en el primer semestre de 2020. Los datos de **atención hospitalaria** muestran un leve descenso pasando del 4,2% en 2019 al 3,3% en 2020 (*tabla 17a*).

Los casos detectados por **partes de lesiones de atención primaria** de mujeres embarazadas son similares en ambos semestres, con el 2,7% en 2019 y 2,9% en 2020. Las proporciones en atención hospitalaria son del 3,7% en 2019 y 3,8% en 2020 (*tabla 17b*).

Tabla 17a. Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020

HISTORIA CLÍNICA (HC)												
	2019 - 1er semestre						2020 - 1er semestre					
	AP (8 CCAA)			AH (6 CCAA)			AP (7 CCAA)			AH (5 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
Mujeres embarazadas	215	7,2	286	33	4,2	94	336	15,5	458	18	3,3	54

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.: Tasas sobre 100.000 nacidos.

Tabla 17b. Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020

PARTE DE LESIONES (PL)												
	2019 - 1er semestre						2020 - 1er semestre					
	AP (6 CCAA)			AH (7 CCAA)			AP (6 CCAA)			AH (7 CCAA)		
	N	%	T	N	%	T	N	%	T	N	%	T
Mujeres embarazadas	107	2,7	141	42	3,7	54	65	2,9	86	46	3,8	59

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. T: Tasas sobre 100.000 nacidos.

En los casos detectados por **historia clínica** de **atención primaria** el 7,2% de casos registrados fueron detectados en mujeres embarazadas en el primer semestre de 2019, cifra que **aumenta hasta el 15,5% en el primer semestre de 2020**. Los datos de **atención hospitalaria** muestran un leve descenso pasando del 4,2% en 2019 al 3,3% en 2020.

Conclusiones

- El número de casos recogidos mediante **historia clínica** fue de **9.989** en 2019 lo que supone un 26% menos que en 2018. Este descenso puede deberse, al menos parcialmente, a la disminución en el número de CCAA que han notificado (15 frente a las 17 de 2018).
- El número de casos recogidos mediante **partes de lesiones** pasó de **10.404** casos en 2018 a **11.094** en 2019, dándose un aumento del 7%.
- Desagregando por ámbito asistencial, la **tasa** de detección con registro en **historia clínica** y desde **atención primaria** fue de 72,9/100.000 en 2019, lo que implica un **decremento de 20% respecto a 2018**. En **atención hospitalaria** fue de 27,5/100.000, suponiendo una **caída del 10%**. En cuanto al número de CCAA que pudieron facilitar información de atención primaria pasaron de 13 en 2018 a 11 en 2019, pasando el número que notifican a través de atención hospitalaria de 6 en 2018 a 7 en 2019. Respecto a los casos notificados por **parte de lesiones**, desagregando por ámbito asistencial, la tasa en **atención primaria** fue de 88,3/100.000, frente a 90,32/100.000 en 2018, lo que supone una disminución del 3%. La tasa en **atención hospitalaria** fue de 26,1/100.000, frente a 24,21/100.000 en 2018, lo que implica un aumento del 7%.
- Un pequeño número de CCAA siguen sin poder realizar un **control adecuado de posibles casos duplicados** entre los ámbitos asistenciales (AP-AH). Es necesario completar este proceso para garantizar la fiabilidad de la información.
- En los casos recogidos mediante **historia clínica** de **atención primaria** el tipo de maltrato más frecuente es la violencia psicológica con 37,4%, seguido de la física con un 30,8%, ambas muy por debajo de las notificadas en 2018 con 46% y 49%, respectivamente. En los casos provenientes de **atención hospitalaria** los pesos de ambos tipos de violencia cambian, destacándose la física (49%) frente a la psicológica (31%), con porcentajes muy parecidos a los del año anterior.

- En los casos recogidos mediante **partes de lesiones en atención primaria** destaca la violencia física (71%) seguida de la psicológica (43%). En los casos provenientes de **atención hospitalaria** también se observa una mayor frecuencia de violencia física (77,6%) que de violencia psicológica (21,5%). En todos los casos los porcentajes son mayores a los del año anterior.
- Sumando los casos provenientes de historia clínica de los dos ámbitos asistenciales, un total de 762 mujeres han sufrido violencia sexual. Considerando los datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 (359.095 mujeres residentes en España de 16 y más años había sufrido violencia sexual en los últimos 12 meses), desde el sistema sanitario se estaría detectando a 2 de cada mil mujeres que están sufriendo algún episodio de este tipo de violencia.
- En los datos recogidos tanto mediante **historia clínica** como **partes de lesiones** se observan tasas más elevadas en las mujeres adultas jóvenes de 20 a 44 años, tanto en **atención primaria** como en **atención hospitalaria**.
- Respecto al año anterior, los datos notificados por **historia clínica** tanto de **atención primaria** como de **hospitalaria** presentan en 2019 tasas menores en todos los grupos de edad, excepto en las mujeres de 70 y más años. Las caídas son mayores en los grupos más jóvenes y leves en los de 50 años en adelante. En los casos detectados por **parte de lesiones**, en **atención primaria** vemos tasas similares o algo inferiores a las del año anterior excepto en el grupo de 20 a 24 años, cuya tasa aumenta. En **atención hospitalaria** las tasas en general son algo mayores que las del año anterior.
- Indicadores como **duración del maltrato**, casos de violencia de género en **mujeres embarazadas o situación laboral** son difíciles de interpretar debido a la gran proporción de desconocidos, por lo que tienen un amplio margen de mejora que realizar.
- Los **protocolos de asistencia** también pueden suponer un elemento de variabilidad en el sistema, por ejemplo, en algunas de las entidades notificadoras la atención al embarazo se realiza desde AP y en otras desde AH, cambiando la sensibilidad y la aproximación a la detección de violencia de género en este contexto de mayor vulnerabilidad.
- La implantación de **programas de cribado** para la violencia de género también podría explicar parte de la variabilidad entre aquellas CCAA que tienen implantado el sistema y las que no (ejemplo C. Valenciana, La Rioja). Además, los criterios de aplicación de los cribados pueden variar, estando en alguna comunidad orientados a los servicios de atención al embarazo y en otros orientados a los servicios de atención a las mujeres adultas en general.

Conclusiones impacto COVID-19

Comparando los primeros semestres de 2019 y 2020 para intentar hacer una primera aproximación a estimar el impacto que la pandemia de COVID-19 ha podido tener sobre la detección y registro de casos de violencia de género desde el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se observa lo siguiente:

- Los datos detectados por **historia clínica** disminuyeron en un 25%. Desagregando por **ámbito asistencial**, las tasas en atención primaria pasaron de 76,2/100.000 en 2019 a 59,6/100.000 en 2020. En atención hospitalaria pasaron de 27,3/100.000 en 2019 a 20,2/100.000 en 2020. Las CCAA que han notificado sus datos de atención primaria

han sido 11 en 2019 y 10 en 2020, mientras que en atención hospitalaria han sido 10 en 2019 y 9 en 2020.

- Los datos detectados mediante **parte de lesiones** disminuyeron un 32% de uno al otro semestre estudiado (primer semestre en ambos años, 2019 y 2020). Por ámbito asistencial, las tasas en atención primaria pasaron de 86,1/100.000 en 2019 a 49,7/100.000 en 2020, lo que supone un 42% de disminución. En atención hospitalaria las tasas pasaron de 23,2/100.000 en 2019 a 24,8/100.000 en 2020, es decir, se incrementaron en un 7%. Las CCAA que aportaron sus casos fueron 7 en ambos ámbitos asistenciales y semestres.
- El **descenso en las tasas de casos detectados por historia clínica**, sobre todo en atención especializada, podría explicarse por la dificultad que han encontrado las mujeres para acceder a consulta en sus centros habituales, bien por el cierre de centros de AP o su cambio en la forma de atender, bien por el miedo de las mujeres a acudir a los centros sanitarios (sobre todo hospitalarios) por el riesgo de contagio del SARS-CoV-2.
- En cuanto a los casos detectados por parte de lesiones, **la gran caída en la tasa encontrada en atención primaria** puede deberse a las causas antes mencionadas, pero también a que las mujeres dejaron de acudir para recibir atención ante agresiones que pudieron considerar menos graves. Esto podría haber repercutido en el aumento de tasas observado en atención hospitalaria, como también podría deberse a un aumento de las agresiones con repercusiones más graves.
- El **tipo de violencia detectado con mayor frecuencia es la física**, excepto en los casos detectados por historia clínica en **atención primaria en 2019**, donde la violencia psicológica supuso más del 50%, aunque el porcentaje cayó al 36% en 2020. También **disminuyó el porcentaje de violencia psicológica detectado por historia clínica en atención hospitalaria**, donde pasó del 32% en 2019 al 19% en 2020, **sin embargo, los casos detectados por parte de lesiones en atención primaria pasaron del 40% al 60%** en 2020. La violencia física se ha mantenido estable en todos los casos, excepto la notificada por parte de lesiones en atención hospitalaria, donde la disminución entre 2019 y 2020 es de 11 puntos.
- En resumen, en los casos notificados por **historia clínica** se observa una estabilización en la proporción de violencia física detectada, y una **caída importante de la captación de violencia psicológica** de uno a otro semestre. Mientras que en los casos notificados por **parte de lesiones** nos muestran un **incremento** en la detección de **violencia psicológica en atención primaria** y una **caída en los casos detectados de violencia física en atención hospitalaria**. En todos los casos la detección de violencia sexual sigue siendo escasa.
- Las características del maltrato en cuanto a **duración y tipo de relación** con los agresores no muestran diferencias, si bien **los porcentajes de datos desconocidos se incrementan aún más en 2020**, algo que también ocurre en el indicador de situación laboral de las mujeres.
- **No se han detectado diferencias destacables en las características de las mujeres** entre uno y otro semestre **ni en edad, ni en nacionalidad**. Solo reseñar que, en los casos detectados **por historia clínica, todas las tasas disminuyen levemente en 2020**, tanto en AP como en AH y que, en los detectados **por parte de lesiones, todas las tasas en atención hospitalaria aumentan en 2020**, excepto la de las mujeres españolas, que se mantiene igual.

- Respecto al indicador de **situación de embarazo**, los casos notificados por **historia clínica en atención primaria muestran un gran aumento en 2020**, pasando la tasa de 286/100.000 a 458/100.000 nacidos. Las **tasas en atención especializada**, sin embargo, **disminuyen** de 94 a 54/100.000. Algo que **también** sucede en los **casos notificados por parte de lesiones en atención primaria**, que pasan de 141 a 86/100.000. En atención especializada, la tasa se mantiene similar.
- El gran aumento en la tasa de mujeres embarazadas en 2020 se debe principalmente al aumento de los casos detectados en la Comunidad de Madrid, algo cuya causa que habrá que estudiar más detalladamente.

Recomendaciones y retos de futuro

- Es necesario seguir mejorando en el conjunto del SNS los aspectos de **correlación de datos entre Historia Clínica (HC) y Parte de Lesiones (PL)**, mejorando la cumplimentación de ambas fuentes, ya que ofrecen información complementaria para obtener los indicadores comunes del SNS. La herramienta de trabajo para que los equipos de profesionales en el ámbito sanitario puedan seguir adecuadamente los procesos de salud-enfermedad de cada paciente es la Historia Clínica (HC), por tanto, en ella debe quedar reflejada la situación de sospecha o caso de maltrato. El parte de lesiones es un complemento de información asociado a la HC, que aporta información sobre episodios determinados en la historia de maltrato, pero el seguimiento en salud continua debe hacerse a través de la historia clínica y del CIP de esa paciente o del CIP de sus hijas e hijos como víctimas también de ese maltrato.
- Teniendo esto en consideración, se ha de aspirar a **mejorar los sistemas de información sanitaria** para que los datos de los campos que se cumplimenten en el parte de lesiones procedan de los datos reflejados ya en las pantallas correspondientes del Protocolo que se cumplimentan al rellenarlas en relación con la HC de la mujer.
- En caso de detectarse maltrato infantil, es necesario discriminar si es un caso en una hija o un hijo de una mujer maltratada, y por tanto fundamental la coordinación con **Pediatría** para identificar la relación de posible maltrato en la madre, para un abordaje integral del problema por parte del equipo sanitario.
- Se considera necesario e imprescindible para seguir con estos avances apoyar la continuidad de los procesos formativos que se están realizando en los servicios de salud de las CCAA (presenciales, semipresenciales o modalidad on-line) con especial énfasis en:
 - **Capacitación en el manejo de aplicaciones informáticas que incorporan el Protocolo de actuación sanitaria dentro de la HC**, como elemento fundamental para el seguimiento de casos de VG, desde la detección precoz de signos y síntomas de sospecha observados (cribado), como de los casos confirmados y registrados en la HC (prevención secundaria, episodios en urgencias que generaron el correspondiente informe, prevenir nuevos episodios en la mujer y en sus hijas/os acompañándoles en el proceso de salida de la situación, etc.)
 - **Capacitación en la correcta cumplimentación de los partes de lesiones** que se deriven de la actuación sanitaria, especialmente en urgencias, donde el detalle del tipo de lesiones observadas es fundamental para el proceso judicial que se

pueda derivar de ello, y también por la posible discapacidad que pueda generar la violencia in situ o en el futuro a la mujer o a sus hijas/os.

- **Capacitación en la detección de todos los tipos de violencia** que sufren las mujeres por razón de género (siguiendo las indicaciones del Convenio de Estambul, ratificado por España en 2014), también a la violencia sufrida fuera del ámbito de la pareja o expareja, y prestando atención a la violencia sexual.

- Priorizar la **identificación y recogida periódica de Buenas Prácticas en el SNS** en relación con estas recomendaciones y las que se reflejan en el apartado de formación, todas ellas relacionadas con la implementación y refuerzo de las líneas de actuación que se recogen en el Protocolo Común del SNS (2012), adaptado a los contextos de mayor vulnerabilidad y en otros Protocolos específicos como el de Mutilación Genital Femenina (MGF, 2015) o el Anexo de Trata con fines de explotación sexual (2017), que complementa el Protocolo Común y que se presenta al Consejo Interterritorial para su aprobación junto con este Informe.
- Promover la difusión de dichas Buenas Prácticas a través de **Talleres** periódicos para profesionales del conjunto del SNS, como un elemento favorable para el aprendizaje mutuo, que pueden ser coordinados desde el Ministerio de Sanidad. Luego a su vez, ellas y ellos podrán ser formadoras y formadores de otros equipos en su territorio con el apoyo de las personas responsables de la formación en esta materia dentro de su CA.
- Respecto al impacto de la pandemia de COVID-19, debería considerarse como esencial la detección de casos y la atención, tanto a nivel de primaria como de hospitalaria, a las mujeres que sufren violencia de género, para asegurar la continuidad de esa atención ante cualquier tipo de emergencia, sea humanitaria, sanitaria o de cualquier otra naturaleza. En estas situaciones, lejos de disminuir la detección y atención, debería prestarse un mayor cuidado y focalizar en aquellas mujeres que pueden ver sus riesgos incrementados, como las embarazadas, mujeres de origen extranjero y las de mayor edad.

1.3. Acciones formativas en materia de violencia de género realizadas en el Sistema Nacional de Salud. Año 2019

Este apartado ha sido elaborado a partir de los datos facilitados por las CCAA para el año 2019, exceptuando únicamente aquellos correspondientes a las comunidades de Cataluña (que al igual que en años anteriores tampoco ha podido facilitarlos), Extremadura y Ceuta, ciudad con estatuto de autonomía (CEA).

Los datos han sido proporcionados a través de los formularios estandarizados y cumplimentados por las CCAA. Es importante reseñar que no todas las CCAA han podido aportar los datos con el grado de desagregación que se solicita, por lo que a lo largo del análisis que se presenta, se explicita cuando algunos datos no se han podido tener en cuenta o bien las limitaciones de interpretación que esto supone en algunos casos. Por ejemplo, algunas CCAA no han podido aportar datos desagregados por sexo, perfiles profesionales o ámbitos asistenciales, lo que condiciona que el sumatorio de datos desagregados para determinados ámbitos o tipos de acción formativa a lo largo de los subapartados de este capítulo, en ocasiones no coincida con los totales absolutos. Este aspecto queda explicitado en cada una de las tablas y gráficos que recogen esta casuística.

La información del capítulo se ha estructurado de la misma manera que en años anteriores y se presenta en el siguiente orden:

1. Datos agregados para el **conjunto del Sistema Nacional de Salud**.
2. Datos desagregados por **Comunidades Autónomas**.
3. **Series históricas de evolución** de los indicadores de formación de profesionales para el conjunto del SNS hasta 2019.

Por otra parte, y de forma transversal a los apartados anteriores, los datos se tratan para cada ámbito asistencial:

- Atención **Primaria** (AP),
- Atención **Hospitalaria** (AH) y
- **Urgencias** (URG)
- **Mixto**, como cuarto grupo, que hace referencia a aquellas actividades impartidas desde los servicios sanitarios donde el alumnado está constituido simultáneamente por profesionales de los tres ámbitos asistenciales (AP, AH y URG), incluso en algunos casos, con la participación de profesionales de otros sectores implicados en la lucha contra la violencia de género y con los que el personal sanitario necesita coordinar acciones conjuntas para una adecuada asistencia integral (*medicina forense, cuerpos y fuerzas de seguridad, etc.*).

Además, para cada ámbito asistencial se sigue una estructura común descriptiva:

- Número de profesionales del ámbito sanitario que han recibido formación
- Tipo de actividades formativas realizadas
- Horas lectivas impartidas
- Acreditación de actividades

- Perfil del alumnado
- Perfil del profesorado

El Grupo Técnico de Formación de profesionales, que apoya a la COVIGE, revisa el análisis de resultados emanados de la recogida de estos indicadores anuales y elabora propuestas de acciones de mejora. Utiliza como criterios comunes de calidad de esta formación específica en materia de VG, aquellos que fueron aprobados en 2008 por la COVIGE⁴, y que en 2012 fueron adaptados para responder mejor a la realidad formativa de los últimos años en el conjunto del SNS. Por ello, los tipos de actividad formativa se clasifican en estos grandes apartados:

- **SENSIBILIZACIÓN.** Actividades de 10h o menos de duración. Dentro de este apartado de sensibilización conviene tener en cuenta que quedan englobadas tanto las actividades específicas de formación continuada respecto a prevención y detección precoz de la VG con duración menor de 10h, como aquellas otras acciones de formación continuada que no siendo específicas de VG incluyen algún módulo relacionado (*ejemplo: acciones formativas para los equipos de salud mental, o enfermedades cardiovasculares que entre sus contenidos, contemple un pequeño módulo o apartado de menos de 10h en las que se aborde el problema de la violencia de género y su impacto en la salud mental o los riesgos para la salud cardiovascular de las mujeres que la sufren, sus hijas e hijos, etc.*)
- **FORMACIÓN BÁSICA.** Curso sobre prevención y detección precoz de la violencia de género desde el ámbito sanitario, de más de 10 horas. Puede ser presencial o formato on-line, también semipresencial.
- **FORMACIÓN AVANZADA.** Donde se incluyen Jornadas Técnicas, Seminarios Formativos, Talleres, Sesiones Clínicas y Formación de formadoras/es especializada y/o específica en materia de prevención y detección precoz de VG, para capacitación de profesionales de un ámbito asistencial determinado, o en determinados aspectos de la atención a este problema (*ejemplo: formación en evaluación del riesgo, en entrevista clínica, etc.*)
- **FORMACIÓN DE FORMADORES/AS.** Facilita a muchas CCAA la formación en red para llegar a profesionales de más centros y servicios sanitarios.
- **OTROS.** En este apartado respecto a tipos de actividades formativas, se recogen otras acciones formativas que no entran en los apartados anteriores, como es el caso de formación continuada a la que se invita también a participar al *personal interno residente* (MIR, EIR, FIR, PIR), por ejemplo, incluyendo diferentes sesiones específicas sobre actuación sanitaria frente a la violencia de género (monográficos en unidades docentes, sesiones clínicas en primaria o en hospital, etc.).

Finalmente, también con carácter transversal y en cumplimiento del **artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007** para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, se realiza también el análisis de **datos desagregados por sexo** con la información facilitada por las CCAA, tanto en lo relativo al número absoluto de participantes en la formación, como a los perfiles profesionales del **alumnado** y del **profesorado**.

1.3.1. Datos agregados para el conjunto del SNS. Formación en materia de Violencia de Género. Año 2019

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) se han formado, en el año 2019, en materia de violencia de género, **23.298 profesionales**; los cuales, han participado en un total de **695 actividades formativas** repartidas en los diferentes ámbitos asistenciales anteriormente citados: Atención Primaria (AP), Atención Hospitalaria (AH), Urgencias (URG) y Mixto. De todas estas actividades, fueron **acreditadas el 68,49%** en el conjunto del SNS.

Análisis por ámbito asistencial

Si atendemos a los datos reflejados en el *gráfico 27*, observamos que, tal y como se ha dicho anteriormente, en **2019** se formaron un total de **23.298** profesionales⁵ (por establecer una comparación que permita valorar su magnitud, recordemos que, en el año **2018**, el total de profesionales con formación ascendió a **15.433** para el conjunto del SNS).

Según los diferentes ámbitos asistenciales, se obtiene que:

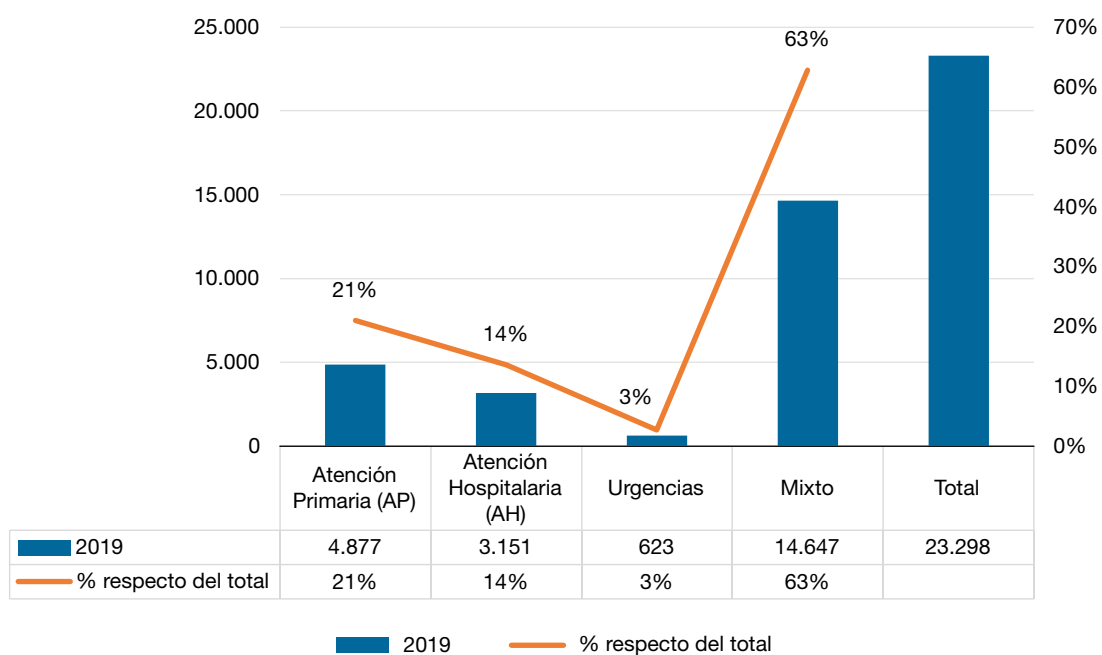
Atención Primaria (AP) supone el **21%** del total del personal formado en **2019**, situándose en segundo lugar por detrás del personal formado con profesionales de otros ámbitos (Mixto), mostrando un descenso considerable (AP era 53% en 2018); lo cual indica una caída de **32** puntos porcentuales de descenso de personas formadas en actividades dirigidas sólo a personal de **AP**.

La **Atención Hospitalaria (AH)**, con **3.151** personas formadas en **2019**, supone un **14%** respecto al total de ese año; mientras que, **Urgencias (URG)**, con **623** profesionales, alcanza el **3%** del total respecto al SNS (estableciendo una comparación con el año **2018**, con valores de **18%** y **8%** respectivamente, se confirma una tendencia decreciente de la formación en ambos ámbitos).

El denominado como **Mixto**, obtiene el valor modal de referencia en la distribución de personas formadas, lo que supone **más de la mitad porcentual** (un **63%**) sobre el total de profesionales con formación en el conjunto del SNS en **2019**. En 2018 suponía un **21%**, lo que nos indica una subida de **44** puntos porcentuales en cuanto a la cantidad global dentro de este ámbito.

Se interrumpe, así, el predominio del ámbito asistencial AP observado hasta el momento.

Gráfico 27. Personal formado por ámbito asistencial en VG. Año 2019 y % anual acumulado



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % acumulado de personal formado por cada ámbito asistencial (AP, AH, Urgencias o Mixto) en año 2019, siendo el denominador la suma de personal formado en el conjunto del SNS, sin diferenciar ámbitos.

Se puede concluir, por tanto, que en 2019, como último año de recogida de datos completa, el número de profesionales con formación presenta un decrecimiento en algunos de sus ámbitos asistenciales, como AP, en favor del grupo **Mixto**, el cual, ha experimentado un notable aumento.

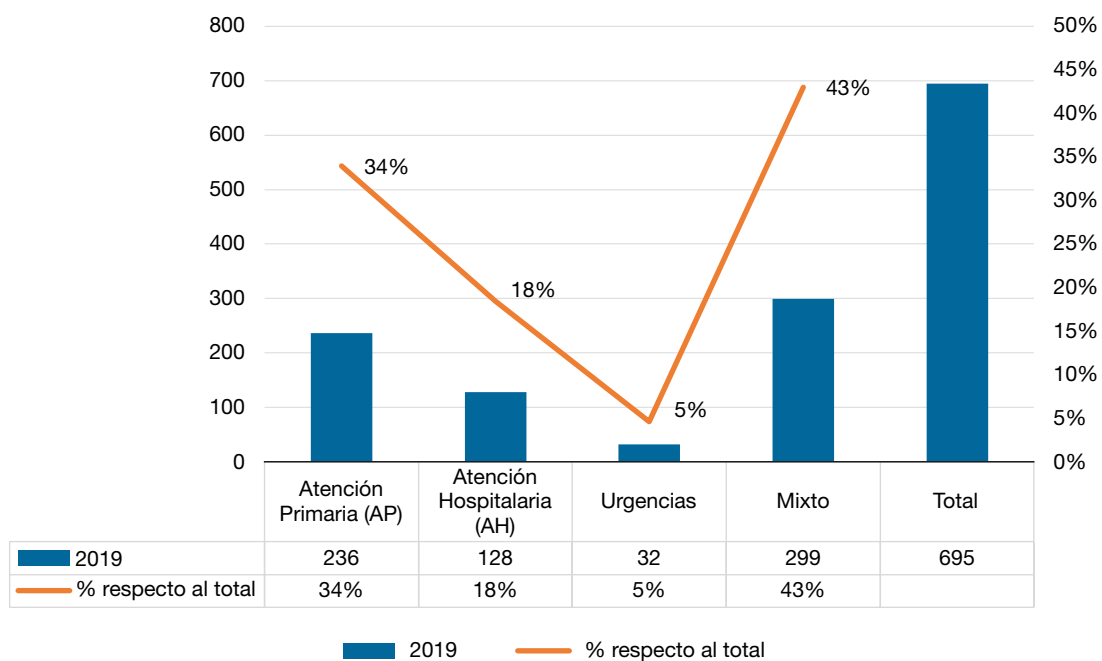
Respecto al **número de actividades formativas impartidas**, y a tenor de los datos recogidos en el *gráfico 28*, en **2019** obtenemos un total de **695** actividades para el conjunto de los distintos ámbitos asistenciales (siendo **857** en el año 2018).

Puede comprobarse que, al igual que ocurría con la clasificación anterior de profesionales con formación en función del ámbito asistencial, el **Mixto** registra el mayor número de actividades realizadas por año, aglutinando un **43%** del total, seguida por **AP** con un **34%**, con 236 actividades. Ambos ámbitos agrupan la mayor parte de los valores de la distribución (**77%**).

Al igual que en el apartado anterior, cabe destacar una disminución significativa del ámbito de **AP** con **236** actividades realizadas en **2019** (respecto a las 533 de 2018), junto con la subida de **26** puntos porcentuales para el ámbito **Mixto** (con un **43%** en cuanto a la cantidad global dentro de este ámbito en el conjunto del SNS).

Respecto a **AH** y **URG**, ambos mantienen valores porcentuales estables con respecto a los años anteriores (**18%** y **5%**, respectivamente), experimentando un **ligero descenso de 3 puntos** porcentuales, el valor del ámbito asistencial **Urgencias** en comparación con 2018.

Gráfico 28. N.º de actividades formativas en VG por ámbitos asistenciales. Año 2019 y % anual acumulado



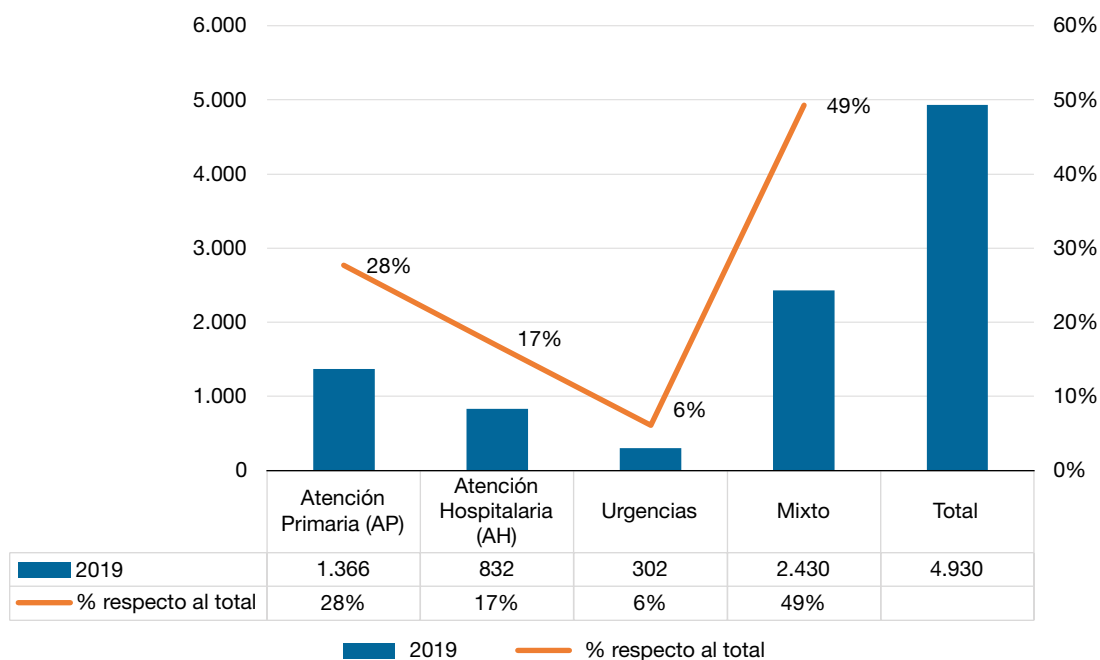
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % acumulado de acciones formativas por cada ámbito asistencial (AP, AH, Urgencias o Mixto) en año 2019, siendo el denominador la suma de personal formado en el conjunto del SNS, sin diferenciar ámbitos.

Con relación al **N.º de horas lectivas impartidas**, como puede verse en el *gráfico 29*, el ámbito **Mixto** sigue **predominando** sobre el resto de ámbitos asistenciales, aglutinando el mayor número de horas de formación (**2.430**, el **49%** del total). El siguiente ámbito que ha implementado más horas es **AP (28%)** con **1.366** horas, pudiendo apreciarse una bajada respecto a años anteriores, siguiendo la tendencia antes mencionada. Tras estos, se encuentra **AH (17%)** que, con **832** horas, **aumenta con respecto a 2018** (donde se registraron un total de **590,5** horas).

El ámbito asistencial que menos horas de formación ha registrado es **URG**, con un total de **302** horas, siendo menos de la mitad de las horas que reporto en **2018 (671** horas). Así, se mantiene la tendencia de ser el ámbito asistencial con el menor número de horas de formación impartidas, siendo, únicamente, el **6%** del total acumulado.

Por tanto, el aumento de horas lectivas en **2019** respecto al año anterior (**2018**; con **4.380** horas totales), respalda el fenómeno experimentado en el apartado anterior con relación al despunte del ámbito **Mixto** por encima de **AP**.

Gráfico 29. N.º de horas lectivas impartidas en VG por ámbito asistencial. Año 2019 y % anual acumulado



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % acumulado de horas lectivas por cada ámbito asistencial (AP, AH, Urgencias o Mixto) en año 2019, siendo el denominador la suma de personal formado en el conjunto del SNS, sin diferenciar ámbitos. (*) Se descartaron de la muestra los datos correspondientes a la CA de Aragón.

La *tabla 18* representa el cálculo de la media aritmética de **N.º de horas impartidas/acción formativa**, dividiendo el “*N.º total de horas impartidas*” entre el “*N.º total de actividades formativas impartidas en cada ámbito asistencial*”. Para **2019**, la media de horas por acción formativa es de **7,50** (diferenciada notablemente de la correspondiente a **2018**, con un valor de **5,11**).

A diferencia de los años anteriores, la media de horas por actividad supera las 6 horas, lo que nos puede aproximar a una idea en relación con los contenidos y el nivel de profundización que se puede conseguir en ese tiempo.

La media de horas impartidas/acción formativa de **URG** –comparando con 2018–, sigue siendo la más alta de entre los cuatro ámbitos (**13,13 h/actividad**). Aunque el dato de **2018 (16,37 h/actividad)** supera a todos los años anteriores, sea cual sea el ámbito al que nos refiramos.

La formación para el grupo **Mixto**, de tipo conjunta y simultánea para profesionales de diferentes ámbitos, se posiciona como la segunda media más elevada en este año.

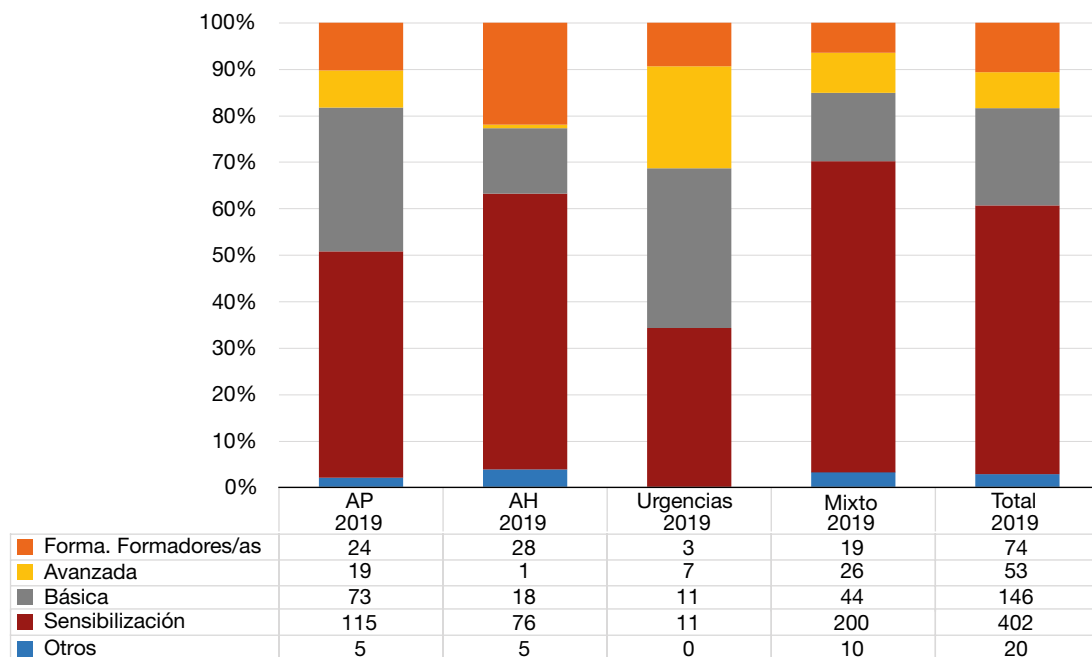
Tabla 18. Media del n.º horas lectivas/actividad impartida. Formación en VG en el SNS por ámbito asistencial. Año 2019

ÁMBITO	2019		
	Nº Actividades	Horas Lectivas	Media h./actividad
AP	236	1.366	6,57
AH	128	832	6,50
Urgencias	32	302	13,13
Mixto	299	2.430	8,15
TOTAL	657	4.930	7,50

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. (*) Se descartaron de la muestra los datos correspondientes a la CA de Aragón.

Para profundizar en este análisis es preciso estudiar el tipo de actividad formativa que se ha impartido en cada ámbito asistencial. En el *gráfico 30*, se aprecia como la mayor parte de la actividad formativa se condensan en las actividades de tipo “**sensibilización**” (de menos de 10 horas de duración), teniendo una mayor presencia proporcional en los grupos **Mixto** y de **Atención Primaria**, con **200** y **115** actividades, respectivamente. En cambio, en **Atención Hospitalaria** y **Urgencias**, estas actividades, aun siendo del tipo más utilizado, se presentan en una medida mucho menor con **76** y **11**, de nuevo, respectivamente.

Gráfico 30. N.º actividades formativas en VG por ámbito asistencial y tipo. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Aunque las **actividades de sensibilización abren la posibilidad de poder llegar a más profesionales** y dar a conocer los protocolos de actuación o afianzar algunos conceptos, es importante tener presente que **la mejora en la capacitación para la detección precoz de signos y síntomas de sospecha**, entrevista clínica, calidad del acompañamiento en salud de las mujeres que han sufrido o están sufriendo violencia de género, acciones coordinadas con otros equipos profesionales, etc., **requiere que**, tras la sensibilización inicial, **se pase por actividades formativas de mayor profundidad** para conseguir captar y asumir la complejidad de la atención sanitaria que requiere esta problemática de salud pública.

Se debe dar un paso más en la profundidad de aprendizaje de las horas lectivas impartidas por acción formativa, articulando los mecanismos necesarios para que sus profesionales puedan acceder a esta formación más capacitadora.

No obstante se destaca el esfuerzo de los servicios de salud de las CCAA para volver a impulsar la formación en materia de violencia de género durante este año ha sido importante.

De hecho, en el caso de las actividades de **Formación Básica**, observamos un **aumento respecto a 2018** en todos los ámbitos asistenciales, excepto en **Urgencias**. En **Atención Primaria** y en **Mixto**, aumentan de **50 a 73** y de **21 a 44**, respectivamente este tipo de formación.

También aumenta la **Formación Avanzada** en todos los ámbitos asistenciales con respecto a 2018 a excepción de **Atención Hospitalaria**, donde se mantiene en su mismo valor (**1**). El mayor de los cambios se ha producido en el ámbito **Mixto**. Se ha optado por impartir este tipo de formación más específica, con la participación de profesionales de diferentes ámbitos asistenciales de forma simultánea. Se eleva de **13 a 26** actividades, de **2018 a 2019**; lo cual, es algo a valorar de forma muy positiva.

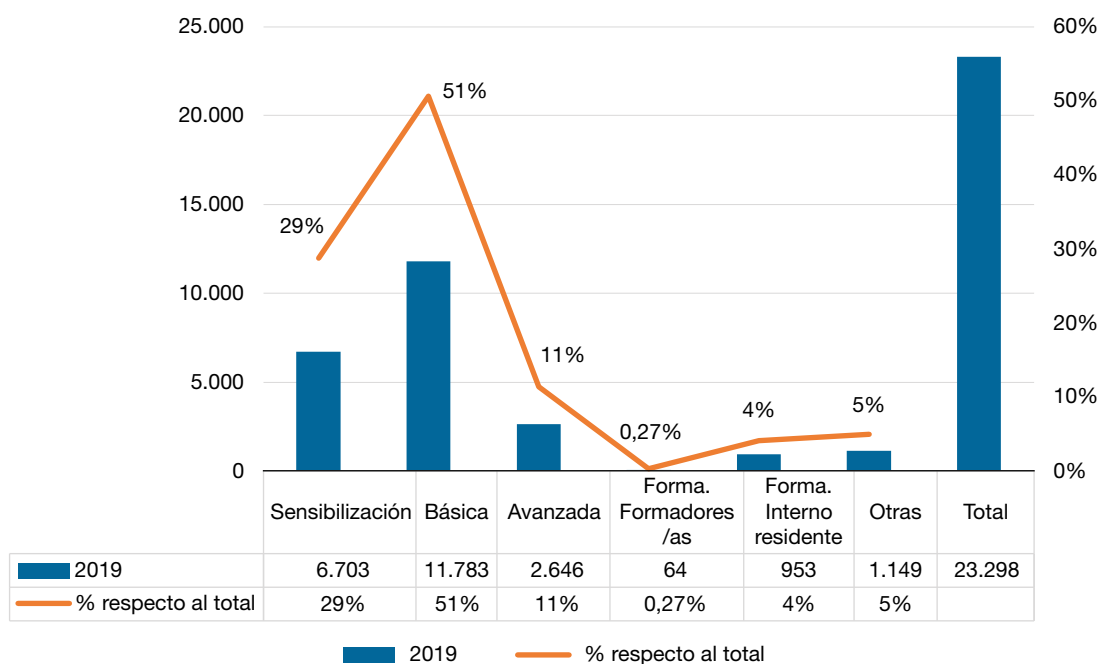
Respecto a la **Formación de formadores y formadores**, destaca el **aumento en todos** los ámbitos asistenciales en relación a 2018, sobre todo en **AP** y **AH**, pasando de **5 y 2**, a **24 y 28** respectivamente.

Análisis por tipo de actividad formativa

A partir del *gráfico 31* (el personal formado por cada tipo de actividad), podemos afirmar que, en **2019**, en contraposición a los años anteriores donde primaban las actividades de **Sensibilización**, surge una nueva tendencia hacia las actividades de **Formación básica** (**11.783**), representando un **51%** del total para este año (con **36** puntos porcentuales más que en **2018**, **14,9%**), superando, además, la mayor cifra registrada desde 2014 (4.951 personas formadas). Si establecemos una comparación con otros años, la formación en **Sensibilización** ha agrupado a un número de personas mucho más reducido (**6.703**) y con respecto el año anterior pierde **43,5** puntos.

Por otro lado, las formaciones **Avanzada** y **de Formación de Formadores/as** también han sufrido grandes cambios, aunque estos, quizá, no puedan apreciarse tan notablemente a partir de los valores porcentuales: en el primer caso, en **2018** se formaron un total de **674** profesionales en actividades avanzadas, mientras que en el año **2019** esta cifra se ha incrementado hasta alcanzar los **2.646** (partiendo del **4,3%** y alcanzando, así, el **11%** del porcentaje total). En el caso de Formación de formadoras/es; el número de profesionales formados ha decrecido considerablemente (más concretamente, en 200 menos, pasando de **264 a 64**; de un **1,4%** a un **0,27%**).

Gráfico 31. Personal formado en VG por tipo de actividad. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados desde las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % de persona formado acumulado para 2019 por cada tipo de actividad, siendo el denominador el total de personal formado en 2019 en ese tipo de actividad, siempre referido a formación continuada en esta materia.

Finalmente, los valores correspondientes al personal formado en actividades denominadas **Otros**⁶, no han experimentado cambios (en **2018**, se contó con **1.139** profesionales, mientras que, en **2019**, **1.149**).

Respecto a la **Formación interno residente** (con la cual es imposible establecer comparaciones con medidas pasadas debido a su reciente incorporación en este nivel de análisis), el gráfico muestra que se han formado a **953** profesionales por medio de esta acción formativa, acumulando el **4%** del total.

Estableciendo una nueva relación de los datos, introduciendo ahora la variable del ámbito asistencial como marco de referencia (que ya veíamos en el *gráfico 30*), podremos comprobar y concluir que la mayor parte del personal formado en todos los ámbitos asistenciales ha sido mediante actividades de **Sensibilización** y **Formación básica**, ligadas a todos los ámbitos asistenciales (aunque, en mayor medida, a **AP** y **Mixto**).

La **acreditación de las actividades formativas** se sitúa en el conjunto del SNS en un **68,49%**, por encima del **51,93%** obtenido en **2018**.

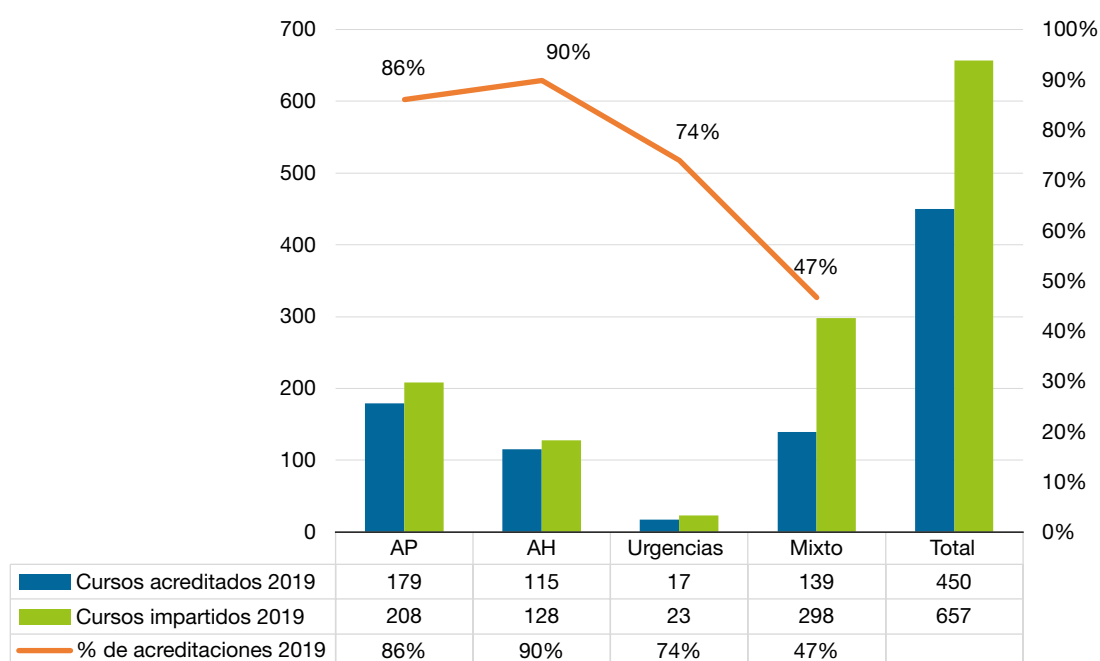
El *gráfico 32* representa fielmente cómo se han valorado las actuaciones formativas en cuanto a su acreditación. Los ámbitos de **AP** y **AH**, son aquellos que más acreditaciones han emitido en proporción a los cursos impartidos (reflejado en un **86%** y **90%**,

⁶ En este apartado OTROS, se incluye diferentes tipos de actividades no incluidos en epígrafes anteriores, se trata por ejemplo de sesiones específicas sobre actuación sanitaria frente a la violencia de género, en formato monográficos en unidades docentes, sesiones clínicas en primaria o en hospital, etc.). Además, dentro de este tipo de acciones suele participar el personal interno residente (MIR; EIR; FIR; PIR).

respectivamente); seguidos, por **Urgencias** con un **74%**, y **Mixto** con un **47%** (en el que podemos ver la gran diferencia existente entre los cursos impartidos y los acreditados).

Es necesario recalcar la importancia que tiene la acreditación respecto a la calidad de la formación continuada, contribuyendo a una mejor preparación para la detección precoz de los casos ya que predomina en acciones de formación básica o avanzada, que además contienen un mayor volumen de horas lectivas versus otro tipo de actividades como sensibilización.

Gráfico 32. Cursos acreditados vs Cursos impartidos en VG por ámbito asistencial. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % de cursos acreditados para cada ámbito asistencial en 2019, siendo el denominador los cursos impartidos por ámbito asistencial. Siempre referido a formación continuada en esta materia. (*) Se descartaron de la muestra los datos correspondientes a la CA de Aragón

Análisis en relación al alumnado

En cuanto a la participación de diferentes perfiles profesionales presentes en los servicios sanitarios en este tipo de formación continuada en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género, la mayoría de las CCAA siguen realizando un esfuerzo importante para proporcionar los datos desagregados por perfil, aunque todavía hay algunas que han tenido dificultades para ofrecer los de 2019. Por este motivo, es importante tener en cuenta que los totales de este análisis no coinciden con los totales globales aportados en el *gráfico 51*, o incluso en los *gráficos 27 y 31*, donde las CCAA sí han podido aportar el total de personas formadas por ámbito asistencial y por tipo de actividad, pero sin desagregar esto por sexo.

En todo caso, vuelve a confirmarse que, como en años anteriores, **son las mujeres profesionales sanitarias las que más participan en la formación en materia de VG respecto a sus homólogos masculinos** (que se encuentran, mayoritariamente, en torno al **20%**, independientemente del ámbito asistencial donde desarrollen su trabajo, siendo una excepción Urgencias, como veremos a continuación).

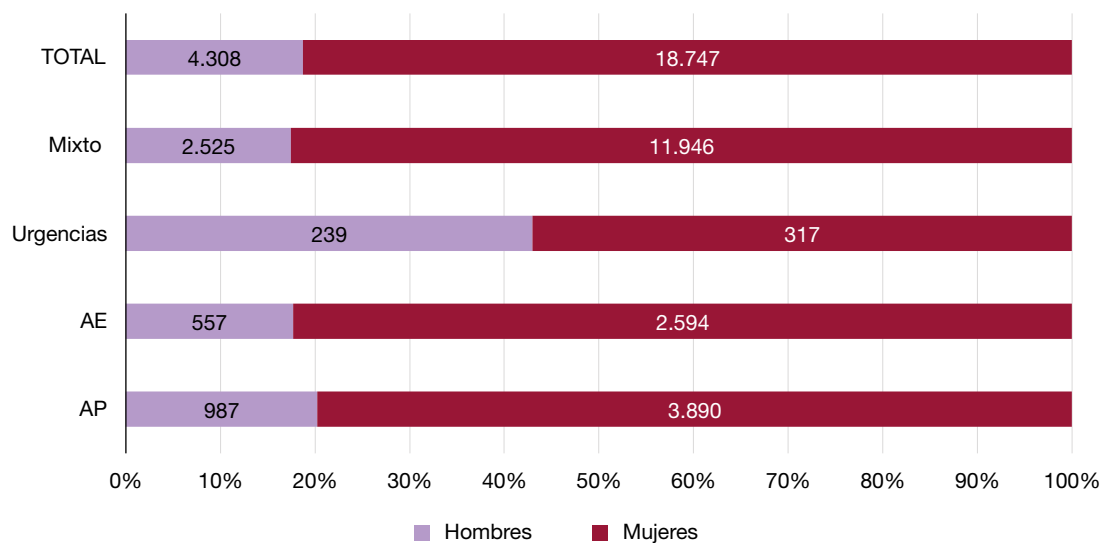
Como puede verse en la *tabla 19* y el *gráfico 33*, únicamente se observa un aumento del porcentaje dentro del ámbito de **Urgencias**, donde los hombres representaron un **42,99%** del total de profesionales que recibieron esta formación. Si se calcula el % medio acumulado en **2019**, se obtiene que el **18,69%** de profesionales que se formaron en materia de lucha contra la VG en el SNS fueron **hombres**.

Tabla 19. Personal formado en VG por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Años 2019

ÁMBITO	2019			
	♂	♀	♂ (%)	♀ (%)
AP	987	3.890	20,24%	79,76%
AH	557	2.594	17,68%	82,32%
Urgencias	239	317	42,99%	57,01%
Mixto	2.525	11.946	17,45%	82,55%
TOTAL	4.308	18.747	18,69%	81,31%
TOTAL AMBOS SEXOS	23.055			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA. El % señalado en la tabla hace referencia a la distribución porcentual de hombres y mujeres que se han formado anualmente en cada ámbito asistencial. El denominador es el total de profesionales formados/as, independientemente de su sexo. (*) Resulta 23.055 tras descartar a 243 personas correspondientes a la CA de Asturias al no estar desagregadas por sexo.

Gráfico 33. Personal formado en VG por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA representados en la tabla 19.

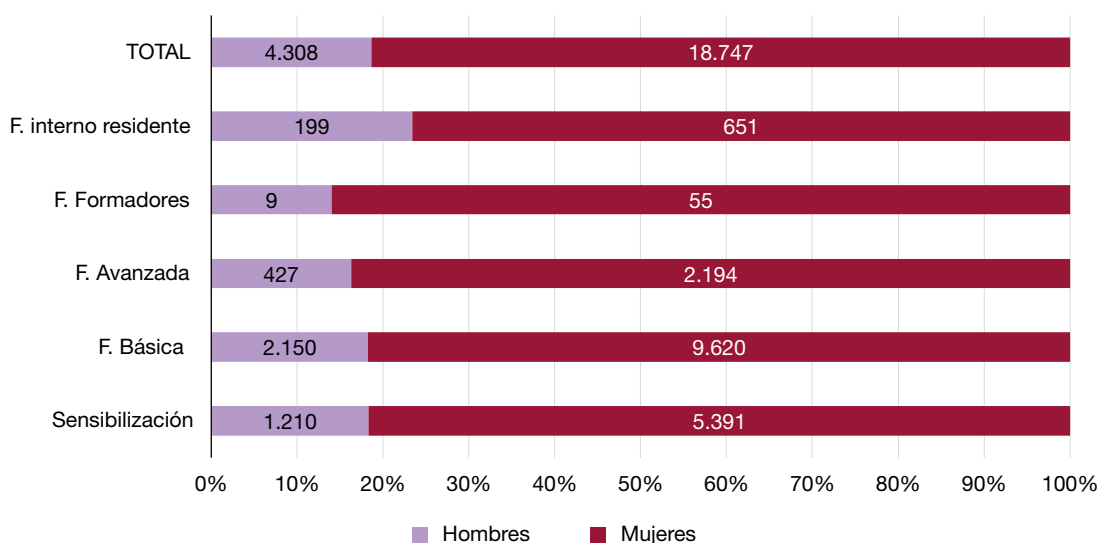
Estos datos muestran la clara feminización del personal formado y confirman que los hombres siguen participando menos en la formación para la detección y atención a las mujeres que sufren violencia de género. De cara a próximos análisis, sería interesante poder conocer la presencia de hombres y mujeres que estando en puestos de toma de decisión o áreas de influencia, llegan o no a participar en algún tipo de estas acciones formativas

Atendiendo a la **participación masculina**, si nos fijamos en la *tabla 20* y el *gráfico 34* (tipo de actividad formativa), en **2019**, a diferencia de los años anteriores, el mayor nivel de participación de **profesionales sanitarios hombres** está en el tipo de actividad “**Otros**”, destacando con un **27,24%**, la participación de personal **interno residente que son hombres (23,41%)**.

Tabla 20. Personal formado en VG por tipo de actividad y sexo. Años 2019

TIPO DE ACTIVIDAD	2019			
	♂	♀	♂ (%)	♀ (%)
Sensibilización	1.120	5.931	18,33%	81,67%
F. Básica	2.150	9.620	18,27%	81,73%
F. Avanzada	427	2.194	16,29%	83,71%
F. Formadores/as	9	55	14,06%	85,94%
F. interno residente	199	651	23,41%	76,59%
Otros	313	836	27,24%	72,76%
TOTAL	4.308	18.747	18,69%	81,31%
TOTAL AMBOS SEXOS	23.055			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en la tabla hace referencia a la distribución porcentual de hombres y mujeres que se han formado anualmente en cada ámbito asistencial. El denominador es el total de profesionales formados/as cada año, independientemente de su sexo. (*) Resulta 23.055 tras descartar a 243 personas correspondientes a la CA de Asturias al no estar desagregadas por sexo.

Gráfico 34. Personal formado en VG por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Años 2019

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA representados en la tabla 20.

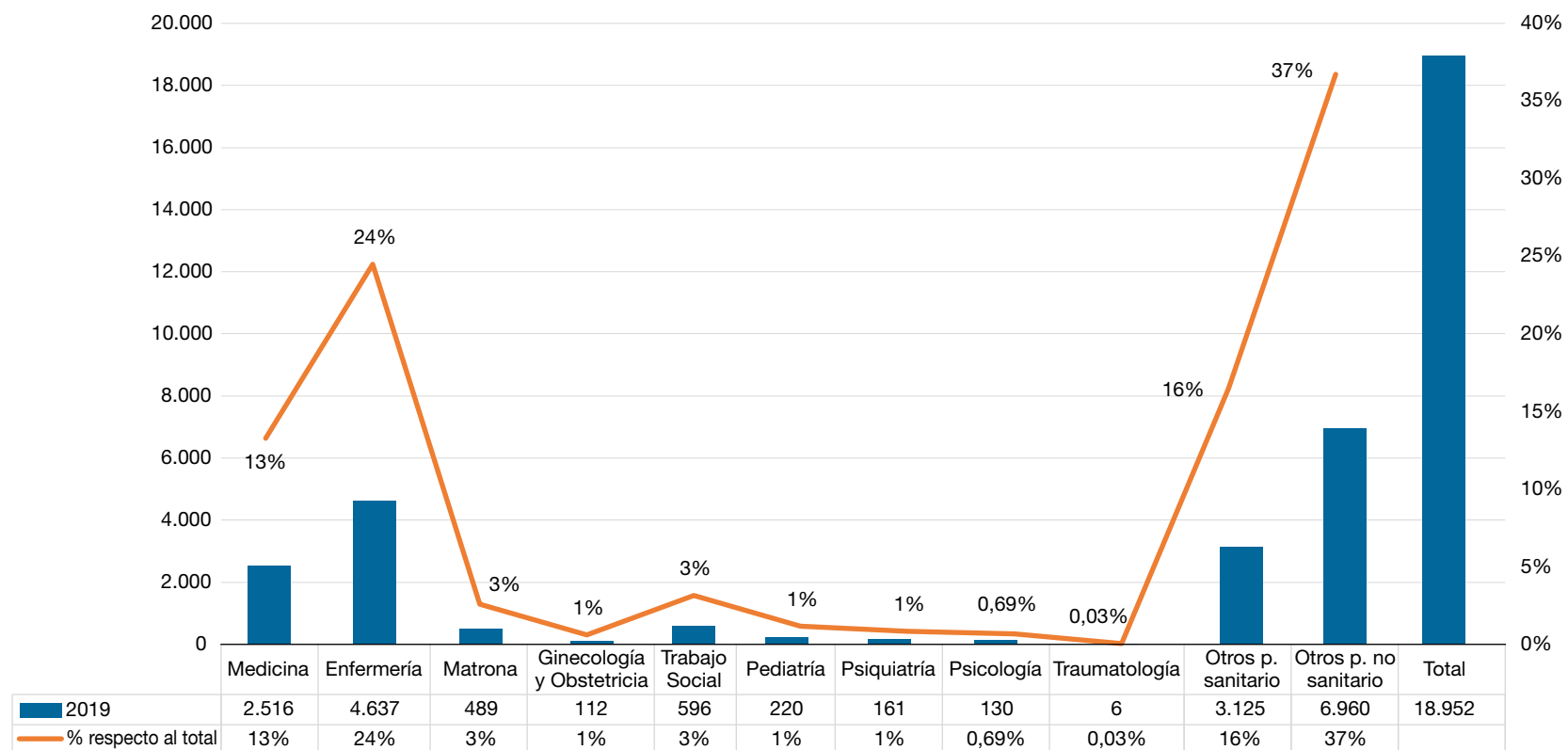
Como puede verse en la *tabla 20*, los datos totales para ambos sexos presentan una diferencia de aproximadamente 14.000 personas, destacando así una fuerte feminización en la formación. De esta manera, se hace visible la necesidad de hacer un mayor esfuerzo de captación e implicación masculina en este tipo de formación específica en materia de prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios.

Por otra parte, continuando con este análisis por perfil profesional presente en el alumnado de formación continuada en el SNS en materia de violencia de género

(*gráfico 35*) se aprecia que, **al contrario de lo observado en años anteriores** (en que **medicina y enfermería** era el **más cuantioso**, y, además, con una tendencia creciente y constante en el tiempo) **en el año 2019**, las cifras más elevadas se corresponden con **Otro personal no sanitario**⁷ (con **6.960; 37%**), seguido de **Enfermería** (con **4.637; 24%**). Ambos grupos, acumulan entre sí el 61% de la muestra total correspondiente al alumnado.

De nuevo, es conveniente recordar y aclarar que los totales anuales que se ofrecen tanto en el *gráfico 35* como en la *tabla 21* (que se presentará más adelante), difieren de los totales presentados en el *gráfico 51* (más adelante), ya que no todas las CCAA han podido aportar los datos desagregados por perfiles de las y los profesionales que se han formado en sus actividades.

Esperamos que, para futuras ediciones, las CCAA puedan paliar esta limitación al igual que lo están logrando con la recogida de datos, desagregados por sexo.

Gráfico 35. Alumnado formado en VG, por perfil profesional. Año 2019

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. El % señalado en el gráfico hace referencia al % de personal formado por cada perfil profesional acumulado para el año 2019, siendo el denominador utilizado, la suma de personal formado para el total de todos los perfiles. (*) Resulta 18.952 tras descartar todos los datos no reportado o no desagregados.

Se constata, en todo caso, una tendencia decreciente de **2018 a 2019** en algunos de los perfiles, destacando: **Medicina, Psiquiatría y Psicología (2018; 2.957 – 175 – 157)**.

Mientras que, por el contrario, se perciben aumentos –en algunos casos notables– en: **Enfermería, Matrona, Trabajo Social, Pediatría, Otro personal sanitario y No sanitario (2018; 2.680 – 208 – 385 – 159 – 666 – 507)**.

El *gráfico 35* reafirma la necesidad de seguir aumentando esta formación en el sector sanitario, para que se tenga una mayor capacidad de detección y afrontamiento integral con visión de equipo multidisciplinar, imprescindible para abordar este grave problema de salud pública, desde la prevención, detección precoz y seguimiento de casos de VG, que es la misión principal del colectivo sanitario en esta materia.

Respecto a **Pediatría**, desde 2016 se recomienda realizar un esfuerzo especial para mejorar su participación. Los datos observados constatan la insuficiencia de su formación al respecto, (**1%**), teniendo en cuenta las consecuencias tan graves de la violencia sufrida por las madres, impactando en sus hijas e hijos, tanto por ser testigos de dicha violencia como por sufrirla directamente. También, es preciso destacar los datos correspondientes a profesionales del área de salud mental, donde la formación de perfiles de **Psiquiatría y Psicología (1% y 0,69%)** se mantiene muy baja, a pesar de los importantes daños psíquicos que produce la violencia en las mujeres que la sufren y en sus hijas e hijos también. El mismo ejemplo se presenta en lo referente a **Ginecología y Obstetricia (1%) y Traumatología (0,03%)** con cifras igualmente bajas e insuficientes.

Si desagregamos por **sexo y perfil profesional**, los datos de profesionales que han recibido formación en materia de VG – teniendo en cuenta que algunas CCAA siguen sin poder aportar estos datos desagregados– (tabla 21 y el gráfico 36), estos muestran que, a excepción de las áreas de **Medicina, Traumatología y Otro personal no sanitario**, la participación masculina es inferior al **20%**.

Aunque se puede afirmar que el perfil de **Traumatología** es el más masculinizado (**66,67%**), este es altamente sensible al número de la muestra (tan sólo **6** profesionales); en consecuencia, cabría otorgar esta característica de mayor participación de hombres del perfil **Medicina (24,80%)**. Por el contrario, al igual que en años anteriores, el área asistencial de **Trabajo Social** (seguido de **Matrona** con **6,29%**), es el que posee el menor índice de representación masculina (**5,37%**).

Respecto a las **mujeres** profesionales del SNS en **2019**, solo cabe reseñar que el total de mujeres formadas en VG ha sido de **15.193**, agrupando los mayores valores porcentuales en todos los perfiles respecto a los hombres.

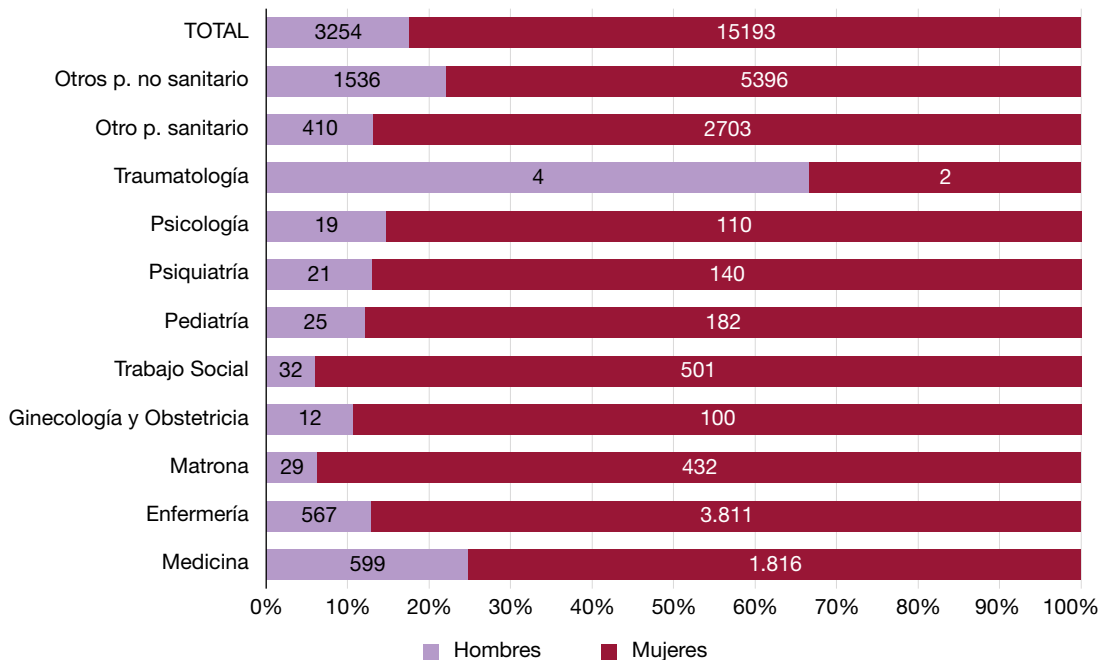
Aunque en general, **2019 y 2018** difieren en sus estadísticas, sigue destacando la amplia presencia de las mujeres profesionales del SNS en cualquier perfil, perpetuando la tendencia que se venía manifestando desde el principio. Según el sexo, el total de personas formadas en este año ha sido: **15.193 mujeres** y de **3.254 hombres** (sin tener aquellas que no han sido aportadas por algunas CCAA los datos desagregados por sexo).

Tabla 21. Perfil profesional del alumnado en FORMACIÓN VG. Datos desagregados por sexo. Año 2019

PERFIL PROFESIONAL	2019				TOTAL SNS
	♂	♀	♂ (%)	♀ (%)	
Medicina	599	1.816	24,80%	75,20%	2415
Enfermería	567	3.811	12,95%	87,05%	4378
Matrona	29	432	6,29%	93,71%	461
Ginecología y Obstetricia	12	100	10,71%	89,29%	112
Trabajo Social	32	501	5,37%	84,06%	596
Pediatría	25	182	12,08%	87,92%	207
Psiquiatría	21	140	13,04%	86,96%	161
Psicología	19	110	14,73%	85,27%	129
Traumatología	4	2	66,67%	33,33%	6
Otro p. sanitario	410	2703	13,17%	86,83%	3113
Otro p. no sanitario	1536	5396	22,16%	77,84%	6932
TOTAL	3.254	15.193	17,64%	82,36%	18.447

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. (*) Resulta 18.447 tras descartar todos los datos no desagregados por sexo.

Gráfico 36. Perfil del alumnado en VG por sexo. Años 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA, representados en la tabla 21.

A continuación, en la *tabla 22*, se exponen los datos relativos al **perfil profesional y sexo** del alumnado formado en violencia de género en el SNS, desagregado por CCAA, para el año 2019.

Es necesario reiterar la necesidad de tener en cuenta que en este análisis no todas las CCAA han podido aportar sus datos desagregados por estas dos variables de forma conjunta. Valorando estas incidencias, según los datos desagregados para este año, podemos observar que las comunidades que más destacan según su perfil profesional, son:

- Baleares (339), Galicia (547), y País Vasco (442) en **Medicina**
- Andalucía (495), Galicia (1.596), Madrid (444) y País Vasco (479) en **Enfermería**
- Madrid (105) y País Vasco (89) en **Matrona**
- Galicia (26) y País Vasco (38) en **Ginecología y Obstetricia**
- Madrid (246) y Andalucía (76) en **Trabajo Social**
- Baleares (63) y Madrid (34) en **Pediatría;**
- Madrid (61) y País Vasco (48) en **Psiquiatría**
- Madrid (46), Murcia (27) y Asturias (24) en **Psicología**
- Madrid (3) y Galicia (2) en **Traumatología**
- Andalucía (280), Galicia (1.817) y País Vasco (401) en **Otro p. sanitario**
- y, Galicia (5.125) y Madrid (984) en **Otro personal no sanitario.**

Tabla 22a. Formación VG en el SNS. Perfil profesional del alumnado. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2019

CCAA	MEDICINA			ENFERMERÍA			MATRONA			GINECOLOGÍA Y OBS			TRABAJO SOCIAL		
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT
Andalucía	65	224	289	101	394	495	2	40	42	0	0	0	3	73	76
Aragón	40	60	100	35	12	47	0	5	5	0	0	0	0	0	0
Asturias	9	33	42	6	73	79	0	2	2	0	2	2	0	8	8
Baleares	119	220	339	61	320	381	3	32	35	0	0	0	0	18	18
Canarias	4	20	24	21	112	133	6	9	15	0	2	2	1	24	25
Cantabria	1	5	6	0	32	32	0	2	2	0	0	0	1	2	3
Castilla y León	33	110	143	31	270	301	5	47	52	3	14	17	2	32	34
Castilla-La Mancha	9	25	34	9	105	114	0	25	25	0	0	0	2	17	19
Cataluña															
C. Valenciana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Extremadura															
Galicia	116	431	547	152	1.444	1.596	3	40	43	1	25	26	3	30	33
Madrid	43	225	268	34	410	444	4	101	105	0	17	17	19	227	246
Murcia	57	110	167	49	153	202	3	43	46	3	7	10	0	26	26
Navarra	2	10	12	0	16	16	0	0	0	0	0	0	1	8	9
País Vasco	94	328	422	31	448	479	3	86	89	5	33	38	0	33	33
Rioja, La	-	-	101	-	-	259	0	28	28	0	0	0	0	63	63
Ceuta															
Melilla	7	15	22	37	22	59	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Total SNS	599	1.816	2.516	567	3.811	4.637	29	432	489	12	100	112	32	501	596

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Tabla 22b. Formación VG en el SNS. Perfil profesional del alumnado. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2019																		
CCAA	PEDIATRÍA			PSIQUIATRÍA			PSICOLOGÍA			TRAUMATOLOGÍA			OTRO PERSONAL SANITARIO			OTRO PERSONAL NO SANITARIO		
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT
Andalucía	0	0	0	0	0	0	2	9	11	0	0	0	20	260	280	71	171	242
Aragón	0	20	20	0	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Asturias	0	1	1	2	10	12	5	19	24	0	0	0	4	26	30	0	4	4
Baleares	13	50	63	1	2	3	1	1	2	1	0	1	17	66	83	32	175	207
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	17	19	0	0	0
Cantabria	1	16	17	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	0	8	8	0	3	3	0	1	1	0	0	0	17	161	178	20	60	80
Castilla-La Mancha	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	109	113	3	23	26
Cataluña																		
C. Valenciana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Extremadura																		
Galicia	2	8	10	0	4	4	3	8	11	2	1	3	112	1.705	1.817	1.213	3.912	5.125
Madrid	4	30	34	9	52	61	2	44	46	1	1	2	0	0	0	145	839	984
Murcia	4	25	29	4	8	12	5	22	27	0	0	0	53	136	189	13	31	44
Navarra	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	3	3	0	0	0
País Vasco	1	22	23	5	43	48	1	4	5	0	0	0	181	220	401	39	181	220
Rioja, La	3	10	13	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	12	12	-	-	28
Ceuta																		
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total SNS	25	182	220	21	140	161	19	110	129	4	2	6	410	2.703	3113	1.536	5.396	6.932

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Análisis en relación al profesorado

Atendiendo a la *tabla 23* y al *gráfico 37*, vemos que es el **sector público**⁸ quien aglutina el mayor porcentaje de adscripción del profesorado (con un **77%** del porcentaje total).

Tabla 23. Adscripción del profesorado en materia de VG. Año 2019

ADSCRIPCIÓN	2019	
	Profesionales	%
ADMINISTRACIÓN GENERAL	9	1%
ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA	557	77%
ADMINISTRACIÓN LOCAL	23	3,17%
OTRAS INSTITUCIONES PÚBLICAS	30	4%
UNIVERSIDAD	7	1%
ONG	30	4,14%
PERSONAS EXPERTAS	12	2%
OTRAS INSTITUCIONES PRIVADAS	57	8%
TOTAL	725	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA. (*) No figura la CA C. Valenciana al no haber podido proporcionar sus datos.

Como en años anteriores, la **Administración Autónoma** es la adscripción más frecuente del profesorado en este tipo de formación, aunque se ha visto **ligeramente reducida** en relación al año **2018 (80,69%)**.

De igual forma, en relación a la **Administración General del Estado** hay un **ligero decrecimiento** en **2019**, que pasa del **1,98%** de **2018** a **1%** de este año.

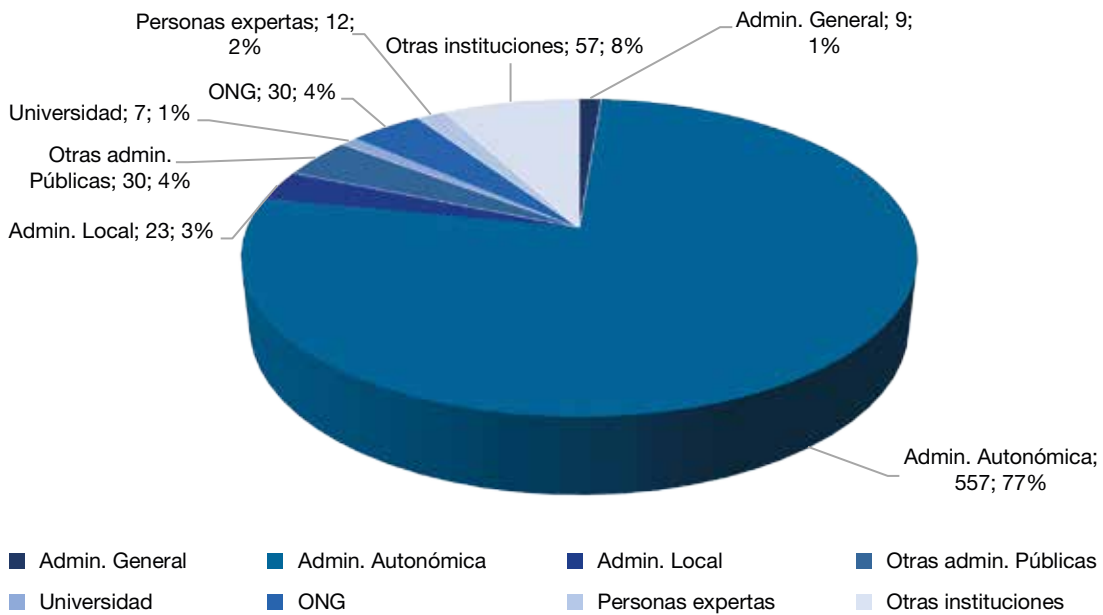
La adscripción a la **Administración Local** **aumenta** en **2019**, hasta **3,17%** en relación al **1,46%** de **2018**.

Por último, dentro del sector público, el ítem de “**Otras instituciones públicas**” se mantiene estable en ambos años con un **3,44%**, significando esto un aumento en apenas medio punto porcentual respecto a **2018 (4%)**.

La participación de otras **Instituciones Privadas** **aumenta** en **2019** de **1,46%** a **8%**.

Por su parte, la adscripción a **ONG** presenta un decrecimiento en **2019**, que pasa del **8,6%** del **2018** a un **4,14%** para este año. Las **Personas Expertas (freelance)**, como parte del profesorado en esta formación VG, ha experimentado un descenso paulatino, situándose en el **2,38%** para **2018** y **2%** en **2019**.

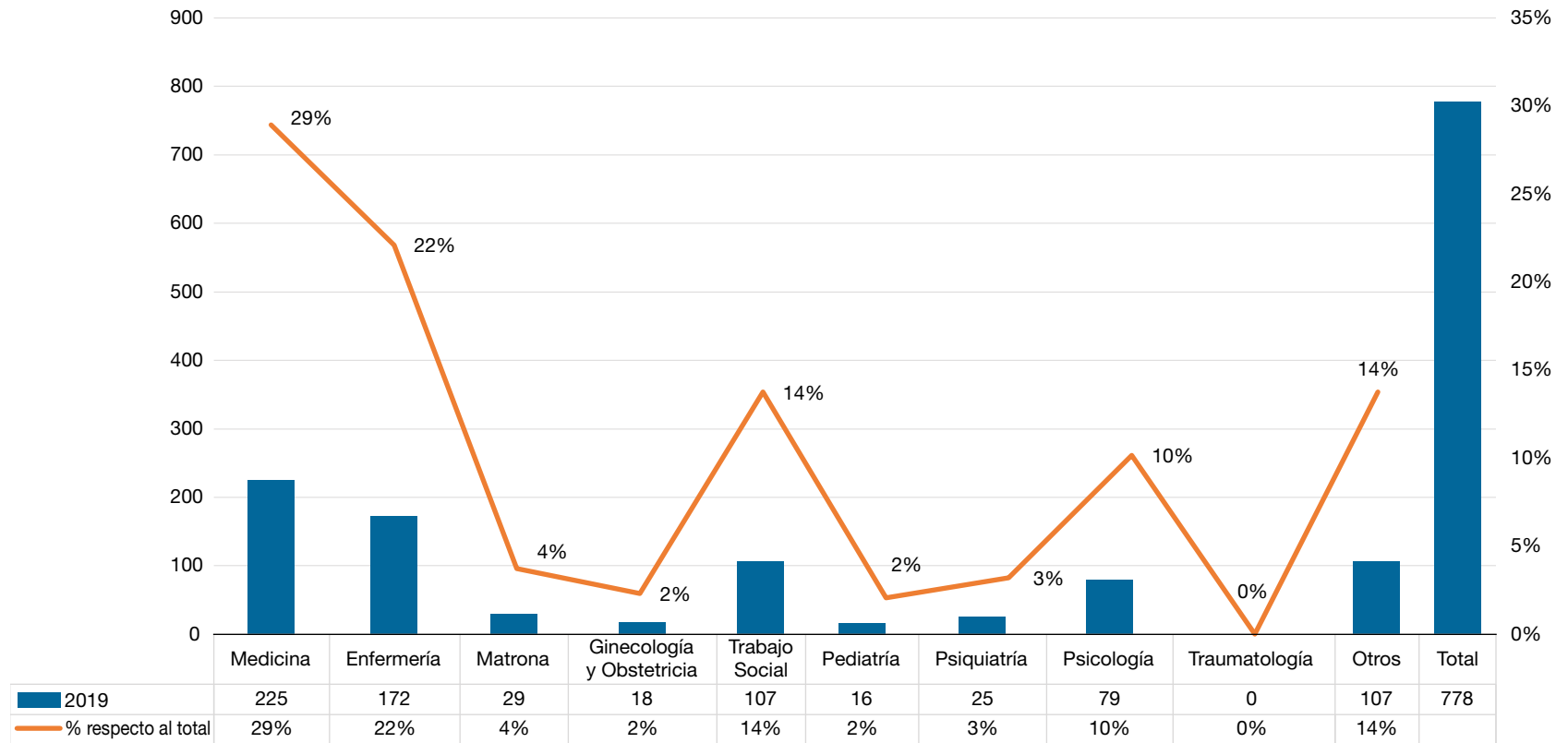
Gráfico 37. Adscripción del profesorado en materia de VG. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA, representados en la tabla 15.

En relación a los **perfiles profesionales del profesorado**, como puede verse en el *gráfico 38*, el perfil de **Medicina y Enfermería** aglutinan la mayor cantidad del personal docente (**29%** y **22%**, respectivamente), manteniendo estable la tendencia vista en años anteriores.

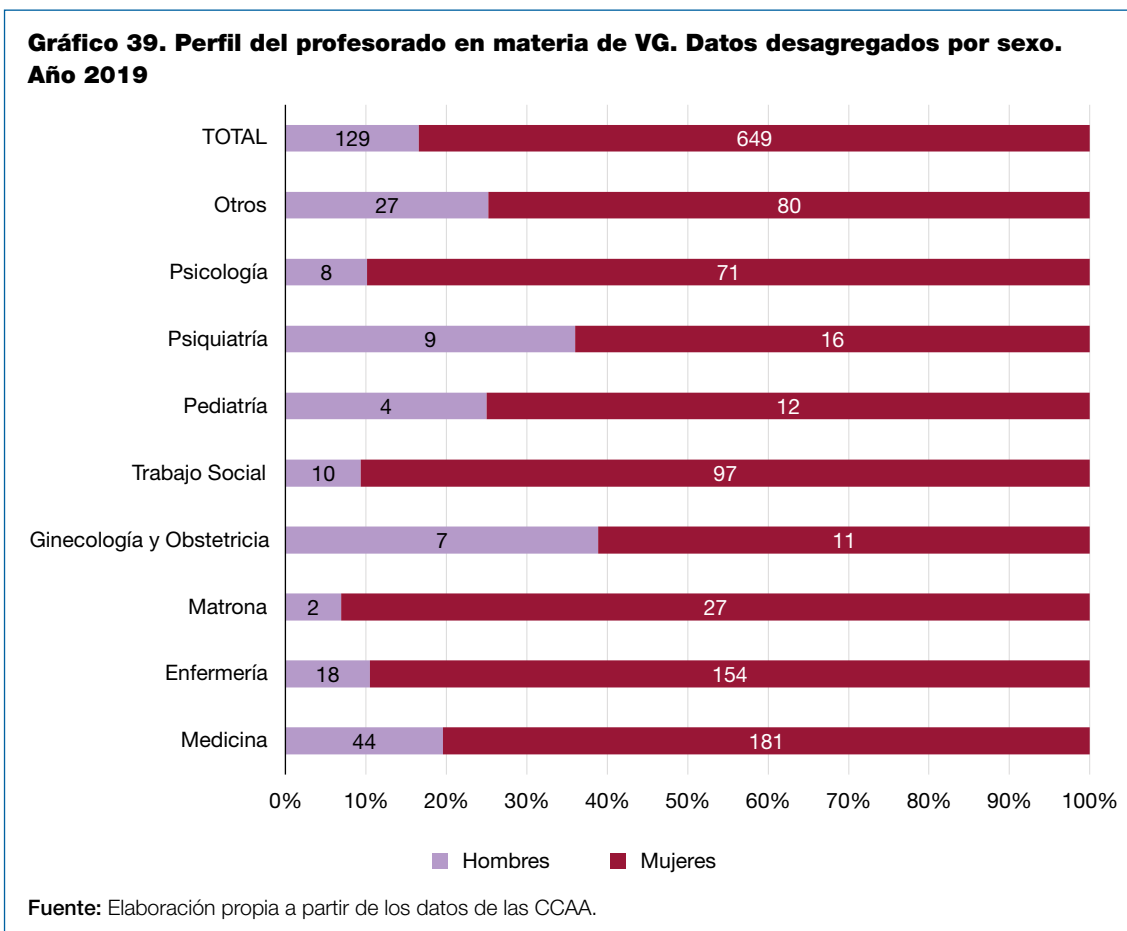
Un comportamiento parecido se observa en **Trabajo Social** y **“Otros”**, ya que ambos perfiles representan el **14%**, cada uno sobre el total de docentes. **Psicología y Psiquiatría** (salud mental) se mantienen en valores constantes con respecto a **2018** y se sitúan en el este último año en un **3%** y **10%**.

Gráfico 38. Perfil del profesorado en materia de VG. Año 2019

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Observando los datos **desagregados por sexo** (gráfico 39), se aprecia que los hombres siguen teniendo menor presencia en los equipos docentes respecto a sus homólogas mujeres tal como ocurre con el caso del alumnado visto anteriormente (siguiendo, de esta manera, la misma tendencia de años anteriores). Dentro de esta menor participación generalizada, es en perfiles como **Psicología, Matronas o Trabajo Social** en los que el profesorado **masculino está menos presente en 2019**; por el contrario, se registran los datos **más altos** en los perfiles de **Ginecología, Medicina y “Otros”**.

Por su parte, las docentes forman parte mayoritariamente de perfiles como: **Psicología, Trabajo Social, Matrona y Enfermería**.



Si atendemos a los datos desagregados por CCAA, los **perfiles profesionales de Medicina y Enfermería** (al igual que en años anteriores) siguen siendo los más frecuentes en los equipos docentes (tal y como puede verse en la *tabla 24*). Es así para todas y cada una de las CCAA excepto **Canarias y La Rioja**, donde priman los perfiles de **Trabajo Social y Enfermería**, respectivamente.

Tabla 24a. Perfil del profesorado en materia de VG. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2019

CCAA	MEDICINA			ENFERMERÍA			MATRONA			GINECOLOGÍA Y OBS			TRABAJO SOCIAL		
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT
Andalucía	13	56	69	9	40	49	0	0	0	0	0	0	6	29	35
Aragón	1	4	5	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	2	2
Asturias	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Baleares	0	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canarias	0	3	3	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	7	7
Cantabria	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2
Castilla y León	4	18	22	0	20	20	1	5	6	1	0	1	0	2	2
Castilla-La Mancha	0	0	0	2	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Cataluña															
C. Valenciana	2	14	16	0	6	6	0	6	6	0	0	0	1	4	5
Extremadura															
Galicia	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Madrid	15	49	64	3	38	41	0	8	8	6	6	12	3	25	28
Murcia	1	9	10	2	14	16	1	1	2	0	1	1	0	7	7
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
País Vasco	3	6	9	0	4	4	0	2	2	0	1	1	0	1	1
Rioja, La	4	15	19	2	25	27	0	1	1	0	1	1	0	15	15
Ceuta															
Melilla	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Total SNS	44	181	225	18	154	172	2	27	29	7	11	18	10	97	107

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Tabla 24b. Perfil del profesorado en materia de VG. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2019

CCAA	PEDIATRÍA			PSIQUIATRÍA			PSICOLOGÍA			TRAUMATOLOGÍA			OTROS		
	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT	♂	♀	TOT
Andalucía	0	0	0	0	0	0	1	7	8	0	0	0	0	0	0
Aragón	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Asturias	0	0	0	0	1	1	0	6	6	0	0	0	1	1	2
Baleares	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4	4
Cantabria	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0
Castilla y León	0	0	0	0	0	0	1	3	4	0	0	0	9	5	14
Castilla-La Mancha	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7
Cataluña															
C. Valenciana	1	3	4	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Extremadura															
Galicia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Madrid	3	3	6	5	11	16	3	34	37	0	0	0	14	37	51
Murcia	0	1	1	3	2	5	3	10	13	0	0	0	0	6	6
Navarra	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	14	17
Rioja, La	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Ceuta															
Melilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total SNS	4	12	16	9	16	25	8	71	79	0	0	0	27	80	107

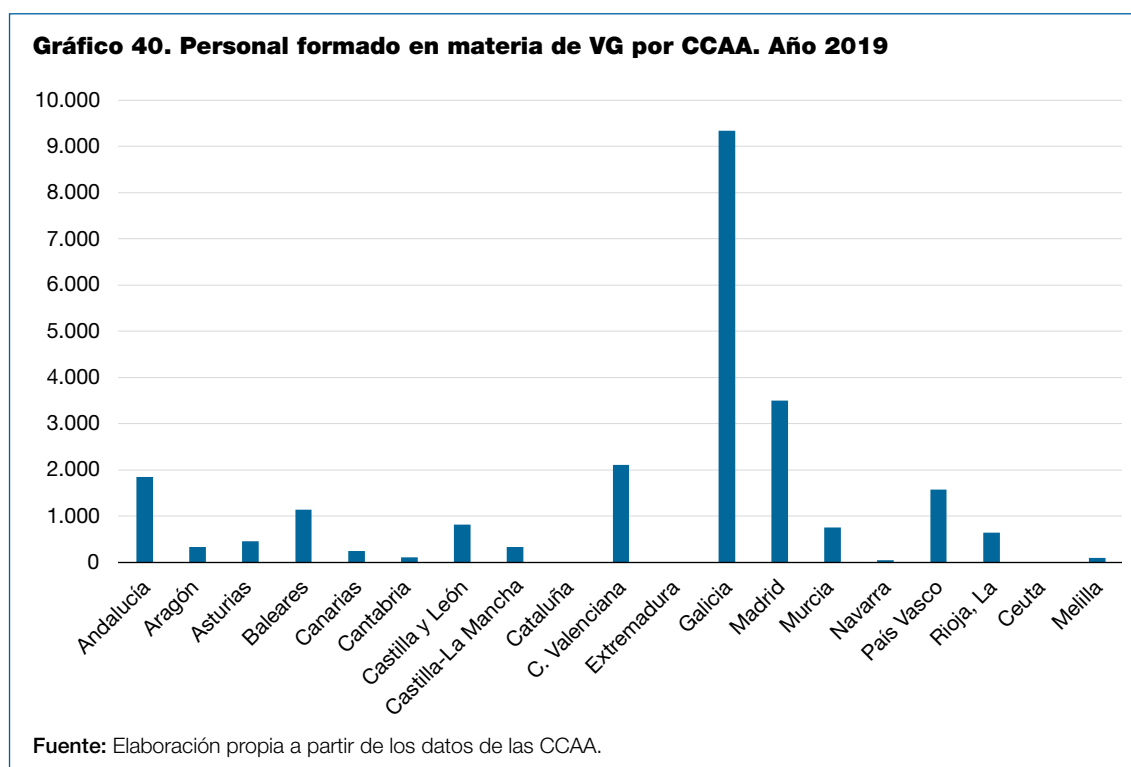
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

1.3.2. Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Año 2019. Formación en materia de Violencia de Género

Análisis en relación al personal formado

Al igual que en **2018**, **Cataluña** no ha podido facilitar datos de **2019**, tampoco han podido aportar sus datos las CA de **Extremadura** y CEA de **Ceuta** (tal y como ya se afirmaba anteriormente).

Mediante el *gráfico 40*, se puede visualizar gráficamente al conjunto de profesionales que se han formado en el año **2019** en cada CCAA.



Tal y como ya se ha señalado en informes anteriores, sería más interesante expresar el dato de profesionales que se han formado, en formato de **tasa mejor que en número absoluto**, teniendo por ejemplo como denominador común, la población diana (valores totales y por principales perfiles profesionales sanitarios). Pero un año más, estas tasas todavía no se pueden construir porque muchas CCAA no pueden facilitar estos datos para los denominadores, por lo cual para sucesivos años no se van a volver a solicitar dichos denominadores.

A tenor de esta dificultad, se vuelve a sugerir que para próximos informes (*como ya se hizo en 2017 y 2018-2019*) se pueda mejorar este análisis con el cálculo de la tasa de personal formado en relación a la población de mujeres mayores de 14 años y más (datos padrón INE para cada año, semejante al denominador utilizado para construir las tasas de casos de VG detectados desde los servicios sanitarios, ofrecidas en la primera parte de este Informe). Ello constituiría una aproximación a la cobertura de profesionales de servicios

sanitarios que han recibido formación en prevención y detección precoz de la violencia de género respecto a la población potencial entre la que podría darse algún caso de violencia de género, tal como se recoge en la definición de caso del SNS⁹.

Es imprescindible, por tanto, que las CCAA procedan a normalizar los formularios de recogida de estadísticas de formación de profesionales en materia de violencia de género, desagregadas tanto por sexo, tanto para cada ámbito asistencial como para cada modalidad formativa (máxime cuando el artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres así lo exige al ámbito sanitario). Además, el abordaje de la violencia de género y su detección precoz por parte de los equipos profesionales implicados, requiere que tanto mujeres como hombres participen en proporción/tasas de la manera más igualitaria posible sobre la base de la composición de sus plantillas.

Aunque el sector sanitario sea un sector feminizado, existe cierto sesgo en la asistencia a la formación en determinados perfiles profesionales en los que hay una mayor presencia de hombres, tal como se reflejaba en las gráficas y tablas para el conjunto del SNS.

No obstante, y pese a todos los inconvenientes, se está realizando todos los años un gran esfuerzo para poder elaborar esta base estadística de forma lo suficientemente fiable y representativa de los procesos de formación básica y especializada que las CCAA; desde sus servicios de salud, en colaboración con sus Consejerías de Sanidad, están llevando a cabo para implementar las medidas establecidas en el Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

Como se observa en la *tabla 25* y el *gráfico 41* (en valores absolutos del número de profesionales que han recibido esta formación), **Galicia, Madrid, C. Valenciana, País Vasco** y **Andalucía** son las comunidades con mayor cantidad de personal formado en 2019, siendo **Galicia** la que aporta el mayor valor (**9.338** profesionales).

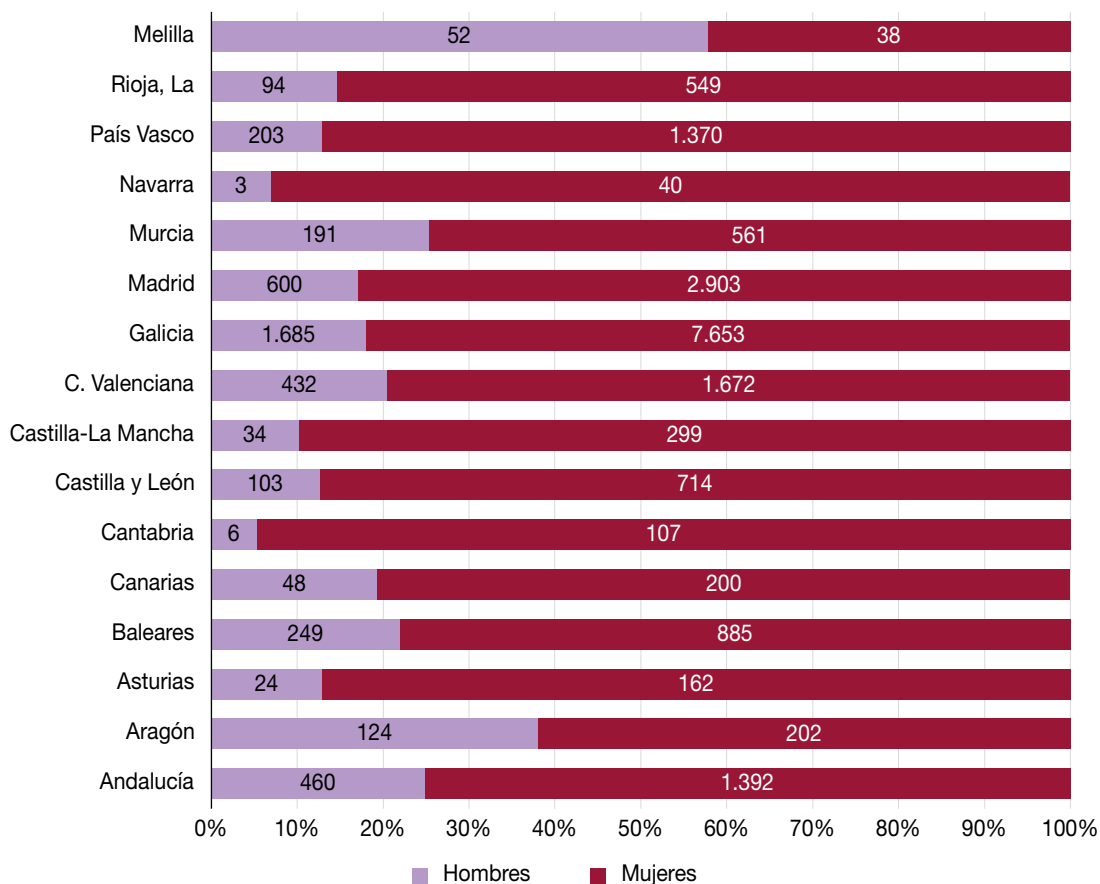
Las CA con **menos de 100 profesionales formados/as** ha sido **Navarra** y la CEA de **Melilla**; destacando por el extremo opuesto **Galicia**, la **C. Valenciana** y **Madrid** con **más de 2.000 profesionales formados/as**; seguidas de **Andalucía, Baleares** y **País Vasco** con **más de 1.000 profesionales formados/as**.

Tabla 25. Personal formado por CCAA y sexo. Año 2019

CCAA	2019		
	♂	♀	TOT
Andalucía	460	1.392	1.852
Aragón	124	202	326
Asturias	24	162	186
Baleares	249	885	1.134
Canarias	48	200	248
Cantabria	6	107	113
Castilla y León	103	714	817
Castilla-La Mancha	34	299	333
Cataluña			
C. Valenciana	432	1.672	2.104
Extremadura			
Galicia	1.685	7.653	9.338
Madrid	600	2.903	3.503
Murcia	191	561	752
Navarra	3	40	43
País Vasco	203	1.370	1.573
Rioja, La	94	549	643
Ceuta			
Melilla	52	38	90
Total SNS	4.308	18.747	23.055
% respecto al total anual	18,69%	81,31%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. (*) Resulta 23.055 tras descartar a 243 personas correspondientes a la CA de Asturias al no estar desagregadas por sexo.

Gráfico 41. Personal formado por CCAA. Datos desagregados por sexo. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA, representados en la tabla 25.

La **participación masculina** mantiene su tendencia en torno al **20% (18,69%)** tal y como se puede ver en el *gráfico 41*. Sobrepasando este porcentaje se encuentran **Andalucía, Aragón, Baleares, Murcia y Melilla**. Cabe destacar el caso de esta última, **Melilla**, donde la participación masculina en el alumnado se aproxima al **60%** (aunque este dato pudiera ser sensible a su muestra).

Con una participación masculina inferior al **10%**, encontramos **Cantabria y Navarra**, aunque aproximándose también a este valor están **Asturias y Castilla-La Mancha**.

Indudablemente, el personal sanitario masculino debe hacer un esfuerzo y toma de conciencia para formarse en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género, ya que tanto las mujeres maltratadas (así como sus hijas e hijos), las que sufren violencias sexuales, mujeres embarazadas que sufren maltrato, con discapacidad, mujeres y niñas con una mutilación genital femenina practicada, o aquellas que estén en situación de trata con fines de explotación sexual, cuando deciden acudir a consulta en su centro de salud o a recibir asistencia sanitaria a un hospital, pueden hacerlo indistintamente, a profesionales de ambos sexos. Por eso, es fundamental que los profesionales de los equipos sanitarios también desarrollen capacitación en la identificación de signos y síntomas de sospecha ante un posible caso de violencia de género, diagnóstico médico adecuado (no medicalización del malestar), aplicación de los protocolos y guías sanitarias al respecto,

además de la derivación a los recursos comunitarios adecuados (gracias al conocimiento de estos) de manera que se facilite la atención y seguimiento integral de salud en los casos detectados, evitando así que los estereotipos sexistas puedan incluir sesgos en la atención sanitaria ofrecida desde el SNS a este grave problema de salud pública.

Análisis por ámbito asistencial

Se analizan, a continuación, el número de actividades por ámbito asistencial y CCAA, datos que pueden verse con detalle en la *tabla 26* y, de manera más visual, en el *gráfico 42*.

CCAA	2019				
	AP	AH	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	33	67	8	88	196
Aragón	28	0	9	1	38
Asturias	4	4	0	24	32
Baleares	58	0	0	5	63
Canarias	4	2	0	4	10
Cantabria	0	0	0	4	4
Castilla y León	21	7	2	0	30
Castilla-La Mancha	1	1	0	5	7
Cataluña					
C. Valenciana	0	0	0	117	117
Extremadura					
Galicia	0	0	0	14	14
Madrid	29	42	7	7	85
Murcia	27	3	1	2	33
Navarra	0	0	0	2	2
País Vasco	5	0	2	21	28
Rioja, La	22	1	3	5	31
Ceuta					
Melilla	4	1	0	0	5
Total SNS	236	128	32	299	695
% respecto al total anual	34%	18%	5%	43%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

En **2019**, **Andalucía**, **C. Valenciana**, **Madrid** y **Canarias** son las CCAA con más acciones formativas totales realizadas en materia de violencia de género, siendo las acciones desarrolladas en **Mixto** las más numerosas, seguidas de las correspondientes al ámbito asisten-

cial **AP**. Cabe destacar que la CA que mantiene una distribución más equitativa entre los cuatro ámbitos asistenciales (y que, por tanto, ha realizado más acciones de más ámbitos simultáneamente) ha sido **Andalucía** (AP, **33**; AH, **67**; URG, **8**; y, Mixto, **88**).

A continuación, se desglosan los datos en función de cada ámbito asistencial:

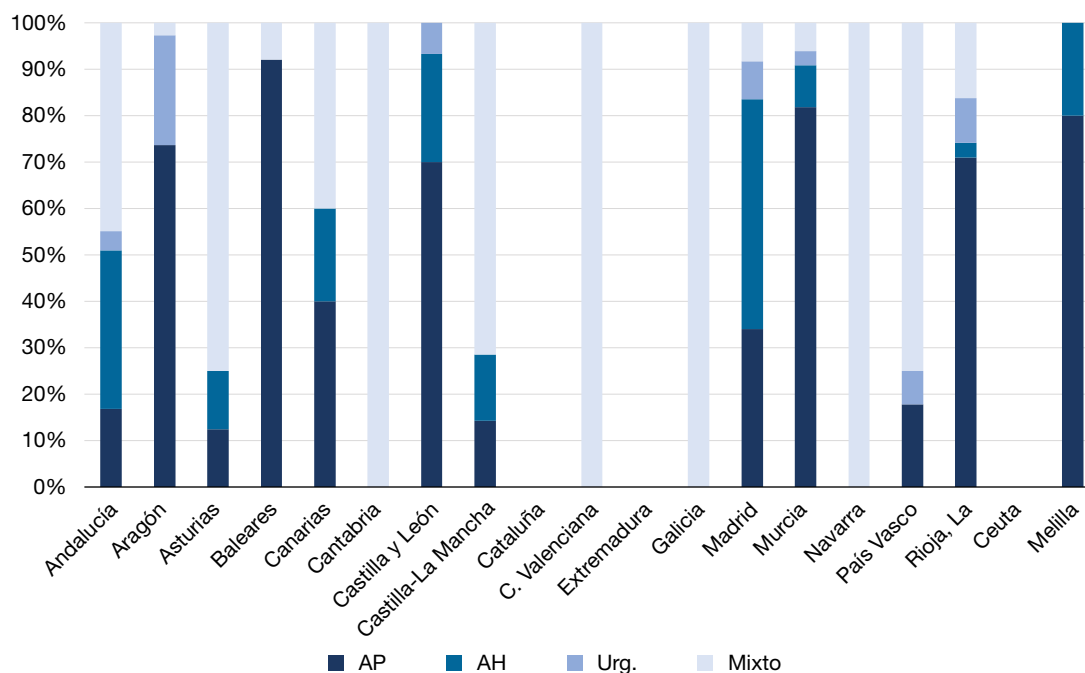
- **Atención Primaria:** La **AP** es un ámbito asistencial de enorme relevancia en formación en materia de violencia de género. Por ello, sigue representando un alto porcentaje entre las acciones formativas totales realizadas durante este año (**34%**). Las CCAA que más han implementado este tipo de actividades han sido: **Andalucía** (33) y **Baleares** (58), siendo esta última la que más contribuye a este tipo de actividades. Otras comunidades que han implementado estas acciones en mayor medida han sido **Aragón** (28), **Castilla y León** (21), **Madrid** (29) y **Murcia** (27) y **La Rioja** (22).
- **Atención Hospitalaria:** Las CCAA que siguen apostando por la formación en este ámbito son **Andalucía** y **Madrid**; las cuales, acaparan un gran porcentaje de la carga formativa de este ámbito asistencial (con **67** y **42** de las **128** actividades totales, respectivamente). El resto de las comunidades se mantienen en perfiles más bajos respecto a **AH** (donde se podría destacar la CA de **Castilla y León**, con **7** actividades registradas).
- **Urgencias:** En **2019**, son **Andalucía**, **Aragón** y **Madrid** las CCAA que realizan más acciones formativas en este ámbito (con **8**, **9** y **7** actividades, respectivamente). En general, para el resto, se observa que Urgencias es el ámbito más escaso en cuanto a acciones formativas, por lo que se invita a las CCAA a buscar un mayor equilibrio.
- **Mixto:** Los datos del conjunto del SNS y los ahora desagregados por CA y ámbito se correlacionan con los datos este año de estudio, siendo el ámbito **Mixto** el que más formaciones aglutina en porcentaje sobre el total de acciones formativas realizadas (**43%**).

La característica fundamental de esta formación es la agrupación de profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales (AP, AH y URG) entre sí, además de (en algunas acciones formativas), con profesionales procedentes de sectores distintos al sanitario (pero también involucrados en la lucha contra la violencia de género). Esta modalidad formativa permite que se reciba formación de manera conjunta en acciones realizadas desde los servicios sanitarios, mientras que se involucra a un amplio abanico de profesionales muy diferente y diverso. Estas particularidades contribuyen a un enriquecimiento de las formaciones y a comprender y manejar con mayor fluidez un fenómeno tan complejo y transversal como es el de ofrecer una atención integral a los casos de violencia de género.

Respecto a **2019**, **Andalucía**, **Asturias**, **C. Valenciana** y **País Vasco** (con **88**, **24**, **117** y **21** acciones formativas, respectivamente) han registrado los mayores índices para este tipo de formación.

El *gráfico 42* muestra, de forma más intuitiva, los valores de la tabla anterior, observando claramente la consecuente distribución de cada una de estas acciones formativas por ámbito para cada CCAA.

Gráfico 42. N.º de actividades por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA, representados en la tabla 26.

Si comparamos los datos obtenidos en este año con los de 2018, es posible apreciar una clara tendencia generalizada en gran parte de las CCAA hacia la disminución de acciones formativas en **AP** en favor de actividades del ámbito asistencial **Mixto**. Tanto es así, que, por ejemplo, **Cantabria**, **C. Valenciana** y **Galicia** han apostado únicamente por este tipo de acciones; incluso, **País Vasco** y **Asturias** que se encuentran próximos a esta característica. Sin embargo, este viraje no es tan apreciable en los ámbitos de **AH** y **URG**, puesto que, aproximadamente, se mantienen en niveles estables o similares a los ya vistos en otras investigaciones pasadas.

Respecto al **Personal formado por CCAA y ámbito asistencial** (tabla 27), se observa la importante relación existente entre el volumen de personal formado en cada ámbito asistencial con la estrategia de acción de la CA para mejorar la detección del problema –como, por ejemplo, el abordaje desde una perspectiva integral, propia del ámbito asistencial **Mixto**–. El gráfico 43, permite analizar lo acontecido durante este año de forma mucho más visual.

Tabla 27. Personal formado por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019

CCAA	2019				
	AP	AH	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	1	596	209	611	1.852
Aragón	213	34	79	0	326
Asturias	0	0	67	362	429
Baleares	1.064	0	0	70	1.134
Canarias	121	17	0	110	248
Cantabria	0	0	0	113	113
Castilla y León	362	328	0	127	817
Castilla-La Mancha	136	34	0	163	333
Cataluña					
C. Valenciana	0	0	0	2104	2.104
Extremadura					
Galicia	0	0	0	9338	9.338
Madrid	1025	2.062	177	239	3.503
Murcia	616	71	4	61	752
Navarra	0	0	0	43	43
País Vasco	416	0	33	1124	1.573
Rioja, La	407	0	54	182	643
Ceuta					
Melilla	81	9	0	0	90
Total SNS	4877	3151	623	14647	23.298
% respecto al total anual	21%	14%	3%	63%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA.

Según lo visto en el apartado anterior, en el año **2019**, **AP** pierde su representación como eje central que concentra la mayoría de profesionales formados en prevenir y detectar precozmente la violencia de género desde el ámbito sanitario, para, así, situarse como el segundo ámbito asistencial de mayor relevancia (encargándose de la formación del **21%** de los/as profesionales). En cuanto a las CCAA, los datos señalan que **Baleares (1.064)** es la comunidad que cuenta con mayor número de personas formadas en **AP**, seguida de **Madrid (1.025)** y **Murcia (616)**. En total, se han formado **4.877** profesionales en este ámbito a lo largo del año **2019**.

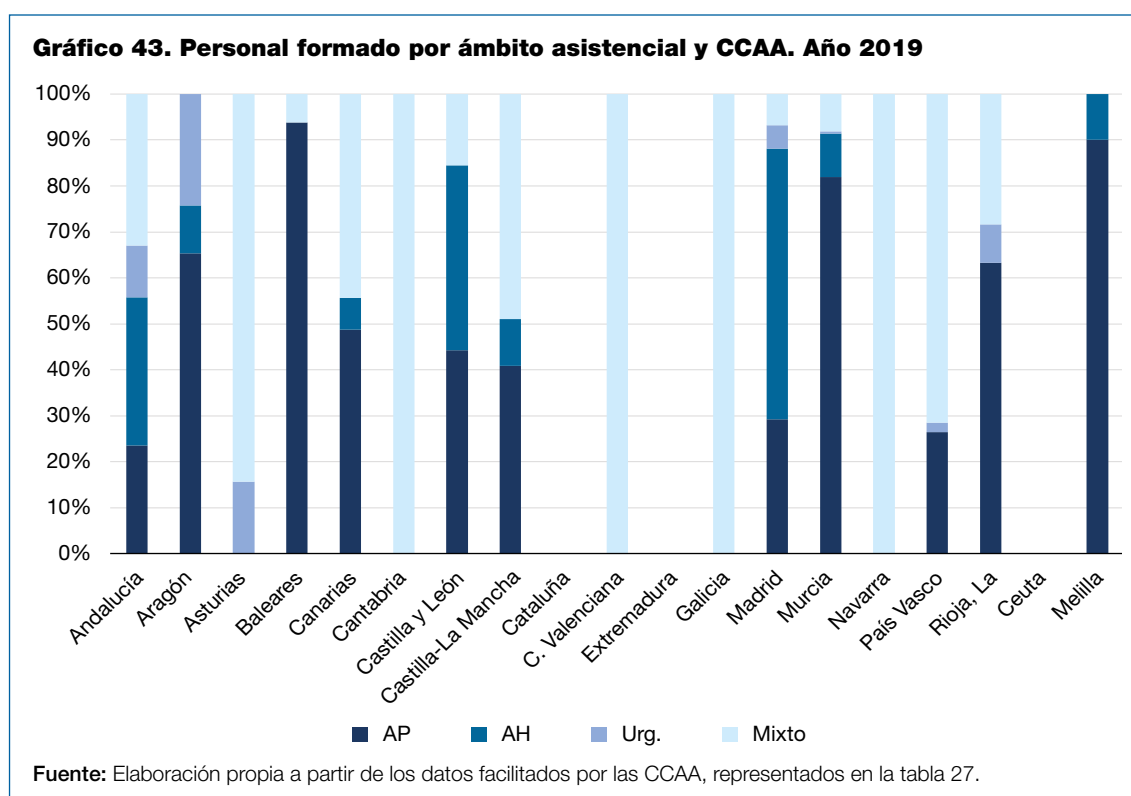
Si atendemos a **AH**, **Madrid** vuelve a situarse en primer lugar con **2.062** profesionales (al igual que en los años anteriores; por ejemplo, en **2018**, se contabilizaron **1.040**); seguida de **Andalucía (596)** y **Castilla y León (328)**. El total de profesionales formados asciende a **3.151** para este año.

Para el ámbito de **Urgencias**, **Andalucía** perpetúa el liderazgo visto en años anteriores años con **209** personas formadas, lo cual, supone un punto muy positivo en virtud de la

detección de casos agudos; **Madrid** se sitúa tras esta (**177**). Se registraron un total de **623** profesionales para este ámbito.

Por último, el bloque **Mixto** marca el mayor índice de personas que han recibido esta formación a lo largo de **2019** con un total de **14.647** personas. Por su parte, **Galicia** encabeza el listado de sobresaliendo muy notablemente por encima del resto con **9.338** profesionales formadas/os, seguida de **C. Valenciana (2.104)** y **País Vasco (1.124)**. Esta modalidad acapara el mayor porcentaje total de personal formado, siendo el **63%**.

Con respecto a **2018**, el conjunto del personal formado ha sido más elevado en todos los ámbitos proporcionalmente al aumento total de profesionales visto en este año **2019 (23.298)** (a excepción del ámbito **AP** debido a la tendencia antes mencionada, correspondiente a esa movilización hacia la modalidad mixta). Si en **2018**, con un total de **15.433**, encontrábamos: **8.276** en **AP**, **2.951** en **AH**, **1.385** en **URG**, y **2.811** en **Mixto**; este año, a partir del número total, se han registrado **4.877**, **3.151**, **623** y **14.647**, respectivamente.



Análisis por tipo de actividad formativa

La *tabla 28* describe la situación de la formación por tipo de actividad en función de los contenidos y la duración de la misma: **Sensibilización, Formación básica, Formación avanzada, Formación de formadores/as y “Otros”**. En el *gráfico 44*, se representan los datos de esta tabla.

Tabla 28. Tipo de actividad formativa en VG por CCAA. Año 2019

CCAA	2019					TOTAL
	Sensibilización	Formación Básica	Formación Avanzada	Formación Formadores/as	Otros (MIR, EIR, etc.)	
Andalucía	169	22	5	0	0	196
Aragón	13	6	11	3	5	38
Asturias	5	7	4	16	0	32
Baleares	0	61	0	2	0	63
Canarias	8	1	1	0	0	10
Cantabria	3	0	1	0	0	4
Castilla y León	25	5	0	0	0	30
Castilla-La Mancha	2	5	0	0	0	7
Cataluña						
C. Valenciana	92	10	5	0	10	117
Extremadura						
Galicia	11	3	0	0	0	14
Madrid	15	16	0	51	3	85
Murcia	17	6	7	1	2	33
Navarra	0	2	0	0	0	2
País Vasco	12	1	15	0	0	28
Rioja, La	25	1	4	1	0	31
Ceuta						
Melilla	5	0	0	0	0	5
Total SNS	402	146	53	74	20	695
% respecto al total anual	57,84%	21,01%	7,63%	10,65%	2,88%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Tal y como ha se ha podido observar en años anteriores, la modalidad de **Sensibilización** es la más frecuentemente utilizada por todas las CCAA, siendo un **57,84%** del total de las acciones formativas de 2019. Las actividades de sensibilización son acciones de menos de 10 horas, por lo que se convierten en un recurso que requiere menor inversión económica, temporal y de equipo docente que otro tipo de modalidades. Pero, sin embargo, son actividades con poca capacidad para profundizar en la materia.

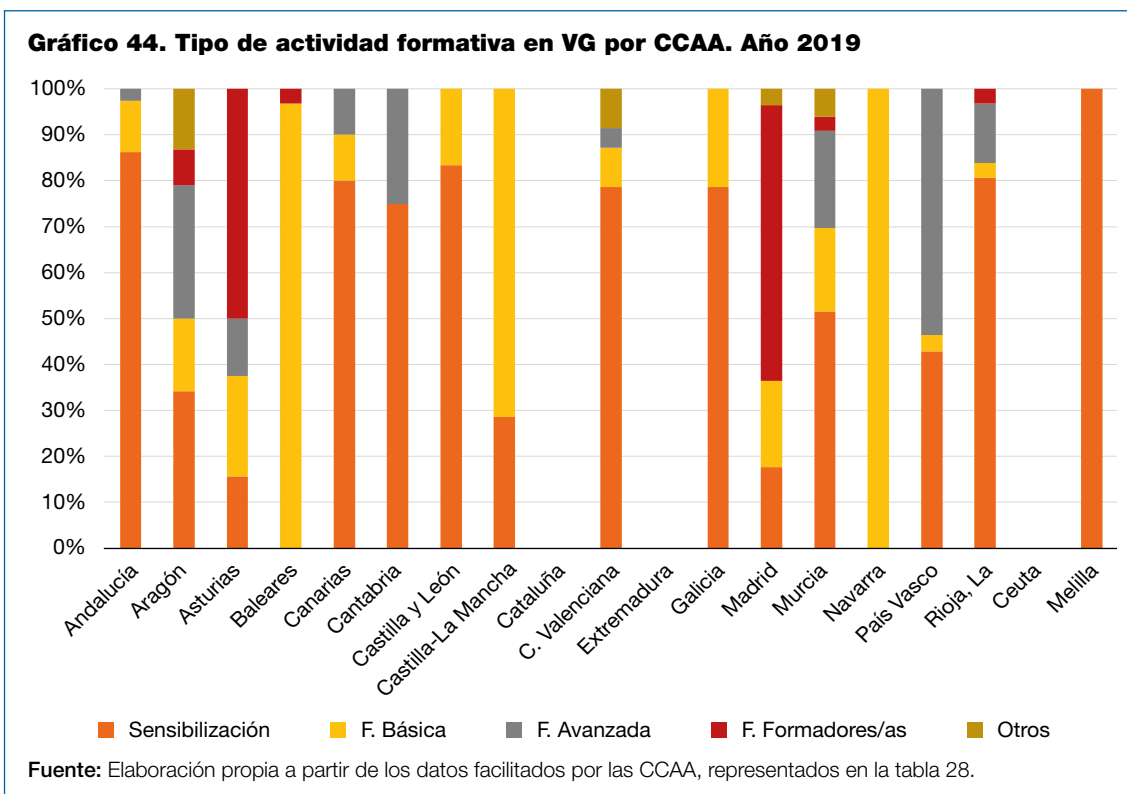
Andalucía (con **169**), seguida de la **C. Valenciana** (con **92** de estas, que continúa con su tendencia hacia un incremento de estas actividades, vista ya en **2018**), son aquellas comunidades que destacan en la aplicación de esta modalidad, dedicada a la sensibilización.

En cuanto a **Formación Básica**, es **Baleares** la que destaca con diferencia sobre las demás en **2019**, con un total de **61** cursos (culminando la trayectoria planteada ya en **2018**, donde con **19** acciones de formación básica y ninguna acción de sensibilización, era posible apreciar una apuesta por una mayor profundización en la materia). En adición, **Andalucía** y **Madrid** (con **22** y **16**), pueden situarse entre aquellas CCAA con mayor impulso en esta modalidad formativa.

En el caso de la **Formación Avanzada**, vemos que **País Vasco** continúa siendo, con respecto a **2018**, quien promueve en mayor medida este tipo de formación entre sus profesionales con **15** acciones (las cuales, suponen el mayor número registrado en el conjunto de las autonomías para esta formación). Son **C. Valenciana** y **Murcia** aquellas CCAA que mantienen también este tipo de formación, sumadas este año a **Aragón** (quien ha apostado por esta modalidad formativa).

El peso de la **Formación de Formadores/as** ha aumentado considerablemente en **2019** respecto a **2018** que, únicamente, contaba con **13** acciones para el conjunto del SNS. Este año destacan **Asturias** y **Madrid** con **16** y **51** actividades, respectivamente.

El grupo “**Otros**” ha disminuido aún más su representación con respecto a **2018** (**8,40%**), suponiendo ahora un **2,88%** del total de acciones formativas del SNS. **C. Valenciana** destaca en este aspecto con **10** acciones, dato que supone un **50%** de esta modalidad para este año.



Análisis por tipo de actividad formativa y ámbito asistencial

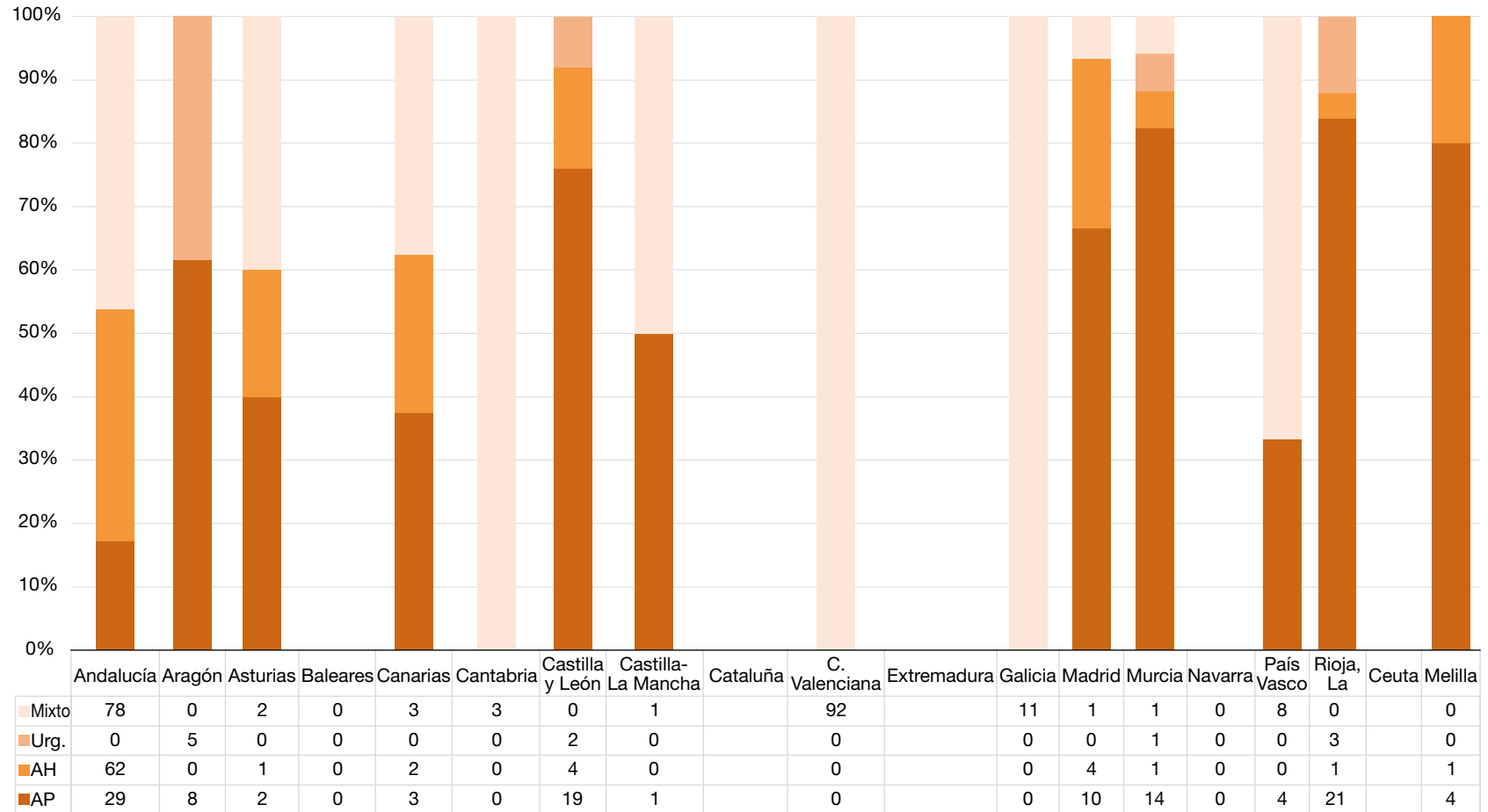
Sensibilización

Tabla 29. Actividades de sensibilización por ámbito asistencial. CCAA. Año 2019

CCAA	2019				
	AP	AH	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	29	62	0	78	169
Aragón	8	0	5	0	13
Asturias	2	1	0	2	5
Baleares	0	0	0	0	0
Canarias	3	2	0	3	8
Cantabria	0	0	0	3	3
Castilla y León	19	4	2	0	25
Castilla-La Mancha	1	0	0	1	2
Cataluña					
C. Valenciana	0	0	0	92	92
Extremadura					
Galicia	0	0	0	11	11
Madrid	10	4	0	1	15
Murcia	14	1	1	1	17
Navarra	0	0	0	0	0
País Vasco	4	0	0	8	12
Rioja, La	21	1	3	0	25
Ceuta					
Melilla	4	1	0	0	5
Total SNS	115	76	11	200	402
% respecto al total anual	28,61%	18,91%	2,74%	49,75%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Elaborando un análisis más específico de las variables formativas, tratando de reflejar la importancia de la formación en materia de detección y atención a las mujeres víctimas de la violencia de género y de cómo se produce esta en base a los distintos ámbitos asistenciales, cabe señalar que la **Sensibilización** es el tipo de actividad que más destaca; esto es debido, fundamentalmente, tal y como ya se ha dicho, por los menores recursos que consume, incluido el tiempo que el conjunto de profesionales necesita para asistir a la formación. La **Sensibilización**, según vemos en la *tabla 29* y el *gráfico 45*, adquiere gran importancia el ámbito **Mixto**, abarcando el **49,75%** de toda la labor de sensibilización realizada en **2019**.

Gráfico 45. Actividades de sensibilización por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA, representados en la tabla 29.

Se aprecia de manera visible que, para el año **2019**, **La Rioja (21)**, **Castilla y León (19)**, **Murcia (14)** y **Melilla (4)** son las CCAA que, conforme a sus características propias, han realizado más actividades de sensibilización en **AP**. Aunque siguiendo la tendencia vista hasta el momento en comparación con años anteriores, y tal y como se viene recogiendo en este Informe, las actividades de sensibilización en **AP** se han visto mermadas en favor del ámbito asistencial **Mixto**.

Debido a ese cambio mencionado, la formación en **AH** se mantiene en la tercera posición en cuanto a lo que los ámbitos y su clasificación se refiere, tal y como sucedía ya en **2018** (donde acumulaba el **10%** del total y se veía sobrepasada por **Mixto**). Actualmente, con **76** actividades (de las cuales, la CA **Andalucía** realiza **62**, situándose como la mayor exponente en la formación en sensibilización para **AH**), supone el **18,91%** del total.

En el ámbito **Mixto** vuelve a destacar (al igual que en **2018**) la **C. Valenciana** con **92** actividades, seguida de **Andalucía** con **78**. El número de actividades totales de sensibilización en el ámbito **Mixto** es de **200**, lo que supone el **49,75%** del porcentaje total.

Por último, las actividades de **Urgencias** mantienen su continua tendencia de aglutinar el menor número de acciones de sensibilización (**11%**). De hecho, tan sólo **Aragón (5)**, **Castilla y León (2)**, **Murcia (1)** y **La Rioja (3)** han implementado este tipo de formaciones.

Formación Básica

Tabla 30. Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019					
CCAA	2019				
	AP	AH	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	3	5	5	9	22
Aragón	4	0	2	0	6
Asturias	0	0	0	7	7
Baleares	56	0	0	5	61
Canarias	0	0	0	1	1
Cantabria	0	0	0	0	0
Castilla y León	2	3	0	0	5
Castilla-La Mancha	0	1	0	4	5
Cataluña					
C. Valenciana	0	0	0	10	10
Extremadura					
Galicia	0	0	0	3	3
Madrid	2	9	4	1	16
Murcia	6	0	0	0	6
Navarra	0	0	0	2	2
País Vasco	0	0	0	1	1
Rioja, La	0	0	0	1	1
Ceuta					
Melilla	0	0	0	0	0
Total SNS	73	18	11	44	146
% respecto al total anual	50%	12,33%	7,53%	30,14%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Las actividades de **Formación básica**, como se ve en la *tabla 28*, supusieron en **2019** el **21,01%** del total, situándose muy por encima de lo visto en **2018**, donde su valor fue de **12,37%**. Así, se ubican muy por detrás de las actividades de sensibilización que, recordemos, son acciones de 10 horas o menos.

Al realizar el análisis de esta formación básica, desagregada por ámbito asistencial (*tabla 30* y *gráfico 46*), se aprecia cómo esta vuelve a despuntar en el ámbito **AP**, alcanzando un **50%**; esto seguido, como no, por el ámbito **Mixto** (**30,14%**).

Si analizamos por CA, **Baleares** abarca la mayor parte de esta formación en **AP** con **56** actividades, seguida de **Murcia** (**6**) y **Aragón** (**4**); en **AH** y **URG** se sitúan a la cabeza **Madrid** (**9, 4**) y **Andalucía** (**5, 5**); mientras que la mayor representante de la formación básica en el ámbito **Mixto** es **C. Valenciana** (**10**), seguida de **Andalucía** (**9**).

En comparación con **2018**, han aumentado el número de actividades en todos los ámbitos asistenciales (desde **106** a **146**), a excepción en **Urgencias** (que se ha visto mermado

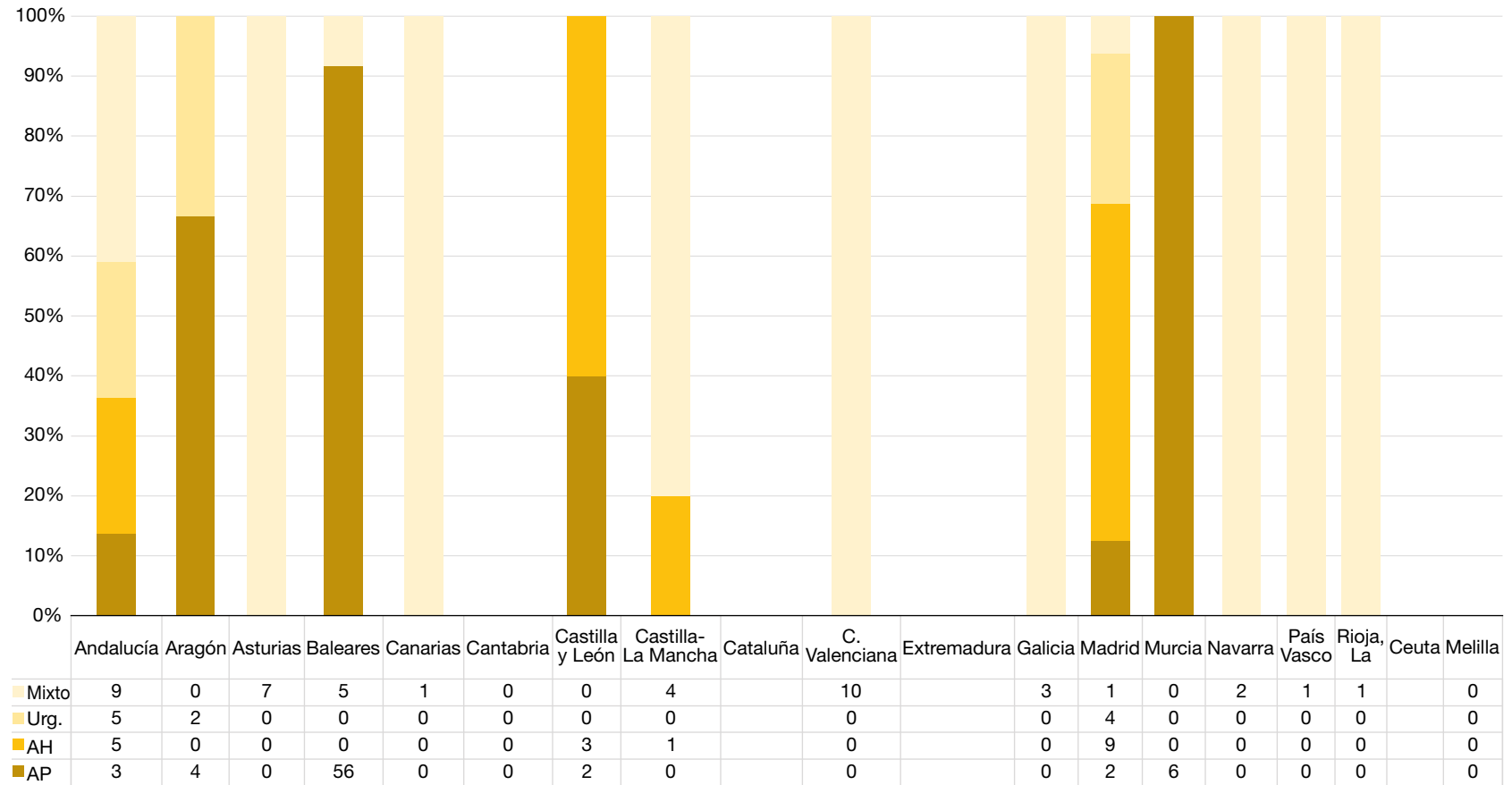
durante este último año, desde **21 a 11**). Aquellas CCAA que han elaborado actividades de formación básica de manera más equitativa entre todos los ámbitos han sido **Andalucía** y **Madrid** (tal y como puede verse en la tabla y el gráfico correspondiente).

Formación Avanzada

Tabla 31. Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Años 2019

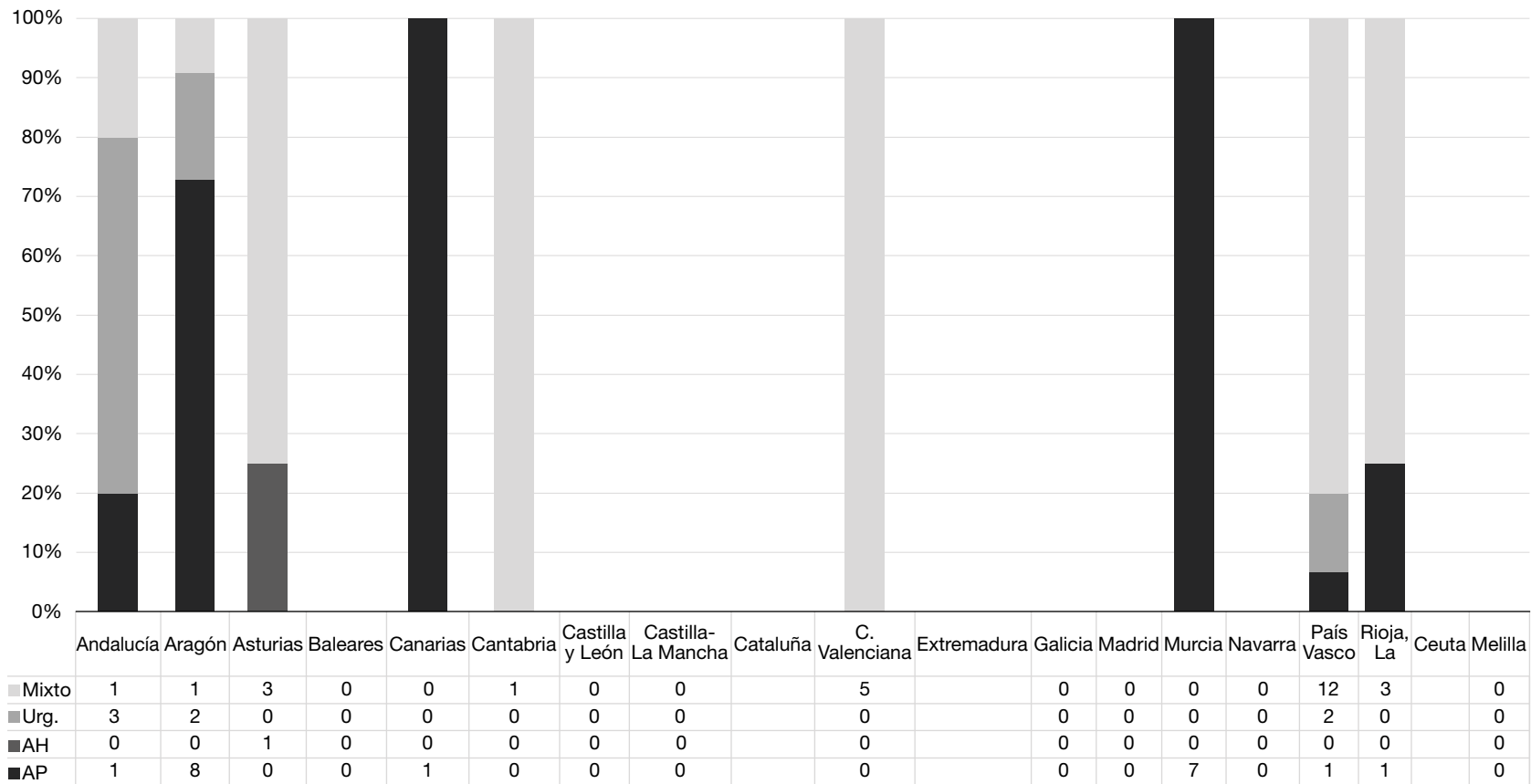
CCAA	2019				
	AP	AH	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	1	0	3	1	5
Aragón	8	0	2	1	11
Asturias	0	1	0	3	4
Baleares	0	0	0	0	0
Canarias	1	0	0	0	1
Cantabria	0	0	0	1	1
Castilla y León	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	0
Cataluña					
C. Valenciana	0	0	0	5	5
Extremadura					
Galicia	0	0	0	0	0
Madrid	0	0	0	0	0
Murcia	7	0	0	0	7
Navarra	0	0	0	0	0
País Vasco	1	0	2	12	15
Rioja, La	1	0	0	3	4
Ceuta					
Melilla	0	0	0	0	0
Total SNS	19	1	7	26	53
% respecto al total anual	35,85%	1,89%	13,21%	49,06%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 46. Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA, representados en la tabla 30.

Gráfico 47. Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA, representados en la tabla 31.

Las actividades llevadas a cabo en **Formación avanzada**, modalidad en la que se promueve un aprendizaje basado en un mayor grado de profundidad y especificidad de los contenidos, valiéndose, además, de un gran número de horas, alcanzan el **7,63%** de todas las actividades realizadas en materia de VG en el SNS en el año **2019** (*tabla 20*).

En el análisis concreto de este tipo de formación (*tabla 31 y gráfico 47*), vemos que se han realizado, únicamente, **53** acciones en el conjunto del SNS en el año **2019**. A pesar de esto, se ve un gran aumento en relación a **2018**, donde sólo se contaba con **26** actividades de este tipo.

Siguiendo la tendencia vista en años pasados, **País Vasco** es quien apuesta en mayor medida por este tipo de formación en comparación con el resto de CCAA, pero poniendo su atención, a diferencia del año anterior, sobre el ámbito **Mixto** (y no **AP**). Por otro lado, los datos indican que dos CCAA han comenzado a implementar este tipo de formación durante **2019**: **Aragón** y **Murcia** (contabilizando **11** y **7** actividades, respectivamente, cuando sus valores en **2018** fueron de **0** y **1**). Otras como **Asturias** (**4**) y **C. Valenciana** (**6**), mantienen los niveles vistos en años anteriores.

Según el ámbito asistencial, cabe señalar que: **AP** predomina en las CCAA de **Aragón**, **Canarias** y **Murcia**; **URG** en **Andalucía**; y **Mixto** en **Asturias**, **País Vasco**, **La Rioja Cantabria** y **C. Valenciana**, siendo para estas dos últimas el único ámbito abordado.

Formación de Formadores y Formadoras

Como se refleja en la *tabla 28*, este tipo de formación supuso un **11,65%** del total de las actividades realizadas en materia de VG para el SNS; un valor más elevado que en **2018**, en el que supuso, únicamente, el **5,19%** de la actividad.

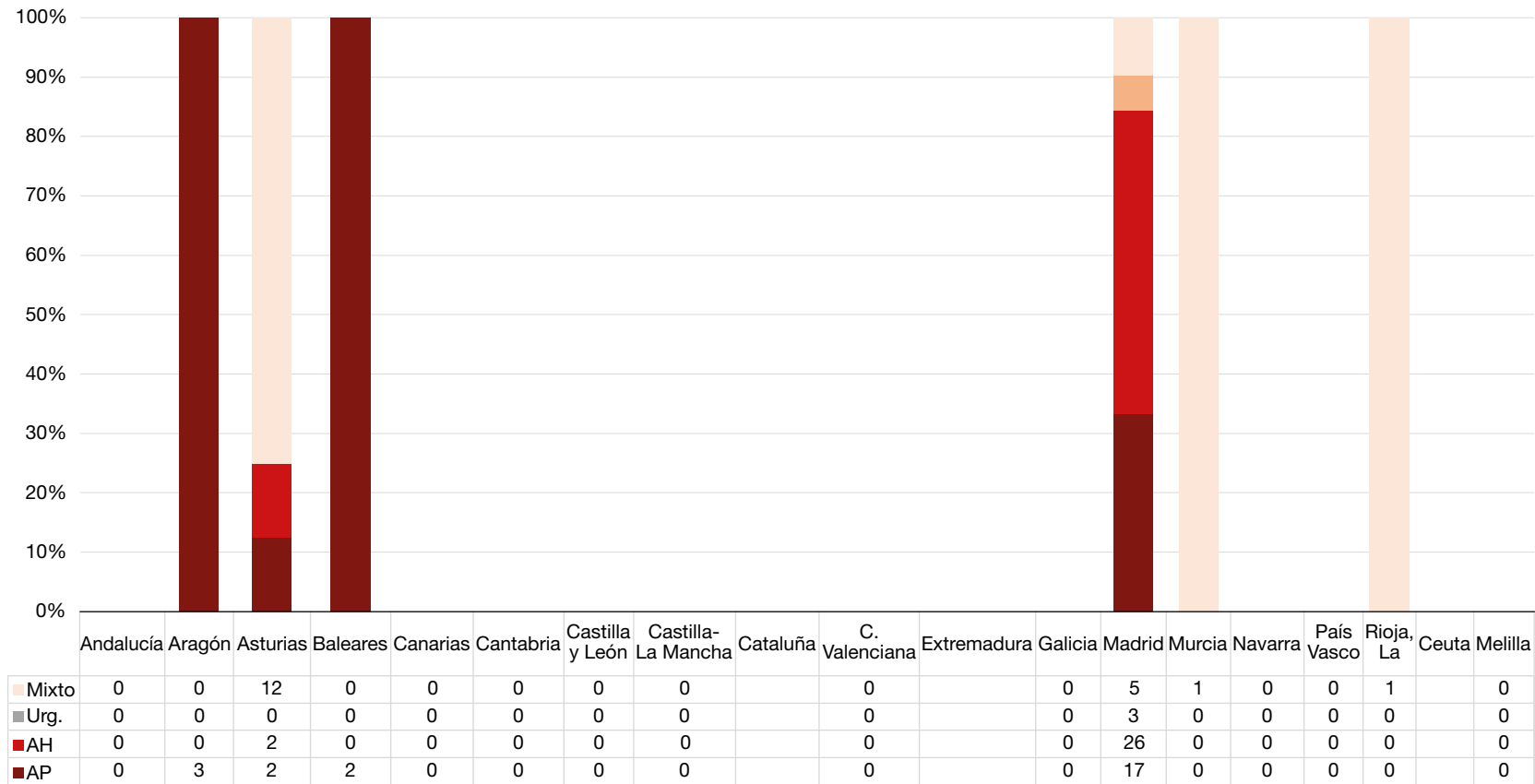
En la *tabla 32* y el *gráfico 4*, se ve como, en **2019**, hay un aumento considerable respecto al número total de actividades de este tipo (**74**) en relación a las que se presentaban en **2018** (**13**; las cuales, disminuyeron abruptamente durante este periodo).

En los datos actuales, destaca **Madrid** (**51**) en los cuatro ámbitos asistenciales, con mayor peso en **AP** y **AH**, muy por encima del resto de CCAA. En siguiente lugar, se encuentra **Asturias** (**16**), con una gran cantidad de acciones en el ámbito **Mixto** (además de en **AP** y **AH**). Ambas comunidades son, prácticamente, las únicas representantes de este tipo de actividades formativas.

Tabla 32. Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Años 2019

CCAA	2019				
	AP	AH	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	0	0	0	0	0
Aragón	3	0	0	0	3
Asturias	2	2	0	12	16
Baleares	2	0	0	0	2
Canarias	0	0	0	0	0
Cantabria	0	0	0	0	0
Castilla y León	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	0
Cataluña					
C. Valenciana	0	0	0	0	0
Extremadura					
Galicia	0	0	0	0	0
Madrid	17	26	3	5	51
Murcia	0	0	0	1	1
Navarra	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0	0
Rioja, La	0	0	0	1	1
Ceuta					
Melilla	0	0	0	0	0
Total SNS	24	28	3	19	74
% respecto al total anual	32,43%	37,84%	4,05%	25,68%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 48. Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA, representados en la tabla 32.

Análisis por horas lectivas y ámbito asistencial

Tabla 33. N.º de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Años 2019

CCAA	2019				
	AP	AH	Urg.	Mixto	TOT
Andalucía	222	301	230	470	1.223
Aragón	-	-	-	-	-
Asturias	4	17	0	252	273
Baleares	560	0	0	50	610
Canarias	20	4	0	40	64
Cantabria	0	0	0	21	21
Castilla y León	62	90	0	14	166
Castilla-La Mancha	45	20	0	201	266
Cataluña					
C. Valenciana	0	0	0	930	930
Extremadura					
Galicia	0	0	0	104	104
Madrid	151	357	60	70	638
Murcia	203	36	4	5	248
Navarra	0	0	0	40	40
País Vasco	7	0	2	155	164
Rioja, La	84	5	6	78	173
Ceuta					
Melilla	8	2	0	0	10
Total SNS	1366	832	302	2430	4.930
% respecto al total anual	27,71%	16,88%	6,13%	49,29%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA. (*) Se descartaron de la muestra los datos correspondientes a la CA de Aragón.

En **2019** (*tabla 33* y *gráfico 49*) se observa un aumento en cuanto al número de horas respecto a **2018** (donde se registraron un total de **4.380,5** horas para el total del SNS). Se aprecia cómo, al igual que años anteriores, la concentración de los valores es bastante más elevada en **Andalucía (1.223)**, **C. Valenciana (930)** y **Madrid (638)**; en las dos primeras siendo más significativa para el ámbito **Mixto (470 y 930, respectivamente)**, mientras que, en la tercera lo es para **AH (357)**. Para este año, la CA con menos horas lectivas acumuladas es **Melilla (10)**, seguida de **Cantabria (21)**.

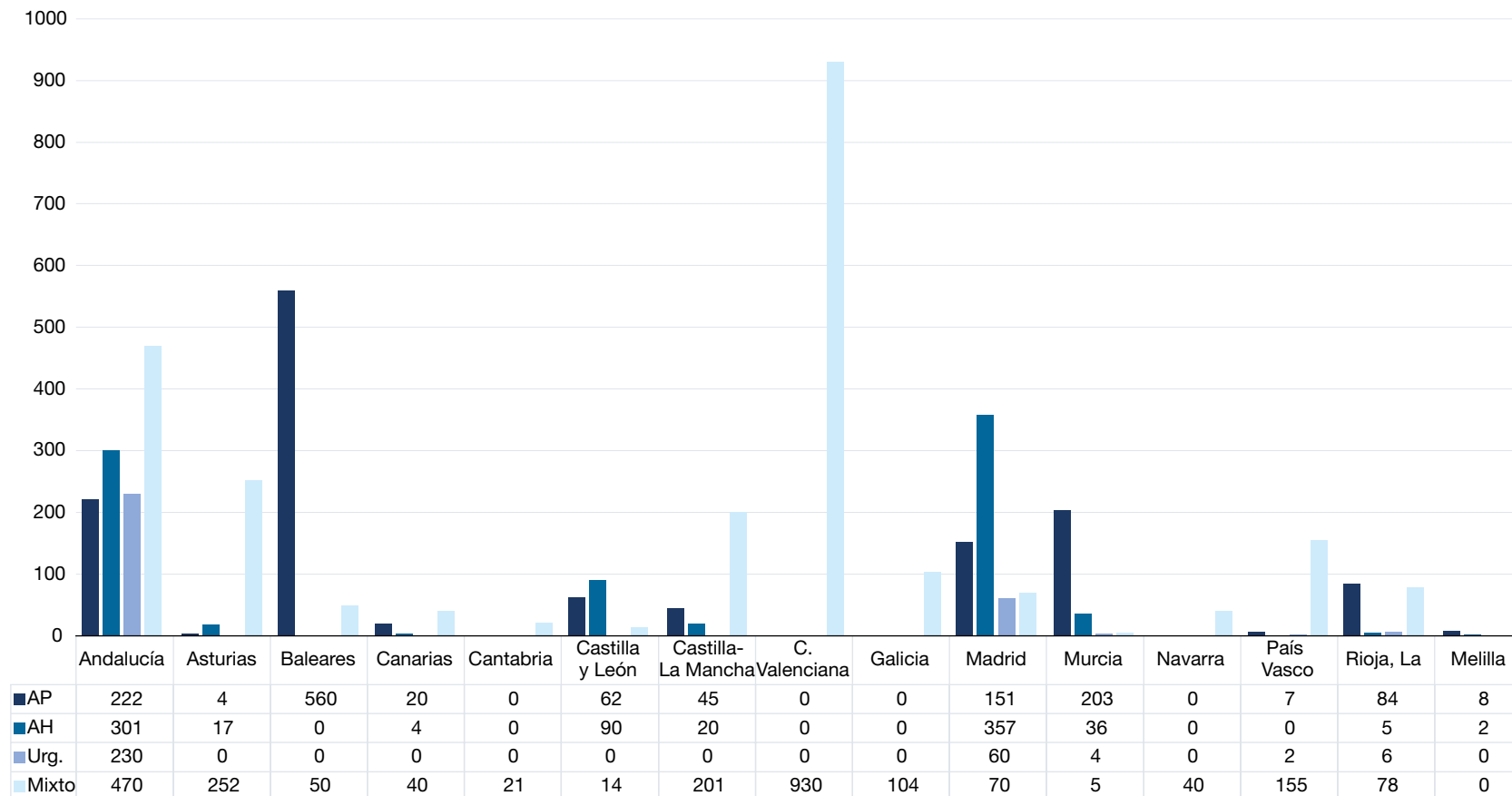
Según el ámbito asistencial, presentado en la *tabla 33*, encontramos que: **Baleares (560)**, **Andalucía (222)** y **Murcia (203)**, continúan acumulando el mayor número de horas

de acciones formativas en **AP**; de la misma forma, **Andalucía (301, 230)** y **Madrid (357, 60)** siguen encabezando los valores en **AH** y **URG.**; en cambio, en el ámbito asistencial **Mixto**, a diferencia de **2018**, encontramos a **C. Valenciana (930)** y **Andalucía (470)** (en el año anterior, se posicionaba en segundo lugar a **País Vasco** con **237,5** horas acumuladas).

También, en cuanto al porcentaje total de horas para el SNS, existen diferencias notables con años anteriores. En **2018**, la distribución entre los ámbitos asistenciales fue del **41,1%** para **AP**, **13,5%** para **AH**, **15,3%** para **URG** y, por último, **30,1% Mixto**; mientras que, para este año, del **27,71%** para **AP**, **16,88%** para **AH**, **6,13%** para **URG** y **49,29%** para **Mixto**. Reafirma, así, la tendencia generalizada de la inversión hacia el ámbito asistencial **Mixto**, en detrimento de los ámbitos asistenciales de **AP** y **URG**; por otro lado, encontramos también, con respecto a **2018**, un ligero aumento en **AH**.

Si comparamos los datos de **2018** y **2019** haciendo un cálculo somero de la media aritmética que supone el número total de horas dividido por el número total de actividades formativas impartidas en cada ámbito asistencial, se confirma que, aunque hay diferencias entre ambos años, se interrumpe la tónica de crecimiento de actividades que requieran proporcionalmente un número menor de horas para su realización vista en años anteriores; en **2019**, se presenta una relación inversa al encontrar menos actividades que en **2018**, pero con más horas impartidas de formación.

Gráfico 49. N.º de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA, representados en la tabla 33.

Análisis por personal formado: tipo de actividad y CCAA

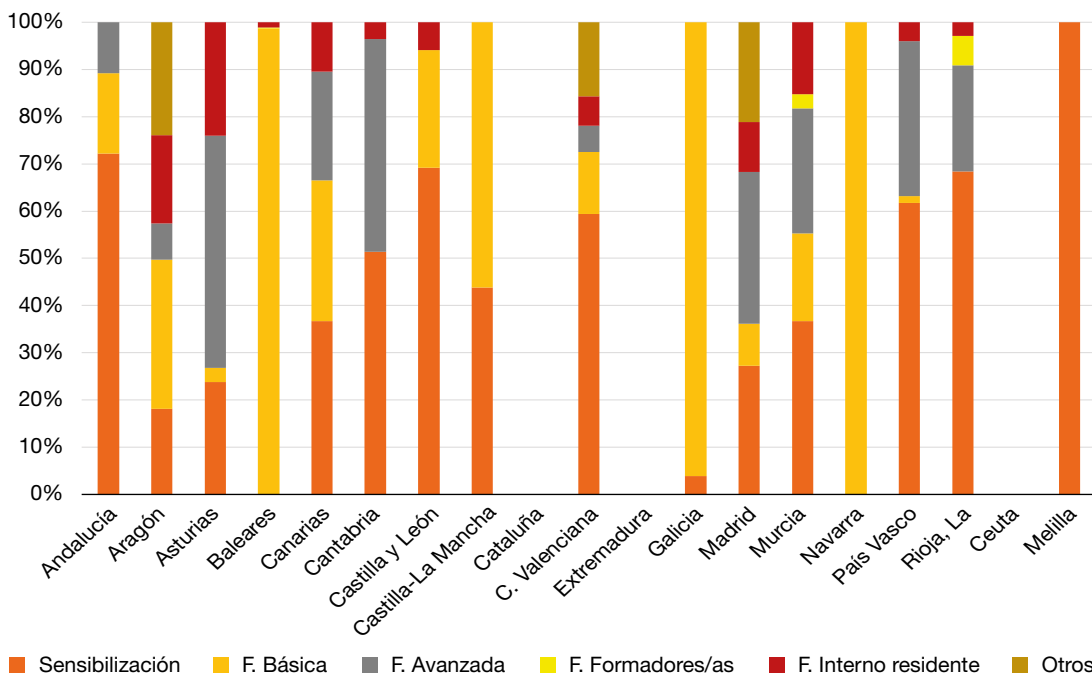
Por medio de la *tabla 34* se aprecia que en 2019 la **mayoría del personal** ha sido **formado** mediante actividades de **Formación Básica**, suponiendo esto un **50,58%** del porcentaje total (esto difiere notablemente de lo visto en años anteriores, donde las acciones de sensibilización eran más predominantes); en orden, le siguen: **Sensibilización**, con un **28,77%**, **Formación avanzada** con **11,36%**, **“Otros”** con **4,93%**, **Formación interno residente** con **4,09%**, y **Formación de Formadores/as** con **0,27%**.

Tabla 34. Personal formado por tipo de actividad y CCAA. Años 2019

CCAA	2019						TOTAL
	Sensibilización	Formación Básica	Formación Avanzada	Formación Formadores/as	F. Interno residente	Otros (MIR, EIR, etc)	
Andalucía	1.337	316	199	0	0	0	1.852
Aragón	59	103	25	0	61	78	326
Asturias	102	13	211	0	103	0	429
Baleares	0	1119	0	2	13	0	1.134
Canarias	91	74	57	0	26	0	248
Cantabria	58	0	51	0	4	0	113
Castilla y León	565	204	0	0	48	0	817
Castilla-La Mancha	146	187	0	0	0	0	333
Cataluña							
C. Valenciana	1250	275	117	0	131	331	2.104
Extremadura							
Galicia	364	8974	0	0	0	0	9.338
Madrid	954	313	1126	0	370	740	3.503
Murcia	276	140	199	22	115	0	752
Navarra	0	43	0	0	0	0	43
País Vasco	971	22	517	0	63	0	1.573
Rioja, La	440	0	144	40	19	0	643
Ceuta							
Melilla	90	0	0	0	0	0	90
Total SNS	6703	11783	2646	64	953	1149	23.298
Total SNS en %	28,77%	50,58%	11,36%	0,27%	4,09%	4,93%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA.

Gráfico 50. Personal formado por tipo de actividad (%) y CCAA. Año 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA representado en la tabla 34.

- **Sensibilización:** a tenor de los datos reflejados en la *tabla 34* y *el gráfico 50* para el año **2019**, es posible afirmar que el **28,77%** del personal formado (**6703** profesionales) ha sido mediante actividades de sensibilización (las cuales, acercan el conocimiento de la Violencia de Género como problema de Salud Pública, los conceptos clave para poder detectar signos y síntomas de sospecha y conocer la integralidad de los recursos y agentes que intervienen a nivel interinstitucional). **Andalucía (1337)**, **C. Valenciana (1250)**, **Madrid (954)** y **País Vasco (971)** son aquellas CCAA que han realizado mayor cantidad de estas acciones con sus profesionales. En **2018**, esta modalidad representaba una cantidad mucho más numerosa de profesionales formados, llegando contabilizar **4.455** profesionales más que este año (**11.158** en total).
- **Formación Básica:** se ha registrado que **11.783 (50,58%)** profesionales han recibido esta formación. De entre todas las CCAA, destacan en la aplicación de esta: **Galicia (8974)** y **Baleares (1119)**. Se sitúa, así, como el tipo de actividad con mayor personal formado.
- **Formación Avanzada:** tiene una baja incidencia estadística (**11,36%**). Se ha de señalar el liderazgo que se ejerce desde **Madrid (1126)** en su esfuerzo por impartir este tipo de formación, superando a **País Vasco (517)** y a **Asturias (103)** que, hasta el momento, a lo largo de los años anteriores, encabezaban estas acciones formativas.
- **Formación de Formadores/as:** aglomera a una cantidad muy escasa de profesionales en proporción al resto de modalidades (**0,27%**). En **2019**, se han formado en el conjunto del SNS **64** profesionales, **40** de estos en **La Rioja** y **22** en **Murcia** (acumulando, prácticamente, la totalidad de las acciones formativas realizadas). Sin embargo, pese a su valor porcentual no que hay sobreestimar esta modalidad, la cual es relevante ante

la posibilidad de que las personas formadas puedan ser profesionales de referencia. Su importancia reside, además, en su capacidad de transmitir su conocimiento al resto del área o zona sanitaria en la que trabajan, o bien de reforzar este tipo formación en territorios muy extensos o cuando se quiera implantar un programa de acción con una mayor escalada.

- **Formación interno residente y Otros:** si bien es posible apreciar que ambos tipos de formación comparten valores porcentuales próximos en cuanto al número de profesionales formados (con **4,09%** y **4,93%** del total), también se aprecia las diferencias en relación a su distribución según la CCAA. Vemos que “**Otros**”, a pesar de tener un mayor número de profesionales (**1149**), cuentan con muchas más actividades localizadas en CCAA concretas, como **Madrid (740)**, **C. Valenciana (331)** y **Aragón (78)**; mientras que, **Formación interno residente** de distribuye más uniformemente entre todas las comunidades, donde destacan **Madrid (370)**, **Murcia (115)** y **Asturias (103)**.

1.3.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el SNS. Periodo 2008-2019

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud se han formado en el **año 2019**, en materia de violencia de género, un total de **23.298 profesionales**; se trata de la mayor cifra de cobertura desde que se inició el registro de datos, tal y como refleja el *gráfico 51*.



El año 2016 se convierte en un punto de inflexión dando paso a un periodo de recuperación transcurrido durante el trienio 2017-2019, que rompe con la tendencia decreciente desde 2011 en el número de profesionales de servicios sanitarios que estaban recibiendo formación en materia de prevención, detección precoz y seguimiento de casos de violencia de género en el conjunto del SNS. Cabe señalar también el descenso producido desde 2014 hasta 2016, llegando a alcanzar niveles similares a los vistos en el año 2008, momentos antes de la recuperación producida en los dos años previos a este informe (2017 y 2018).

En relación a esa recuperación, cabe destacar que nos encontramos ante un crecimiento de más de 15.000 personas entre los años 2016 y 2019, cuando la media regular de incremento ha sido, aproximadamente, de 2.000 profesionales por año (salvando las situaciones de crisis).

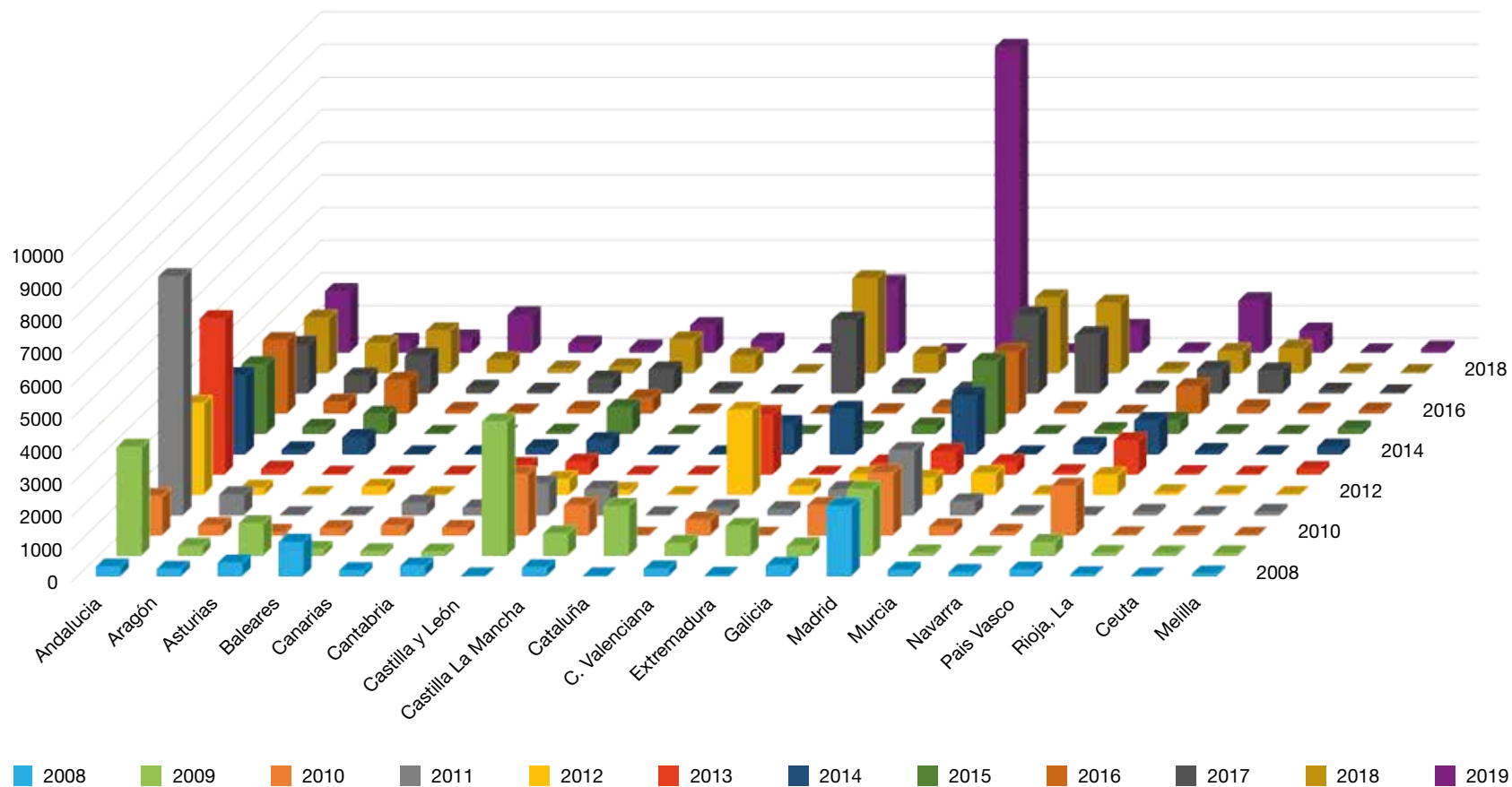
La *tabla 35* y *gráfico 52* representan el número de profesionales formados en función de cada comunidad autónoma desde el año 2008 hasta el año actual, 2019.

Tabla 35. N.º de profesionales con formación desagregado por CA. Evolución 2008-2019

AÑO	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Castilla-La Mancha	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Ceuta	Melilla
2008	278	204	396	1030	167	306	0	250	0	214	20	319	2.127	175	104	181	36	0	62
2009	3.322	277	975	192	119	112	4.100	659	1.508	368	899	292	2.019	85	50	397	67	57	57
2010	1.186	289	84	199	287	213	1.867	913	0	461	0	920	1.896	260	86	1.498	15	38	2
2011	7.299	612	0	0	358	213	941	789	0	226	160	771	1.974	402	44	0	80	15	81
2012	2.788	192	ND	224	0	62	464	128	ND	2.587	242	609	494	641	28	589	59	24	2
2013	4.772	148	ND	ND	0	269	370	ND	ND	1.813	ND	342	682	353	47	1.016	23	ND	144
2014	2.394	114	489	ND	0	178	398	ND	ND	925	1.369	100	1.780	ND	264	1.015	76	ND	203
2015	2.108	187	593	ND	0	39	802	ND	ND	ND	120	227	2.210	ND	85	399	19	ND	138
2016	2.223	342	1.000	86	33	121	469	34	ND	ND	44	172	1.872	111	ND	806	170	78	74
2017	1.470	504	1.123	135	48	418	697	75	ND	2.224	182	74	2.378	1.773	112	715	669	55	0
2018	1.668	884	1.277	379	107	174	991	500	ND	2.872	551	144	2.285	2.125	73	643	735	25	0
2019	1.852	326	429	1.134	248	113	817	333	ND	2.104	ND	9338	3.503	752	43	1.573	643	ND	90

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA. ND: No hay datos.

Gráfico 52. N.º de profesionales con formación por CCAA. Evolución 2008-2019



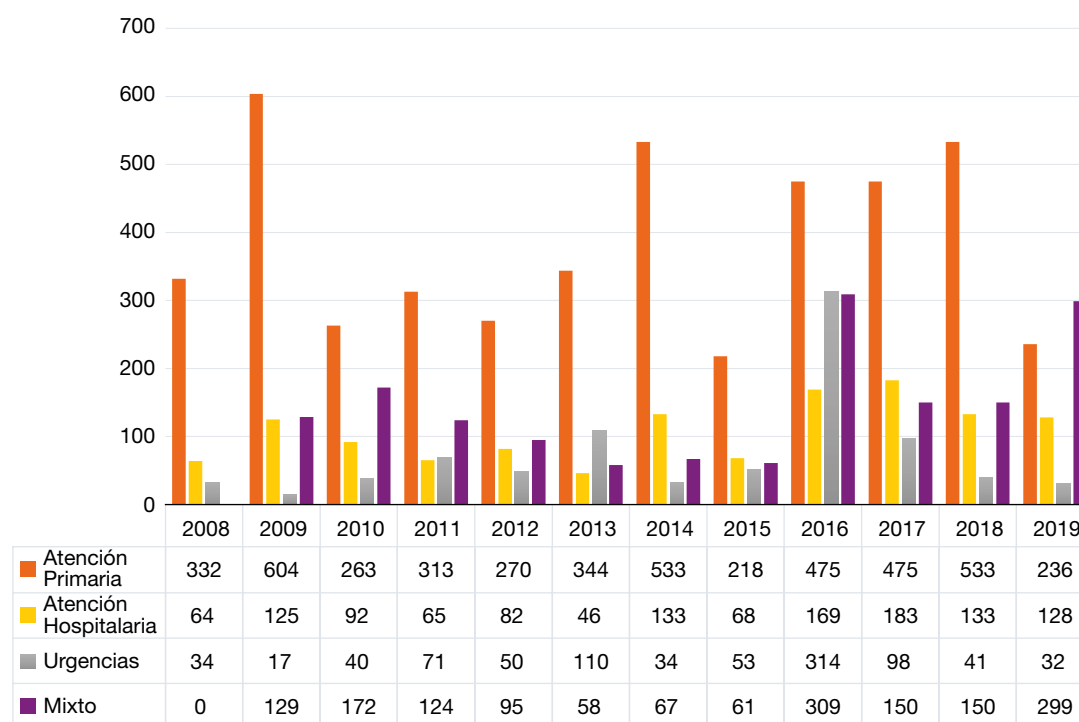
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA, representados en la tabla 35.

Tabla 36. N.º de actividades formativas VG por ámbito asistencial. Evolución 2008-2019

	Atención Primaria	Atención Hospitalaria	Urgencias	Mixto	Total actividades
2008	332	64	34	0	430
2009	604	125	17	129	875
2010	263	92	40	172	567
2011	313	65	71	124	573
2012	270	82	50	95	497
2013	344	46	110	58	558
2014	533	133	34	67	767
2015	218	68	53	61	400
2016	475	169	314	309	1.267
2017	475	183	98	150	906
2018	533	133	41	150	857
2019	236	128	32	299	695
Total por ámbito asistencial	4.596	1.288	894	1.614	8.392
% respecto al total	55%	15%	11%	19%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA 2004-2019.

Gráfico 53. N.º de actividades por ámbito asistencial. Evolución 2008-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las CCAA, representados en la tabla 36.

Con relación a la **evolución** producida **entre 2008 y 2019** en el SNS respecto a las **acciones formativas** por ámbito asistencial (*tabla 36 y gráfico 53*), observamos que:

- **ATENCIÓN PRIMARIA:** a pesar de su decrecimiento, presenta un comportamiento bastante estable a lo largo de la década. Como ya se ha visto a lo largo del Informe, el objetivo y esfuerzo formativo de **AP** para promover la detección precoz y prevención de la violencia de género desde los servicios sanitarios es clave en comparación con el resto de los ámbitos asistenciales. Supone el **55%** del total de las actividades formativas a lo largo los últimos 10 años con ligeros repuntes en 2009, 2014 y 2018.
- **ATENCIÓN HOSPITALARIA:** engloba el **15%** de las actividades formativas realizadas en los últimos 10 años. Refleja las **mayores fluctuaciones** de aumento y decrecimiento de forma intercalada, aunque, en el último año, se mantiene estable (apreciando, por ejemplo, los datos de los años posteriores más inmediatos). El año que más actividades formativas se realizaron a personal de AH fue 2017.
- **URGENCIAS:** este ámbito asistencial supone, únicamente, el **11%** de las actividades formativas de del SNS de la década analizada. Según los datos, 2016 es el año en el que se ha realizado un mayor esfuerzo en formar al conjunto de profesionales de Urgencias con **314** actividades. Presenta un comportamiento bastante inestable en su evolución, por lo que sería de gran interés analizar las razones de este en futuras investigaciones.
- **MIXTO:** este grupo, referido a las acciones formativas que se imparten aglutinando profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, hospitalaria

y urgencias), se sitúa en segundo lugar con una media del **19%** de las actividades realizadas en los últimos 10 años estudiados. Al igual que antes, es en 2016 cuando se constata una subida significativa respecto a años anteriores, reflejándose claramente en la evolución de datos de los últimos 10 años; ante el impacto de los periodos de crisis económica sube exponencialmente de 2009 a 2010, pero, tras ello, comienza a bajar paulatinamente hasta 2015, donde se produce, a partir de ese momento, el aumento más significativo (entre 2016 y 2019).

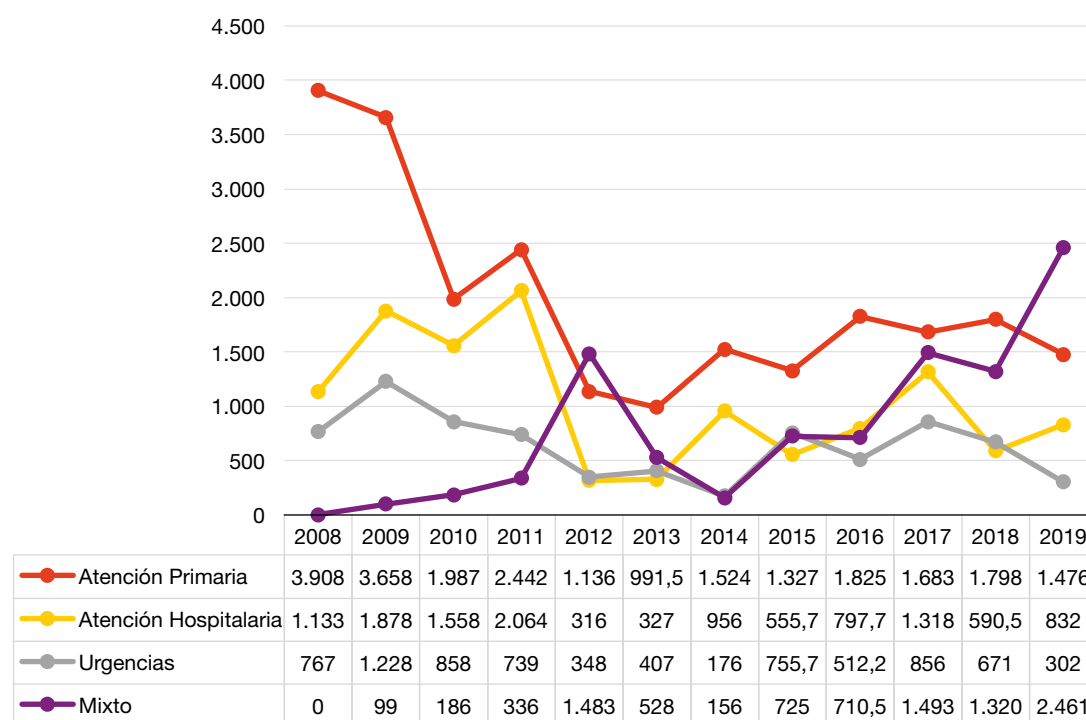
A partir del análisis de la evolución de las **horas lectivas** (gráfico 54), podemos señalar las grandes disparidades que existen entre los resultados obtenidos para cada ámbito asistencial en el año 2019 (lo cual, parece interrumpir la aparente tendencia de subida que se sucedía desde 2015).

Las horas lectivas impartidas en el ámbito **Mixto** de formación (conjunta AP, Hospitalaria y Urgencias) se mantienen en un consolidado crecimiento desde **2014**, pasando de **156** horas entonces a **2.461** horas lectivas ahora, suponiendo, así, el **18%** del total de horas lectivas de la formación en materia de violencia de género en los últimos 10 años analizados. Otro crecimiento relevante pertenece al ámbito de **Atención Hospitalaria**; el cual, tras la caída producida en 2018, ha conseguido retornar a valores vistos en 2016, pronosticando, quizá, un futuro incremento en los próximos años. Este ámbito supone el **23%** del total de horas lectivas.

El número de horas impartidas en **Urgencias** no sigue el mismo patrón y desciende de forma significativa hasta situarse a niveles semejantes a los de 2014. Este ámbito engloba el **14%** del total de las horas lectivas impartidas en toda la evolución.

Atención primaria parece mantenerse, aunque de forma sutil. Sus niveles retornan a los vistos en el año 2015 tras la caída de este año; suponen un **45%** del total de las horas impartidas.

Gráfico 54. N.º de horas lectivas impartidas por ámbito asistencial. FORMACIÓN VG. Evolución 2008-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las CCAA 2008-2019.

2. El impacto COVID-19 en la Planificación y Desarrollo de la Formación en materia de Violencia de Género

Con el propósito primero de conocer con mayor detalle qué impacto tuvo la crisis sanitaria por COVID-19 en la formación de profesionales sanitarios en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género; y, segundo, para procurar articular respuestas según estrategias comunes que se adecuasen a ese nuevo escenario; se elaboró un cuestionario capaz de explorar el estado de la formación de profesionales sanitarios de las CCAA ante dichas circunstancias en el primer semestre del año 2020 y sus previsiones futuras.

La información solicitada por medio del cuestionario se estructuró conforme a los cuatro posibles ámbitos asistenciales (*Atención Primaria (AP)*, *Atención Hospitalaria (AH)*, *Urgencias (URG)* y *Mixto (MX)*); para cada uno de estos se solicitó:

- El **NÚMERO DE ACTIVIDADES que pudieron ser realizadas durante el primer semestre de 2020**, pudiendo ser de sensibilización y/o formación (básica, avanzada y/o de formadores) ante la violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- El **número de actividades que estaban previstas para su realización en el primer semestre de 2020**, pudiendo ser de sensibilización y/o formación (básica, avanzada y/o de formadores) ante la violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- El **NÚMERO DE PROFESIONALES (alumnado) que se formó durante el primer semestre de 2020**, en materia de prevención, detección precoz y atención sanitaria a los casos de violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
 - Para los que se solicitaron también los datos desagregados por sexo.
- El **número de profesionales (alumnado) que se preveía formar en el primer semestre de 2020**, en materia de prevención, detección precoz y atención sanitaria a los casos de violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
- El **NÚMERO DE ACTIVIDADES previstas a realizar en el segundo semestre de 2020**, pudiendo ser de sensibilización y/o formación (básica, avanzada y/o de formadores) ante la violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Además, por medio del cuestionario, se procuró examinar las acciones estratégicas (llamadas: “*de contingencia*”) que las CCAA estaban estudiando o planificando llevar a cabo durante el segundo semestre del 2020 en relación a la formación de profesionales sanitarios (en materia de prevención, detección precoz y atención sanitaria a los casos de violencia de género); pudiendo ser, entre otras: **suspender toda la formación en VG prevista para el año 2020 dentro del servicio de salud autonómico** (pero con el compromiso de volver a lanzarla en 2021 o acordando que, temporalmente, otros sectores se hicieran cargo); **suspender toda la formación VG prevista para el primer semestre y realizar, únicamente, la prevista**

en el segundo (sin plantear cambios al respecto a lo planificado, modificándola de alguna manera o priorizando un único ámbito asistencial); **replanificar e impartir en el segundo semestre las acciones previstas en el primero** (manteniendo una modalidad presencial o reformulándola como formación completamente online o semipresencial); y/o cualquier otra acción que hubiesen determinado.

Para su consulta o un análisis más exhaustivo, el modelo de cuestionario utilizado puede consultarse en el Anexo que figura al final de este mismo informe.

De entre todas las CCAA, se obtuvo información de: Andalucía, Asturias, C. Valenciana, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Galicia, Illes Balears, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y País Vasco.

De acuerdo con la interpretación de los datos obtenidos, podemos afirmar que todas y cada una de las CCAA hallaron, en mayor o menor medida, grandes dificultades para continuar con los planes de formación de profesionales sanitarios establecidos en el primer semestre de 2020. Así pues, tan sólo **Galicia** y **C. Valenciana** presentaron datos significativos en relación a **actividades y profesionales formados durante el primer semestre de 2020**; las circunstancias también influyeron sobre la capacidad de prever de aplicar la formación, ya que, únicamente **Castilla y León, Murcia** y **País vasco** aportaron cifras considerables sobre posibles acciones durante el primer semestre.

Por supuesto, esta previsión se ve alterada de cara al segundo semestre de 2020. Prácticamente la totalidad de las CCAA decidió que debía replanificar su formación, reformándola a una modalidad online o semipresencial (**Canarias, Cantabria, Castilla y León, Illes Balears, La Rioja, Madrid, Navarra** o **País Vasco**). Esta idea, estuvo acompañada de un notable aumento de las cifras previstas de profesionales formados para este mismo semestre.

Desde el informe, sentimos no poder aportar mayor información al respecto; sin embargo, es seguro que, en las próximas ediciones (con el Informe Anual de Violencia de Género 2021), podremos aportar una mejor descripción del impacto que tuvo la crisis sanitaria por COVID-19 en la formación de profesionales sanitarios en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género.

Conclusiones

- El **número absoluto de profesionales de servicios sanitarios formados en 2019** ha tenido un considerable repunte superando las cotas más elevadas de años anteriores, influenciado por la necesidad de formar más profesionales que conlleva el objetivo de la implantación de **intervenciones o programas de cribado** para la prevención y detección precoz de la violencia de género desde los servicios sanitarios.
- También se constata el esfuerzo de los servicios de salud autonómicos por mantener la formación de esta materia en el ámbito **Mixto**, convirtiéndolo en el ámbito asistencial con la mayor cobertura de profesionales en este tipo de formación según el análisis estadístico disponible; todo ello, frente a **Urgencias**, que muestra una tendencia a la baja en el número de actividades en 2019.
- Por tipo de actividad formativa, se observa un crecimiento de las actividades de **Formación Básica** en el último año de la serie, lo que se traduce en un acercamiento al objetivo de conseguir una formación más especializada, profunda y específica en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género o del seguimiento en salud de las mujeres que la sufren, sus hijas e hijos. Después de casi una década de recorrido, puede que sea un momento propicio para avanzar en este sentido.

- No obstante, en **Atención Hospitalaria** se presenta un considerable **aumento en el número de horas lectivas** desde 2018, lo que indica que, aunque se realicen menos acciones formativas en N.º absoluto, se está optando, cada vez más, por formación básica para este ámbito, que supone **mayor N.º de horas/actividad**.
- En cualquier caso, los procesos de sensibilización para poder llegar a más profesionales es un acercamiento al problema que permanece, pues esta formación no debe decaer en el ámbito sanitario, es necesario recordar reiteradamente a las y los profesionales sanitarios su importante labor, sobre todo en la detección precoz del problema.
- Las actividades formativas de **formación de formadores/as** presenta un decrecimiento considerable en **2019**. Este tipo de formación es clave para retroalimentar la sostenibilidad del aprendizaje en el SNS en materia de violencia de género. Es por tanto acuciante activar esta modalidad y alcanzar mejores cotas.
- **La formación avanzada** presenta un notable incremento. Este tipo de formación es necesaria para poder desarrollar las destrezas y habilidades específicas que permitan una atención de calidad a las mujeres. Es fundamental la **formación avanzada** para el manejo específico en la detección de signos y síntomas de sospecha, para mejorar destrezas en la entrevista clínica, o en el manejo de herramientas para construir los diagramas biográficos y de redes de apoyo familiar y comunitario de las mujeres, etc. El conjunto de profesionales debe mejorar sus competencias y capacidades para abordar mejor este problema en la práctica asistencial allá donde desarrollen su labor: consulta de pediatría, medicina de familia y comunitaria, enfermería, equipos de salud mental, urgencias (tanto en AP como en AH), trabajo social, atención al parto, servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, traumatología, medicina forense, etc.
- La **Sensibilización** (menos de 10h lectivas), se mantiene como el primer tipo de actividad formativa en general para todos los ámbitos, sobre todo en Mixto, aunque debería tener un peso ponderado más importante en la formación general ya que es más especializada y profunda que la sensibilización.
- **La modalidad de formación de profesionales** de varios ámbitos y perfiles en una misma **actividad conjunta** (“**Mixto**”) tiene como gran valor dotar de la perspectiva multiprofesional e integral de la atención sociosanitaria y coordinada que requiere la atención a la violencia de género, pero no se puede olvidar que la positividad de este valor debe analizarse sobre en qué momento y qué tipo de acción formativa debe hacerse para que sea más fructífera y eficaz.
- En 2019, la formación en materia de prevención y detección precoz en violencia de género en está encabezada por los perfiles de **Otro p. no sanitario** y **Enfermería** (profesiones más presentes en general en las acciones formativas en esta materia). Es conviene que la formación vaya encaminada hacia formatos multidisciplinares y de equipo, de forma que este alumnado entienda que la violencia de género es un problema de salud pública que debe ser estudiado y afrontado desde diversas perspectivas y perfiles para dar un apoyo integral y ofrecer una ayuda adecuada.
- Debe tenerse en cuenta esta doble vertiente en materia formativa respecto a la formación específica que requiere en el abordaje del problema desde cada ámbito asistencial (AP, Hospitalaria, Urgencias), y también respecto a la mayor participación de los diversos perfiles presentes en la formación para cada ámbito asistencial, tanto en el alumnado como en el profesorado que interviene en estos procesos formativos.

- Sigue siendo una gran fortaleza de esta formación que los **equipos docentes** estén formados por profesionales de los propios servicios sanitarios de cada CA (77% en 2019).
- Por otra parte, sería deseable **reducir la brecha en formación** de violencia de género entre profesionales hombres y mujeres, e interpelar a los hombres profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) para que participen en estas actividades formativas, no sólo como personal docente, sino como alumnado, ya que unas y otros en su ámbito asistencial se tendrán que preparar para mejorar el abordaje desde su consulta o servicio respecto a la prevención, detección precoz y atención y seguimiento de los casos de mujeres maltratadas que llegan a su consulta o servicio.
- Hace falta desarrollar nuevas o mejores **herramientas de evaluación** de esta información (formularios, proceso ordenado en la recogida de datos en cada centro, etc.) que ayuden a conocer no sólo cuantas actividades se realizaron, o de qué tipo, sino que faciliten conocer y entender la evolución efectiva de profesionales con formación que pasen por cada una de estas fases de aprendizaje (sensibilización, formación básica, formación avanzada) pues una misma persona ha podido pasar por sensibilización en un año, y al año siguiente hacer el curso de formación básica. Añadimos la necesidad cada vez más acuciante de obtener datos más precisos, con sistemas de recogida más ordenados y normalizados, y en cumplimiento del artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, **desagregados por sexo**, en este caso, respecto a alumnado y profesorado y en cuanto a su perfil profesional, que ayudarán a una toma de decisiones más eficaz y eficiente en cuanto a objetivos y acciones a desarrollar en este tipo de formación.
- Es necesario reflexionar sobre **itinerarios formativos** que ofrezcan un aprendizaje continuo y progresivo a cada profesional en este recorrido, desde sensibilización a formación básica o avanzada, en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género desde el ámbito sanitario.

Recomendaciones y retos a futuro

El correspondiente Grupo Técnico de Formación dependiente de esta Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS, en virtud de los datos obtenidos en 2019 y de las tendencias observadas, mantiene en este apartado las recomendaciones del año anterior:

- Inclusión de la **formación continuada** en esta materia de prevención y detección precoz de la violencia de género como una prioridad en las Estrategias del SNS relacionadas con su prevención y en los planes de salud Autonómicos, asimismo en los Planes de formación de profesionales de la salud y en los Planes anuales de Gestión/Contratos Programa o figura similar para las gerencias, tanto de Atención Primaria como Hospitalaria.
- La formación específica en materia de violencia de género incluirá una parte de horas lectivas para manejo de los **programas incorporados en la historia clínica** que tengan incluido el protocolo correspondiente de actuación sanitaria para la detección precoz de un caso de violencia de género o sospecha del mismo. Se incluirá también formación sobre la **cumplimentación adecuada del parte de lesiones** que emane de dicho proceso.
- Se recomienda la existencia de una **figura de referencia** (persona, equipo) en materia de actuaciones sanitarias frente a la violencia de género en las diferentes áreas, sanitarias, que sirva de apoyo y ayuda a los y las profesionales en el área sanitaria de referencia.

- Se recomienda la creación de **comisiones de coordinación** para el seguimiento de casos de VG en las áreas o Centros donde no se hayan creado todavía.
- Incluir como tema de importancia dentro de la formación básica, la **valoración del riesgo en consulta** ante la detección precoz de casos de violencia de género y sobre las medidas a seguir, tal como se indica en el Protocolo Común sanitario del SNS (búsqueda activa de casos, cribado).
- Mantener las acciones de sensibilización, apostando, además, de una manera contundente por actividades de **formación básica o avanzada** que permitan capacitar a los equipos de profesionales en el abordaje integral de la violencia de género desde la perspectiva de la salud, profundizando en los contenidos necesarios.
- Avanzar en la **formación de profesionales de atención primaria** para mejorar la detección y el abordaje de los casos detectados, facilitando la accesibilidad a la misma, para lo que es necesario aumentar la formación básica o avanzada.
- Impulsar la **formación específica**, además de la **sensibilización**, en materia de detección y abordaje de la violencia de género los perfiles profesionales del ámbito hospitalarios como pediatría, psiquiatría, matronas, ginecología y obstetricia, traumatología y urgencias hospitalarias.
- Impulsar la incorporación de la **formación en violencia de género dentro de los contenidos curriculares** de todas las profesiones sanitarias dentro de formación especializada (MIR, PIR, EIR) de especialidades clínicas, con especial énfasis en medicina y enfermería, de familia, de pediatría, de psiquiatría; psicología, ginecología y obstetricia, matronas y traumatología. A tal efecto se propone tratar el tema con la Dirección General de Ordenación Profesional, para que se facilite la incorporación efectiva de dichos contenidos y hacer un seguimiento específico.
- **Apoyar institucionalmente la replicación de buenas prácticas en formación de profesionales** en materia de lucha contra la violencia de género, en sus diferentes modalidades presencial, online y semipresencial, así como de cribado para la prevención y detección precoz de estos casos en atención primaria.
- Se considera necesario impulsar la evaluación de la transferencia de la formación a la práctica clínica y del impacto de esta en la mejora de la atención a las mujeres que sufren la violencia de género y en las instituciones sanitarias.
- Mejorar la **recogida de los datos** en materia de **formación** por parte de las CCAA, poniendo especial atención en la desagregación de los mismos por sexo, ámbito asistencial y tipo de actividad realizada.
- Se propone la realización de un **estudio multicéntrico** sobre impacto de la formación en la mejora de la detección y atención sanitaria de casos de violencia de género, **liderado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS** y basado en un protocolo común del estudio a desarrollar, con la participación de los servicios de salud autonómicos y correspondientes Consejerías de Salud que estén interesadas, para ofrecer posteriormente los resultados y conclusiones al conjunto del SNS y tomar decisiones basadas en la evidencia mostrada.

Todas estas recomendaciones pueden ser valoradas sobre su grado de implementación en el plazo de 2 años, aunque a través de los **Grupos de trabajo de esta Comisión VG del CISNS**, se irán aportando datos anuales como hasta ahora, como indicadores de procedimiento que faciliten el seguimiento a corto plazo.

3. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud. Año 2020

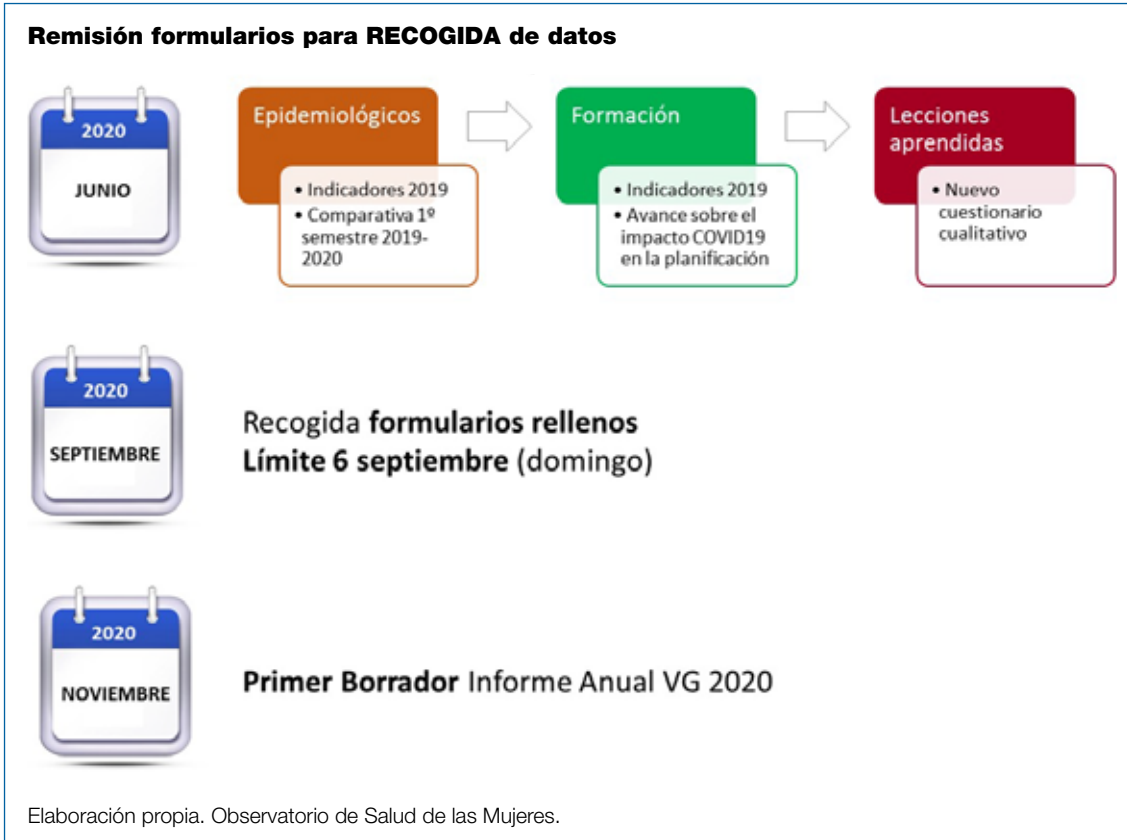
Durante el año 2020, la Comisión contra la VG del CISNS se ha reunido en Pleno en 2 ocasiones para el seguimiento de los trabajos realizados por sus grupos técnicos de apoyo:

- 11 de junio de 2020
- 11 de diciembre de 2020

La actividad de los Grupos Técnicos que apoyan a esta Comisión, a pesar de la pandemia, continuó durante todo el año. Además de la actividad que cada Grupo de trabajo desarrolló durante el resto del año, hubo una reunión conjunta, el **4 de junio**, para los Grupos de Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica, el de Formación de Profesionales en materia de VG y el de Evaluación de Actuaciones y Buenas Prácticas.

En dicha reunión, la propia Delegada del Gobierno contra la Violencia de Género (VG), en calidad también de integrante de la Comisión contra la VG del Consejo Interterritorial del SNS, presentó detalladamente a los tres grupos, las acciones realizadas dentro del marco del **Plan de Contingencia COVID-19** del Ministerio de Igualdad en colaboración con la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG), para poder conocer en detalle, el conjunto de medidas puestas en marcha para ayudar a las mujeres en situación de violencia de género, sus hijas e hijos durante los meses más duros del confinamiento y así poderlas trasladar al conjunto de profesionales de sus servicios sanitarios para complementar sus actuaciones sanitarias al atender algún caso de violencia de género.

También desde el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) del Ministerio de Sanidad, como secretaria técnica de la Comisión contra la VG del Consejo Interterritorial del SNS, se planteó la posibilidad de intentar recoger en el propio año 2020, además de los datos de 2019 que se debían recoger entonces, intentar recoger un primer avance de datos del primer semestre de 2020 para evidenciar en qué manera la pandemia y el confinamiento habían podido influir en la detección de casos VG desde los servicios sanitarios.



La propuesta se consideró viable por las personas integrantes de los Grupos de trabajo, y cada grupo continuó durante 2020 trabajando en la recogida de indicadores a partir de los nuevos formularios necesarios para ello, que fueron preparados desde el Observatorio de Salud de las Mujeres.

- **Grupo Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género.** Siguió trabajando para la recogida anual de los Indicadores Comunes Epidemiológicos referidos a nº de casos de violencia de género detectados y registrados desde los servicios sanitarios que integran el SNS, y que como se ha podido observar en este Informe, consiguió recopilar no sólo los datos correspondientes al año anterior (en este Informe, los de 2019), sino también un primer avance de datos referidos al primer semestre de 2020, para comenzar a tener constancia del impacto de la pandemia en la detección de casos desde servicios sanitarios –sobre todo de los meses de confinamiento–. Para ello se hizo necesario recoger los datos de 2019, desagregados por semestre, de forma que luego se pudiera comparar primer semestre de 2019 con el primer semestre de 2020.
- **Grupo Formación de Profesionales en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género desde los servicios sanitarios.** Este grupo también siguió trabajando en la recogida de datos de 2019 y en el avance de datos del primer semestre de 2020, para confirmar lo que se estaba evidenciando sin duda respecto al impacto en la formación de profesionales. De hecho, finalmente como era de esperar, apenas existieron datos de acciones formativas desarrolladas en dicho primer semestre 2020.

Se esperaba pues, que ya para el Informe de 2021, al poderse recoger datos de todo el año 2020 completo, se podrá ver mejor el impacto real, y el paso a la modalidad de formación virtual en la mayoría de los casos.

- **Grupo de Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria frente a la Violencia de Género.** Este Grupo se reunió por videoconferencia antes del estado de alarma, el 10 de marzo, y posteriormente el 4 de noviembre de 2020, para empezar a trabajar en la elaboración del **futuro Protocolo Común del SNS en materia de Violencia Sexual**. En la primera videoconferencia, y con el apoyo técnico de las representantes de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género y del Gabinete técnico del Ministerio de Igualdad, se abordaron los diferentes marcos conceptuales en torno a la violencia sexual, que es una de las más difíciles de detectar en el ámbito sanitario –salvo caso de urgencia por violación y agresiones sexuales físicas– tal como señalan los propios indicadores comunes que se recogen anualmente en el SNS. También se trabajó sobre los diferentes aspectos que se necesitaría conocer mejor en torno a la prevención, detección precoz y asistencia integral desde los servicios sanitarios respecto a la violencia sexual, no sólo la que se atiende en los servicios de urgencia, sino en relación con atención primaria, en el sentido de tener una visión integral de la atención a la mujer o niña que alguna vez en su vida ha sufrido esta violencia, y que será atendida en los diferentes ámbitos asistenciales, por este motivo o por otros problemas de salud física y mental.

También el 4 de noviembre de 2020, lo que se organizó fue una videoconferencia tipo **sesión informativa-formativa** para el Grupo de trabajo, en formato de 2 mesas de ponentes, donde **varias CCAA** expusieron los elementos clave de sus **protocolos más recientes** en torno al proceso de atención a las mujeres que han sufrido **agresiones sexuales** y cómo procurar procesos de asistencia integral. También los dos médicos forenses presentes en este Grupo de trabajo, junto a un policía nacional invitado, inspector jefe de la UDEV, ofrecieron su visión complementaria para integrar actuaciones y no victimizar doblemente a la mujer con prácticas inadecuadas en esta situación.

El tiempo hasta la toma de muestras, la custodia de las mismas, la denuncia de la mujer en estos casos y otros puntos críticos, quedaron de manifiesto como aspectos importantes y puntos críticos en los que se debería trabajar para establecer criterios comunes para el conjunto del SNS en colaboración con medicina forense (Ministerio de Justicia).

Posteriormente, se sentarían las bases para consensuar el Índice Común del Protocolo sobre Violencia Sexual, para el conjunto del SNS, de manera que en 2021, se pudieran ir organizando las personas del Grupo, en pequeños subgrupos operativos para ir redactando los diferentes bloques de contenidos de dicho Índice, durante 2021.

Protocolo Violencia Sexual SNS. Acuerdos, compromisos y calendario



Reunión del Grupo Técnico: Protocolos y Guías de actuación sanitaria ante la violencia de género, 4 de noviembre de 2020

4. Mutilación Genital Femenina. Actualizaciones respecto a acciones recogidas en la tabla del Informe anterior, 2018-2019

En el presente Anexo se recoge, únicamente, la información *actualizada respecto a la* última versión que se reflejaba en el Informe Anual de Violencia de Género 2018-2019. *Por tanto, contiene sólo* los nuevos avances producidos o acciones realizadas por algunas CCAA respecto a lo que de ellas se recogía en el anterior Informe Anual, en relación a la difusión del **Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Mutilación Genial Femenina (MGF)**.

1. Unidades o servicios que han participado en la difusión del Protocolo dentro del Servicio de Salud Autonómico o en colaboración con el mismo.

- **Illes Balears:** Centros de atención primaria
- **Castilla-La Mancha:** Gerencias de Atención Integrada, Especializada y Primara (SESCAM).
- **Navarra:** Médicas/os sin fronteras, en colaboración y coordinador por el Instituto Navarro para la Igualdad (INAI)
- **Madrid:** Red de prevención de la MGF de la Comunidad de Madrid, sociedades científicas y asociaciones profesionales.

2. Tipo de procedimiento que se ha seguido para difundir el Protocolo Redes profesionales o institucionales, “mailing”, colaboración con sociedades científicas u organizaciones sociales, sesiones presenciales de difusión, organización de actividades formativas específicas, diseño de jornadas “ad hoc”, etc.

- **Asturias:** Actividad formativa “Actuación sanitaria frente a la mutilación genial femenina” (13 horas en modalidad presencial).
- **Illes Balears:** Página web de Salud y Género de la Dirección General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de les Illes Balears.
- **Madrid:** Reuniones presenciales con distintas redes asistenciales, sociedades científicas, ONGs y recursos específicos de atención a la Violencia de género, así como buzones institucionales y páginas webs (de sociedades científicas y ONGs).

3. Estimación Nº de profesionales a los que se ha llegado con la difusión.

- **Illes Balears:** se ha formado a un total de 1132 profesionales
- **La Rioja:** Todo el personal de pediatría, ginecología y la totalidad de trabajadoras sociales sanitarias y del personal de atención primaria. Además, se ha promovido una difusión a personal de otras instituciones, como jurídica, educación y servicios sociales. Ante una estimación, se calcula que más de 500 personas.
- **Murcia:** 673 profesionales; de entre los cuales, 248 hombres y 450 mujeres.

4. Estimación de los ámbitos a los que se ha llegado con la difusión.

- **Aragón:** Atención Primaria y Atención especializada.
- **Illes Balears:** Atención Primaria y Hospitalaria
- **Navarra:** Ámbito hospitalario y Atención Primaria (profesionales de: matronas, médicas/os de familia, enfermería y trabajo social)
- **La Rioja:** Atención primaria
- **Madrid:** Atención Primaria y Hospitalaria.
- **Murcia:** Siguiendo la Estrategia formativa estipulada, la difusión del protocolo ha llegado a los profesionales de todos los ámbitos.

5. Previsión de continuidad en la difusión del Protocolo.

- **Castilla y León:** Se seguirá difundiendo el Protocolo a través de la red de formadores/as en Violencia de Género con el fin de realizar acciones de sensibilización en las diferentes áreas de salud.
- **Illes Balears:** Anual

6. ¿Se ha editado algún Protocolo Autonómico como concreción del Protocolo Común del SNS en materia de mutilación genital femenina? Indique el enlace web en caso de estar disponible.

- **Castilla y León:** Actualizado epígrafe sobre MGF en la Guía Clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género.

7. ¿Se ha trabajado específicamente con grupos de mujeres y/o niñas con mayor riesgo de sufrir MGF? ¿y con sus familias?

Indique de qué forma se ha hecho, y si se ha llevado a cabo desde los servicios sanitarios o en colaboración otras instituciones y/o sectores.

8. Indique Sí en su CA se recogen datos de casos de MGF atendidos desde los servicios sanitarios. En caso afirmativo, le agradecemos que nos indique el ámbito asistencial en el que se recogen (atención primaria, hospitalaria o urgencias) y si se utilizan codificaciones concretas sobre MGF, por favor, especifique cuáles.

- **Castilla y León:** Anualmente, se recogen datos de: Atención Primaria y Hospitalaria.
Los códigos utilizados son:
CIE-9: 629.2 (629.20; 629.21; 629.22; 629.23; 629.29)
CIE-10: N90.81 (N90.810; N90.811; N90.812; N90.813; N90.818)
- **Murcia:** Se recogen en la historia clínica de la mujer, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria (especialmente en los servicios de ginecología y obstetricia). No se utiliza una codificación específica.
- **Madrid:** Se recoge información en los ámbitos de Atención Primaria y Hospitalaria; la cual, se codifica de la siguiente forma (según la Guía de Actuaciones Sanitarias frente a la MGF en la Comunidad de Madrid, 2017; actualizada en 2020).
CIE-9: 629.2 (629.20; 629.21; 629.22; 629.23; 629.29)
CIE-10: (N90.810; N90.811; N90.812; N90.813; N90.818)
CIAP-2: (X82, A23)

Índice de tablas

Tabla 1a.	Cobertura de la notificación por historia clínica según CA. Año 2019 y primer semestre de 2020	17
Tabla 1b.	Cobertura de la notificación por partes de lesiones según CA. Año 2019 y primer semestre de 2020	18
Tabla 1c.	Cobertura poblacional por fuente de la declaración. Año 2019 y primer semestre de 2020	18
Tabla 2a.	Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por historia clínica. Año 2019	19
Tabla 2b.	Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por partes de lesiones. Año 2019	20
Tabla 3a.	Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019	22
Tabla 3b.	Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Año 2019	23
Tabla 4a.	Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019	24
Tabla 4b.	Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por parte de lesiones. Año 2019	25
Tabla 5a.	Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019	27
Tabla 5b.	Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Año 2019	28
Tabla 6a.	Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019	29
Tabla 6b.	Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Año 2019	30
Tabla 7a.	Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Año 2019	32
Tabla 7b.	Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Año 2019	33
Tabla 8a.	Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica. Año 2019	35
Tabla 8b.	Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones. Año 2019	35

Tabla 9a.	Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica. Año 2019	36
Tabla 9b.	Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones. Año 2019	37
Tabla 10a.	Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020	39
Tabla 10b.	Casos y tasas por 100.000 mujeres por ámbito asistencial notificados por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020	41
Tabla 11a.	Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020	43
Tabla 11b.	Tipo de maltrato por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020	44
Tabla 12a.	Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020	45
Tabla 12b.	Duración del maltrato por ámbito asistencial notificado por parte de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020	46
Tabla 13a.	Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020	48
Tabla 13b.	Relación con el agresor por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020	49
Tabla 14a.	Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020	50
Tabla 14b.	Edad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020	52
Tabla 15a.	Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020	54
Tabla 15b.	Nacionalidad de las mujeres por ámbito asistencial notificado por partes de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020	55
Tabla 16a.	Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020	56
Tabla 16b.	Situación laboral de las mujeres. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020	57
Tabla 17a.	Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde historia clínica. Primeros semestres de 2019 y 2020	58
Tabla 17b.	Casos detectados en mujeres embarazadas. Notificación por ámbito asistencial desde parte de lesiones. Primeros semestres de 2019 y 2020	59
Tabla 18.	Media del n.º horas lectivas/actividad impartida. Formación en VG en el SNS por ámbito asistencial. Año 2019	70

Tabla 19.	Personal formado en VG por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Años 2019	74
Tabla 20.	Personal formado en VG por tipo de actividad y sexo. Años 2019	76
Tabla 21.	Perfil profesional del alumnado en FORMACIÓN VG. Datos desagregados por sexo. Año 2019	80
Tabla 22a.	Formación VG en el SNS. Perfil profesional del alumnado. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2019	82
Tabla 22b.	Formación VG en el SNS. Perfil profesional del alumnado. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2019	83
Tabla 23.	Adscripción del profesorado en materia de VG. Año 2019	84
Tabla 24a.	Perfil del profesorado en materia de VG. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2019	88
Tabla 24b.	Perfil del profesorado en materia de VG. Datos desagregados por sexo y CCAA. Año 2019	89
Tabla 25.	Personal formado por CCAA y sexo. Año 2019	92
Tabla 26.	N.º de actividades impartidas en materia de VG por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	94
Tabla 27.	Personal formado por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	97
Tabla 28.	Tipo de actividad formativa en VG por CCAA. Año 2019	99
Tabla 29.	Actividades de sensibilización por ámbito asistencial. CCAA. Año 2019	101
Tabla 30.	Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	104
Tabla 31.	Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Años 2019	105
Tabla 32.	Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Años 2019	109
Tabla 33.	N.º de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Años 2019	111
Tabla 34.	Personal formado por tipo de actividad y CCAA. Años 2019	114
Tabla 35.	N.º de profesionales con formación desagregado por CA. Evolución 2008-2019	118
Tabla 36.	N.º de actividades formativas VG por ámbito asistencial. Evolución 2008-2019	120

Índice de gráficos

Gráfico 1.	Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según tipo de maltrato. Años 2018 y 2019	22
Gráfico 2.	Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según tipo de maltrato. Años 2018 y 2019	23
Gráfico 3.	Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según duración del maltrato. Años 2018 y 2019	25
Gráfico 4.	Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según duración del maltrato. Años 2018 y 2019	26
Gráfico 5.	Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según la relación con el agresor. Años 2018 y 2019	27
Gráfico 6.	Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la relación con el agresor. Años 2018 y 2019	28
Gráfico 7.	Tasas de casos notificados (por 100.000) por historia clínica por ámbito asistencial, según la edad de las mujeres. Años 2018 y 2019	30
Gráfico 8.	Tasas de casos notificados (por 100.000) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la edad de las mujeres. Años 2018 y 2019	31
Gráfico 9.	Tasas de casos notificados (por 100.000) por historia clínica por ámbito asistencial, según la nacionalidad de las mujeres. Años 2018 y 2019	33
Gráfico 10.	Tasas de casos notificados (por 100.000) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la nacionalidad de las mujeres. Años 2018 y 2019	34
Gráfico 11.	Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según la situación laboral de las mujeres. Años 2018 y 2019	35
Gráfico 12.	Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la situación laboral de las mujeres. Años 2018 y 2019	36
Gráfico 13.	Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por historia clínica por ámbito asistencial, según CCAA. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	40
Gráfico 14.	Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según CCAA. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	42
Gráfico 15.	Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según tipo de maltrato. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	43
Gráfico 16.	Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según tipo de maltrato. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	44

Gráfico 17.	Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según duración del maltrato. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	46
Gráfico 18.	Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según duración del maltrato. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	47
Gráfico 19.	Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según la relación con el agresor. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	48
Gráfico 20.	Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la relación con el agresor. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	49
Gráfico 21.	Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por historia clínica por ámbito asistencial, según la edad de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	51
Gráfico 22.	Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la edad de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	53
Gráfico 23.	Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por historia clínica por ámbito asistencial, según su nacionalidad. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	54
Gráfico 24.	Tasas de casos notificados (por 100.000 mujeres) por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la nacionalidad de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	55
Gráfico 25.	Porcentaje de casos notificados por historia clínica por ámbito asistencial, según la situación laboral de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	57
Gráfico 26.	Porcentaje de casos notificados por parte de lesiones por ámbito asistencial, según la situación laboral de las mujeres. Primer semestre de 2019 y primer semestre de 2020	58
Gráfico 27.	Personal formado por ámbito asistencial en VG. Año 2019 y % anual acumulado	67
Gráfico 28.	N.º de actividades formativas en VG por ámbitos asistenciales. Año 2019 y % anual acumulado	68
Gráfico 29.	N.º de horas lectivas impartidas en VG por ámbito asistencial. Año 2019 y % anual acumulado	69
Gráfico 30.	N.º actividades formativas en VG por ámbito asistencial y tipo. Año 2019	70
Gráfico 31.	Personal formado en VG por tipo de actividad. Año 2019	72
Gráfico 32.	Cursos acreditados vs Cursos impartidos en VG por ámbito asistencial. Año 2019	73

Gráfico 33.	Personal formado en VG por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Año 2019	75
Gráfico 34.	Personal formado en VG por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Años 2019	76
Gráfico 35.	Alumnado formado en VG, por perfil profesional. Año 2019	78
Gráfico 36.	Perfil del alumnado en VG por sexo. Años 2019	80
Gráfico 37.	Adscripción del profesorado en materia de VG. Año 2019	85
Gráfico 38.	Perfil del profesorado en materia de VG. Año 2019	86
Gráfico 39.	Perfil del profesorado en materia de VG. Datos desagregados por sexo. Año 2019	87
Gráfico 40.	Personal formado en materia de VG por CCAA. Año 2019	90
Gráfico 41.	Personal formado por CCAA. Datos desagregados por sexo. Año 2019	93
Gráfico 42.	N.º de actividades por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	96
Gráfico 43.	Personal formado por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	98
Gráfico 44.	Tipo de actividad formativa en VG por CCAA. Año 2019	100
Gráfico 45.	Actividades de sensibilización por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	102
Gráfico 46.	Formación básica por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	106
Gráfico 47.	Formación avanzada por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	107
Gráfico 48.	Formación de formadores/as por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	110
Gráfico 49.	N.º de horas lectivas por ámbito asistencial y CCAA. Año 2019	113
Gráfico 50.	Personal formado por tipo de actividad (%) y CCAA. Año 2019	115
Gráfico 51.	N.º de profesionales que han recibido formación. Evolución 2004-2019	117
Gráfico 52.	N.º de profesionales con formación por CCAA. Evolución 2008-2019	119
Gráfico 53.	N.º de actividades por ámbito asistencial. Evolución 2008-2019	121
Gráfico 54.	N.º de horas lectivas impartidas por ámbito asistencial. FORMACIÓN VG. Evolución 2008-2019	123

Anexo

FORMULARIO

IMPACTO COVID-19 en PLANIFICACIÓN y DESARROLLO de la FORMACIÓN en materia de VIOLENCIA DE GÉNERO*

Primer Semestre 2020

Nombre de la Comunidad Autónoma

>

(*) Este formulario se ha diseñado "ad hoc" en cumplimiento de los acuerdos adoptados en la reunión del pasado 11 de junio, del Pleno de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el fin de avanzar en el conocimiento del impacto que la crisis sanitaria por COVID-19 está teniendo en la formación de profesionales sanitarios en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género y poder articular estrategias comunes para adecuar dicha formación a este nuevo escenario.

ÍNDICE DE TABLAS:

TABLA 1a. Impacto COVID-19. ACTIVIDADES PREVISTAS. 1º SEMESTRE-2020.	3
TABLA 1b. Impacto COVID-19. ACTIVIDADES REALIZADAS. 1º SEMESTRE-2020.	4
TABLA 2a. Impacto COVID-19. ALUMNADO PREVISTO. 1º SEMESTRE-2020.	5
TABLA 2b. Impacto COVID-19. ALUMNADO FORMADO. 1º SEMESTRE-2020.	6
TABLA 2c. Impacto COVID-19. ALUMNADO FORMADO. DATOS desagregados por SEXO. 1º SEMESTRE-2020.	7
TABLA 3a. Impacto COVID-19. ACCIONES DE CONTINGENCIA.	8
TABLA 3b. Impacto COVID-19 y PLANIFICACIÓN FINAL ESTABLECIDA PARA FORMACIÓN EN EL 2º SEMESTRE.	9

Muchas gracias por su colaboración|

OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES
Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación
Ministerio de Sanidad
participaosm@mscbs.es

TABLA 1a. Impacto COVID-19. ACTIVIDADES PREVISTAS. 1º SEMESTRE-2020. Nº de actividades de sensibilización y formación ante la violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud, previstas para el primer semestre de 2020.

(Periodo de recogida de datos: entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2020)

ÁMBITO ASISTENCIAL →		Atención Primaria* (AP)			Atención Hospitalaria* (AH)			Urgencias * (Sumando las urgencias de AP con las urgencias de AH)			Mixto (Participación de más de uno de los ámbitos anteriores y/o de agentes de otros sectores diferentes al sanitario)			Totales (debe coincidir con la suma de las cifras indicadas en los apartados anteriores)		
		P**	SP**	V**	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V
SENSIBILIZACIÓN	Nº Actividades de sensibilización VG (duración inferior a 10 horas)															
	Nº Otras acciones formativas no específicas de violencia de género (en las que se incluye algún módulo acerca de VG con duración inferior a 10h)															
FORMACIÓN BÁSICA	Nº Cursos básicos (duración mayor de 10 horas)															
FORMACIÓN AVANZADA	Nº de acciones avanzadas Referida a aquella formación que profundiza en alguno de los contenidos formativos específicos para cada ámbito asistencial (MGF, trata, violencia sexual...), perfil profesional y capacitación en habilidades para detección precoz de la VG, etc., independientemente del nº de horas.															
FORMACIÓN DE FORMADORES/AS																

(*) Cumplimentar solo con aquellas actividades exclusivas para profesionales de este ámbito asistencial. Aquellas actividades que se planificaran para profesionales de distintos ámbitos asistenciales deben contabilizarse ÚNICAMENTE en la columna "mixto" con el fin de no duplicar cifras.

(**) P: Formación exclusivamente presencial / SP: Formación que combina la modalidad presencial con la on-line / V: Formación exclusivamente on-line (virtual)

Observaciones: Indique a continuación cualquier otro detalle descriptivo que considere relevante y no figure en la tabla 1a IMPACTO COVID

>

TABLA 1b. Impacto COVID-19. ACTIVIDADES REALIZADAS, 1º SEMESTRE-2020. Nº de actividades de sensibilización y formación ante la violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud, que finalmente se han podido realizar en el primer semestre de 2020.

(Periodo de recogida de datos: entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2020)

ÁMBITO ASISTENCIAL →		Atención Primaria* (AP)			Atención Hospitalaria* (AH)			Urgencias * (Sumando las urgencias de AP con las urgencias de AH)			Mixto (Participación de más de uno de los ámbitos anteriores y/o de agentes de otros sectores diferentes al sanitario)			Totales (debe coincidir con la suma de las cifras indicadas en los apartados anteriores)		
		P**	SP**	V**	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V
SENSIBILIZACIÓN	Nº Actividades de sensibilización VG (duración inferior a 10 horas)															
	Nº Otras acciones formativas no específicas de violencia de género (en las que se incluye algún módulo acerca de VG con duración inferior a 10h)															
FORMACIÓN BÁSICA	Nº Cursos básicos (duración mayor de 10 horas)															
FORMACIÓN AVANZADA	Nº de acciones avanzadas Referida a aquella formación que profundiza en alguno de los contenidos formativos específicos para cada ámbito asistencial (MGF, trata, violencia sexual...), perfil profesional y capacitación en habilidades para detección precoz de la VG, etc., independientemente del nº de horas.															
FORMACIÓN DE FORMADORES/AS																

(*) Complimentar solo con aquellas actividades exclusivas para profesionales de este ámbito asistencial. Aquellas actividades que hayan incluido profesionales de diferentes ámbitos asistenciales deben contabilizarse ÚNICAMENTE en la columna "mixto" con el fin de no duplicar cifras y evitar malos entendidos en la suma de los TOTALES.

(**) P: Formación exclusivamente presencial / SP: Formación que combina la modalidad presencial con la on-line / V: Formación exclusivamente on-line

Observaciones: Indique a continuación cualquier otro detalle descriptivo que considere relevante y no figure en la tabla 1b IMPACTO COVID

>

TABLA 2a. Impacto COVID-19. ALUMNADO PREVISTO. 1º SEMESTRE-2020. N° de profesionales que se preveía formar en prevención, detección precoz y atención sanitaria a los casos de violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud, en el primer semestre de 2020.

(Periodo de recogida de datos: entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2020)

ACLARACIÓN PARA RELLENAR LA TABLA: En esta tabla se cumplimentarán el número de profesionales a los que se tenía previsto formar. Por ejemplo, Si se tenía previsto realizar un curso básico, presencial, de 20 horas y para 25 profesionales del ámbito de urgencias, pues se pondrá el dato "25" en la celda que une la fila de "Formación Básica" con la columna de Urgencias - P. / Si se tenía previsto organizar una jornada de sensibilización, presencial, de 6 horas, en una sala con aforo máximo para 100 personas y abierta a todos los ámbitos asistenciales, se pondrá el número 100 en la celda que une la fila de "N° de Actividades de sensibilización VG" con la columna de Mixto - P

ÁMBITO ASISTENCIAL →		Atención Primaria* (AP)			Atención Hospitalaria* (AH)			Urgencias * (Sumando las urgencias de AP con las urgencias de AH)			Mixto (Participación de más de uno de los ámbitos anteriores y/o de agentes de otros sectores diferentes al sanitario)			Totales (debe coincidir con la suma de las cifras indicadas en los apartados anteriores)		
		P**	SP**	V**	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V
SENSIBILIZACIÓN	N° Actividades de sensibilización VG (duración inferior a 10 horas)															
	N° Otras acciones formativas no específicas de violencia de género (en las que se incluye algún módulo acerca de VG con duración inferior a 10h)															
FOR. BÁSICA	N° Cursos básicos (duración mayor de 10 horas)															
FOR. AVANZADA	N° de acciones avanzadas Referida a aquella formación que profundiza en alguno de los contenidos formativos específicos para cada ámbito asistencial (MGF, trata, violencia sexual...), perfil profesional y capacitación en habilidades para detección precoz de la VG, etc., independientemente del nº de horas.															
FORMACIÓN DE FORMADORES/AS																
FORMACIÓN A PERSONAL INTERNO RESIDENTE Referida a personal interno residente que esté rotando en los diferentes servicios o centros sanitarios, y participe en las acciones formativas con el resto del equipo sanitario, independientemente del perfil residente (MIR, EIR, PIR, etc.).																

(*) Cumplimentar solo con aquellas actividades exclusivas para profesionales de este ámbito asistencial. Aquellas actividades que se planificaran para profesionales de distintos ámbitos asistenciales deben contabilizarse ÚNICAMENTE en la columna "mixto" con el fin de no duplicar cifras.

(**) P: Formación exclusivamente presencial / SP: Formación que combina la modalidad presencial con la on-line / V: Formación exclusivamente on-line (virtual)

Observaciones: Indique a continuación cualquier otro detalle descriptivo que considere relevante y no figure en la tabla 2a IMPACTO COVID

TABLA 2b. Impacto COVID-19. ALUMNADO FORMADO 1º SEMESTRE-2020. N° de profesionales que han asistido a las actividades que finalmente se han podido realizar en el primer semestre de 2020, en materia de prevención, detección precoz y atención sanitaria a los casos de violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud

(Periodo de recogida de datos: entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2020)

ÁMBITO ASISTENCIAL →		Atención Primaria* (AP)			Atención Hospitalaria* (AH)			Urgencias * (Sumando las urgencias de AP con las urgencias de AH)			Mixto (Participación de más de uno de los ámbitos anteriores y/o de agentes de otros sectores diferentes al sanitario)			Totales (debe coincidir con la suma de las cifras indicadas en los apartados anteriores)		
		P**	SP**	V**	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V
TIPO DE ACTIVIDAD FORMATIVA ↓																
SENSIBILIZACIÓN	Nº Actividades de sensibilización VG (duración inferior a 10 horas)															
	Nº Otras acciones formativas no específicas de violencia de género (en las que se incluye algún módulo acerca de VG con duración inferior a 10h)															
FOR. BÁSICA	Nº Cursos básicos (duración mayor de 10 horas)															
FOR. AVANZADA	Nº de acciones avanzadas Referida a aquella formación que profundiza en alguno de los contenidos formativos específicos para cada ámbito asistencial (MGF, trata, violencia sexual...), perfil profesional y capacitación en habilidades para detección precoz de la VG, etc., independientemente del nº de horas.															
FORMACIÓN DE FORMADORES/AS																
FORMACIÓN A PERSONAL INTERNO RESIDENTE Referida a personal interno residente que esté rotando en los diferentes servicios o centros sanitarios, y participe en las acciones formativas con el resto del equipo sanitario, independientemente del perfil residente (MIR, EIR, PIR, etc.).																

(*): Cumplimentar solo con aquellas actividades exclusivas para profesionales de este ámbito asistencial. Aquellas actividades que hayan incluido profesionales de diferentes ámbitos asistenciales deben contabilizarse ÚNICAMENTE en la columna "mixto" con el fin de no duplicar cifras y evitar malos entendidos en la suma de los TOTALES.

(**) P: Formación exclusivamente presencial / SP: Formación que combina la modalidad presencial con la on-line / V: Formación exclusivamente on-line

Observaciones: Indique a continuación cualquier otro detalle descriptivo que considere relevante y no figure en la tabla 2b IMPACTO COVID

>

TABLA 2c. Impacto COVID-19. ALUMNADO FORMADO datos desagregados por SEXO 1º SEMESTRE-2020. N° de profesionales que han asistido a las actividades que finalmente se han podido realizar en el primer semestre de 2020, en materia de prevención, detección precoz y atención sanitaria a los casos de violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud Datos desagregados por sexo.

(Periodo de recogida de datos: entre el 1 de enero y el 31 de junio de 2020)

ÁMBITO ASISTENCIAL →		Atención Primaria* (AP)			Atención Hospitalaria* (AH)			Urgencias * (Sumando las urgencias de AP con las urgencias de AH)			Mixto (Participación de más de uno de los ámbitos anteriores y/o de agentes de otros sectores diferentes al sanitario)			Totales (debe coincidir con la suma de las cifras indicadas en los apartados anteriores)		
		♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total
SENSIBILIZACIÓN	Nº Actividades de sensibilización VG (duración inferior a 10 horas)															
	Nº Otras acciones formativas no específicas de violencia de género (en las que se incluye algún módulo acerca de VG con duración inferior a 10h)															
FORMACIÓN BÁSICA	Nº Cursos básicos (duración mayor de 10 horas)															
FORMACIÓN AVANZADA	Nº de acciones avanzadas Referida a aquella formación que profundiza en alguno de los contenidos formativos específicos para cada ámbito asistencial (MGF, trata, violencia sexual...), perfil profesional y capacitación en habilidades para detección precoz de la VG, etc., independientemente del nº de horas.															
FORMACIÓN DE FORMADORES/AS																
FORMACIÓN A PERSONAL INTERNO RESIDENTE Referida a personal interno residente que esté rotando en los diferentes servicios o centros sanitarios, y participe en las acciones formativas con el resto del equipo sanitario, independientemente del perfil residente (MIR, EIR, PIR, etc.).																

(*) Complimentar solo con aquellas actividades exclusivas para profesionales de este ámbito asistencial. Aquellas actividades que hayan incluido profesionales de diferentes ámbitos asistenciales deben contabilizarse ÚNICAMENTE en la columna "mixto" con el fin de no duplicar cifras y evitar malos entendidos en la suma de los TOTALES.

Observaciones: Indique a continuación cualquier otro detalle descriptivo que considere relevante y no figure en la tabla 2c IMPACTO COVID

>

TABLA 3a. Impacto COVID-19. ACCIONES DE CONTINGENCIA. Acciones estratégicas que se están estudiando o planificando para llevar a cabo en el segundo semestre de 2020 en relación con la formación de profesionales en materia de prevención, detección precoz y atención sanitaria a los casos de violencia de género (VG).

A continuación, se detallan algunas opciones estratégicas que se ha pensado pudieran ser las más inmediatas para paliar la situación generada en el primer semestre de 2020 por la crisis sanitaria por COVID-19. La idea es que rellene este cuadro de texto, así como la tabla que aparece a continuación

Por favor, rellene con "X" aquellas acciones que más se ajustan a lo que decidan en su CA y nos pueda ampliar algún detalle que considere de mayor interés para compartir al respecto, en el apartado de **observaciones**

ACCIONES ESTRATÉGICAS para el SEGUNDO SEMESTRE 2020	Señale con X	OBSERVACIONES
Suspender toda la formación en VG prevista para el año 2020 dentro de su servicio de salud autonómico		
- Con el compromiso de volver a lanzarla en 2021		
- Acordando temporalmente con otros sectores (<i>organismos de igualdad, justicia, administración local, universidad...</i>) que se hagan cargo de la formación al personal sanitario, bien a través de sus plataformas online o participando en cursos presenciales que ya tengan organizados.		
Suspender toda la formación en VG prevista para el 1º semestre de 2020 y realizar únicamente la que se tenía prevista para el 2º semestre		
- Sin plantear cambios respecto a lo planificado		
- Modificándola de alguna manera en el nº de actividades, nº de horas, nº de profesionales, modalidad docente...		
- Priorizando un único ámbito asistencial: AP, AH, Urgencia o Mixto		
Replanificar e impartir en el 2º semestre aquellas acciones previstas para el 1º semestre (Aclarar en todos los casos si se mantiene también la formación para el 2º semestre tal y como estaba prevista, o se funden las actividades)		
- Manteniendo la modalidad presencial. Aclarar si se reduce o mantiene el nº de horas, nº de alumnos/as o aforo, acreditación, etc.		
- Reformulándola como formación completamente on-line (virtual) o semipresencial. Aclarar si se reduce o mantiene el nº de horas, nº de alumnos/as, acreditación, etc.		
Otra. Especificar:		
Otra. Especificar:		
Otra. Especificar:		

TABLA 3b. Impacto COVID-19 y PLANIFICACIÓN FINAL ESTABLECIDA PARA FORMACIÓN EN EL 2º SEMESTRE. N° de actividades de sensibilización y formación ante la violencia de género (VG) en el Sistema Nacional de Salud, previstas para el segundo semestre de 2020.

Por último, le vamos a solicitar que pueda indicar con algo más de detalle las acciones formativas tal como han decidido realizarlas en el 2º semestre, aunque todavía no las hayan ejecutado, cuestión que podrá ser valorada al año que viene cuando recojamos los datos de lo ejecutado en todo el año 2020.

(Periodo de recogida de datos: entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2020)

ÁMBITO ASISTENCIAL →		Atención Primaria* (AP)			Atención Hospitalaria* (AH)			Urgencias * (Sumando las urgencias de AP con las urgencias de AH)			Mixto (Participación de más de uno de los ámbitos anteriores y/o de agentes de otros sectores diferentes al sanitario)			Totales (debe coincidir con la suma de las cifras indicadas en los apartados anteriores)			
		P**	SP**	V**	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V	P	SP	V	
SENSIBILIZACIÓN	Nº Actividades de sensibilización VG (duración inferior a 10 horas)																
	Nº Otras acciones formativas no específicas de violencia de género (en las que se incluye algún módulo acerca de VG con duración inferior a 10h)																
FORMACIÓN BÁSICA	Nº Cursos básicos (duración mayor de 10 horas)																
FORMACIÓN AVANZADA	Nº de acciones avanzadas Referida a aquella formación que profundiza en alguno de los contenidos formativos específicos para cada ámbito asistencial (MGF, trata, violencia sexual...), perfil profesional y capacitación en habilidades para detección precoz de la VG, etc., independientemente del nº de horas.																
FORMACIÓN DE FORMADORES/AS																	

(*) Cumplimentar solo con aquellas actividades exclusivas para profesionales de este ámbito asistencial. Aquellas actividades que se planificaran para profesionales de distintos ámbitos asistenciales deben contabilizarse ÚNICAMENTE en la columna "mixto" con el fin de no duplicar cifras.

(**) P: Formación exclusivamente presencial / SP: Formación que combina la modalidad presencial con la on-line / V: Formación exclusivamente on-line

Observaciones: Indique a continuación cualquier otro detalle descriptivo que considere relevante y no figure en la tabla 1 IMPACTO COVID

∨

La elaboración de este Informe forma parte sistemática de las tareas anuales de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

A diferencia de la estructura común de años anteriores, esta edición elabora un análisis de los datos correspondientes a todo el año 2019 y el primer semestre de 2020, agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto de los indicadores epidemiológicos comunes (casos de violencia de género, detectados y registrados en el SNS) como de los procesos de formación para profesionales de los servicios de salud autonómicos en los diferentes ámbitos asistenciales de atención primaria, hospitalaria y urgencias. Recoger los datos del primer semestre 2020 nos ofrece una primera aproximación al impacto de la pandemia en los procesos de prevención y detección precoz de casos de violencia de género desde los servicios sanitarios que integran el SNS.

A continuación, en la segunda parte, se recoge la síntesis de las acciones desarrolladas por la Comisión durante 2020 a través de sus grupos técnicos de trabajo, fundamentalmente relacionadas con la recogida de los indicadores anteriormente mencionados y los trabajos referidos a la elaboración de un Protocolo Común del SNS en materia de Violencia Sexual.

Se cierra el Informe con un anexo que recoge la actualización de las acciones realizadas desde los servicios de salud de las CCAA frente a la Mutilación Genital Femenina (MGF) en el marco del Protocolo común para la actuación sanitaria del SNS en esta materia.

