

Informe Anual Violencia de Género 2016

Informe Anual Violencia de Género 2016

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

Edita y distribuye:
© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO en línea: 680-16-082-3

<http://publicacionesoficiales.boe.es/>

Informe Anual Violencia de Género 2016

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Coordinación técnica del informe

Subdirección General de Calidad e Innovación

Rosa María López Rodríguez

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Alicia Padrón Monedero

Rafael Fernández-Cuenca Gómez

Equipo de Apoyo Administrativo

Ana Sánchez González

Beatriz Castellanos González

Grupos técnicos de trabajo de la comisión

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

Virtudes Gallardo García (Andalucía)

María Soledad Corbacho Malo (Aragón)

Elvira Muslera Canclini (Asturias)

Carmen Vidal Mangas (Islas Baleares)

Lucina Dácil Marrero Rodríguez (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

Rosa María Andrés Margaretto (Castilla y León)

Fuencisla Martín Jurdado (Castilla-La Mancha)

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

Anna Rubio i Cillán (Cataluña)

José Antonio Lluch Rodrigo (Comunidad Valenciana)

Vicenta Escribá Agüir (Comunidad Valenciana)

Julián Mauro Ramos Aceitero (Extremadura)

Isabel Graña Garrido (Galicia)

María Ordobás Gavín (Madrid)

Marina Tourné García (Murcia)

Isabel Sobejano Tornos (Navarra)

Miren Josune Ziarrusta (País Vasco)

M^a Antonia Aretio Romero (La Rioja)

Ángel Francisco González Ramírez (Ceuta)

María Isabel Montoro Robles (Melilla)

Asunción Ruiz de la Sierra (Ingresa)

Buzón corporativo (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)

Carmen Vives Casés (Universidad de Alicante)

Alicia Padrón Monedero (Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. MI-NECO)

Rosa María López Rodríguez (Subdirección General de Calidad e Innovación. MSSSI)

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

Elisa Vizuet Rebollo (Andalucía)

Amalia Suarez Ramos (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Julio Bruno Bárcena (Asturias)

Elvira Muslera Canclini (Asturias)

Carmen Vidal Mangas (Islas Baleares)

Rosa del Valle Álvarez (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

M^a Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)

Rosa María Modesto González (Castilla-La Mancha)

Anna Rubio i Cillán (Cataluña)

Jose Antonio Lluch Rodrigo (Comunidad Valenciana)

Guadalupe Fernández García-Hierro (Extremadura)

María Isabel Graña Garrido (Galicia)

M^a Dolores Arranz Alonso (Madrid)

Francisco Molina Durán (Murcia)

Isabel Sobejano Tornos (Navarra)

Miren Josume Ziarrusta (País Vasco)

M^a Teresa Paino Ortuza (País Vasco)

M^a Antonia Aretio Romero (La Rioja)

Ángel Francisco González Ramírez (Ceuta)

M^a Isabel Montoro Robles (Melilla)

Asunción Ruiz de la Sierra (Ingresa)

Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad)

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

Rosa María López Rodríguez (Subdirección General de Calidad e Innovación. MSSSI)

Grupo Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria y Grupo Aspectos Éticos y Legales: Elaboración del Anexo sobre actuación sanitaria en el SNS ante la Trata con fines de explotación sexual

Julia Sagrario Llosa (Andalucía)

Elisa Vizuet Rebollo (Andalucía)

Amalia Suárez Ramos (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Julio Bruno Bárcenas (Asturias)
M^a Dolores Martín Rodríguez (Asturias)
Carme Vidal Mangas (Balears)
Rosa del Valle Álvarez (Canarias)
Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)
Luisa Velasco Riego (Persona experta. Castilla y León). Aspectos Éticos y Legales
Rosa Modesto González (Castilla-La Mancha)
Sagrario Zamorano Encinas (Castilla-La Mancha)
María Martínez Pascual (Centro de asistencia a la Salud Sexual y Reproductiva.
ASSIR. Alt Empordá. Cataluña)
Anna Rubio i Cillan (Cataluña)
Vicenta Escribá Agüir (Comunidad Valenciana)
Jose Antonio Lluch Rodrigo (Comunidad Valenciana)
Raquel Rodríguez Llanos (Extremadura)
Jesús Miguel García Ortiz (Extremadura)
M^a Isabel Graña Garrido (Galicia)
Miguel Ángel Díaz Laglera (Madrid)
Milagros de Borbón y Cruz (Madrid)
María José Perela Moreta (Madrid)
Margarita Dongil Garralón (Madrid)
Angel Abad Revilla (Madrid)
Lázaro Elizalde Soto (Navarra)
M^a Teresa Paino Ortuza (País Vasco)
Miren Josune Ziarrusta (País Vasco)
Jorge González Fernández. Director del Instituto Médico-Forense (La Rioja)
Aspectos éticos y legales
M^a Antonia Aretio Romero (La Rioja)
Asunción Ruiz de la Sierra (INGESA)
Ángel Francisco González Ramírez (Ceuta)
M^a Isabel Montoro Robles (Melilla)
Miriam Benterrak Ayensa (Delegación Gobierno VG Observatorio Estatal VG)
Rebeca Palomo Díaz (Delegación Gobierno VG Observatorio Estatal VG)
Mario García Martínez (Delegación Gobierno VG Observatorio Estatal VG)
Rocio Mora Nieto (APRAMP)
Ana María Estévez García (APRAMP)
M. Asunción Pérez Uria (Subdirección General de Infancia. MSSSI)
Luis Martín Álvarez (Asociación Española de Pediatría)
Ramón Estesos Mesas (Médicos del Mundo)
Almudena Olaguibel Echevarría-Torres (UNICEF)
Catalina Perazzo Aragonese (Save The Children)
Nieves Crespo Elvira (UNAF)

Miriam Benterrak (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. MSSSI)

Rosa María López Rodríguez (Subdirección General de Calidad e Innovación. MSSSI)

Grupo de Evaluación de Actuaciones Sanitarias en materia de VG

Amalia Suarez Ramos (Andalucía)

María Soledad Corbacho Malo (Aragón)

Julio Bruno Barcena (Asturias)

Carmen Vidal Mangas (Balears)

Rosa Del Valle Álvarez (Canarias)

María Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)

Anna Rubio i Cillán (Cataluña)

Raquel Rodríguez Llanos (Extremadura)

María Isabel Graña Garrido (Galicia)

Milagros de Borbón y Cruz (Madrid)

Carmen García Riobobos (Madrid)

Ascensión Garriga Puerto (Murcia)

Isabel Sobejano Tornos (Navarra)

Carmen Vives Casés (Universidad de Alicante)

Araceli Capa Sanz (Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII)

Rebeca Palomo Díaz (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)

M^a Pilar Moreno Fernández (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)

Rosa María López Rodríguez (Subdirección General de Calidad e Innovación. MSSSI)

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

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Presidencia

José Javier Castrodeza Sanz (Secretario General de Sanidad y Consumo)

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Elena Andradás Aragonés (Directora General)

Paloma Casado Durandez (Subdirectora General de Calidad e Innovación. MSSSI)

Rosa M^a López Rodríguez (Coordinadora de Programas. Subdirección General de Calidad e Innovación. MSSSI)

Ingesa

Asunción Ruiz de la Sierra (Jefa de Servicio)

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad

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

Rosa Urbón Izquierdo (Directora del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades)

Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas:

Josefa Ruiz Fernández (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Julio Bruno Bárcena (Asturias)

Carmen Vidal Mangas (Baleares)

Bernardo E. Macías Gutierrez (Canarias)

Purificación Ajo Bolado (Cantabria)

M^a Carmen Fernández Alonso (Castilla y León)

Manuel Tordera Ramos (Castilla-La Mancha)

Anna Mompert Penina (Cataluña)

Anna Rubio Cillán (Cataluña)

Ana María García García (Comunidad Valenciana)

M^a del Pilar Guijarro Gonzalo (Extremadura)

María Isabel Graña Garrido (Galicia)

Julio Zarco Rodríguez (Madrid)

Marina Tourné García (Murcia)

Lázaro Elizalde Soto (Navarra)

Miren Dorronsoro Iraeta (País Vasco)

M^a Antonia Aretio Romero (La Rioja)

José María Sánchez Romero (Ceuta)

M^a de los Ángeles Tascón Moreno (Melilla)

Índice

Presentación	13
1. Análisis de situación	15
1.1 Casos de Violencia de Género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud	15
1.2 Acciones formativas en materia de Violencia de Género realizadas en el Sistema Nacional de Salud	42
1.2.1 Indicadores de los procesos de formación desarrollados en el conjunto del Sistema Nacional de Salud	43
1.2.2 Indicadores de los procesos de formación desarrollados desagregados por Comunidades Autónomas	57
1.2.3 Evolución de los indicadores de formación de profesionales el Sistema Nacional de Salud. Período 2008-2015	74
2. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la comisión contra la violencia de género del Sistema Nacional de Salud. Año 2016	85
Índice de Tablas y Gráficos	91

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, se recogen los datos correspondientes a 2015 agregados para el conjunto del SNS, tanto de los indicadores epidemiológicos comunes (casos de violencia de género detectados en el SNS) como de los procesos de formación de profesionales realizados en ese año. A continuación, en la segunda parte, se recoge la síntesis de las acciones desarrolladas por la Comisión durante 2016 a través de sus grupos técnicos de trabajo: Además de la correspondiente recogida de indicadores del año 2015, la elaboración del Anexo de Trata que amplíe los contenidos específicos del Protocolo Común de Actuación Sanitaria en materia de Violencia de Género en el Sistema Nacional de Salud (SNS), editado en 2012, así como la participación en la II Jornada de Buenas Prácticas (BBPP) en el SNS y la edición del VI Taller Monográfico de Buenas Prácticas en el SNS, cuyos resultados y memoria pueden ser también consultados en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad respectivamente:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>

Se completa toda la información con un Anexo sobre las acciones realizadas por las CCAA para la difusión del Protocolo común para la actuación sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina (MGF) y tríptico resumen para profesionales

Análisis de situación

1.1 Casos de violencia de género detectados y registrados en el sistema nacional de salud. Año 2015

Introducción

Se presentan los datos sobre **casos de mujeres maltratadas, detectados y registrados** durante **2015 en los servicios sanitarios que integran el SNS** por las y los profesionales que las atienden, tanto a nivel de atención primaria (AP) de salud como en los servicios de atención especializada (AE) o por parte de los servicios de Urgencias de ambos niveles asistenciales.

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 la persona por el código de identificación de paciente, mientras que una mujer podría ser víctima de diferentes actos violentos a lo largo de su vida, en el caso concreto de este informe anual, varios a lo largo del año al que corresponden los datos recogidos, y por tanto podría generar varios partes de lesiones emitidos y remitidos a los juzgados.

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

Por tanto, los indicadores que se presentan en este documento nos están dando información indirecta sobre la respuesta sanitaria ante el maltrato a las mujeres.

Para la obtención de estos datos es necesario el esfuerzo y colaboración conjunta de profesionales en el ámbito clínico, de los equipos de formación que les sensibilizan y ayudan a adquirir competencias, para un mejor abordaje en la detección precoz y en la prevención del problema a nivel comunitario. Asimismo del personal de los equipos de gestión e informática, que trabajan

de forma conjunta con los equipos sanitarios para visibilizar, analizar y dar una respuesta integral a este importante problema de salud pública.

Los datos se presentan en tablas, donde se diferencia siempre la fuente principal de donde cada servicio de salud los obtiene (HC o PL). Los datos corresponden a casos de violencia de género confirmados clínicamente.

Además de la posibilidad de que en el mismo año pudieran existir varios partes de lesiones para una misma mujer, existe la **posibilidad de duplicación** entre diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria y atención especializada o urgencias) respecto a una misma mujer detectada como caso. Esto podría ocurrir si no estuviese unificada la historia clínica entre los diferentes ámbitos, o si no hubiese una comunicación interna entre los servicios de atención especializada y urgencias con atención primaria o viceversa, en el momento de la detección y emisión del parte de lesiones.

En este sentido, **en el año 2015** se ha continuado con el esfuerzo iniciado en años precedentes por todos los servicios de salud de las CCAA para eliminar los duplicados:

1. Entre varios partes de lesiones para una misma mujer si se diera el caso dentro del año, o bien
2. Eliminar duplicados dentro de un mismo ámbito asistencial y entre ámbitos asistenciales.
3. También en aquellas CCAA que utilizan ambas fuentes (HC y PL) para contabilizar los casos detectados, esforzándose en confirmar que un caso recogido en la HC no cuente como dos al tener en cuenta el PL que le corresponde a la confirmación de dicho caso. Para esta ratificación se utiliza el código de identificación de paciente.

Crterios comunes establecidos para el conjunto del SNS

En 2009 esta Comisión consensuó *-a propuesta de su grupo de trabajo técnico sobre sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la VG-* los **crterios comunes para el conjunto del SNS respecto a los códigos de los sistemas de información sanitaria, que se recogerían para catalogar los casos de violencia de género**, tanto a través de la codificación normalizada CIAP (en atención primaria) como CIE-9-MC (atención primaria AP y especializada AE), que han sido los utilizados desde entonces por las CCAA que utilizan la historia clínica (HC) como fuente de información para ello.

Asimismo, en 2013, se consensuó el **método de cómputo común para extraer el cálculo global de casos detectados en el conjunto del SNS**, al considerar como caso el que se recoge por HC, independientemente del número de partes de lesiones (PL) que hayan podido generarse en cada mujer, puesto que **es un dato de casos identificados y no episodios** (a diferencia de los datos que pudieran proceder de otros sectores diferente al sanitario).

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

LA SUMA DE TODOS LOS CASOS detectados en AMBOS NIVELES (AP Y AE) 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 casos por AMBAS FUENTES (HC y PL).

Aunque todas las CCAA siguen como criterio común la eliminación de duplicados a través del **Número de identificación del paciente (NIP)**, sigue existiendo variabilidad respecto al mecanismo para computarlo:

- En algunas CCAA la eliminación de duplicados se realiza prácticamente de forma manual, mirando y comparando listados.
- En otras se han desarrollado aplicaciones “ad hoc” creadas para el registro de casos de violencia de género (ejemplo: C. Valenciana, La Rioja). Dentro de este grupo se sitúan aquellas en las que se aprovechó la oportunidad de incorporar este aspecto en el programa y fases de implantación de la Historia Clínica Digital en sus sistemas de información sanitaria, hoy reconocidas por el Programa de Buenas Prácticas del SNS¹, introduciendo los cambios precisos y especificaciones necesarias para poder extraer los Indicadores Comunes del SNS eliminando duplicados automáticamente por el NIP.

CONCLUSIÓN:

En 2015, no se puede contar con la certeza de haber eliminado, para el conjunto del SNS, cualquier duplicado entre casos detectados en AP y AE o sus urgencias, por lo que estos datos acumulados podrían estar todavía sobreestimando el registro de casos.

Por otra parte, sigue siendo necesario tener en cuenta la **diversidad de los sistemas de información que subyacen** a efectos comparativos y de agregación para el conjunto del SNS, tanto para el cálculo de tasas, como los

1 <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/CatalogoBBPP.htm>

que aportan aspectos cualitativos respecto a los casos detectados (grupos de edad, nacionalidad, situación laboral, situación de embarazo, etc).

Durante 2015 y 2016, el grupo de trabajo Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica de la VG, dependiente de esta Comisión, ha seguido trabajando en la mejora de estos aspectos, constatando la unificación de criterios de recogida como la **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 y la Estrategia Nacional de Erradicación de la Violencia de Género 2013-2016.

Finalmente, en 2016, con el apoyo técnico del personal de la Subdirección General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se ha procedido a convertir a formato **cuestionario online**, los formularios normalizados en formato word, que hasta este año cada CCAA remitía con sus indicadores anuales.

Principales aspectos. Datos 2015

1- Cobertura

Desde el punto de vista poblacional **16 CCAA más las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla** (Ingesa) han remitido datos correspondientes a 2015 con la excepción de Cataluña. Esto supone un **84% de cobertura poblacional** (referido a la población de mujeres mayores de 14 años), lo que resulta levemente inferior a la cobertura alcanzada en el año 2014. Este año se produce un **leve descenso de la cobertura poblacional a partir de datos de la HC** (71,2%) respecto a la del año 2014 (75,3%), probablemente atribuible a la ausencia de declaración en el 2015 por parte de Cataluña. **Los datos obtenidos desde los partes de lesiones** exclusivamente cubren el 28,8% poblacional, lo que supone un **leve ascenso** respecto al año anterior. **Aumenta la cobertura para CCAA que aportan datos de ambas fuentes** que pasa del 23,7% en el 2014 al 28,4% de la población de mujeres de las edades objeto de estudio en el 2015.

2- Magnitud del problema²

Viene indicada por la recogida de los indicadores I1-I3-I4 que incluyen los **casos detectados totales y por ámbito asistencial**.

Con respecto al año 2014 se aprecia un **descenso del número de casos recogidos mediante la Historia Clínica (HC)** pasando de 13637 en el 2014 a **10484** en el 2015 lo que supone una variación del **-23,1%**. La mayor parte, 8042 se identificaron en AP con un descenso de un -11,9%, en tanto que en AE se detectaron 2422, un -45,9% menos que el año anterior. El mayor incremento se produjo en la Comunidad Valenciana (162,5%), seguido por Cantabria (97,7%) y el mayor descenso en Murcia (-35,5%), seguido por País Vasco (-13,3%). Sin embargo es necesario tener en cuenta que:

- Respecto al año 2015 la Comunidad de Cataluña ha dejado de declarar, lo que supone una población de 3279348 mujeres de 14 o más años (16% de nuestra población a estudio) en las declaraciones de HC, sin embargo la Comunidad de Baleares ha comenzado a declarar por primera vez en este año datos correspondientes al 2015 (tanto mediante HC como PL) lo que supone un total de 476725 mujeres de 14 o más años (2,3% de nuestra población a estudio).

Si excluyésemos a las comunidades de Baleares y Cataluña para el cómputo de la variación relativa obtendríamos que el número de casos declarados en el 2015 mediante HC ha pasado de 9306 en el 2014 a 10141 en el 2015 y por lo tanto **aumentado un 9,0** (del 7,3% para AP y de 14,5% para AE con respecto al año anterior).

Por **Parte de Lesiones (PL)** se han identificado un total de **10345** casos de mujeres maltratadas, lo que supone un aumento, respecto al 2014 en que se registraron **9307**, del 11,2%. El mayor incremento se produjo en Andalucía con un 24,7%, seguido por Melilla con un 21,8 y el mayor descenso en Asturias con -38,6%.

Independientemente de este hecho hay que tener en cuenta que este año declaran por primera vez mediante PL la comunidad de Baleares y no declara mediante PL Canarias. Si excluyésemos estas comunidades del cómputo de la variación entre los años 2014 y 2015 el resultado sería de un incremento del 25,1% en las declaraciones mediante PL con respecto al año anterior.

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

La mayor parte, 8391 se identificaron en AP con un ascenso de 0,1% en tanto que en AE se detectaron 1954, un 110,6%, más que el año anterior. Si excluyésemos las comunidades de Baleares y Canarias el cómputo de la variación el resultado sería de un incremento del 13,3% para AP y de 137,7% para AE con respecto al año anterior.

En conjunto y de acuerdo con los criterios establecidos el SNS ha detectado en 2015 una cifra de 16598 mujeres que han declarado por primera vez –ante un profesional sanitario- sufrir maltrato comparado con 18639 mujeres en el 2014 lo que supone **una reducción de -11,0%**. De ellas **13048 han sido detectadas como caso en Atención Primaria** comparado con 13765 en el 2014 lo que supone una variación del -5,2% y **3550 en Atención Especializada** comparado con 4874 en el 2014 lo que supone una variación del -27,2%.

Sin embargo hay que tener en cuenta que la Comunidad de Baleares ha declarado por primera vez en el 2015 y la Comunidad de Cataluña declaró en el 2014 pero no en el 2015. Si excluyésemos estas dos CCAA del cómputo global la variación total de mujeres que han declarado por primera vez –ante un profesional sanitario- sufrir maltrato según los criterios establecidos el SNS habría sufrido un **incremento del 13.6%** (7,5% en AP y 42,6% en AE).

Aunque en este sentido también es necesario considerar que en Andalucía entre 2013-2014 el número de casos detectados descendió en un -45,3% y entre el 2014-2015 ha aumentado en un 24,7%, dado el peso poblacional que representa la CA de Andalucía dicho aumento es probable que haya tenido un impacto apreciable en el cómputo global, respecto al aumento en el nº casos detectados y registrados, a pesar de que este año Cataluña no ha podido proporcionar datos.

CONCLUSIÓN:

En 2015 los datos recogidos se refieren al 84% de cobertura poblacional, es decir, referido a población de mujeres mayores de 14 años, siendo levemente inferior a la cobertura alcanzada en el año 2014, habiéndose detectado un total de 16598 casos (13048 en AP).

Sigue siendo mayor la cobertura poblacional de datos recogidos a partir de la Historia Clínica (71,2%) que a partir del Parte de Lesiones (57,2%). Aumenta, no obstante, la cobertura de datos recogidos en CCAA que utilizan ambas fuentes (HC y PL) a un 28,4%.

No obstante, el hecho de que cualquier Comunidad Autónoma no pueda ofrecer sus datos anuales por algún motivo (Cataluña 2015, Baleares 2014), que cambie de un año a otro la fuente de recogida de datos (Canarias 2014-2015), o que aun manteniendo la misma fuente de datos y declarando todos los años, presente variaciones muy grandes en el nº de casos comunicados por ajustes metodológicos en la recogida de los mismos (Andalucía 2014 y 2015, partes de lesiones), produce distorsiones importantes en la obtención del dato agregado para el conjunto del SNS respecto a la magnitud del problema que se está detectando y atendiendo desde los servicios sanitarios, así como en las correspondientes series temporales que nos informan sobre la evolución y tendencia de la misma, para poder llegar a tener datos fiables de incidencia anual y poder establecer el dato de prevalencia en el SNS.

3. Características del maltrato

Indicador 5. Tipo de maltrato.

La información mayoritariamente se obtiene del ámbito de AP. El tipo de maltrato más frecuente cuando la fuente es PL es el **físico**, llegando al 81,0% en AP y al 85,3% en AE.

Cuando la fuente es **HC y AP el maltrato físico y psicológico son** más parecidos **en magnitud** con un 36,3% y un 38,2 respectivamente, aunque en esta fuente se objetiva un 36,0% de casos donde “no consta” recogido el tipo de maltrato.

El **maltrato sexual sigue siendo el menos declarado** con porcentajes más altos en AE (10,2% según datos de PL y 13,9% de HC).

Indicador 6. Duración del maltrato.

Cuando se trata del PL, este indicador es el de menor cobertura y calidad. Únicamente 6 CCAA presentan datos y en 3 de ellas los “no consta” supo-

nen la totalidad de los casos, por lo que sus datos se han excluido para el cómputo global (*Tabla 4*). De las restantes los “no consta” suponen el 17,4% para AP y el 58,3% para AE

Los datos obtenidos de **10 CCAA** que aportan información de este indicador desde la **HC en el ámbito de AP** señalan que **el 41,6% de las mujeres habrían sido detectadas por el sistema antes del año de duración del maltrato**. Este dato, obtenido de la información de 10 CCAA como en 2014, sigue estando sesgado por el mayor peso relativo de una de ellas que aporta el 37,5% de los casos con información de este indicador y cuyos casos detectados han sido casi en su totalidad de duración inferior al año.

Indicador 7. Relación de la mujer maltratada con el agresor.

Los datos recogidos focalizan **abrumadoramente a la pareja actual como agresor principal**. Esto es **más evidente en las declaraciones realizadas mediante Parte de Lesiones (PL)** que mediante **Historia Clínica (HC)**, lo que podría deberse al **importante número de casos declarados en los que “no consta” este dato en esta última fuente de datos** (55,7% para AP y 15,1% para AE) (*Tabla 5*)

La importancia de la expareja es también destacable ya que en el caso de los PL supone un 14,5% y un 19,1% para AP y AE respectivamente y en el caso de la HC un 19,3% y un 22,8% respectivamente.

La importancia de **otro tipo de agresores** –de entorno familiar o fuera de él- **es muy pequeña**, de todas formas es recomendable valorar si el propio sistema de información y/o los protocolos que subyazcan a él, puedan condicionar este dato más bajo.

Las cifras de **“no constan” siguen siendo elevadas**, en las declaraciones recogidas mediante PL, encontrándose en el año 2015 en magnitudes del 6,3 al 39,2%. En lo que se refiere a las declaraciones desde HC los porcentajes se encuentran en magnitudes entre el 15,1 y el 55,7%.

4. Características de las mujeres maltratadas

Indicador 8. Edad de las mujeres.

Al igual que el año pasado **sigue destacando el maltrato en mujeres jóvenes entre 25 y 44 años** (*Tabla 6*). En esos grupos de edad se concentran entre el 54,8% y el 59,8% de los casos en la información recogida mediante PL y entre el 49,0% y el 55,3% de los casos en la información recogida mediante HC.

Indicador 9. Nacionalidad de las mujeres.

Todas las Comunidades declaran país de nacionalidad excepto una que utiliza país de nacimiento (C. Valenciana). De todas formas los datos de dicha Comunidad se han incluido en el análisis asumiendo la posibilidad de que exista una pequeña discrepancia.

Al igual que en 2014, en **números absolutos las mujeres son mayoritariamente españolas** recogiéndose levemente **más casos por PL que por HC. En AP la magnitud sigue siendo notablemente más elevada que en AE** en ambas fuentes **y al igual que en años anteriores las tasas son muy superiores en mujeres de la inmigración económica.**

Las tasas más elevadas en AP cuando la información la proporciona el PL, se encuentran en mujeres de nacionalidad de países andinos (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú) seguidas por las mujeres de nacionalidad marroquí al igual que en año 2014. Cuando la información procede de HC, para ambos niveles las tasas en mujeres andinas siguen ocupando el primer lugar, en este caso para ambos niveles asistenciales (AP y AE) seguidas por las de nacionalidad marroquí al igual que en el 2014.

En cuanto a las mujeres cuya nacionalidad es de **países desarrollados, las tasas son superiores a las de nacionalidad española para ambos niveles de PL y AP de HC.**

Indicador 10. Situación laboral.

Destaca un **descenso importante del porcentaje de casos declarados como “no consta”** con respecto al 2014 lo que puede sugerir una mejora de la calidad de la declaración. Cuando la información proviene de la Historia Clínica ha descendido del 57,3% para AP y 75,1% para AE en el 2014 al 29,2% para AP y 8,4% para AE en el 2015 (*Tabla 8*). Como ya se apuntaba en años anteriores este indicador debería valorarse conjuntamente con la edad.

En la información proveniente del **PL en AP y AE**, y al contrario que en el año 2014, las mujeres detectadas como caso de VG que **trabajan exclusivamente en su hogar, son ligeramente más numerosas que las mujeres que declaran trabajar fuera del hogar.**

En lo que se refiere a los datos aportados **desde HC, en AP las que trabajan fuera del hogar son más numerosas** que las que declaran trabajar exclusivamente en su hogar. Sin embargo en **AE, el porcentaje de casos VG de mujeres que trabajan exclusivamente en su hogar, es levemente superior** (*Tabla 8*).

Indicador 11. Maltrato en embarazadas.

Dado que con respecto al año 2013 Cataluña ha dejado de declarar y Baleares declara por primera vez, no es fiable estimar el porcentaje de cambio para cada uno de los sistemas de declaración entre los años 2014 y 2015. En lo que se refiere a las tasas (por 100.000 nacidos vivos) han pasado en PL (en AP y AE respectivamente) del 144,0 y 60,7 en 2014 al 139,7 y 17,9 en el 2015. En lo que se refiere a la HC han pasado del 160,9 y 32,9 al 163,0 y 57,4 para AP y AE respectivamente.

Aspectos de mejora para años sucesivos

- En lo que se refiere al Indicador 9 (Nacionalidad) resulta recomendable homogeneizar la recogida de datos (nacionalidad versus país de nacimiento).
- Es llamativa la discrepancia en algunas CCAA entre los datos declarados en AP y AE objetivándose un importante desequilibrio entre los dos ámbitos asistenciales.
- Es necesario seguir trabajando en la mejora del sistema de recogida de datos en el aspecto de **control de duplicados**. Dicho control todavía no es total sobre todo entre ámbitos asistenciales (AP y AE) o bien dentro de un mismo ámbito. Sin la garantía de que los datos no estén perfectamente depurados en esta cuestión no podemos garantizar que las conclusiones sean fiables. A continuación se detallan algunos aspectos:
 - Cuando la información proviene del Parte de Lesiones no se realiza control de duplicados en las CCAA de:
 - Andalucía, Baleares y Murcia.
 - Castilla-La Mancha realiza control de duplicados en los dos niveles asistenciales pero no entre ellos.
 - Cuando la información proviene de la Historia Clínica:
 - Castilla y León realiza el control de duplicados únicamente entre casos de AP.
 - Canarias, Castilla-La Mancha, Murcia y Navarra no lo realizan entre los niveles asistenciales de AP y AE
- Para el año 2016 se proseguirá intentando recabar información sobre casos de violencia de género en menores y la identificación de hijas e hijos dependientes de mujeres que sean detectados como caso de violencia de género en los servicios sanitarios. Adicionalmente, de detectarse el caso de una hija o hijo de mujer maltratada es fundamental la coordinación con Pediatría para identificar el caso en la madre. En lo que se refiere a la detección en menores, actualmente se considera en general que al cumplir los 14 años se pasa de la edad pediátrica a la adulta, y por tanto son los 14 años cumplidos el límite en el que empezamos ya hablar de caso de violencia de género como “mujer mayor de 14 años”. Si es menor de 14 años, se le considera como menor que sufre maltrato, y ese maltrato puede ser ejercido también por su pareja o expareja sentimental (acoso, control móvil, etc.) ya que la definición de violencia de género en el Protocolo Común Sanitario contempla todas las formas que pueden llegar a ser atendidas en los servicios de salud, no sólo la de pareja o expareja, pudiendo ser el presunto maltratador otro miembro de la familia (hijo, tío, padre, otra persona no del entorno familiar o desconocida, entorno laboral, etc.).

Conclusiones

- Se han obtenidos datos de casos detectados de Violencia de Género en el conjunto de servicios de salud de todas las CCAA, excepto de Cataluña.
- No ha aumentado la utilización de la historia clínica (HC) como fuente de datos lo que implicaría una mejor calidad de los mismos, ya que nuestro objetivo es prevenir y detectar precozmente el problema y la herramienta de trabajo para los equipos de profesionales en el ámbito sanitario para seguir los procesos de salud-enfermedad es la HC.
- Se ha observado en el conjunto del SNS, en el 2015, un ligero ascenso en la magnitud del problema (11,9%) con respecto al año anterior, excluyendo para el cálculo de tendencias a las CCAA de Cataluña y Baleares por las causas antes expuestas.
- El resto de características que se detectan a través de los indicadores siguen siendo similares al año anterior:
 - * Mayor afectación de las mujeres jóvenes aunque la vulnerabilidad está presente en todas las edades.
 - * Gran afectación de las mujeres de países de inmigración económica (tasas más altas)
 - * El perpetrador fundamental del maltrato sigue evidenciándose como el compañero íntimo, actual o pasado.
 - * La combinación del maltrato psíquico y físico junto con la baja detección del sexual.
 - * Aunque sigue habiendo una baja cobertura en la mayoría de los indicadores, con unos porcentajes de “no consta” muy elevados, ha mejorado con respecto al año 2014.
 - * Adicionalmente Indicadores como “duración del maltrato” y “situación laboral” siguen presentando baja cobertura y calidad. Dada su importancia, merecerían una atención especial y se recomendaría realizar un intercambio de experiencias y buenas prácticas entre las distintas CCAA para su mejora.
 - * Algunas Comunidades siguen sin poder realizar un control de posibles casos duplicados entre las dos fuentes de información (HC y PL) y ámbitos asistenciales (AP-AE). Es necesario completar este proceso para garantizar la fiabilidad de la información.
 - * Es necesario seguir mejorando, en el conjunto del SNS, los aspectos de coordinación y colaboración dentro de los sistemas de información sanitaria entre Historia Clínica y Partes de Lesiones emitidos al juzgado, mejorando su cumplimentación.
 - * Se sigue considerando necesario e imprescindible para seguir con estos avances, apoyar la continuidad de los procesos formativos que se están llevando a cabo en los servicios de salud de las

CCAA (presenciales, semi-presenciales o modalidad on-line) con especial énfasis en la capacitación para el manejo de las correspondientes aplicaciones informáticas que incorporan el Protocolo Común del SNS y poder realizar un mejor seguimiento tanto de los signos y síntomas de sospecha observados, como de los casos confirmados a través de su registro en la Historia Clínica.

La formación debe incidir en la gran importancia que tiene la correcta cumplimentación de los partes de lesiones que se deriven de dicha actuación.

- * La identificación y recogida de Buenas Prácticas en el SNS de forma periódica y compartida en cursos-talleres para el conjunto de responsables de la formación en CCAA, se considera un elemento favorable para este aprendizaje mutuo que mejore la recogida de datos.

Propuestas operativas

El grupo de trabajo de Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica VG de esta Comisión, propone la toma en consideración de las siguientes acciones estratégicas de carácter prioritario, para seguir avanzando en la mejor de datos relativos a los casos detectados y registrados desde los servicios sanitarios:

1. Incorporar en los **sistemas de información sanitaria** las variables necesarias para recoger desde **Historia Clínica (HC)** los datos de casos detectados desde el SNS. Considerar el Parte de Lesiones (PL) no como fuente principal de datos, sino como fuente complementaria que aporta información para delimitar mejor las características de los casos detectados a través de historia clínica.
2. Establecer el **control de duplicados completo**, no sólo dentro de cada ámbito asistencial (atención primaria o en hospitalaria) sino también entre ambos ámbitos asistenciales y con sus respectivos servicios de urgencia, utilizando como elemento clave el **Código de Identificación de paciente**.
3. Los objetivos enumerados anteriormente, serán aplicables en relación a la detección y seguimiento en salud de los **hijos e hijas de las mujeres detectadas como caso VG. La Historia Clínica** es la fuente de datos básica en el servicio sanitario, y desde Pediatría deberá tener la posibilidad de registrar también la sospecha o confirmación de este hecho en los hijos e hijas de estas mujeres, los que dependen de ellas por ser menores de edad o por convivir con su madre en el mismo hogar, con especial atención en las niñas a punto de cambiar su cobertura de pediatría a medicina de familia (mayores de de 14 años), como mujeres con mayor factor de riesgo debido a la transmisión intergeneracional de la VG (documentado por la evidencia científica).

En este sentido, se realizan las siguientes **recomendaciones**:

- **Propiciar el encuentro de trabajo**, tanto en el MSSSI como en cada CA, entre las personas que institucionalmente representan a cada CA en este grupo técnico de la Comisión VG del CISNS y los **responsables de la gestión de los sistemas de información sanitaria** en su CA, así como en el MSSSI los encuentros oportunos con la Subdirección de Información Sanitaria.
- Elaborar un **calendario de trabajo** a desarrollar desde el primer semestre de 2017 para avanzar en los dos primeros objetivos y mejorar de la recogida de datos en 2017, que deberá quedar plasmado en un documento final que recoja la ruta a seguir para los próximos años.
- Todas estos avances se realizarán **partiendo** de los **consensos establecidos en este Grupo técnico y aprobados por la Comisión VG desde 2008** relativos a los códigos (CIAP; CIE-9-MC) que categorizan los datos recogidos hasta ahora, desarrollando la correspondiente tabla de equivalencias CIE-9-MC a CIE-10, para los casos de violencia de género detectados en los servicios sanitarios.
- Contar con la colaboración formativa que puedan ofrecer las CCAA y los equipos responsables de las **Buenas Prácticas (BBPP)** relacionadas con estos temas de sistemas de información e historia clínica en casos de violencia de género, que ya tienen el sello del Consejo Interterritorial del SNS y que se encuentran en el catálogo de BBPP del SNS, cuyas fichas y memorias están disponibles a través de la página web del MSSSI.

Tabla 1: Cobertura poblacional y de indicadores por fuente de información y nivel de asistencia sanitaria.													
CC.AA.	FUENTE DE INFORMACIÓN		MUJERES DE 14 A MÁS DE 85 AÑOS		INDICADORES INFORMADOS								
	Parte de lesiones	Historia clínica	Población	%	AP (10)	AE (10)	TOTAL (20)	AP (11)	AE (11)	TOTAL (22)	AP (11)	AE (11)	TOTAL (22)
ANDALUCÍA	SI	NO	3.633.249	21,0	8	4	12						
ARAGÓN	NO	SI	580.988	3,4				9	8			8	17
ASTURIAS	SI	SI	496.602	2,9	7	7	14	8	8			8	16
BALEARES	SI	SI	476.725	2,8	0	5	5	5	5			5	10
CANARIAS	NO	SI	922.027	5,3				10	9			9	19
CANTABRIA	SI	SI	264.108	1,5	10	10	20	11	10			10	21
CASTILLA Y LEÓN	NO	SI	1.117.161	6,5				10	4			4	14
CASTILLA-LA MANCHA	SI	SI	882.610	5,1	8	10	18	11	10			10	21
CATALUÑA	ND	ND		0,0									
COM VALENCIANA	SI	SI	2.177.374	12,6	9	9	18	11	11			11	22
EXTREMADURA	NO	SI	481.375	2,8				11	11			11	22
GALICIA	SI	NO	1.267.735	7,3	9	9	18						
MADRID	NO	SI	2.887.511	16,7				9	7			9	16

MURCIA	SI	SI	613.746	3,6	MURCIA	6	3	9	11	11	22
NAVARRA	NO	SI	276.637	1,6	NAVARRA				6	6	12
PAÍS VASCO	NO	SI	983.857	5,7	PAÍS VASCO				10	5	15
LA RIOJA	NO	SI	138.753	0,8	LA RIOJA				10	10	20
CEUTA	SI	NO	33.330	0,2	CEUTA	10	10	20			
MELILLA	SI	NO	32.939	0,2	MELILLA	8	8	16			
TOTAL	10	14	17.266.727	100,0	TOTAL PL	75	75	150			
					%	75,0	75,0	75,0			
					TOTAL HC				132	115	247
					%				85,7	74,7	80,2
CC.AA. DECLARAN LOS DOS	6		4.911.165	28,4	TOTAL	110	110	220	143	143	286
CC.AA. DECLARAN PL	10		9.878.418	57,2							
CCAA DECLARAN SÓLO PL	4		4.967.253	28,8							
CC.AA. DECLARAN HC	14		12.299.474	71,2							
CC.AA. DECLARAN SÓLO HC	8		7.388.309	42,8							
TOTAL DECLARAN EN ESPAÑA	18		17.266.727	100,0							
ND: No declarado.											

Tabla 2: Magnitud del problema. casos y tasas por 100.000 mujeres por niveles de asistencia sanitaria y fuentes de información (indicadores 1, 3, 4)

	PARTE DE LESIONES 2015				HISTORIA CLÍNICA 2015				POBLACIÓN 2015
	N		TASAS 100.000		N		TASAS 100.000		
	AP	AE	AP	AE	AP	AE	AP	AE	
CC.AA.									
ANDALUCÍA	3.934	922	108,3	25,4					3.633.249
GALICIA	976	123	77,0	9,7					1.267.735
CEUTA	12	41	36,0	123,0					33.330
MELILLA	84	22*	255,0	66,8					32.939
TOTAL = 4	5.006	1.108	100,8	22,3					4.967.253
ARAGÓN					66	476	11,4	81,9	580.988
CANARIAS					1.341	148	145,4	16,1	922.027
CASTILLA Y LEÓN					594	272	53,2	24,3	1.117.161
EXTREMADURA					33	7	6,9	1,5	481.375
MADRID					2.386	12	82,6	0,4	2.887.511
NAVARRA					345	8	124,7	2,9	276.637
PAÍS VASCO					375	386	38,1	39,2	983.857
LA RIOJA					82	39	59,1	28,1	138.753
TOTAL = 8					5.222	1.348	521,4	194,4	7.388.309
ASTURIAS	163	88	32,8	17,7	413	329	83,2	66,3	496.602
BALEARES		112		23,5	326	17	68,4	3,6	476.725
CANTABRIA	42	146	15,9	55,3	66	108	25,0	40,9	264.108
CASTILLA-LA MANCHA	1.045	69	118,4	7,8	1.046	69	118,5	7,8	882.610
COMUNIDAD VALENCIANA	1.551	118	71,2	5,4	905	61	41,6	2,8	2.177.374
MURCIA	584	313	95,2	51,0	64	510	10,4	83,1	613.746
TOTAL = 6	3.385	846	76,3*	17,2	2.820	1094	57,4	22,3	4.911.165
CATALUÑA	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	3.279.348
TOTAL N CONTABILIZADO									17.266.727
TOTAL PL	8.391	1.954	89,2*	19,8					9.878.418
TOTAL HC					8.042	2.442	65,4	19,9	12.299.474

*Sin incluir la población de Baleares.

Tabla 3: Tipo de maltrato (indicador 5).

PARTE DE LESIONES 2015				
AP TOTAL CC.AA. = 9 (n = 8.391)				
TIPO	PSICOLÓGICO	SEXUAL	FÍSICO	NO CONSTA
N	3.812	166	6.795	1.464
TOTAL %	45,4	2,0	81,0	17,4
MEDIANA %	41,0	2,0	88,2	
Sin datos de Baleares para AP.				
HISTORIA CLÍNICA 2015				
AP TOTAL CCAA=13 (n = 7.716)				
TIPO	PSICOLÓGICO	SEXUAL	FÍSICO	NO CONSTA
N	2947	269	2798	2780
TOTAL %	38,2	3,5	36,3	36,0
MEDIANA %	45,0	3,7	73,1	
Sin datos de Baleares para AP.				
AE TOTAL CC.AA. = 7 (n = 607)				
TIPO	PSICOLÓGICO	SEXUAL	FÍSICO	NO CONSTA
N	202	62	518	3
TOTAL %	33,3	10,2	85,3	0,5
MEDIANA %	28,1	2,5	83,3	
Sin datos de Andalucía, Baleares y Murcia para AE.				
AE TOTAL CC.AA. = 12 (n = 2.153)				
TIPO	PSICOLÓGICO	SEXUAL	FÍSICO	NO CONSTA
N	810	300	1247	846
TOTAL %	37,6	13,9	57,9	39,3
MEDIANA %	28,6	11,7	69,6	
Sin datos de Baleares y Castilla y León para AE				

Tabla 4: Duración Del Maltrato (Indicador 6)

PL 2015							
AP DURACIÓN DEL MALTRATO %							
	<1 AÑO	1-4	5-9	≥10	NC	TOTAL %	TOTAL N
%	17,4	60,1	2,9	2,2	17,4	100,0	138

Datos de Cantabria, Ceuta y Melilla para AP (Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Murcia se han excluido porque todos eran NC o no presentaban datos).

AP DURACIÓN DEL MALTRATO %							
	<1 AÑO	1-4	5-9	≥10	NC	TOTAL %	TOTAL N
%	21,2	13,7	3,2	3,6	58,3	100,0	278

Datos de Cantabria, Castilla-La Mancha, Ceuta y Melilla para AE (Comunidad Valenciana y Murcia se han excluido porque todos eran NC).

HC 2015							
AP DURACIÓN DEL MALTRATO %							
	<1 AÑO	1-4	5-9	≥10	NC	TOTAL %	TOTAL N
%	41,6	6,9	2,8	4,1	44,6	100,0	6.364

Datos de Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, País Vasco, La Rioja

AP DURACIÓN DEL MALTRATO %							
	<1 AÑO	1-4	5-9	≥10	NC	TOTAL %	TOTAL N
%	21,3	18,7	8,0	13,7	38,3	100,0	686

Datos de Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia y La Rioja. (Aragón, Canarias, Cantabria y Madrid se han excluido porque todos eran NC)

Tabla 5. Agresores. (Indicador 7)							
PL 2015							
AP							
	COMPAÑERO ÍNTIMO ACTUAL	EXCOMPAÑERO ÍNTIMO	PADRE, PADRASTRO, PAREJA MADRE	HERMANO U OTRO HOMBRE FAM.	HOMBRE NO FAM.	NC	TOTAL N
%	41,6	14,5	0,9	2,1	2,1	39,2	100,4
MEDIANA %	61,5	17,5					
Datos de Andalucía, Asturias, Cantabria, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia, Ceuta, Melilla.							
AE							
	COMPAÑERO ÍNTIMO ACTUAL	EXCOMPAÑERO ÍNTIMO	PADRE, PADRASTRO, PAREJA MADRE	HERMANO U OTRO HOMBRE FAM.	HOMBRE NO FAM.	NC	TOTAL N
%	59,1	19,1	1,8	2,3	11,4	6,3	100,0
MEDIANA %	59,1	20,3					
Datos de Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Ceuta y Melilla. (Se han excluido datos de Murcia por ser todos NC).							

HC 2015							
AP							
	COMPAÑERO ÍNTIMO ACTUAL	EXCOMPAÑERO ÍNTIMO	PADRE, PADRASTRO, PAREJA MADRE	HERMANO U OTRO HOMBRE FAM.	HOMBRE NO FAM.	NC	TOTAL N
%	23,4	19,3	0,9	1,2	0,2	55,7	100,6
MEDIANA %	63,2	15,5					
Datos de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad de Valencia, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja. (Excluidos datos de Canarias por NC).							
AE							
	COMPAÑERO ÍNTIMO ACTUAL	EXCOMPAÑERO ÍNTIMO	PADRE, PADRASTRO, PAREJA MADRE	HERMANO U OTRO HOMBRE FAM.	HOMBRE NO FAM.	NC	TOTAL N
%	54,4	22,8	2,5	2,8	3,1	15,1	100,8
MEDIANA %	62,2	21,2					
Datos de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Valencia, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra, La Rioja. (Se han excluido datos de Canarias y Castilla y León por ser todos NC).							

Tabla 6. (Indicador 8A, 8B). Grupos De Edad.

		PL 2015													
		14-19	20-24	25-29	30-34	34-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	≥70	NC	TOTAL ≥
		NÚMERO DE MUJERES													
AP		432	846	1.042	1.210	1.286	1.062	792	470	291	128	117	160	555	8.391
AE		117	203	246	283	246	207	132	87	43	22	23	27	5	1.641
		%													
AP		5,1	10,1	12,4	14,4	15,3	12,7	9,4	5,6	3,5	1,5	1,4	1,9	6,6	100,0
AE		7,1	12,4	15,0	17,2	15,0	12,6	8,0	5,3	2,6	1,3	1,4	1,6	0,3	100,0
		TASAS													
AP		71,9	153,9	168,5	160,8	145,5	123,2	94,2	59,9	42,0	21,8	20,7	9,6		89,2
AE		20,0	37,7	40,3	38,1	28,2	24,3	16,0	11,2	6,3	3,8	4,1	1,6		17,7
POBLACIÓN DECLARADA AP		600.930	549.866	618.456	752.608	883.693	862.201	840.585	784.532	692.931	585.969	566.444	1.663.479		9.401.694
POBLACIÓN DECLARADA AE		584.936	538.767	610.924	743.011	871.309	850.506	827.060	773.948	684.796	580.100	559.867	1.639.448		9.264.672
Datos de AP aportados por Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia, Ceuta y Melilla. Datos de AE aportados por Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Ceuta y Melilla.															

HC 2015														
N	14-19	20-24	25-29	30-34	34-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	≥70	NC	TOTAL ≥
NÚMERO DE MUJERES														
AP	400	687	835	999	1105	1003	793	581	386	265	273	541	174	8043
AE	149	251	261	330	340	270	218	142	79	54	33	42	1	2170
%														
AP	5,0	8,5	10,4	12,4	13,7	12,5	9,9	7,2	4,8	3,3	3,4	6,7	2,2	100,0
AE	6,9	11,6	12,0	15,2	15,7	12,4	10,0	6,5	3,6	2,5	1,5	1,9	0,0	100,0
TASAS														
AP	53,5	101,3	104,6	102,1	95,1	87,3	71,8	56,0	42,2	34,1	36,8	24,5		65,4
AE	22,2	41,4	36,7	37,6	32,5	26,2	22,0	15,2	9,5	7,5	4,8	2,0		19,3
POBLACIÓN DECLARADA AP	746.996	678.489	798.173	978.670	1.161.984	1.149.001	1.103.821	1.037.787	914.050	776.696	741.289	2.212.518		12.299.474
POBLACIÓN DECLARADA AE	671.307	606.561	711.717	877.743	1.045.724	1.030.766	989.169	935.374	835.224	717.579	688.994	2.123.856		11.234.014
Datos de AP aportados por Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja. De las anteriores para AE se excluye a Castilla y León por ser todos sus datos no consta.														

Tabla 7. Nacionalidad (Indicador 9, 9A, 9B)

PL 2015									
	ESPAÑOLAS	TOTAL INMIGRACIÓN ECONÓMICA	RUMANAS	ANDINAS	MARROQUÍES	OTROS PAÍSES INMIGRACION ECONÓMICA	OTROS PAÍSES DESARROLLADOS	NC	TOTAL
NÚMERO MUJERES									
AP	5.677	1.864	381	442	433	608	431	757	8.729
AE	436	169	23	58	30	58	47	72	724
PORCENTAJE %									
TOTAL	65,0	21,4	4,4	5,1	5,0	7,0	4,9	8,7	100,0
	AE	60,2	3,2	8,0	4,1	8,0	6,5	9,9	100,0
MEDIANA%	AP	71,3					1,8	3,6	
	AE	65,0					1,9	7,9	
TASAS POR 100.000									
TOTAL	70,4	397,4	286,5	667,2	523,6	324,8	172,0		99,3
	AE	8,5	23,6	104,2	60,8	41,4	24,9		12,9
MEDIANA TASA	AP	55,2					77,1		
	AE	11,5					12,5		

POBLACIÓN > 14 DECLARADA AP	8.068.331	469.100	132.994	66.248	82.694	187.164	250.518	8.787.949
POBLACIÓN > 14 DECLARADA AE	5.099.693	342.698	974.68	55.669	49.328	140.234	189.031	5.631.423

Datos de AP aportados por Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Ceuta y Melilla (Se excluye Murcia por ser todos NC).
 Datos de AE aportados por Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Ceuta y Melilla (Se excluye Murcia por ser todos NC).

Tabla 7. Nacionalidad (Indicador 9, 9A, 9B)

		PL 2015								
		ESPAÑOLAS	TOTAL INMIGRACIÓN ECONÓMICA	RUMANAS	ANDINAS	MARROQUÍES	OTROS PAÍSES INMIGRACIÓN ECONÓMICA	OTROS PAÍSES DESARROLLADOS	NC	TOTAL
NÚMERO MUJERES										
AP		5.104	1.690	291	588	187	634	304	198	7.296
AE		1.121	398	85	107	61	145	35	222	1.776
PORCENTAJE %										
TOTAL	AP	70,0	23,2	3,9	8,1	2,6	8,7	4,2	2,7	100,0
	AE	63,1	22,4	4,8	6,0	3,4	8,2	2,0	12,5	100,0
MEDIANA %	AP	71,4	18,3					2,5	2,7	
	AE	59,4	14,9					1,1	12,8	

TASAS POR 100.000										
TOTAL	AP	49,8	204,9	122,1	390,9	200,3	180,8	89,4	67,4	
	AE	12,7	50,1	39,1	69,8	59,8	45,0	10,6	19,0	
MEDIANA TASA	AP	36,2	221,7					59,6		
	AE	12,6	31,4					14,4		
POBLACIÓN > 14 DECLARADA AP		10.244.521	824.664	230.178	150.415	93.379	350.692	339.906	12.233.755	
POBLACIÓN > 14 DECLARADA AE		8.795.163	794.971	217.555	153.382	101.990	322.044	331.685	10.716.790	

Datos de AP aportados por Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, País Vasco, La Rioja (Se excluye Murcia para el análisis por ser todos no consta). Datos de AE aportados por Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, La Rioja (Se excluye Castilla y León para el análisis por ser todos no consta). OJO: Valencia declara país de nacimiento.

Tabla 8. Situación Laboral (Indicador 10)

PL 2015					
TRABAJO REMUNERADO					
		SI	NO	NO CONTESTA	TOTAL CASOS
N					
	AP	1.281	1.784	551	3.614
	AE	99	141	257	497
%					
%	AP	35,4	49,3	15,2	100,0
	AE	19,9	28,4	51,7	100,0
MÁXIMO %	AP	39,8	59,8	90,6	
	AE	38,1	57,6	97,6	
MÍNIMO %	AP	4,7	4,7	4,3	
	AE	0	6,2	4,24	
MEDIANA %	AP	33,5	42,4	19,2	
	AE	27,5	28,8	60,9	

Datos de AP aportados por Cantabria, Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana y Galicia (Se excluyen datos de Ceuta y Murcia porque todos son NC).

Datos de AE aportados por Cantabria, Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia y Ceuta (Se excluyen datos de Murcia porque todos son NC).

HC 2015					
TRABAJO REMUNERADO					
		SI	NO	NO CONTESTA	TOTAL CASOS
N					
	AP	1.841	1.111	1.219	4.171
	AE	428	455	81	964
%					
%	AP	44,1	26,6	29,2	100,0
	AE	44,4	47,2	8,4	100,0
MÁXIMO %	AP	82,3	51,5	96,6	
	AE	77,7	71,4	60,9	
MÍNIMO %	AP	2,5	0,0	0,0	
	AE	0,0	11,6	0,0	
MEDIANA %	AP	35,9	31,6	33,3	
	AE	39,4	57,4	3,3	

Datos de AP aportados por Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia, País Vasco, La Rioja (Se excluye Madrid por declarar todos NC). De las anteriores no aporta datos de AE País Vasco (Se excluyen Castilla y León y Madrid por declarar todos NC).

Tabla 9. Maltrato en embarazadas (Indicador 11)

PL 2015						
CC.AA.		N EN EMBARAZADAS	%	TASA POR 100.000	N TOTALES	NACIDOS 2014
TOTALES	AP	263	3,2	139,7	8.228	188.260
	AE	19	2,3	17,9	832	106.065
MÁXIMO	AP		6,7	380,6		
	AE		10,1	166,4		
MÍNIMO	AP		0,0	0,0		
	AE		0,0	0,0		
MEDIANA	AP		2,2	51,7		
	AE		3,7	9,3		

Datos de AP aportados por Andalucía, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia, Ceuta y Melilla. De las anteriores no aporta datos de AE Andalucía.

HC 2015						
CC.AA.		N EN EMBARAZADAS	%	TASA POR 100.000	N TOTALES	NACIDOS 2014
TOTALES	AP	367	5,3	163,0	6.958	225.210
	AE	71	5,0	57,4	1.418	123.609
MÁXIMO	AP		5,9	439,1		
	AE		28,6	343,4		
MÍNIMO	AP		1,5	6,1		
	AE		0,0	0,0		
MEDIANA	AP		3,7	122,8		
	AE		2,0	21,9		

Datos de AP aportados por Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Murcia, País Vasco, La Rioja. De las anteriores no aporta datos de AE Castilla y León, Madrid y País Vasco.

1.2. Acciones formativas en materia de violencia de género realizadas en el sistema nacional de salud. Año 2015

Este apartado ha sido elaborado a partir de los datos facilitados por las CCAA para el año 2015. En el caso concreto de Canarias al igual que el año anterior, no se han realizado actividades de formación sanitaria en materia de Violencia de Género (VG). En la Ciudad Autónoma de Ceuta tampoco se ha realizado formación en esta materia durante 2015, en este caso se ha justificado por el reducido volumen de personal sanitario específicamente dedicado a este tema. Cataluña no ha podido facilitar los datos de 2015.

La información se ha organizado como en años anteriores, según estos grandes apartados:

- Datos agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Año 2015
- Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Año 2015
- Series históricas de evolución de los indicadores de formación de profesionales para el conjunto del SNS hasta 2015

Los apartados enumerados se desarrollan conforme a una estructura común descriptiva:

- Nº 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

Por otra parte, la presentación general de datos se refleja para cada ámbito asistencial: Atención **Primaria** (AP), Atención Hospitalaria **Especializada** (AE) y **Urgencias** (URG), figurando un cuarto grupo denominado genéricamente “**Otros**”, que hace referencia a aquellas actividades impartidas desde los servicios sanitarios incluyendo la participación conjunta de profesionales de los tres ámbitos asistenciales (AP, AE y URG), así como aquellas otras que además de profesionales de equipos sanitarios, incluyen profesionales de otros sectores implicados en la lucha contra la violencia de género (*medicina forense, cuerpos y fuerzas de seguridad, etc.*), para dada aprovechar mejor los recursos docentes dedicados para la formación en esta materia en el SNS.

Recordamos que el Grupo técnico de Formación, apoya con la recopilación de estos datos y su análisis, elaborando propuestas de acciones concretas a la Comisión VG del Consejo Interterritorial del SNS. Desde 2012 el análisis realizado se basa en los siguientes criterios comunes de clasificación,

que son una adaptación de los criterios comunes aprobados en 2008 por la Comisión³ a propuesta de este Grupo, una vez adaptados de manera práctica a la realidad de la actividad formativa de los últimos años:

* **FORMACIÓN BÁSICA:**

- **curso básico** (20-25 horas). Puede ser presencial o formato on-line o semi-presencial.
- **actividad de sensibilización** (10h o menos).
- **Otras** (actividades formativas del ámbito sanitario, no específicas de VG, pero que incluyen algún módulo o contenido en VG)

* **FORMACIÓN AVANZADA**, donde se incluyen *Jornadas Técnicas, Seminarios Formativos, Talleres, Sesiones Clínicas y Formación de formadoras/es avanzada*.

* **FORMACIÓN DE FORMADORES**, que en muchas CCAA facilita la formación en red para llegar a profesionales de más centros y servicios sanitarios.

FORMACIÓN INTERNO RESIDENTE (*MIR, EIR, PIR, etc.*) se añade como nueva categoría por separado, ya que cada eran más las CCAA que iban incorporando en los Programas Formativos de Especialidades en Ciencias de la Salud, **formación interno residente** (*MIR, EIR, etc.*), esta temática formativa sobre prevención y detección precoz de la VG desde los servicios sanitarios.

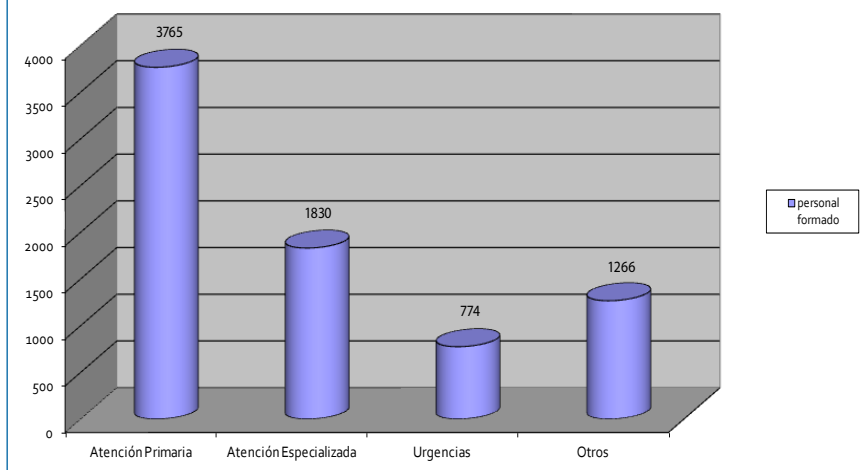
Finalmente, también con carácter general, y tal como establece la Ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, de forma transversal a todas las categorías anteriormente mencionadas, se ofrecen los **datos desagregados por sexo** respecto a **personal formado y perfiles profesionales**, tanto de **alumnado** como de **profesorado**, aunque algunas CCAA todavía siguen teniendo dificultades para obtenerlos con este nivel de desagregación.

1.2.1. Datos agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS). Año 2015. Formación en materia de violencia de género.

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud se han formado en el año 2015 en materia de violencia de género, un total de 7.809 profesionales que participaron en 379 actividades formativas en las que se impartieron un total de 3.283,75 horas lectivas. De todas estas actividades, fueron acreditadas en el conjunto del SNS un 70,71%, alcanzándose el mayor porcentaje de acreditación en el ámbito de urgencias (96,23%) y en atención especializada (82,35%).

³ Criterios comunes de calidad para la Formación de profesionales del Sistema Nacional de Salud en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/criteriosFormacion.htm>

Gráfico 1. Personal formado por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.

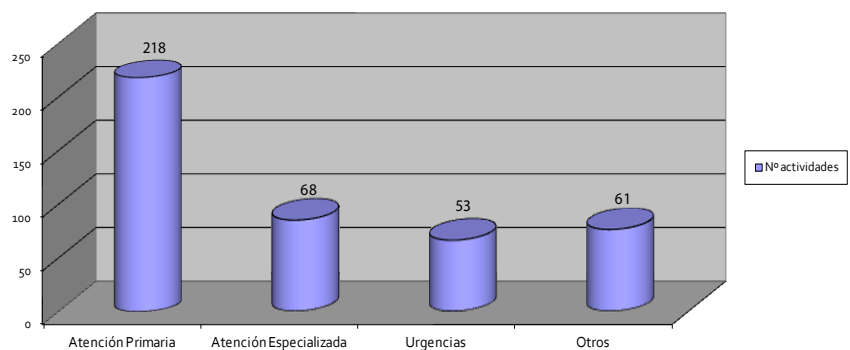


Análisis por ámbito asistencial

Durante 2015, el ámbito de **atención primaria (AP) sigue encabezando en número absoluto y en mayor porcentaje** con un **48%** sobre el total de **profesionales formados** en el SNS, seguido de atención especializada con un 23%. Respecto a 2014, el personal formado en el ámbito de urgencias sube 6 puntos porcentuales (de 4% al 10% en 2015), manteniéndose en un porcentaje estable (16%) el número de profesionales que se forman en actividades conjuntas de varios ámbitos asistenciales o con profesionales de otros sectores (ámbito “Otros”).

Respecto al N° de actividades formativas impartidas, es de nuevo AP quien predomina respecto al resto de ámbitos (218 actividades) que supone el 57,52% del total de acciones formativas en 2015, seguido a distancia por AE con 68 actividades (17,94%). Sube respecto a 2014 el n° de actividades formativas en el ámbito de Urgencias (de 34 a 53) disminuyendo las acciones formativas de tipo conjunto (de 67 a 61). A pesar de que Urgencias y “Otros” se sitúa en un 13,98% y 16,09% respectivamente sobre el total de actividades en 2015, Urgencias ha subido notablemente desde el 7,81% que suponía en 2014, mientras que las actividades conjuntas (Otros) ha bajado un poco (17% en 2014).

Gráfico 2. N° de actividades por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.

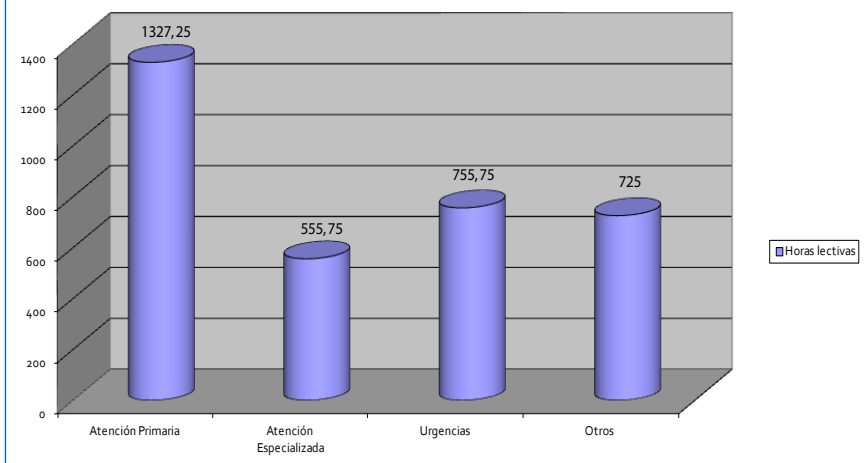


El ámbito OTROS se refiere a aquellas actividades formativas impartidas a profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales en su conjunto (AP, AE, y Urgencias) y aquellas otras que organizadas desde los servicios sanitarios cuentan también entre su alumnado con la participación de profesionales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

Respecto al **N° de horas lectivas impartidas**, en el año 2015, **sigue siendo AP la que más horas lectivas imparte en n° absoluto (1.327,25)** seguido de Urgencias (755,75) y Atención Especializada con 555,75. Respecto a 2014, ha crecido bastante el n° de horas lectivas impartidas en Urgencias, 755,75 (176 en 2014) así como las horas impartidas en formación conjunta de profesionales de diferentes ámbitos (“Otros” sube considerablemente también, de 156 en 2014 a 725 en 2015).

Este crecimiento de horas lectivas en Urgencias y en “Otros” respecto a 2014, al cruzar los datos con los tipos de actividad a los que corresponden dichas horas lectivas, contrasta con el **descenso de actividades de formación avanzada en AE (30 en 2014 frente a 3 en 2015)**, observando que **tanto el aumento de actividades como el de horas lectivas en Urgencias, se concentra en actividades de sensibilización y formación básica (25 en ambos casos en 2015 frente 5 y 6 en 2014)**. El número total de actividades de formación avanzada en 2014 fue de 36, 30, 22 y 20 respectivamente en AP, AE, Urgencias y Otros, mientras que en 2015 ha tomado los valores de 10, 3, 3 y 5.

Gráfico 3. N° Horas Lectivas por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.

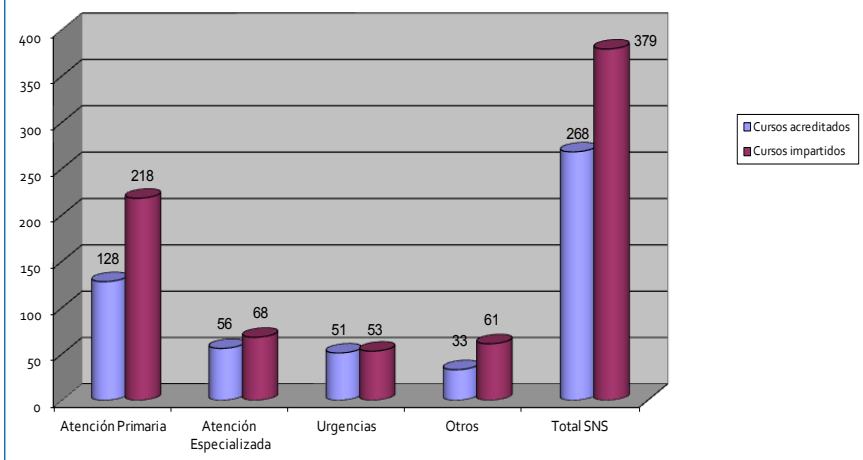


La acreditación de las actividades formativas se sitúa en el conjunto del SNS en un 70,71%. Como se puede observar en el gráfico siguiente, el porcentaje de acreditación **más elevado** corresponde a los ámbitos de **Urgencias y AE** (96,23 y 82,35% respectivamente). En el ámbito de AP se sitúa en el 58,72%, probablemente es más baja por la proporción mayor de actividades de sensibilización en este ámbito, a pesar de impartirse en n° absoluto más actividades que en el resto de ámbitos. El porcentaje de acreditación en el caso de actividades conjuntas (Otros) se sitúa en el 54,1%.

Durante 2014 la situación de la acreditación entre los diferentes ámbitos asistenciales mostró una tendencia similar, aunque con % de acreditación más elevados en general: 100 y 97,44% en Urgencias y AE respectivamente, así como en AP que fue bastante más elevada (74,53%). Es precisamente en el caso de actividades conjuntas (Otros) donde además se presenta el cambio más grande (100% en 2014), probablemente por una mayor presencia de formación avanzada en 2014 dentro de esta formación conjunta.

En cualquier caso, la metodología utilizada para contabilizar esta acreditación es semejante a la utilizada en años anteriores, no considerando la formación IR (interno residente) en el cálculo del % de actividades acreditadas (*sensibilización, básica, avanzada, formación de formadores, otras*), puesto que la IR se rige por los criterios de acreditación docente que le son propios, y se encuentra acreditada al 100% en todos los territorios.

Gráfico 4. Actividades formativas acreditadas vs. impartidas por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



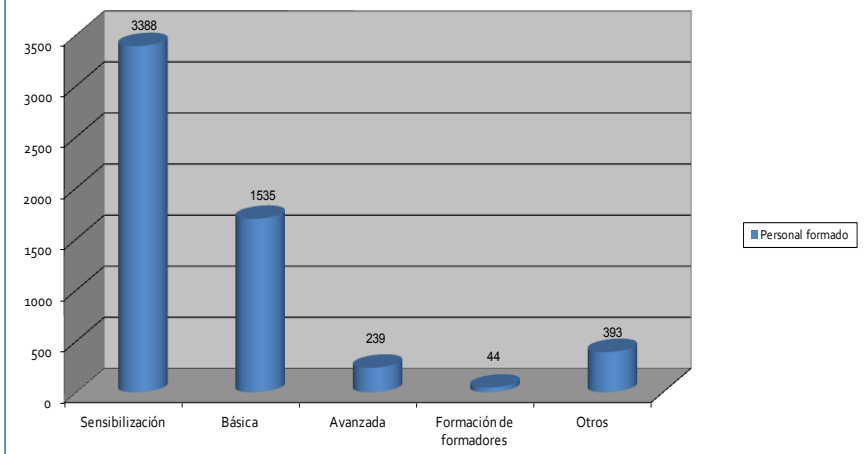
Análisis por tipo de actividad formativa

Si observamos el **personal formado** por cada tipo de actividad, en 2015, destaca como en años anteriores el mayor número de profesionales que han asistido a **actividades de sensibilización** 3388 (4951 en 2014), seguido por **formación básica** 1535 (2257 en 2014).

Especialmente relevante es observar que en **formación avanzada** (239) y **formación de formadores** (44), el nº de profesionales formados es no sólo mucho menor en relación a sensibilización y básica, sino que **ha decrecido notablemente respecto a 2014** (891 y 914 respectivamente).

Finalmente, el personal formado en actividades “Otras” que incluyen algún contenido relacionado con VG en actividades formativas de otras materias de formación sanitaria no específicas de violencia de género, es mayor en 2015, un total de 393 profesionales se han formado de esta manera. Este dato nos informa indirectamente, sobre el avance transversal que se produce al incluir aspectos de prevención de la VG dentro de otras acciones formativas en prevención sanitaria (ejemplo: cardiovasculares, salud mental, etc.), para identificar signos y síntomas que pueden estar enmascarando el caso de VG que subyace bajo los mismos.

Gráfico 5. Personal formado por tipo de actividad. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



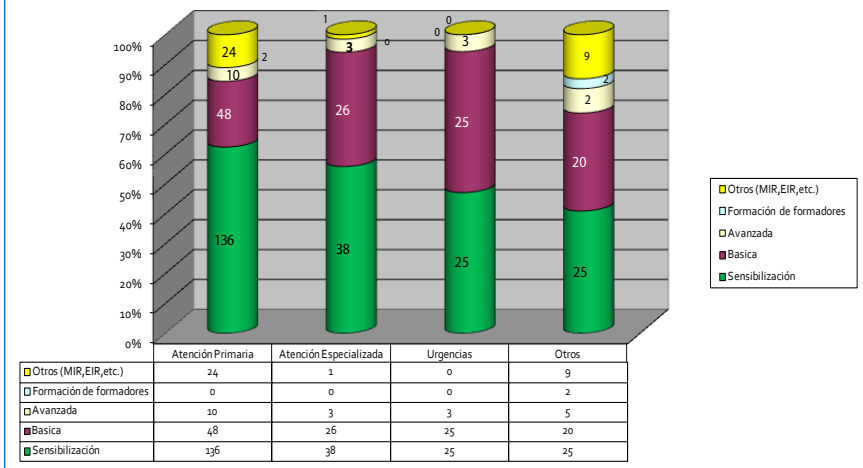
Si ponemos en relación estos datos y los analizamos por ámbito asistencial, podremos observar que en todos ellos, las **actividades de sensibilización siguen siendo las más frecuentes, predominando en AP**, situándose este tipo de actividades en proporciones parecidas a la formación básica, tanto en Urgencias como en AE.

La diferencia más notable con 2014, es que entonces **en el ámbito de Urgencias predominaba la formación avanzada, y el número absoluto de actividades impartidas era más elevada en todos los ámbitos (AP, AE, Urgencias). En 2015 sin embargo, como ya hemos visto, las actividades de formación avanzada son muy escasas.**

Por último, **está casi desapareciendo la formación de formadores en todos los ámbitos (AP, AE, Urgencias y Otros donde se combinan conjuntamente profesionales de todos los ámbitos). En 2015 sólo se ha dado en el ámbito “Otros”; es decir, en las acciones conjuntas de formación para profesionales de todos los ámbitos.**

También en lo que se refiere a la inclusión de contenidos sobre VG en programas formativos no específicos de VG, entre los que se incluye **la formación interno residente, se observa que es claramente más frecuente en AP**, siguiendo la tendencia de 2014.

Gráfico 6. Tipo de actividades formativas por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.

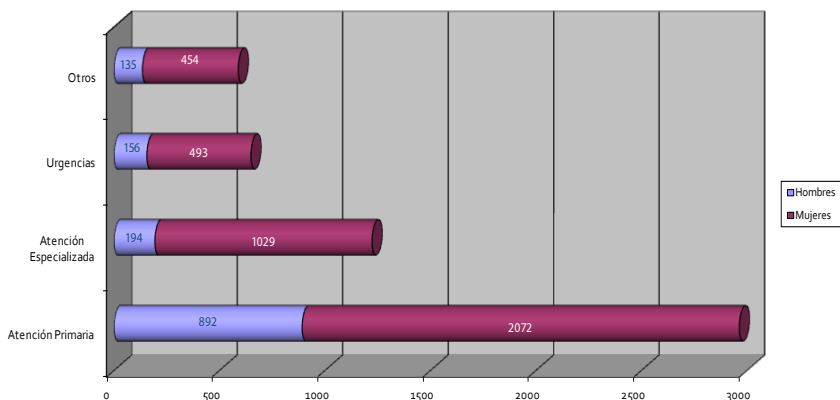


Alumnado. Datos desagregados por sexo

Respecto a los datos de participación desagregados por sexo, como en años anteriores, no todas las CCAA pueden ofrecerlos con este nivel de desagregación para los distintos tipos de acciones formativas por ámbito asistencial.

No obstante, con los datos desagregados proporcionados por la mayoría de CCAA, vuelve a confirmarse como en años anteriores, que **las profesionales sanitarias siguen siendo las que más participan en la formación en materia de VG** respecto a sus homólogos masculinos, independientemente del ámbito asistencial donde desarrollen su trabajo. Y esto no sólo se explica por la clara feminización del sector sanitario, puesto que como veremos en los siguientes gráficos, hay perfiles sanitarios donde la participación de los hombres profesionales sigue siendo bastante baja en proporción a su presencia real en dicho perfil respecto de otros dentro de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud (por ejemplo: ginecología y obstetricia, psiquiatría, traumatología).

Gráfico 7. Personal formado por ámbito asistencial. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



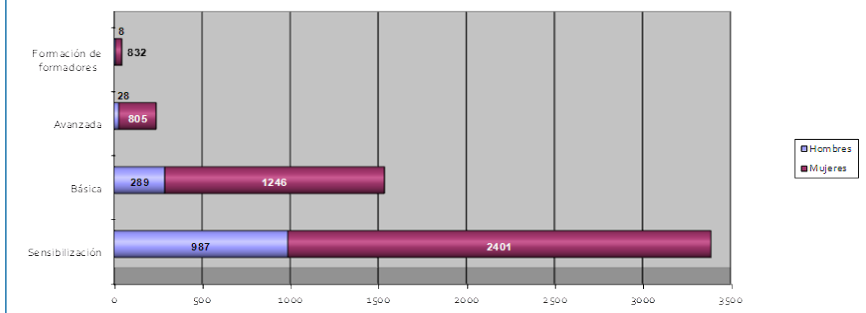
Nota aclaratoria: En este gráfico no figuran los datos de profesionales formados en la Comunidad de Madrid en 2015 en materia de violencia de género, 2210 profesionales, pues no han podido facilitar los datos desagregados por sexo.

Tabla Gráfico 7. Personal formado por ámbito asistencial desagregado por sexo. TOTAL SNS

			%	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Atención Primaria	892	2.072	30,09	69,91
Atención Especializada	194	1.029	15,86	84,14
Urgencias	156	493	24,04	75,96
Otros	135	454	22,92	77,08
	1.377	4.048	25,38	74,62

Nota aclaratoria: En este caso la suma para cuadrarla con el total de 7809 profesionales totales formados en 2015, hay que hacerla añadiendo los 2210 profesionales de la Comunidad de Madrid que no se han proporcionado los datos desagregados por sexo y los 130 formados en Aragón y 44 de Castilla y León, que tampoco se ha dado desagregados por sexo en cuanto al tipo de ámbito asistencial.

Gráfico 8. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



Atendiendo al **tipo de actividad formativa**, en 2015, al igual que en 2014 **la mayor participación de profesionales sanitarios hombres se da en las actividades de sensibilización (29,13%) o en actividades que contienen algún elemento formativo de VG aunque no sean específicas de dicha materia (28,50%)** tendencia ya observada en 2014, aumentando ligeramente el porcentaje.

La formación básica es la otra modalidad con mayor porcentaje 19,34% un poco mayor que en 2014 y 2013. Mientras ha descendido en la formación avanzada, 7,62% frente al 9,65% de 2014 (en 2013 fue 7,99%).

La participación más alta después de sensibilización y básica es en **formación de formadores, que se sitúa en 18,18%**, frente a 8,97% en 2014. Aunque en 2013 fue del 19,05%.

Tabla Gráfico 8. Personal formado por TIPO DE ACTIVIDAD desagregado por sexo. TOTAL SNS

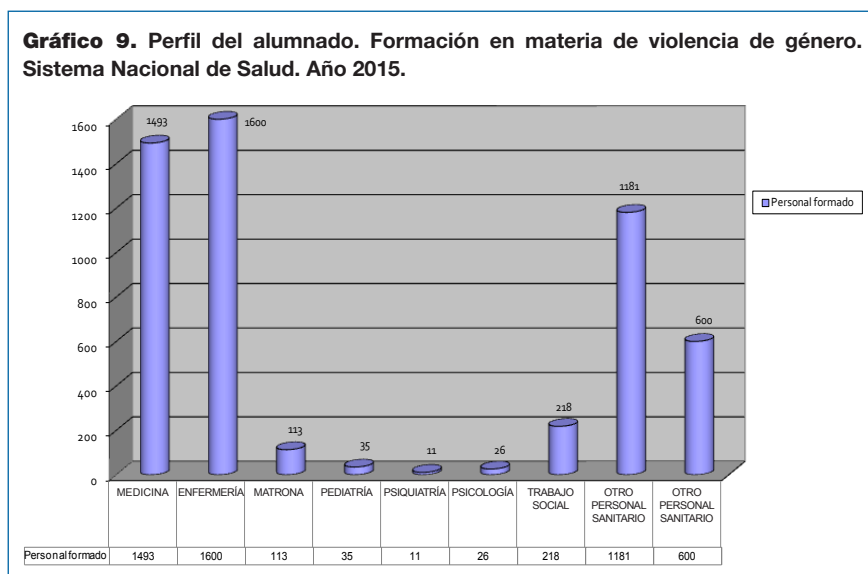
	%			
	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres
Sensibilización	987	2.401	29,13	70,87
Básica	298	1.246	18,83	81,17
Avanzada	28	211	11,72	88,28
Formación de formadores	8	36	18,18	81,82
Otros	112	281	28,50	71,50
Total SNS	1.424	4.175		

Nota aclaratoria: Al total de hombres y mujeres habría que sumar 2210 de la Comunidad de Madrid que no ofrece los datos desagregados por sexo, para ver como cuadra con los 7809 profesionales formados en total en el SNS.

Perfil profesional del alumnado

El n° global de profesionales formados de **enfermería y medicina sigue siendo el más numeroso como en años anteriores**, aunque en 2015 desciende medicina con 1493 profesionales (1695 en 2014) y enfermería desciende también con 1600 (2149 en 2014).

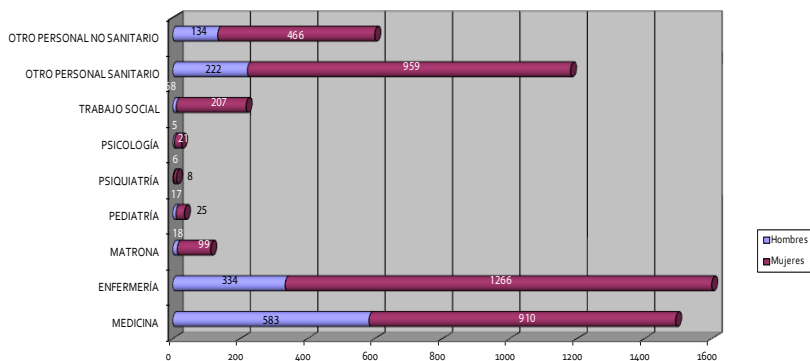
Sigue siendo muy necesario impulsar la formación en perfiles como psiquiatría (11), psicología (26), pediatría (35) y matronas (113) por ser perfiles relacionados con la atención en contextos de mayor vulnerabilidad ante la violencia de género (hijas e hijos, mujeres embarazadas, mujeres e infancia en atención en salud mental). Perfiles estos que además han descendido considerablemente también respecto a 2014, que fueron 29 psiquiatras, 135 en psicología, 50 pediatras y 341 matronas.



En 2015, la mayor participación masculina se observa en Medicina (39,05%) y Pediatría (40%) seguidos de psiquiatría (27,27%), otro personal no sanitario (22,33%) y Enfermería (20,88%). En el resto de perfiles la participación masculina es inferior al 20%. Siendo matronas (12,39%) y trabajo social (5,05%) sobre todo los perfiles con menor participación masculina. Son porcentajes que se mantienen en magnitudes similares desde 2012, aunque en trabajo social en donde más ha descendido la participación masculina aunque en matronas ha crecido respecto a 2014,

fundamentalmente debido a la participación de estos profesionales como alumnado en Andalucía y Castilla y León en 2015 o de trabajo social en Andalucía.

Gráfico 10. Perfil del alumnado. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



	MEDICINA	ENFERMERÍA	MATRONA	PEDIATRÍA	PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	TRABAJO SOCIAL	OTRO PERSONAL SANITARIO	OTRO PERSONAL NO SANITARIO
Hombres	583	334	14	10	3	5	11	222	134
Mujeres	910	1266	99	25	8	21	207	959	466

Tabla Gráfico 10. Perfil del alumnado. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.

	MEDICINA			ENFERMERÍA			MATRONA			PEDIATRÍA			PSIQUIATRÍA			PSICOLOGÍA			TRABAJO SOCIAL			OTRO PERSONAL SANITARIO			OTRO PERSONAL NO SANITARIO			
	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	H	M	TOT	
Andalucía	257	374	631	198	514	712	6	35	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	49	57	55	329	384	88	208	296	
Aragón	14	49	63	1	9	10	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	3	3	9	30	39	0	0	0	
Asturias	107	98	205	80	169	249	0	9	9	7	14	21	2	2	4	0	2	2	1	21	22	6	45	51	6	24	30	
Baleares	29	23	52	4	36	40	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	0	2	2	
Canarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cantabria	3	1	4	0	19	19	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	9	9	0	0	0	
Castilla y León	82	143	225	22	198	220	5	35	40	3	6	9	0	0	0	0	1	1	0	54	54	28	193	221	5	47	52	
Castilla-La Mancha	14	31	45	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	5	0	2	2	0	1	1	
Cataluña	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C. Valenciana	4	30	34	2	64	66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4	95	99	7	9	16	
Extremadura	1	1	2	3	5	8	1	2	3	0	0	0	0	0	0	2	6	8	0	11	11	55	20	75	3	1	4	
Galicia	9	24	33	1	37	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	29	6	21	27	8	92	100	
Madrid (Com.)	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	0	ND	ND	ND	0	ND	ND	0
Murcia	24	37	61	1	8	9	0	1	1	0	4	4	0	0	0	1	2	3	0	5	5	50	100	150	1	4	5	

Tabla Gráfico 10. Perfil del alumnado. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.

	MEDICINA		ENFERMERÍA		MATRONA		PEDIATRÍA		PSIQUIATRÍA		PSICOLOGÍA		TRABAJO SOCIAL		OTRO PERSONAL SANITARIO		OTRO PERSONAL NO SANITARIO								
	7	30	37	0	25	25	0	0	0	0	1	2	3	1	3	4	0	12	12	0	4	4	0	0	
Navarra	10	48	58	19	153	172	0	12	0	1	0	3	1	2	3	4	0	12	14	9	111	120	1	15	16
País Vasco	2	13	15	0	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rioja, La	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ceuta	20	8	28	3	24	27	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	15	63	78
Mejilla	583	910	1493	334	1266	1600	14	99	113	10	25	35	3	8	11	26	11	207	218	222	959	1181	134	466	600
Total SNS	39,05			20,88			12,39		40,00		27,27		19,23				5,05			18,80				22,33	
%																									

Al sumar datos totales están distorsionados respecto al total de profesionales formado debido a los datos de Baleares que sólo proporciona desglosados por sexo el 50% de profesionales y Madrid que formó 2210 profesionales y no proporciona los datos desglosados por sexo

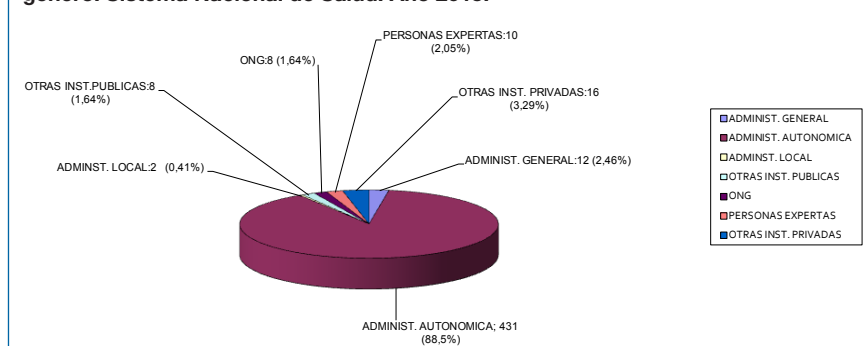
Valores para el gráfico 9 (tipo queso). Total SNS

Valores para el gráfico 10 desagregado por sexo. Total SNS

Profesorado. Adscripción y perfil profesional

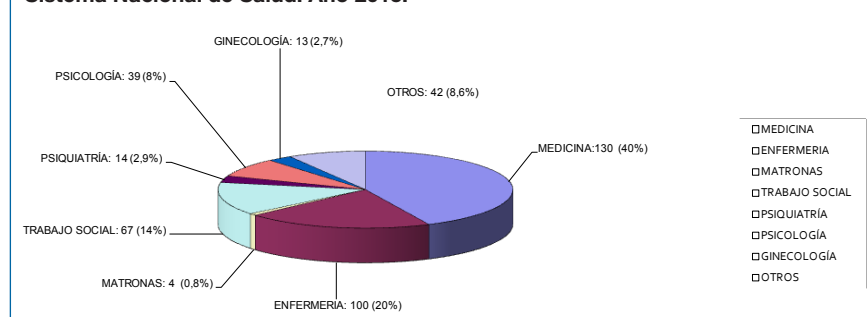
Como en años anteriores sigue siendo la **Administración Autónoma** la adscripción más frecuente del profesorado en este tipo de formación, aunque ha aumentado bastante respecto a 2014. También ha aumentado la participación de ONG's (0,9% en 2014) y otras instituciones privadas (1,6% en 2014).

Gráfico 11. Adscripción del profesorado. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



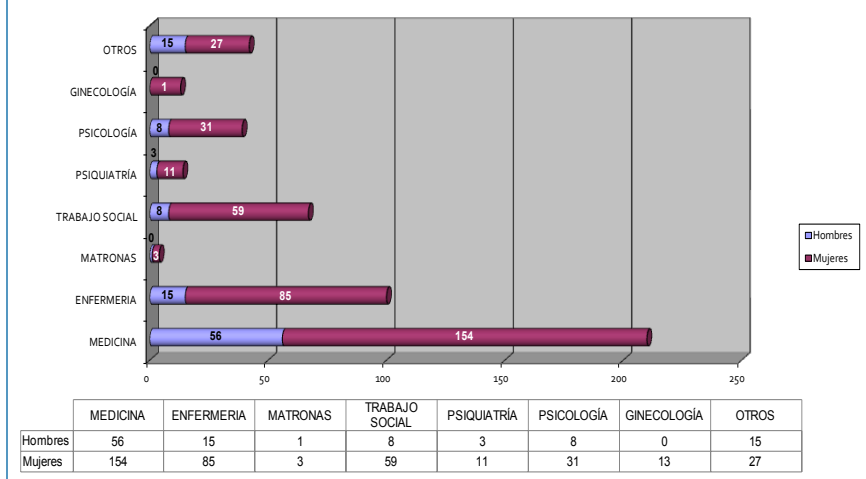
Respecto a **los perfiles profesionales, medicina y enfermería** siguen siendo los más frecuentes en estos equipos docentes (43 y 20% respectivamente, muy similar a 2014) seguidos de **trabajo social** (14%) y **psicología** (8%) como en 2014. En 2015 ha aumentado ligeramente el profesorado de ginecología (de 0,3% en 2014 a 2,7% en 2015).

Gráfico 12. Perfil del profesorado. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



Observando los datos **desagregados por sexo**, **los hombres siguen teniendo menor presencia en los equipos docentes** respecto a sus homólogas mujeres, tal como ocurre en el alumnado, siendo más numerosa la participación masculina de profesores en medicina y enfermería, seguida de trabajo social.

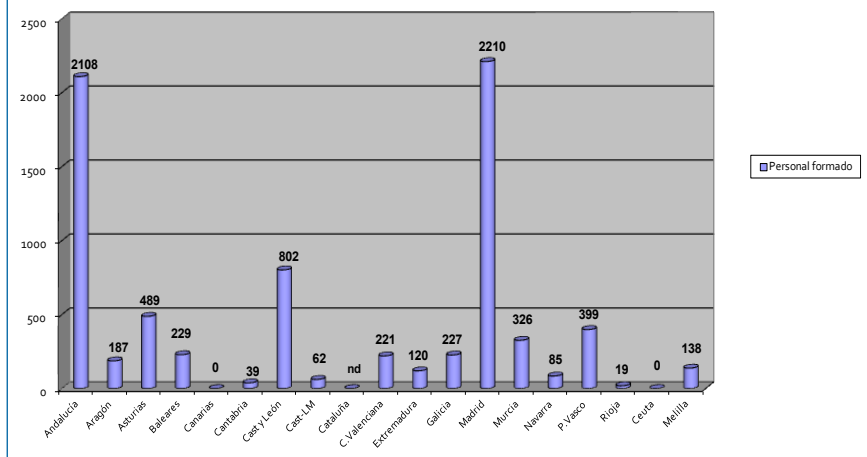
Gráfico 13. Perfil del profesorado. Datos desagregados por sexo. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



1.2.2 Datos desagregados por Comunidades Autónomas. Año 2015. Formación en materia de violencia de género

En 2015 no han podido facilitar datos desde Cataluña y tanto Canarias como Ceuta no ha hecho formación. No obstante como ya se refería en años anteriores **sería más interesante expresar** este dato no sólo en número absoluto de profesionales que se han formado en esta materia, sino mejor **en formato de tasa**, teniendo como denominador el número de profesionales que cada CCAA tiene como población diana para formar, tanto en número total como por perfil profesional. Aunque esta tasa todavía no se puede construir pues son escasas las CCAA que hasta ahora han proporcionado el dato del denominador, por la dificultada de cálculo que supone.

Gráfico 14. Personal formado por CC.AA. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



Ante esta dificultad de cálculo de tasas, **se ha optado por calcular la tasa de personal formado teniendo como denominador la población de mujeres mayores de 14 años en cada año** (fuente: datos padrón INE para cada año). En el siguiente apartado de evolución de datos de formación se pueden consultar dichas tasas, incluidas las de 2015, tanto agregado para nº de profesionales formados en el conjunto del SNS, como por CCAA, desde el año 2010.

Análisis por ámbito asistencial

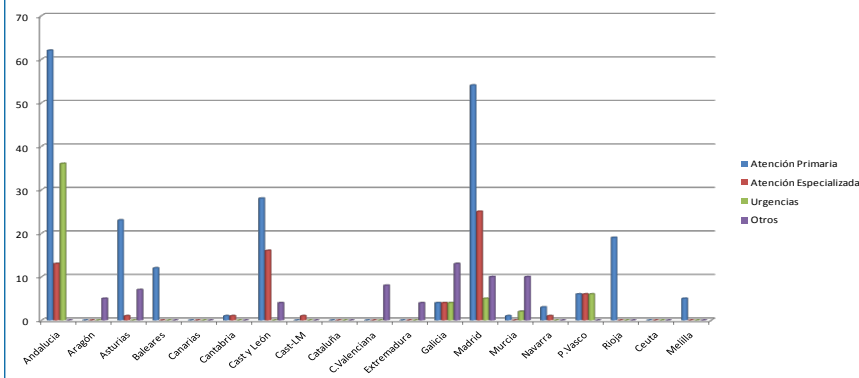
En el conjunto de las 16 CCAA que han proporcionado datos junto con Ceuta y Melilla, todas ellas excepto Canarias y Ceuta, han **referido actividades formativas** en 2015, en todos los ámbitos asistenciales. Destacando Andalucía y Madrid en cuanto a actividades en el ámbito de **Atención Primaria (AP)** seguidas de Castilla y León y Asturias.

En el ámbito de **Atención Especializada** son de nuevo Madrid y Castilla y León junto con Andalucía las que mayor nº de actividades han realizado y en el caso de **Urgencias** destaca Andalucía. Siendo Galicia, Madrid y Murcia las que más actividades han realizado en la modalidad “Otros”, que cuenta con presencia conjunta de profesionales de los diferentes ámbitos sanitarios.

Tabla correspondiente al Gráfico 15

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
ANDALUCÍA	62	13	36	0
ARAGÓN	0	0	0	5
ASTURIAS	23	1	0	7
BALEARES	12	0	0	0
CANARIAS	0	0	0	0
CANTABRIA	1	1	0	0
CASTILLA Y LEÓN	28	16	0	4
CASTILLA-LA MANCHA	0	1	0	0
CATALUÑA	0	0	0	0
C. VALENCIANA	0	0	0	8
EXTREMADURA	0	0	0	4
GALICIA	4	4	4	13
MADRID	54	25	5	10
MURCIA	1	0	2	10
NAVARRA	3	1	0	0
P. VASCO	6	6	6	0
RIOJA	19	0	0	0
CEUTA	0	0	0	0
MELILLA	5	0	0	0
TOTAL	218	68	53	61

Gráfico 15. Personal formado por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.

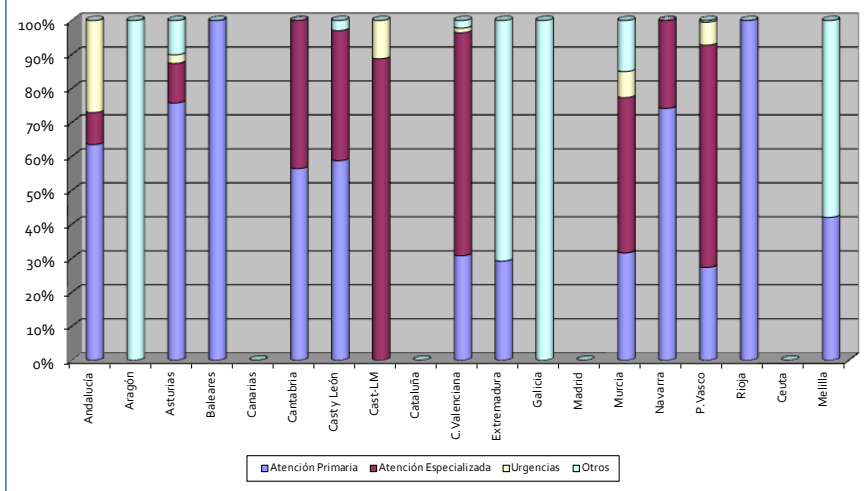


Respecto al **nº de profesionales formado por ámbito asistencial**, en el gráfico siguiente se puede observar que en el ámbito de **Urgencias** destaca Andalucía y en la modalidad de **“Otros”** destaca el nº de profesionales formados en Galicia y Aragón, con todo su personal formado así, de manera conjunta independientemente del ámbito asistencial de procedencia.

En **AP** destaca Andalucía junto con Castilla y León y Asturias, siendo País Vasco, Murcia y C. Valenciana las que destacan en número de personal formado en **AE**, junto con Andalucía y Castilla y León.

Tabla correspondiente al Gráfico 16. Personal formado por Ámbito asistencial				
	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
ANDALUCÍA	1.338	198	572	0
ARAGÓN	0	0	0	57
ASTURIAS	449	69	15	60
BALEARES	229	0	0	0
CANARIAS	0	0	0	0
CANTABRIA	22	17	0	0
CASTILLA Y LEÓN	471	307	0	24
CASTILLA-LA MANCHA	0	55	7	0
CATALUÑA	0	0	0	0
C. VALENCIANA	68	145	3	5
EXTREMADURA	35	0	0	85
GALICIA	0	0	0	227
MADRID	0	0	0	0
MURCIA	103	149	25	49
NAVARRA	63	22	0	0
P. VASCO	109	261	27	2
RIOJA	19	0	0	0
CEUTA	0	0	0	0
MELILLA	58	0	0	80
TOTAL	2.964	1.223	649	589

Gráfico 16. Personal formado por ámbito asistencial. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



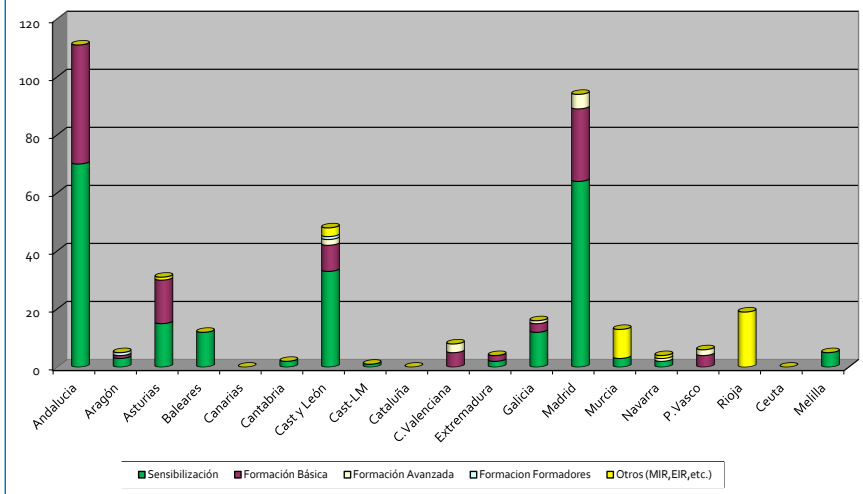
Análisis por tipo de actividad

Observamos que Andalucía y Madrid destacan ambas por el nº de actividades formativas de **sensibilización y de formación básica**, seguidas a distancia por Asturias y Galicia. Respecto a la **formación avanzada** son Madrid, Comunidad Valenciana, Castilla y León, País Vasco, Navarra y Galicia las únicas que la han realizado, siendo Castilla y León y Aragón las únicas que reportan la realización de **formación de formadores**. En el caso de La Rioja y Murcia destacan en la actividad formativa de **“Otros”** junto con Castilla y León y Asturias, en las que se imparte formación en violencia de género a profesionales de diferentes ámbitos y en la que suelen participar además futuros profesionales en periodo de formación interno residente (MIR, EIR, PIR).

TABLA correspondiente al Gráfico 17. TIPO ACTIVIDAD

	Sensibilización	Formación Básica	Formación Avanzada	Formación Formadores	Otros (MIR, EIR, etc.)
ANDALUCÍA	70	41	0	0	0
ARAGÓN	3	1	0	1	0
ASTURIAS	15	15	0	0	1
BALEARES	12	0	0	0	0
CANARIAS	0	0	0	0	0
CANTABRIA	2	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	33	9	2	1	3
CASTILLA-LA MANCHA	1	0	0	0	0
CATALUÑA	0	0	0	0	0
C. VALENCIANA	0	0	0	0	0
EXTREMADURA	2	2	0	0	0
GALICIA	12	3	1	0	0
MADRID	64	25	5	0	0
MURCIA	3	0	0	0	10
NAVARRA	2	0	1	0	1
P. VASCO	0	4	2	0	0
RIOJA	0	0	0	0	19
CEUTA	0	0	0	0	0
MELILLA	5	0	0	0	0
TOTAL	222	98	11	2	34

Gráfico 17. Tipo de actividad. Formación impartida en material de violencia de género. Datos desagregados por CC.AA. Año 2015.



Si observamos cómo se distribuyen los diferentes tipos de actividad formativa dentro de cada ámbito asistencial para cada CCAA, podemos concluir con los datos de 2015 que:

Respecto a **actividades de sensibilización**, Asturias, Baleares y Melilla las han concentrado en el ámbito de AP y Castilla-La Mancha en AE, mientras Navarra y Cantabria las reparten entre ambos (AP y AE).

En Aragón y Galicia sin embargo las actividades de sensibilización las realizan en modalidad de participación conjunta de todos los ámbitos (“Otros”), incluso con profesionales de otros sectores diferente al sanitario.

Respecto a Urgencias las únicas que realizaron actividades de sensibilización específica sólo con personal de este ámbito fueron Andalucía, Murcia y Madrid.

Respecto a la **formación básica**, entre las CCAA que llegaron a realizarla en 2015, Aragón y C. Valenciana optaron por realizarla toda en modalidad de participación conjunta (Otros). En el resto de CCAA, la mayoría se realizó en AP y AE y sólo Andalucía, Galicia y País Vasco la realizaron en Urgencias.

TABLA 17a. ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN por ámbito asistencial. Año 2015

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
ANDALUCÍA	44	8	18	0
ARAGÓN	0	0	0	3
ASTURIAS	15	0	0	0
BALEARES	12	0	0	0
CANARIAS	0	0	0	0
CANTABRIA	1	1	0	0
CASTILLA Y LEÓN	19	12	0	2
CASTILLA-LA MANCHA	0	1	0	0
CATALUÑA	0	0	0	0
C. VALENCIANA	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0
GALICIA	0	0	0	12
MADRID	39	15	5	5
MURCIA	0	0	2	1
NAVARRA	1	1	0	0
P. VASCO	0	0	0	0
RIOJA	0	0	0	0
CEUTA	0	0	0	0
MELILLA	5	0	0	0

TABLA 17b. FORMACIÓN BÁSICA por ámbito asistencial. Año 2015

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
ANDALUCÍA	18	5	18	0
ARAGÓN	0	0	0	1
ASTURIAS	8	0	0	7
BALEARES	0	0	0	0
CANARIAS	0	0	0	0
CANTABRIA	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	5	4	0	0
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0	0
CATALUÑA	0	0	0	0
C. VALENCIANA	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0
GALICIA	3	3	3	0
MADRID	10	10	0	5
MURCIA	0	0	0	0
NAVARRA	0	0	0	0
P. VASCO	4	4	4	0
RIOJA	0	0	0	0
CEUTA	0	0	0	0
MELILLA	0	0	0	0

Respecto a la **formación avanzada**, Madrid y Navarra la centran en AP y la Comunidad Valenciana la hace en formato de actividades conjuntas (Otros) para profesionales de todos los ámbitos (AP, AE y Urgencias). En Castilla y León este tipo de formación se reparte entre hacerla sólo con profesionales de AP o bien en modalidad conjunta “Otros” y en el caso de País Vasco la imparte para cada ámbito por separado. Sin embargo Galicia opta por “Otros” como modalidad en la formación avanzada.

La **formación de formadores**, como ya se comentó anteriormente, sólo se realizó 1 actividad en Aragón y otra en Castilla y León en la modalidad conjunta “Otros”.

TABLA 17c. FORMACIÓN AVANZADA por ámbito asistencial. Año 2015

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
ANDALUCÍA	0	0	0	0
ARAGÓN	0	0	0	0
ASTURIAS	0	0	0	0
BALEARES	0	0	0	0
CANARIAS	0	0	0	0
CANTABRIA	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	1	0	0	1
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0	0
CATALUÑA	0	0	0	0
C. VALENCIANA	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0
GALICIA	1	1	1	1
MADRID	5	0	0	0
MURCIA	0	0	0	0
NAVARRA	1	0	0	0
P. VASCO	2	2	2	0
RIOJA	0	0	0	0
CEUTA	0	0	0	0
MELILLA	0	0	0	0

TABLA 17d. FORMACIÓN DE FORMADORES por ámbito asistencial. Año 2015

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
ANDALUCÍA	0	0	0	0
ARAGÓN	0	0	0	1
ASTURIAS	0	0	0	0
BALEARES	0	0	0	0
CANARIAS	0	0	0	0
CANTABRIA	0	0	0	0
CASTILLA Y LEÓN	0	0	0	1
CASTILLA-LA MANCHA	0	0	0	0
CATALUÑA	0	0	0	0
C. VALENCIANA	0	0	0	0
EXTREMADURA	0	0	0	0
GALICIA	0	0	0	0
MADRID	0	0	0	0
MURCIA	0	0	0	0
NAVARRA	0	0	0	0
P. VASCO	0	0	0	0
RIOJA	0	0	0	0
CEUTA	0	0	0	0
MELILLA	0	0	0	0

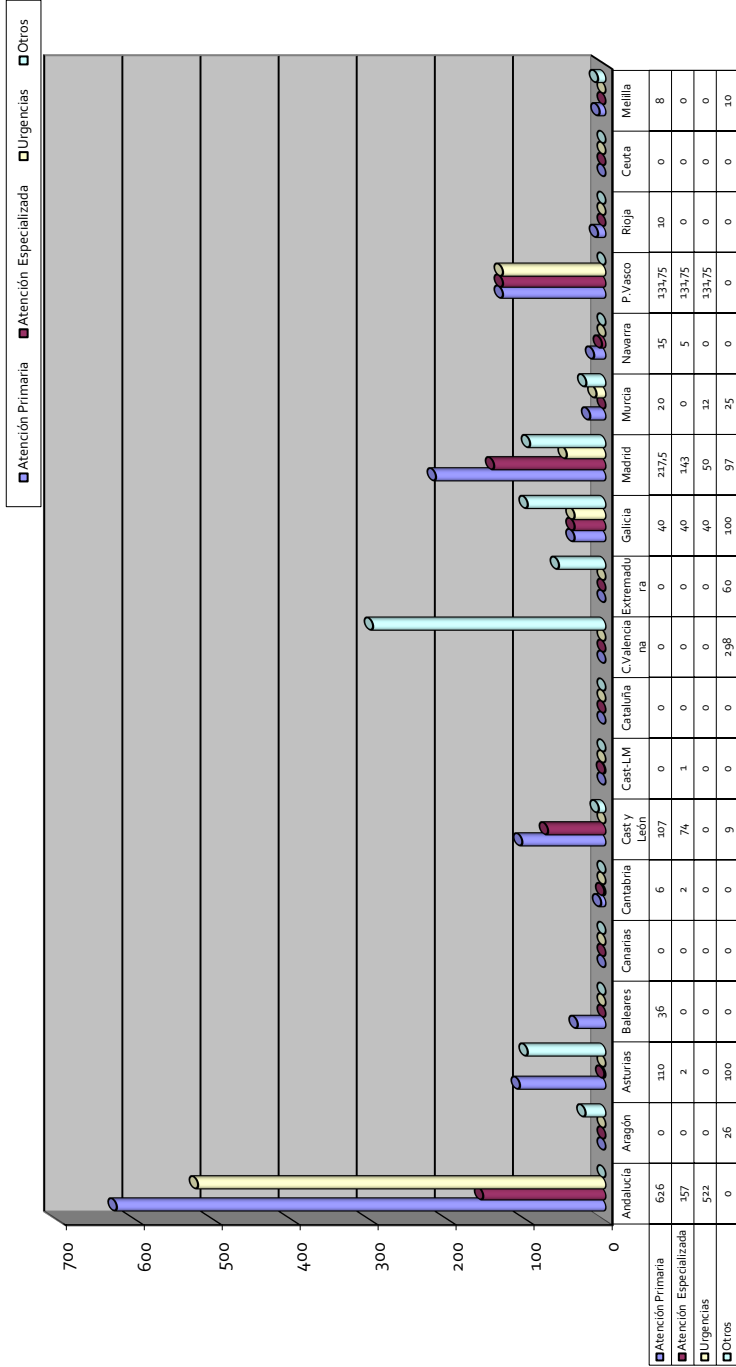
En cuanto al **número de horas lectivas**, aunque en años anteriores parece que el mayor peso ponderado se concentraba en actividades impartidas en AP, en 2015 se observa que se reparten entre AP y “Otros” (modalidad conjunta) tal como se aprecia en el gráfico siguiente.

No obstante, destaca Andalucía - bastante diferenciada- seguida del País Vasco, Madrid y Galicia respecto al nº de horas impartidas en el ámbito de Urgencias.

**TABLA correspondiente al Gráfico 18. HORAS LECTIVAS por ámbito asistencial.
Año 2015**

	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
ANDALUCÍA	626	157	522	0
ARAGÓN	0	0	0	26
ASTURIAS	110	2	0	100
BALEARES	36	0	0	0
CANARIAS	0	0	0	0
CANTABRIA	6	2	0	0
CASTILLA Y LEÓN	107	74	0	9
CASTILLA-LA MANCHA	0	1	0	0
CATALUÑA	0	0	0	0
C. VALENCIANA	0	0	0	298
EXTREMADURA	0	0	0	60
GALICIA	40	40	40	100
MADRID	217,5	143	50	97
MURCIA	20	0	12	25
NAVARRA	15	5	0	0
P. VASCO	131,75	131,75	131,75	0
RIOJA	10	0	0	0
CEUTA	0	0	0	0
MELILLA	8	0	0	10

Gráfico 18. Tipo de actividad. Formación impartida en material de violencia de género. Datos desagregados por CC.AA. Año 2015.



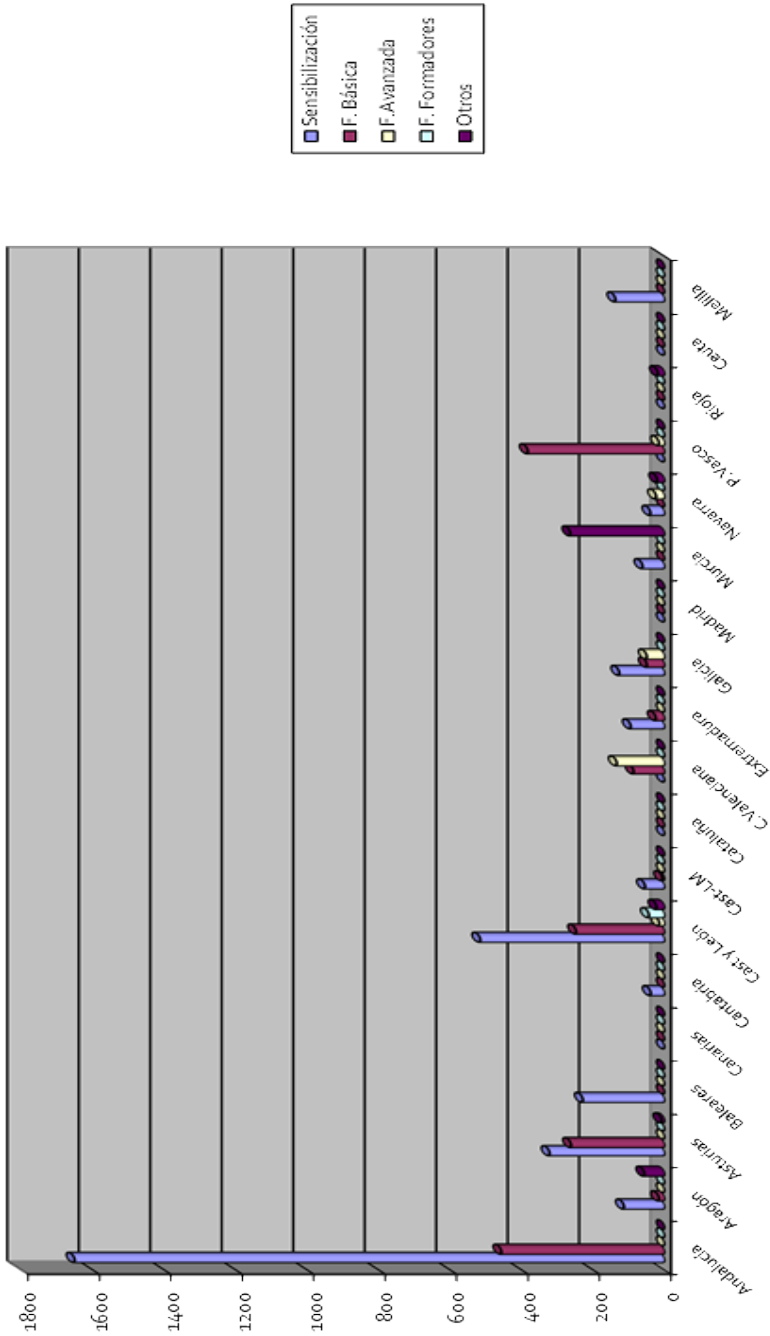
Análisis del personal formado: por tipo de actividad y desagregados por sexo

La mayoría del personal formado ha sido mediante **actividades de sensibilización**.

No obstante, Andalucía, País Vasco y Murcia junto con Asturias y Castilla y León destacan en el nº de profesionales que ha recibido **formación básica**.

Otras CCAA como Comunidad Valenciana, Galicia y Navarra destacan por el número de profesionales que recibieron **formación avanzada** en relación al personal formado mediante otras modalidades formativas.

Gráfico 19. Personal formado por tipo de actividad. Datos desagregados por CC.AA. Formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.

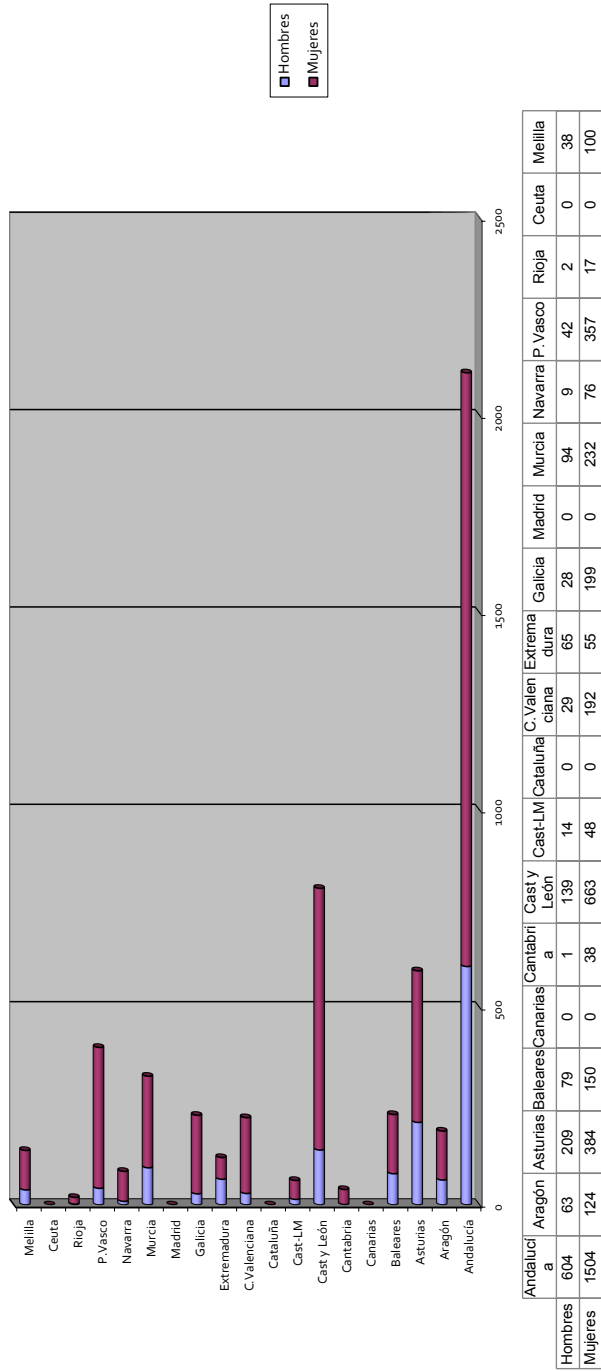


Respecto a los **datos desagregados por sexo**, se mantienen en las diferentes CCAA las tendencias observadas en los datos agregados para el conjunto del SNS, aunque debemos tener en cuenta que no todas las CCAA han proporcionado los datos desagregados por sexo y ámbito asistencial o según tipo de actividad formativa.

Esto limita que no podamos sacar conclusiones más específicas en este sentido y que los datos parciales obtenidos para ambos sexos no sumen los 7809 profesionales formados en 2015 (por ejemplo, los 2210 formados en Madrid, no se han podido facilitar desde la CA desagregados por sexo).

Este es un aspecto que claramente hay que mejorar, y se recomienda encarecidamente a las CCAA que procedan de forma normalizada a recoger las estadísticas de formación de profesionales desagregadas por sexo, tanto por ámbito asistencial como por 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 la proporción más igualitaria posible, porque aunque el sector sanitario sea un sector donde hay más mujeres trabajadoras, existe cierto sesgo en cuanto a acudir a la formación en determinados perfiles profesionales en los que hay una mayor presencia de hombres, tal como se refleja en la tabla de la página 22.

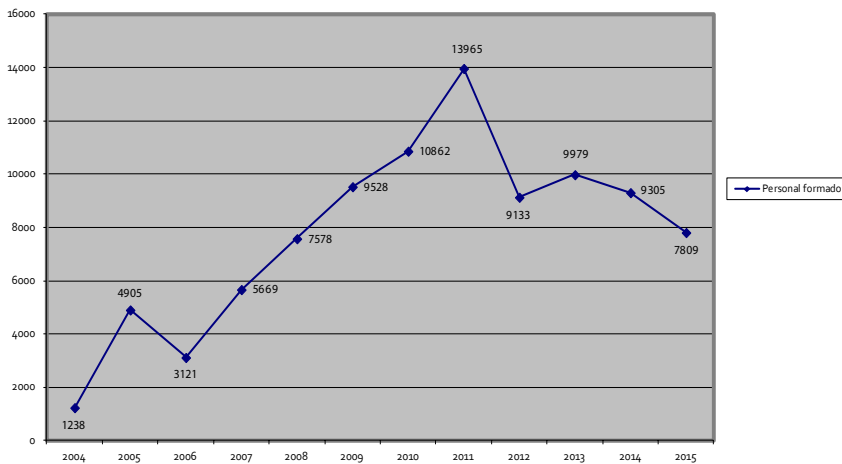
Gráfico 20. Personal formado por CC.AA. Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por sexo. Sistema Nacional de Salud. Año 2015.



1.2.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Período 2004-2015

La tendencia decreciente en el nº de profesionales formados en materia de violencia de género continúa su tendencia descendente. Iniciada en 2011, aunque este año no contemos con los datos de Cataluña, por el peso de años anteriores en el cómputo general, consideramos que no cambiaría la tendencia decreciente generalizada en el conjunto del SNS, aunque alguna CA haya aumentado específicamente el número de profesionales formados en 2015 respecto a 2014.

Gráfico 21. Número de profesionales. Formación en materia de violencia de género. Evolución 2004-2015.



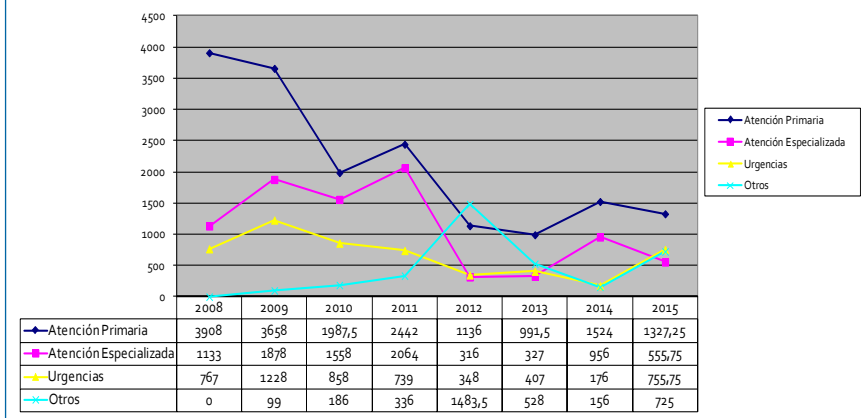
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ANDALUCÍA	278	3.322	1.186	7.299	2.788	4.772	2.394	2.108
ARAGÓN	204	277	289	612	192	148	114	187
ASTURIAS	396	975	84	0	nd	nd	489	593
BALEARES	1.030	192	199	0	224	nd	nd	nd
CANARIAS	167	119	287	358	0	0	0	0
CANTABRIA	306	112	213	213	62	269	178	39
CASTILLA Y LEÓN	0	4.100	1.867	941	464	370	398	802
CASTILLA-LA MANCHA	250	659	913	789	128	nd	nd	nd
CATALUÑA	0	1.508	0	0	nd	nd	nd	nd
C. VALENCIANA	214	368	461	226	2.587	1.813	925	nd
EXTREMADURA	20	899	0	160	242	nd	1.369	120
GALICIA	319	292	920	771	609	342	100	227
MADRID	2.127	2.019	1.896	1.974	494	682	1.780	2.210
MURCIA	175	85	260	402	641	353	nd	nd
NAVARRA	104	50	86	44	28	47	264	85
P. VASCO	181	397	1.498	0	589	1.016	1.015	399
RIOJA	36	67	15	80	59	23	76	19
CEUTA	0	57	38	15	24	nd	nd	nd
MELILLA	62	57	2	81	2	144	203	138

Si observamos cual ha sido esta tendencia, pero calculada en tasas de nº de profesionales sanitarios formados referidos a población de mujeres mayores de 14 años (datos calculados desde padrón población INE para cada año), en concreto, tasas por 100 mujeres en dichas edades⁴ se observa de nuevo que la tendencia es decreciente. Tal como se muestra en la página siguiente.

4 La definición de caso de violencia de género para el Sistema Nacional de Salud se refiere a mujeres que ya han cumplido los 14 años, se definió así para diferenciarla de los casos de maltrato infantil (edad pediátrica) y también de ser víctima por ser hija de mujer que sufre maltrato.

Por otra parte, se observa una **tendencia decreciente también en el número de horas lectivas impartidas** tanto en Atención Primaria como en Especializada, aunque parecen repuntar las horas lectivas impartidas en Urgencias y parece que también se dan más horas impartidas en actividades conjuntas para profesionales de todos los ámbitos (epígrafe “Otros”).

Gráfico 24. Número de horas lectivas. Formación en materia de violencia de género por ámbito asistencial. Sistema Nacional de Salud. Evolución 2008-2015.



Se observa además que han desaparecido todos los mecanismos de sustitución o compensatorios para que las y los profesionales asistan a esta formación específica.

Tablas correspondiente a los Gráficos 25 y 26.
TASAS ANUALES. Formación en prevención y detección precoz de la violencia de género.
Nº Profesionales del SNS que han recibido formación/100.00 mujeres mayores de 14 años. Comparativa 2010-2015.

	TASA 2010	TASA 2011	TASA 2012	TASA 2013	TASA 2014	TASA 2015
ANDALUCÍA	32,9	201,1	76,5	131,0	66,0	58,0
ARAGÓN	18,9	103,5	32,4	25,0	19,5	32,2
ASTURIAS	16,4	48,4	ND	ND	97,6	119,4
BALEARES	41,9	0,0	46,5	ND	ND	48,0
CANARIAS	31,3	38,7	0,0	0,0	0,0	0,0
CANTABRIA	79,7	79,6	23,2	100,9	67,1	14,8
CASTILLA Y LEÓN	162,0	81,7	40,5	32,6	35,4	71,8
CASTILLA-LA MANCHA	102,2	87,6	14,2	ND	ND	7,0
CATALUÑA	0,0	0,0	ND	ND	ND	ND
C. VALENCIANA	20,7	10,1	115,8	81,3	42,3	10,1
EXTREMADURA	0,0	32,9	49,8	ND	283,2	24,9
GALICIA	70,7	59,4	47,2	26,7	7,8	17,9
MADRID	65,7	68,1	17,0	23,5	61,6	76,5
MURCIA	42,9	65,9	104,5	57,5	ND	53,1
NAVARRA	31,4	15,9	10,1	16,9	95,5	30,7
P. VASCO	152,5	0,0	59,8	103,2	103,2	40,6
RIOJA	10,8	57,3	42,1	16,4	54,6	13,7
CEUTA	120,0	46,3	72,7	ND	ND	0,0
MELILLA	6,8	267,5	6,4	449,0	623,8	419,0
TOTAL SNS	52,6	67,4	44,0	48,2	45,2	38,0

Gráfico 25. Tasas de profesionales que han recibido formación en el conjunto del SNS. Evolución 2010-2015. Formación en prevención y detección precoz de la violencia de género.

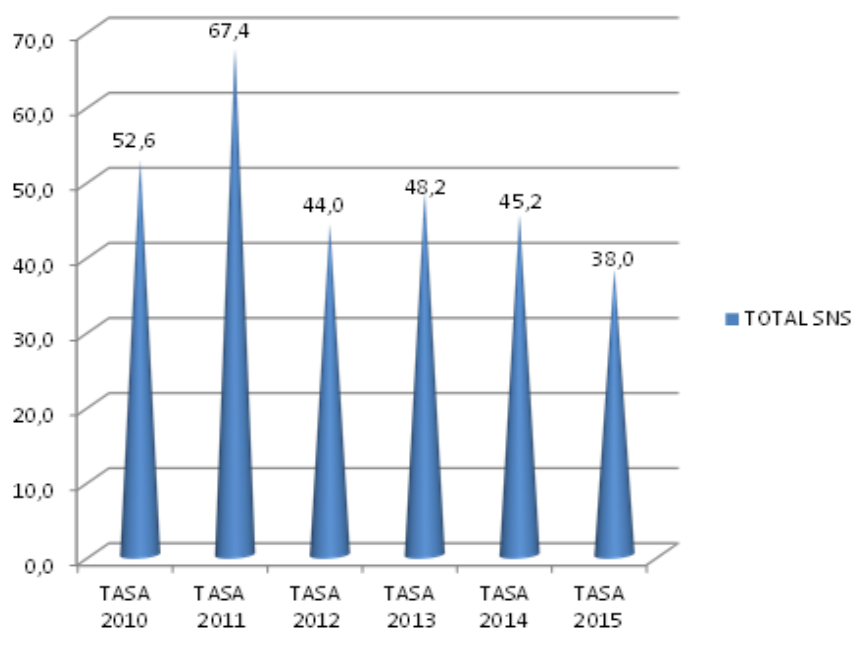
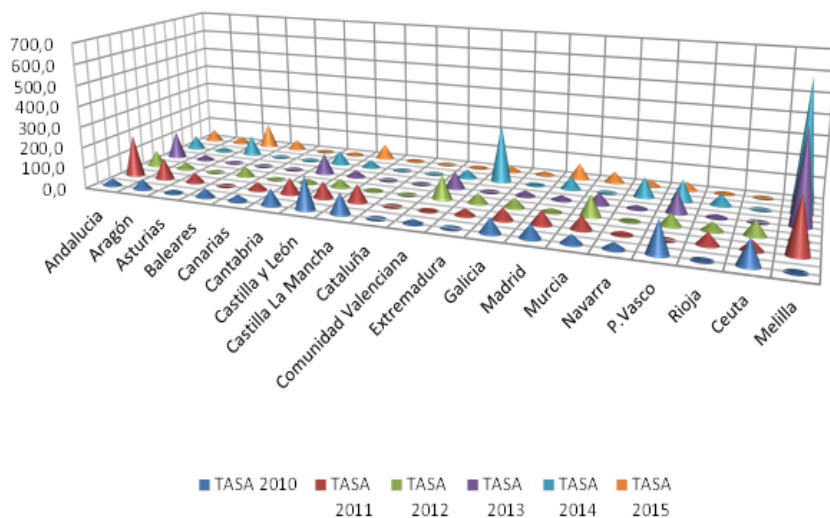


Gráfico 26. Tasas de profesionales que han recibido formación por servicio de salud autonómico. Evolución 2010-2015. Formación en prevención y detección precoz de la violencia de género.



Conclusiones principales

- El **número absoluto de profesionales de servicios sanitarios que se forma cada año presenta una tendencia decreciente** desde 2011 que sigue confirmándose en 2015, teniendo como referencia la series que venimos construyendo desde 2004, año de creación de la Comisión VG del SNS y que se recogió por primera vez este dato de forma sistematizada.
- También se observa **tendencia decreciente en el nº total de horas lectivas impartidas** en esta materia a profesionales de servicios sanitarios así como en el número de actividades formativas totales.
- Por tipo de actividad formativa, **las actividades de sensibilización son las más frecuentes y predominantes**, y esto es importante que se mantenga, pero luego deben ir seguidas de alguno de los otros procesos formativos más en profundidad adaptado a perfiles. Sin embargo, eso no parece ocurrir. Las actividades de sensibilización deben de ser la acción más frecuente porque es el primer paso para que cada profesional realice la toma de conciencia respecto a la violencia de género como problema de salud pública, por los graves impactos que supone en la salud de la mujer que la sufre y en la de sus hijas e hijos, con los consiguientes impactos en su vida laboral y escolar y respecto al entorno familiar y social. Si las actividades de sensibilización se mantienen o aumentan no debe considerarse negativo, siempre y cuando siga manteniéndose la formación básica para aquellas y aquellos profesionales que ya han pasado la fase de sensibilización.
- Las actividades formativas de **formación de formadores tiende a desaparecer** con el consiguiente riesgo para la sostenibilidad de la misma.
- **También tiende a desaparecer la formación avanzada**, necesaria para poder desarrollar las destrezas y habilidades necesarias para la detección precoz y valoración (entrevista clínica y atención en consulta en atención primaria, durante el embarazo, pediátrica, salud mental, urgencias, etc.). Aunque parece favorable que aumenten los procesos de sensibilización para poder llegar a más profesionales en un primer acercamiento al problema, es preocupante ver que va desapareciendo la formación avanzada y la formación de formadores, de cara a la sostenibilidad de la formación sanitaria en esta materia. 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 la mujer, etc. Deben mejorar sus competencias y ca-

pacidades para abordar mejor este problema en la práctica asistencial, allá donde desarrollen su labor: consulta de pediatría, de medicina familiar y comunitaria, de enfermería, equipos de salud mental, urgencias (tanto en AP como en AE), trabajo social, atención al parto, servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, etc.

Incluso superada la formación básica, será necesario entrenar habilidades y ganar preparación y mayor destreza en determinados procedimientos, o en el manejo de herramientas específicas que faciliten un mejor acercamiento y aproximación a la mujer y a su proceso personal en la lucha por salir de la situación. La formación avanzada ayudará a ello.

- **La formación básica** (>10h lectivas), salvo en Atención Primaria (AP) también está decreciendo. No basta con las actividades de sensibilización si no van seguidas de esta otra formación.
- **La modalidad de formación de profesionales** de varios ámbitos y perfiles en una misma **actividad conjunta** (“Otros”) tiene como gran valor dotar de la perspectiva multiprofesional e integral de la atención socio-sanitaria y coordinada que requiere la atención a la violencia de género, pero no se puede olvidar, que la positividad de este valor, debe analizarse sobre en qué momento de la formación puede ser más fructífero o productivo, si en la formación básica o en avanzada, o si ha de ser mejor para equipos determinados de un centro en relación con los otros profesionales implicados en esta lucha (policía, centros o puntos de atención, etc.) que tengan la misma zona de influencia o unidad vecinal.
- La formación en materia de prevención y detección precoz en violencia de género en Medicina y Enfermería Interna Residente (MIR y EIR) está empezando a suponer un punto que avanza en las acciones formativas desarrolladas ya desde algunas comunidades. Conviene también que esa formación vaya caminando hacia formatos multidisciplinares y de equipo, de forma que los futuros profesionales entiendan que este problema de salud debe ser estudiado y afrontado desde diversas perspectivas y perfiles para dar un apoyo integral y ofrecer una ayuda adecuada (Medicina, Pediatría, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, etc.).
- Enfermería sigue siendo la profesión con mayor interés por formarse y trabajar en prevención y atención a las mujeres que sufren violencia de género. **Enfermería puede realizar un importante papel en formación continuada.**
- Sigue siendo una gran fortaleza de esta formación que los **equipos docentes** estén formados por profesionales de los propios servicios sanitarios de la CA.

- Hace falta desarrollar nuevas **herramientas de evaluación** de la información que ayuden a conocer no sólo cuantas actividades se realizaron, o de qué tipo, sino que podamos conocer la evolución de profesionales formados que pasen por cada una de estas fases de aprendizaje (sensibilización, formación básica, formación avanzada) pues un mismo profesional un año ha podido pasar por sensibilización y al año siguiente hacer el curso de formación básica.
- Es necesario reflexionar sobre **itinerarios formativos** que ofrezcan un aprendizaje continuo y progresivo a cada profesional en este recorrido formativo en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género desde el ámbito sanitario.

Recomendaciones y retos de 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 2015 y de las tendencias observadas, realiza las siguientes propuestas operativas de futuro inmediato:

- Inclusión de la **formación continuada** como una **prioridad en los Planes de formación** y en los **Planes anuales de gestión o Contratos programa** de las gerencias tanto en 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 tienen incluido el protocolo correspondiente de actuación sanitaria ante la detección 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 las áreas, en materia de actuaciones sanitarias frente a la violencia de género, 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.
- **Formación específica sobre valoración del riesgo en consulta** ante la detección de casos de violencia de género y sobre las medidas a seguir, tal como se indica en el Protocolo Común sanitario del SNS.
- 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.

- Impulsar la **sensibilización y formación específica** en materia de violencia de género y su detección precoz por **todos los profesionales hospitalarios** que hacen atención clínica y **especialmente en determinados perfiles** sanitarios como pediatría, psiquiatría, ginecología y obstetricia y 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.
- Se considera necesario **impulsar la evaluación de la transferencia de la formación a la práctica clínica y del impacto de la misma en las personas que sufren la violencia de género** y en las instituciones sanitarias.
- 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 Evaluación de Actuaciones y de Formación de profesionales de esta Comisión**, se irán aportando datos anuales como hasta ahora, como indicadores de procedimiento que faciliten el seguimiento a corto plazo respecto a su puesta en marcha.

2. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la comisión contra la violencia de género del sistema nacional de salud. Año 2016

La actividad de los Grupos Técnicos que apoyan a esta Comisión, formados por técnicos de todas las CCAA junto con personas expertas (escuelas de salud, universidades, asociaciones y ONG's de implantación en el conjunto del Estado) han continuado durante 2016 centrada en las siguientes acciones:

- **Grupo Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género.** Ha seguido trabajando en la recogida anual de Indicadores epidemiológicos sobre nº de casos de violencia de género detectados y registrados desde los servicios sanitarios, en concreto los detectados entre enero y diciembre de 2015, que constituye la información ofrecida en el primer apartado de este Informe Anual VG 2016.
- También ha trabajado en el análisis de situación para la recogida de datos el próximo año, referido a hijas e hijos que puedan estar siendo testigos del maltrato de la madre o incluso también puedan estar siendo maltratados por la pareja o expareja de ésta.
- **Grupo Formación de Profesionales en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género desde los servicios sanitarios.** Ha seguido trabajando en la recogida anual de Indicadores sobre los procesos formativos realizados en los servicios de salud autonómicos en esta materia, que constituye la información ofrecida en el segundo apartado de este Informe Anual.
- **Grupo de Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria y Grupo de Aspectos Éticos y Legales.** Estos dos grupos trabajan siempre juntos para la elaboración de cualquier Protocolo Sanitario, y durante 2016 han centrado su trabajo en la elaboración de un Anexo específico sobre Actuación Sanitaria ante la Trata de Seres Humanos con fines de Explotación Sexual, que complete los contenidos del Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia de Género en el SNS (2012), en virtud del acuerdo adoptado por esta Comisión en diciembre de 2015 y en cumplimiento de las medidas recogidas en el

Plan Integral de Lucha contra la Trata de Mujeres y Niñas con Fines de Explotación Sexual 2015-2018.

El grupo ha celebrado 3 audioconferencias de trabajo (marzo-abril-mayo) en formato taller-reunión, la primera para planificar el trabajo y las otras dos monográficas sobre contenidos de dicho anexo:

- * 1ª Reunión. Análisis de situación descriptivo y elaboración de plan de trabajo y cronograma.
- * 2ª Reunión. Acceso a los servicios sanitarios, detección precoz y atención sanitaria a las personas víctima de trata con fines de explotación sexual.
- * 3ª Reunión. Marco Legislativo en torno al tema de Trata: derechos de la víctima y deberes de las y los profesionales.

Ha sido especialmente relevante para la exposición de contenidos relacionados la colaboración de la asociación APRAMP a través de su representante en el grupo de trabajo, así como de la persona experta de los servicios sanitarios de atención a la salud sexual y reproductiva, María Martínez Pascual, así como de la representante de la Delegación para la Violencia de Género, Miriam Benterrak, que realizaron sendas ponencias en las reuniones-taller.

Durante el segundo semestre del año se ha procedido a su redacción desde el equipo de la Subdirección General de Calidad y Cohesión y sometido a revisión de todo el Grupo de Trabajo.

Finalmente el documento ha sido presentado a aprobación por la Comisión, el 12 de diciembre de 2016.

Se ha propuesto también desde el grupo de trabajo que se elabore un díptico-tríptico resumen de dicho Anexo, de forma que se facilite un formato más manejable para las y los profesionales sanitarios, tal como se hizo con el Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la Mutilación Genital Femenina.

- **Grupo de Evaluación de Actuaciones.** Este grupo ha centrado su labor fundamental desde 2012 hasta 2015, en elaborar, validar y actualizar las herramientas necesarias para proceder a evaluar las experiencias implementadas en relación con la prevención y detección precoz de la violencia de género en los servicios de salud del SNS. En 2016 al no haberse realizado convocatoria de buenas prácticas, el Grupo ha centrado su acción en colaborar técnicamente en la elaboración del Programa y contenidos científicos del VI taller monográfico de Buenas Prácticas en el SNS que se describe a continuación.

Además de la actividad de los Grupos de trabajo técnico, esta Comisión ha colaborado para la celebración y difusión de 2 actividades concretas:

- **II Jornada de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud.** Celebrada el 1 de junio de 2016, se procedió a la entrega de diplomas

a las buenas prácticas identificadas en 2015, promoviendo el encuentro entre los diferentes equipos profesionales responsables de su implementación, a quienes acompañaron sus responsables de centros, hospitales, áreas y gerencias de los servicios de salud autonómicos relacionados con las buenas prácticas que recogían su diploma acreditativo en el SNS. Un total de 350 participantes, en torno a 78 buenas prácticas del conjunto de las estrategias sanitarias convocadas en 2015 (actuaciones sanitarias frente a la VG, atención al parto y salud reproductiva, cardiopatía isquémica, diabetes, de las que 11 buenas prácticas pertenecían a la prevención y detección precoz de la violencia de género⁵.

- **VI Taller Monográfico de Buenas Prácticas en el SNS.** Celebrado el 22 de noviembre de 2016, convocado tanto en el marco de las acciones estratégicas del SNS para la prevención y detección precoz de la violencia de género, como en la Estrategia del SNS para la Atención al parto y Salud Reproductiva. Cada integrante de la Comisión contra la Violencia de Género fue el contacto en cada Servicio de Salud para designar 2 personas que asistieran como alumnado a dicho taller. Asistieron un total de 73 personas (9 hombres: 1 como docente y 8 alumnos). Del total de asistentes, 33 participaron desde el ámbito de prevención y detección precoz de la violencia de género (5 hombres: 1 docente y 4 alumnos).

En la primera parte del taller se abordaron aspectos generales para el total del alumnado asistente, en los que se abordó la inclusión de la perspectiva de género en investigación como criterio de excelencia e innovación, así como sobre la metodología de buenas prácticas del SNS dentro del ciclo de la innovación sanitaria: identificación de experiencias candidatas, recogida, evaluación, catalogación y replicación.

La segunda parte, por la tarde, se dedicó a la presentación monográfica de 2 de las buenas prácticas que ya tienen el diploma del SNS que en concreto en el caso de violencia de género fueron:

“Formación de profesionales de los servicios sanitarios frente a VG. Red de Formación contra el maltrato. Red FORMMA” Andalucía. BBPP-SNS-2013.

“Visibilización de la Violencia de Género en consultas sanitarias: un proyecto de atención primaria y salud mental” Madrid. BBPP-SNS-2015.

5 En esta dirección web figura el Programa de la Jornada y la relación de buenas prácticas que recibieron el diploma. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_Programa_2016.htm

El alumnado del taller deberá presentar antes del 1 de febrero de 2017 un trabajo final de taller que desarrollará de forma esquemática los elementos clave de un proyecto de replicación, en su contexto sanitario autonómico de trabajo, de una buena práctica (BBPP) del SNS en materia de violencia de género elegida del catálogo de BBPP del SNS. Dicho catálogo está disponible en la URL del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>

Anexo actuaciones desarrolladas para la difusión del protocolo de mutilación genital femenina y tríptico

Tabla resumen. Actuaciones de las CC.AA. para la difusión del protocolo común sanitario MGF del SNS. Actualizado 2 Diciembre 2016	
CC.AA.	Actuaciones
ANDALUCÍA	<ul style="list-style-type: none"> • La prevención de la mutilación genital femenina se ha incluido en capítulo independiente en el Protocolo Andaluz para la Actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2015 • Para la difusión a profesionales se utiliza la Red FORMMA (Red de Formación a profesionales en Maltrato contra las mujeres). • Se ha comunicado a las direcciones-gerencias de todos los centros sanitarios para que desde ellos se comunique a la totalidad de sus profesionales. Se ha comunicado también a ONGs que tratan con inmigrantes. • Canales utilizados para difundir: enlaces a la web de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, inserción en la Historia Clínica Digital del Servicio Andaluz de Salud, comunicación a los centros sanitarios de Atención Primaria y hospitalarios, ONGs relacionadas, Consejería de Justicia, Fiscalías y Servicios de Protección de Menores.
ARAGÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene Protocolo de Coordinación MGF Autonómico desde 2011 • Desde la Dirección General de Planificación junto con Médicos del Mundo se han realizado las siguientes sesiones clínicas en los tres hospitales de Zaragoza: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Hospital Miguel Servet, Hospital Royo Villanova. A las sesiones han acudido 90 profesionales con perfiles de atención primaria, especializada, matronas, Ginecología, MIR y EIR. • Desde la Dirección Gerencia del Salud se está impartiendo también un curso on-line en el que se incluye como temática la MGF. • El próximo año, 2016, está previsto seguir con la formación y difusión del Protocolo MGF en el resto de Zonas Sanitarias de Aragón (Huesca, Barbastro, Calatayud, Alcañiz y Teruel). • Exposición fotográfica de: "UN VIAJE CON COMPROMISO: EL VALOR DE LA PREVENCIÓN EN LA LUCHA CONTRA LA MGF" es una exposición fotográfica de Médicos del Mundo en la que se hace hincapié en la importancia de la prevención para evitar la ablación. La exposición muestra el proceso formativo que siguen una niña y su familia y que culmina con el regreso a España tras un viaje de vacaciones a su país de origen sin haber sido mutilada.
ASTURIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución del Protocolo y Tríptico por e-mail, desde Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y los Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Se ha dirigido a redes profesionales o institucionales, sociedades científicas, organizaciones sociales. • Se ha realizado una jornada de sensibilización conjuntamente con la Consejería de Bienestar Social y la participación de organizaciones no gubernamentales.

BALEARES	<ul style="list-style-type: none"> De momento no se ha establecido ningún sistema o estrategia de difusión para dar a conocer el Protocolo Común de actuación sanitaria frente a la MGF. En estos momentos, se ha formado un grupo de trabajo compuesto por profesionales de 3 Consejerías del Govern De les Illes Balears (servicios sociales, educación y salud) para adaptar el Protocolo Común del SNS en materia de MGF a esta Comunidad. Cuando esté elaborado dicho Protocolo en este ámbito autonómico, se tiene previsto elaborar la estrategia para su difusión, además de la formación específica y especializada en el tema.
CANARIAS	<ul style="list-style-type: none"> Desde la Dirección de Programas Asistenciales se ha dispuesto en la Intranet el Protocolo de MGF para que tengan acceso el conjunto de profesionales de Atención Primaria (AP). Se está trabajando en una campaña de sensibilización dirigida a población general, soportada sobre cartel con mensajes directos y cortos en varios idiomas. La propuesta se validará con el Instituto Canario de Igualdad, asociaciones y personas expertas en MGF. También, dado el carácter multidisciplinar y multiprofesional de este fenómeno se está trabajando en una propuesta que se elevará a la Comisión Interinstitucional de Atención a la Mujer víctima de VG del Gobierno de Canarias y se solicitará colaboración de todos los sectores implicados.
CANTABRIA	A la espera de poner en marcha la difusión
CASTILLA Y LEÓN	<ul style="list-style-type: none"> Se ha incorporado a la documentación recomendada para uso de profesionales en el portal de salud la Junta de Castilla y León: Violencia de Género y en la carpeta de documentación de interés del grupo colaborativo on-line de la red de formadores/as en Violencia de Género. Se ha remitido a todas las gerencias para su difusión en los centros de salud y hospitales. Se ha difundido además a toda la red de formadores y formadoras en Violencia de Género para su conocimiento y difusión en sus actividades de formación. Se presentará en la próxima actividad formativa presencial de formadores y formadoras en Violencia de Género: Jornada de formación en el último trimestre de 2015.
EXTREMADURA	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ahora han participado en la difusión: El Instituto de la Mujer de Extremadura, que es el Organismo que lleva a cabo la difusión con La Dirección General de Salud Pública con La Universidad de Extremadura a través de la Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres que lo lleva con ONG – Cruz Roja Extremadura. Se le ha dado la difusión que habitualmente desde el Instituto de la Mujer de Extremadura se realiza para cualquiera de sus actividades formativas: protocolo institucional, profesionales, asociaciones y organizaciones, etc. A la actividad en la Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres asistieron un total de 100 personas: 40 hombres y 60 mujeres que se distribuían entre: estudiantes de la Universidad de Extremadura, así como profesionales de los ámbitos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y personal Socio-Sanitario que trabajan activamente en la lucha contra la violencia de género.
GALICIA	<ul style="list-style-type: none"> Se ha colgado en la página web de la Consejería donde se encuentran los materiales de formación de violencia de género y salud. Se ha entregado en los cursos de formación impartidos Están elaborando el Protocolo propio, resumen del aprobado por el Consejo Interterritorial para el SNS y se tiene pensado difundirlo en noviembre de 2016.
MADRID	Todavía no pueden ofrecer datos de la difusión

MURCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha elaborado un Protocolo de prevención de la MGF por un grupo de trabajo multidisciplinar e interinstitucional liderado por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia, en la que han participado profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud. • Para difundir la formación en MGF se ha utilizado web y redes sociales (Twitter, Facebook), contacto con centros de salud, Colegio de Enfermería y Medicina de la Región de Murcia, Decanatos de las Facultades de Enfermería (Murcia y Lorca), Pedagogía, Trabajo Social y Psicología. La metodología utilizada ha sido de sesiones presenciales, jornadas "ad hoc", etc. Se han celebrado las III Jornadas de Enfermería en Cooperación al Desarrollo y II Jornadas para la Prevención de la MGF y Cooperación Universitaria donde se presentó el Protocolo (150 asistentes). En la Universidad de Murcia, en las facultades de Pedagogía (150 alumnos/as), Trabajo social (60) y Enfermería de Lorca (40). • Previsto continuar con la difusión desplegándose en el Servicio Murciano de Salud.
NAVARRA	<ul style="list-style-type: none"> • En Navarra el Protocolo de Coordinación MGF Autonómico se aprobó en junio de 2013 y en el segundo semestre de ese mismo año se realizaron las actividades de presentación del protocolo, a través de sesiones presenciales. • Para dar a conocer el Protocolo Común MGF del SNS se ha utilizado correo electrónico
PAÍS VASCO	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha elaborado una nueva guía: "Mutilación Genital Femenina. Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema Sanitario de Euskadi". Febrero 2016. • Se ha comunicado a todos los Equipos Directivos de las Organizaciones de Servicios de Osakidetza. • Difundido desde septiembre de 2016 a las y los profesionales de las Organizaciones de Servicios • Se está realizando un Módulo nuevo de MGF asociado al curso online sobre VG del que disponen, elaborado en Osakidetza.
RIOJA, LA	Todavía no pueden ofrecer datos de la difusión
INGESA (Ceuta y Melilla)	Todavía no pueden ofrecer datos de la difusión
<p>El resto de CCAA que no aparecen en este cuadro, no han aportado a fecha de hoy, información sobre los indicadores de actividades de sensibilización y formación¹</p> <p>¹ Al igual que Aragón y Navarra, Cataluña tiene Protocolo de Coordinación MGF Autonómico desde 2007. Además en Cataluña, tiene editado el Documento Operativo a parte, para el ámbito sanitario y MGF desde 2011.</p> <p>Los protocolos de Aragón, Cataluña y Navarra forman parte de la Bibliografía consultada para elaborar el Protocolo Común de actuación sanitaria ante la MGF en el SNS 2015</p>	

Índice de tablas y gráficos

1. Relación de tablas

T1	Cobertura poblacional y de indicadores por fuente de información y nivel de asistencia sanitaria	28
T2	Magnitud del problema	30
T3	Tipo de maltrato (indicador 5)	31
T4	Duración del maltrato	32
T5	Agresores	33
T6	Grupos de edad	35
T7	Nacionalidad	37
T8	Situación laboral	40
T9	Maltrato en embarazadas	41
Tg7	Personal formado por ámbito asistencial desagregado por sexo	50
Tg8	Personal formado por tipo de actividad desagregado por sexo	51
Tg10	Personal del alumnado. Datos desagregados por sexo	54
Tg15		59
Tg16	Personal formado por ámbito asistencial	60
Tg17	Tipo actividad	62
T17a	Actividades de sensibilización por ámbito asistencial	64
T17b	Formación básica por ámbito asistencial	65
T17c	Formación avanzada por ámbito asistencial	66
T17d	Formación de formadores por ámbito asistencial	67
Tg18	Horas lectivas por ámbito asistencial	68
Tg25	Tasas anuales. Formación en prevención y detención precoz de la violencia de género	77
Tg26	Tasas anuales. Formación en prevención y detención precoz de la violencia de género	77
Tanexo	Actuaciones de las CC.AA. para la difusión del protocolo común sanitario MGF del SNS. Actualizado 2 Diciembre 2016	88

2. Relación de gráficos

G1	Personal formado por ámbito asistencial	44
G2	Nº de actividades por ámbito asistencial	45
G3	Nº de horas lectivas por ámbito asistencial	46
G4	Actividades formativas acreditadas vs. impartidas por ámbito asistencial	47
G5	Personal formado por tipo de actividad	48
G6	Tipo de actividades formativas por ámbito asistencial	49
G7	Personal formado por ámbito asistencial	50
G8	Personal formado por tipo de actividad	51
G9	Perfil del alumnado	52
G10	Perfil del alumnado	53
G11	Adscripción del profesorado	56
G12	Perfil del profesorado	56
G13	Perfil del profesorado	57
G14	Personal formado por CC.AA.	58
G15	Personal formado por ámbito asistencial	59
G16	Personal formado por ámbito asistencial	61
G17	Tipo de actividad	63
G18	Tipo de actividad	69
G19	Personal formado por tipo de actividad	71
G20	Personal formado por comunidades autónomas	73
G21	Número de profesionales	74
G24	Número de horas lectivas	76
G25	Tasas de profesionales que han recibido formación en el conjunto del SNS	78
G26	Tasas de profesionales que han recibido formación por servicio de salud autonómico	79

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, se recogen los datos correspondientes a 2015 agregados para el conjunto del SNS, tanto de los indicadores epidemiológicos comunes (casos de violencia de género detectados en el SNS) como de los procesos de formación de profesionales realizados en ese año. A continuación, en la segunda parte, se recoge la síntesis de las acciones desarrolladas por la Comisión durante 2016 a través de sus grupos técnicos de trabajo durante el año 2016: análisis de situación previo y comienzo de la redacción de un Anexo específico sobre actuaciones sanitarias en materia de prevención y detección precoz de posibles casos de trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, celebración de la II Jornada de Buenas Prácticas (BBPP) en el SNS y del VI Taller Monográfico de Buenas Prácticas orientado a la futura replicación de las mismas. El catálogo de Buenas Prácticas y las memorias correspondientes de cada una de ellas puede ser también consultado a través de la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t03_Comision.htm
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>