

Informe Violencia de Género 2011

Informe Violencia de Género 2011

Comisión del Consejo
Interterritorial del Sistema
Nacional de Salud

Edita y distribuye:

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

NIPO: 680-13-021-3

Imprime: ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L.

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

Informe Violencia de Género 2011

Comisión del Consejo
Interterritorial del Sistema
Nacional de Salud



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

COORDINACIÓN DEL INFORME

Observatorio de Salud de las Mujeres

Rosa María López Rodríguez

Sonia Peláez Moya

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Alicia Llácer Gil de Ramales

GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO DE LA COMISIÓN

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

Virtudes Gallardo García (Andalucía)

María Luz Lou Alcaine (Aragón)

Elvira Muslera Canclini (Asturias)

Antonia María Tomás Vidal (Islas Baleares)

Lucina Dácil Marrero Rodríguez (Canarias)

José Francisco Santos (Cantabria)

Rosa María Andrés Margaretto (Castilla y León)

Berta Hernández Fierro (Castilla-La Mancha)

Antonia Medina Bustos (Cataluña)

José Antonio Lluch Rodrigo (Comunidad Valenciana)

Julián Mauro Ramos Aceitero (Extremadura)

Isabel Graña Garrido (Galicia)

María Ordobás Gavín (Madrid)

Marina Tourné García (Murcia)

Isabel Sobejano Tornos (Navarra)

Iñaki Fraile Esteban (País Vasco)

M.^a José López de Valdivieso (La Rioja)

Carmen Ruiz Rodríguez (Ceuta)

Ana Felicidad Egea Fernández (Melilla)

Carmen Ochoa Mateo (Ingresa)

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

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

Grupo de formación de profesionales de servicios sanitarios en materia de VG

Elisa Vizuete Rebollo (Andalucía)

Asunción Cisneros Izquierdo (Aragón)

Julio Bruno Bárcena (Asturias)

Alejandra Carmona Franco (Islas Baleares)

Rosa del Valle Álvarez (Canarias)

Mar Sánchez Movellán (Cantabria)
Fuencisla Yagüe García (Castilla y León)
Rosa María Modesto González (Castilla-La Mancha)
Lluïsa Balañá Roldán (Cataluña)
Vicenta Escribá Agüir (Comunidad Valenciana)
Elisa Muñoz Godoy (Extremadura)
María Isabel Graña Garrido (Galicia)
Sonsoles Mories Álvarez (Madrid)
José Fernández-Rufete Gómez (Murcia)
Carmen Garde Garde (Navarra)
Miren Josune Ziarrusta (País Vasco)
M.^a José López de Valdivieso (La Rioja)
Carmen Ruiz Rodríguez (Ceuta)
Ana Felicidad Egea Fernández (Melilla)
Carmen Ochoa Mateo (Ingresa)
Begoña Merino Merino (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)
Lucía Mazarrasa Alvear (Escuela Nacional de Sanidad)
Begoña López-Doriga Alonso (Instituto de la Mujer)
Pilar Vilaplana García (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)
Itziar Abad Andújar (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género)

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

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Presidencia

Pilar Farjas Abadía (Secretaria General de Sanidad y Consumo)

Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

M.^a Mercedes Vinuesa Sebastián (Directora General)

Sonia García de San José (Subdirectora General de Calidad y Cohesión)

Rosa M.^a López Rodríguez (Coordinadora de Programas del Observatorio de Salud de la Mujeres)

INGESA

José Julián Díaz Melguizo (Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria)

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad

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

Begoña López-Doriga Alonso. Instituto de la Mujer (Directora del Programa de Salud y Servicios Sociales. Subdirección General de Programas)

Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas:

Juan Manuel Espinosa Almendro (Andalucía)
M^a José Amorín Calzada (Aragón)
Antonio Villacampa Duque (Aragón)
Ana María Otero Sierra (Asturias)
Federico Antonio Sbert Muntaner (Baleares)
Hilda Sánchez Janáriz (Canarias)
Mar Sánchez Movellán (Cantabria)
María Paz Rodríguez Cantero (Castilla y León)
María Dolores Rubio y Leonart (Castilla-La Mancha)
Iria Caamiña Cabo (Cataluña)
Manuel Escolano Puig (Comunidad Valenciana)
José Luis Cordero Carrasco (Extremadura)
María Isabel Graña Garrido (Galicia)
M^a Belén Prado Sanjurjo (Madrid)
José Fernández-Rufete Gómez (Murcia)
Cristina Ibarrola Guillén (Navarra)
M^a Mercedes Estébanez Carrillo (País Vasco)
M^a Pilar Diez Ripollés (La Rioja)
Viviane Berros Medina (Ceuta)
M^a de los Ángeles Tascón Moreno (Melilla)

Índice

Presentación	11
1. Análisis de situación	13
1.1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud. Año 2011	13
1.1.1. Cobertura	14
1.1.2. Magnitud del problema	17
1.1.3. Características del maltrato	19
1.1.4. Características de las mujeres maltratadas	22
1.1.5. Conclusiones	27
1.2. Acciones formativas en materia de violencia de género realizadas en el Sistema Nacional de Salud. Año 2011	29
1.2.1. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2011 en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS)	30
1.2.2. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2011, desagregados por comunidades autónomas	39
1.2.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Período 2008-2011	64
2. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud. Año 2011	75
3. Identificación, recogida y difusión de buenas prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Año 2011	77
1. Marco conceptual	78
2. Objetivo	80
3. Metodología	80
3.1. Constitución del grupo evaluador de BBPP en violencia de género (VG)	80

3.2. Definición de BBPP en VG	82
3.3. Criterios de calidad comunes para la valoración de BBPP en actuación sanitaria frente la VG en el SNS	83
3.4. Líneas de actuación para presentar BBPP en VG	85
3.5. Procedimiento de recogida de BBPP en VG	86
3.6. Procedimiento de difusión	87
4. Documentación a presentar por cada candidatura a BBPP	87
4.1. Ficha de recogida de información	87
4.2. Memoria de la experiencia	88
5. Proceso de evaluación y baremación de BBPP en actuación sanitaria frente a la VG en el SNS	88
5.1. Cómo se organiza la valoración de criterios	88
5.2. Cómo se organiza el sistema de baremación: para cada criterio y de forma general	91
Índice de tablas y gráficos	95
Bibliografía	99
Anexos	101
– Formularios para la recogida de Indicadores Epidemiológicos Comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) en materia de violencia de género a partir de la HISTORIA CLÍNICA	101
– Formularios para la recogida de Indicadores Epidemiológicos Comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) en materia de violencia de género a partir del PARTE DE LESIONES	101
– Formularios para la recogida de indicadores de FORMACIÓN de profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en materia de violencia de género	131
– Criterios de Calidad para la formación básica de profesionales en atención sanitaria ante la violencia de género en el SNS	139
– Anexos estandarizados para la recogida de Buenas Prácticas (BB PP) en actuación sanitaria ante la violencia de género en el SNS:	140
– Anexo I ó ficha de recogida	140
– Herramienta Chek-list para la valoración de BBPP en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el SNS	144

Presentación

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

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

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

Desde 2005, año de edición del primer Informe Anual de la Comisión, se ha venido editando este Informe de situación. Elaborado por consenso y colaboración entre las CC.AA. y el Ministerio, se constituye en una herramienta de trabajo que permite ir conociendo mejor la magnitud del problema atendido desde los servicios sanitarios, así como las múltiples y variadas acciones que desde los servicios de salud se están desarrollando para dar respuesta progresiva a las necesidades existentes en materia de vigilancia epidemiológica, para informar y sensibilizar a la ciudadanía en general y como instrumento de información al personal de los servicios sanitarios en su prevención y detección precoz de este problema de salud pública.

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

En este Informe Anual 2011, se presentan los datos correspondientes de cobertura, magnitud y características del maltrato detectado y atendido desde los servicios sanitarios que integran el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como información sobre los procesos de formación de profesionales de los servicios sanitarios en esta materia. Esta información se completa con un sumario de las principales actuaciones realizadas por los grupos técnicos constituidos en el seno de la Comisión e incluye en la parte final, como

capítulo monográfico de este año, la descripción de los elementos básicos para establecer una Metodología de Identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud (BBPP_VG_SNS). Dicha metodología será implementada durante 2012 en modo pilotaje para iniciar la recogida de estas buenas prácticas.

1. Análisis de situación

1.1. Casos de violencia de género detectados y registrados en el Sistema Nacional de Salud. Año 2011

Desde su comienzo, el proceso de recogida de indicadores epidemiológicos sobre los casos de violencia de género, detectados y atendidos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), se ha realizado a partir de los datos aportados por los servicios de salud de las 17 CC.AA. e Ingesa (gestión sanitaria en Ceuta y Melilla). Los datos obtenidos así como su recogida y síntesis a nivel del SNS viene limitada por diferentes características inherentes a las fuentes de información sanitaria y al proceso de mejora continua de los sistemas de información sanitaria, tales como:

- Las dos fuentes principales de obtención de datos (parte de lesiones –PL– e historia clínica –HC–) se utilizan indistintamente en el conjunto de CC.AA. e Ingesa, ofreciendo diferentes matices acerca del tipo y características del maltrato detectado, lo que las complementa entre sí, aunque dificulta el análisis epidemiológico de este problema de salud pública de forma homogénea para el conjunto del SNS.
- Las diferentes fases de adaptación en las que se encuentran los servicios de salud de las CC.AA. para incorporar las variables, codificarlas e informatizar el PL dentro de la Historia Clínica y del conjunto de sistemas de información sanitaria de su territorio.
- En algunas CC.AA. la adaptación todavía no alcanza el 100% de sus dispositivos sanitarios, encontrándose más desarrollada en general, en los dispositivos de atención primaria.

Introducción

Se presentan los datos de mujeres maltratadas obtenidos desde el sistema sanitario para 2011 mediante la colaboración de los profesionales que las atienden tanto a nivel primario como especializado. Estos datos tienen como soporte dos fuentes muy distintas: la Historia Clínica (HC) y el Parte de Lesiones (PL) remitido en su caso a los juzgados.

Los datos se presentan diferenciando siempre la fuente de procedencia (HC o PL) ya que los casos no son acumulables a efectos de magnitud, puesto que pueden darse duplicaciones entre fuentes e incluso en cada una de ellas, por duplicidad de partes o posible coincidencia entre niveles asistenciales (primaria y especializada).

Lo importante es que estos datos reflejan en parte la magnitud de la demanda y atención por parte del sistema sanitario del problema del maltrato a las mujeres y por tanto, del esfuerzo de los profesionales de salud por visibilizarla, analizarla, y responder a ella. Con esta perspectiva deben considerarse posibles comparativos entre períodos y Comunidades Autónomas (CC.AA.), teniendo muy en cuenta la variabilidad de los sistemas de información que subyacen. El hecho de calcular tasas para los indicadores de magnitud y de algunas de sus características personales, como la edad, la nacionalidad o la situación de embarazo, es para corregir en lo posible las diferencias poblacionales entre las CC.AA. pero no sería correcto traducirlas a conceptos de prevalencia e incidencia por las razones ya expuestas.

Este es el cuarto año que recogen y analizan estos indicadores cuya cobertura y calidad irán mejorando a medida que se asienten y refuercen los recursos personales y materiales que posibilitan su obtención.

Resumen principales aspectos

1.1.1. Cobertura

a) Poblacional. De las 19 CC.AA. (incluyendo las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) sólo dos CC.AA. no han remitido datos en este año. Se trata de Castilla-La Mancha y Cataluña que integran el 20% del total de mujeres a partir de los 14 años, esto es la quinta parte de la cobertura poblacional teórica. Las CC.AA. cuya fuente de información son los partes de lesiones (PL) cubren el 38% poblacional, superior a la cobertura de la fuente Historia Clínica (HC) (29%). Las CC.AA. que aportan datos de ambas fuentes, engloban un 13% de la población de mujeres de estas edades.

b) Cobertura de indicadores por niveles:

Todas las CC.AA. que aportan datos facilitan el número de mujeres maltratadas detectadas por atención primaria (AP) y, excepto 3 cuya fuente es la HC, también de especializada (AE). Globalmente, es mayor la cobertura de los indicadores en AP (64%) que en AE (46%). De igual forma, tam-

bién hay mayor cobertura cuando la información procede de la HC (58%) que si es del PL (51%).

El indicador de edad de las mujeres (I8) y el de tipología del maltrato (I5) son los dos de mayor cobertura por CC.AA. Los de Duración del maltrato (I6), situación laboral (I10) y maltrato en embarazadas (I11) son los de menor. Una CA (Andalucía) no facilita datos de ningún indicador, a excepción de los generales (I1-I3-I4) y otra (Rioja) aporta datos para el total de indicadores.

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

CC.AA.	FUENTE DE INFORMACIÓN		mujeres 14a-85a+		CC.AA.	INDICADORES* INFORMADOS		
	HISTORIA CLÍNICA	PARTE DE LESIONES	Población 2011	%		AP (9)	AE (9)	total
Andalucía		X	3630241,2	17,5	Andalucía PL	1	1	2
Aragón	X		591028,2	2,9	Aragón_HC	8	7	15
Asturias	X	X	510471,4	2,5	Asturias_HC	4	4	8
					Asturias PL	4	4	8
Baleares (hasta junio)	X	X	478514,2	2,3	Baleares HC	4	2	6
					Baleares_PL	4	3	7
Canarias	X	X	923949,2	4,5	Canarias_HC	8	4	12
					Canarias_PL	6	3	9
Cantabria	X	X	267573,6	1,3	Cantabria_PL	1	1	2
					Cantabria HC	9	0	9
Castilla y León	X		1151597,8	5,6	Castilla y León	5	9	14
Castilla-La Mancha			900965	4,3	Castilla-La Mancha			
Cataluña			3275452,8	15,8	Cataluña			
Com. Valenciana		X	2227254,4	10,8	Com. Valenciana	7	7	14
Extremadura (desde junio)	X	X	486072,6	2,3	Extremadura_PL	7	7	14
					Extremadura_HC	9	9	18
Galicia		X	1298768,2	6,3	Galicia	6	6	12
Madrid	X		2898687	14,0	Madrid (Com.)	6	0	6
Murcia		X	610326,4	2,9	Murcia	5	5	10
Navarra	X		276060	1,3	Navarra	4	0	4
Pais Vasco	X		983071,2	4,7	Pais Vasco	8	1	9
Rioja, La	X		139716	0,7	Rioja, La	9	9	18
Ceuta		X	32401	0,2	Ceuta	6	6	12
Melilla		X	30279,6	0,1	Melilla	6	5	11
CC.AA. solo PL		6	7829270,8	37,8	Partes lesiones	53	48	101
CC.AA. solo HC		6	6040160,2	29,2	%	53,5	48,5	51,0
CC.AA. ambas Fuentes		5	2666581	12,9	Historia Clínica	74	42	116
CC.AA. sin datos		2	4176417,8	20,2	%	74,7	42,4	58,6
					Total por fuente	99	99	198
TOTAL España		19	20712429,8	100,0	%	100,0	100,0	100,0

*Indicadores = los indicadores I1,I3-I4 por niveles de atención se consideran sólo 1, por lo que el número total de indicadores es de 9 por nivel, para cada CA. Nótese que el "Total por fuente" se refiere al máximo posible de indicadores y que incluyen aquellos de los que no constan datos.

1.1.2. Magnitud del problema

Indicadores I1-I3-I4

En 2011, el sistema sanitario ha detectado e informado 9614 mujeres maltratadas en edades de 14 años y mayores desde CC.AA. a partir del PL como fuente de información (tasa de 91,6 por 100.000). Por otra parte, 6083 mujeres maltratadas en esas mismas edades han sido casos comunicados por las CC.AA. a partir de la HC como fuente de información (tasa de 70 por 100.000).

En el ámbito de atención primaria (AP), cualquiera que sea la fuente, casi cuadriplica por término medio la detección de casos realizada desde atención especializada (AE). Las situaciones son muy dispares entre CC.AA.

La incidencia real de mujeres maltratadas atendida por el sistema sanitario es difícil de valorar sin un estudio que corrija duplicidades entre fuentes y niveles asistenciales. De hecho, solo Canarias realiza una depuración que le permite garantizar que no se dan duplicidades en cada nivel asistencial.

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

CC.AA.	PARTE de LESIONES						HISTORIA CLÍNICA					
	Nº casos detectados			tasas PL			Nº casos detectados			tasas HC		
	AP	AE	TOTAL	AP	AE	TOTAL	AP	AE	TOTAL	AP	AE	TOTAL
Andalucía	5.044	1.202	6.246	138,9	33,1	172,1						
Ceuta	4	10	14	12,3	30,9	43,2						
Com. Valenciana	756	302	1.058	33,9	13,6	47,5						
Galicia	148	7	155	11,4	0,5	11,9						
Melilla	121	4	125	393,9	13,0	412,8						
Murcia	117	91	208	19,2	14,9	34,1						
Casos/tasa PL	6.190	1.616	7.806	79,1	20,6	99,7						
Aragón							66	249	315	11,2	42,1	53,3
Castilla y León							826	313	1139	71,7	27,2	98,9
Madrid (Com.)							1317	nd	1317	45,4	nd	45,4
Navarra							341	nd	341	123,5	nd	123,5
País Vasco							358	558	916	36,4	56,8	93,2
Rioja, La							83	48	131	59,4	34,4	93,8
Caso/tasa HC							2991	1168	4159	49,5	19,3	68,9
Cantabria	6	164	170	2,24	61	63,5	176	nd	176	65,8	nd	65,8
Asturias	387	171	558	75,8	33,5	109,3	105	64	169	20,6	12,5	33,1
Baleares (junio)	36	53	89	7,5	11,1	18,6	412	4	416	86,1	0,8	86,9
Canarias	844	143	987	91,3	15,5	106,8	1131	0	1131	122,4	0,0	122,4
Extremadura	4	0	4	0,82	0,00	0,82	30	2	32	6,2	0,41	6,6
Total Casos/tasa	1.277	531	1.808	47,9	19,9	67,8	1.854	70	1.924	69,5	2,6	72,2
Castilla-La Mancha Cataluña	Comunidades que no han enviado datos											

del año de duración del maltrato. Este dato, obtenido de la información de 7 CC.AA., está sesgado por la importancia de una de ellas CC.AA. que aportan casi el ochenta por ciento de los casos de los que consta este dato.

Indicador 17. Relación de la mujer maltratada con el agresor

El sistema de información, en ambas fuentes, pero sobre todo si se trata del nivel de AP y del PL, focaliza abrumadoramente a la pareja actual como presunto agresor principal. La importancia de la expareja es a destacar y supone entre un 20% a un 30% (medianas) considerando ambas fuentes y niveles.

La importancia pues de otro tipo de agresor –del entorno familiar o fuera de él– es pequeña pero habría que valorar hasta que punto el propio sistema de información y los protocolos que subyacen sesgan estos datos.

Dos CC.AA. carecen de este dato, en ambos niveles.

Tabla 3. Tipo de maltrato. (Indicador 5) porcentaje de cada tipo de maltrato respecto al total de casos de cada nivel asistencial

Fuente = PARTE LESIONES				Fuente = HISTORIA CLÍNICA			
9 CC.AA. (n = 2387 casos)		AP		10 CC.AA. (n = 4301 casos)		AP	
Tipos	Psicol.	Sexual	Físico	Tipos	Psicol.	Sexual	Físico
Nº casos	1322	46	2094	Nº casos	1118	124	2975
% Total	55,5	1,9	87,9	% Total	26	2,9	69,2
% mediana (md)	61,4	1,5	92,6	% mediana (md)	32,8	4,7	64,7
8 CC.AA. (n = 892 casos)		AE		6 CC.AA. (n = 783 casos)		AE	
Tipos	Psicol.	Sexual	Físico	Tipos	Psicol.	Sexual	Físico
Nº casos	276	112	566	Nº casos	188	59	617
% Total	30,9	12,6	63,5	% Total	24	7,5	78,8
% mediana (md)	30,0	9,2	86,5	% mediana (md)	17,7	4,2	88,1
9 CC.AA. (n = 3279 casos)		TOTAL		11 CC.AA. (n = 5084 casos)		TOTAL	
Tipos	Psicol.	Sexual	Físico	Tipos	Psicol.	Sexual	Físico
Nº casos	1598	158	2660	Nº casos	1306	183	3592
% Total	48,7	4,8	81,1	% Total	25,7	3,6	70,7
% mediana (md)	47,5	2,4	92,8	% mediana (md)	33,0	4,8	67,4
2 CC.AA. sin datos en ambos niveles (Andalucía; Baleares) y 1 CA (Cantabria) sólo con datos de un tipo (sexual) en AE				Ninguna CA sin datos en ambos niveles			
				1 CA sin datos en AP (Castilla y León) 2 CA sin datos en AE (Baleares y País Vasco)			

Tabla 4. Duración del maltrato (Indicador 6)

PARTE DE LESIONES						HISTORIA CLÍNICA					
2 CC.AA.	AP					7 CC.AA.	AP				
	Duración maltrato % (N = 125)						Duración maltrato % (n = 3161)				
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 y más	Nc		< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 y más	Nc
Extremadura	75,0	25,0	0,0	0,0	0,0	Totales	42,6	8,2	4,1	2,9	42,2
Melilla	24,0	9,1	5,8	0,0	61,2	Mediana	34,8	18,2	16,7	23	
CC.AA. sin datos en AP = 9 Ninguna CC.AA. con datos en AE						AE					
						Duración maltrato % (n = 363)					
						3 CC.AA.	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 y más	Nc
						Extremadura	0,0	50,0	0,0	0,0	50,0
						Castilla y León	9,9	7,3	2,6	1,6	78,6
						Rioja, La	85,4	10,4	0,0	0,0	4,2
						CC.AA. sin datos en ningún nivel = 4 (n casos = 2065) Asturias; Baleares; Castilla y León y Navarra					

Tabla 5. Relación con el presunto AGRESOR (Indicador 7)

Fuente = PARTE LESIONES						Fuente = HISTORIA CLÍNICA					
AP						AP					
% (n = 1301)						% (n = 1949)					
7 CC.AA.	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/ pareja	Hermano, tío u otro hom. famili	Hombre NO familiar	8 CC.AA.	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/ pareja	Hermano, tío u otro hom. famili	Hombre NO familiar
Totales	75,4	19,6	0,6	2,5	1,8	Totales	85,7	9,0	1,4	3,1	0,8
Mediana	75,0	24,2				Mediana	76,6	14,9			
AE						AE					
% (n = 601)						% (n = 569)					
6 CC.AA.	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/ pareja	Hermano, tío u otro hom. famili	Hombre NO familiar	5 CC.AA.	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/ pareja	Hermano, tío u otro hom. famili	Hombre NO familiar
Totales	74,5	18,1	1,0	1,2	5,2	Totales	67,0	16,2	1,4	4,2	11,2
Mediana	78,1	19,8				Mediana	66,7	30,6			
TOTAL						TOTAL					
% (n = 1902)						% (n = 2518)					
7 CC.AA.	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/ pareja	Hermano, tío u otro hom. famili	Hombre NO familiar	9 CC.AA.	Compañero íntimo actual	Ex compañero íntimo	Padre, padrastro/ pareja	Hermano, tío u otro hom. famili	Hombre NO familiar
Totales	75,1	19,1	0,7	2,1	2,9	Totales	81,5	10,6	1,4	3,4	3,1
Mediana	77,9	19,8				Mediana	77,4	18,8			
4 CC.AA. sin datos en ningún nivel (n casos = 7558) Andalucía, Canarias, Cantabria y Galicia						2 CC.AA. sin datos en ningún nivel (n casos = 1529) Baleares y Canarias					

1.1.4. Características de las mujeres maltratadas

Indicador I8. La edad de las mujeres

Las tasa mas altas se dan en los grupos jóvenes, especialmente de 20 a 39 años. Cuando la fuente es el PL, se adelanta un “pico” (20-24a) en relación a la HC (tasas semejantes de 25 a 34 años). La HC aporta tasas superiores en el nivel primario en los grupos mas jóvenes. Señalar que aunque en baja proporción, se detectan casos en mujeres también a partir de los 70 años, suponiendo entre el 5% y 7% de los detectados a partir del PL y la HC, respectivamente.

Indicador I9. La nacionalidad de las mujeres

Las mujeres son mayoritariamente españolas, mas en AP y cuando se trata de la HC. Pero las tasas son muy superiores en mujeres de la inmigración económica, especialmente las andinas, seguidas de las marroquíes aunque el grupo no diferencia de “otras” es también muy importante. La proporción de mujeres procedentes de países de nivel de renta alta es muy semejante según ambas fuentes, en torno al 6%, pero sus tasas superan a las de las españolas. La HC detecta mejor los casos en mujeres españolas mientras que la fuente de los PL parece destacar las mujeres de la inmigración económica, aunque hay que tener presente el problema de la posible duplicidad.

Indicador I10. Situación laboral

Este indicador es de baja cobertura, aunque algo mayor en relación al número de CC.AA. implicadas si procede de la HC y de AP. Comparando fuentes y niveles de atención, en aquellas CC.AA. en las que el número de mujeres es alto, la situación es muy desigual y tendría que valorarse conjuntamente con la edad.

Indicador I11. Mujeres embarazadas

El sistema de información ha detectado 90 mujeres maltratadas en situación de embarazo a partir de los PL, con datos de 4 CC.AA. y 108 a partir de la HC con datos de 7 CC.AA. Supone una tasa por cada 100000 nacidos vivos de 82 y 117 respectivamente. Una CA (Canarias) con ambas fuentes, aporta más de la mitad de los casos.

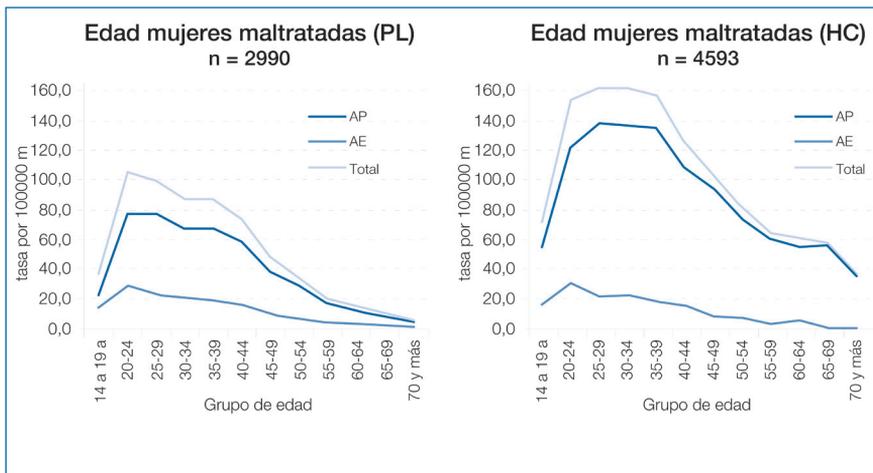


Tabla 6. Edad de las mujeres maltratadas. Casos detectados en el ámbito sanitario. Año 2011 (Indicador 8; 8a y 8b)

Fuente: PARTE DE LESIONES															
número de mujeres															
CC.AA. (n = 9)	grupo edad	14-19a	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 y más	NC	Total Edades
totales	AP	84	282	348	372	375	312	194	132	65	43	29	44	26	2300
	AE	51	104	102	110	105	83	48	28	15	11	5	7	21	690
	Total	135	386	450	482	480	395	242	160	80	54	34	51	47	2990
%															
totales	AP	3,7	12,3	15,1	16,2	16,3	13,6	8,4	5,7	2,8	1,9	1,3	1,9	1,1	100,0
	AE	7,4	15,1	14,8	15,9	15,2	12,0	7,0	4,1	2,2	1,6	0,7	1,0	3,0	100,0
	Total	4,5	12,9	15,1	16,1	16,1	13,2	8,1	5,4	2,7	1,8	1,1	1,7	1,6	100,0
Tasa por 100.000															
totales	AP	22,8	77,1	76,6	66,9	66,9	57,9	38,0	28,4	16,2	11,2	8,5	4,2		38,41
	AE	13,8	28,4	22,5	19,8	18,7	15,4	9,4	6,0	3,7	2,9	1,5	0,67		11,52
	Total	36,6	105,6	99,1	86,7	85,6	73,3	47,4	34,4	19,9	14,1	10,0	4,9		49,94

PL = Sin datos en 2 CC.AA.: Andalucía y Cantabria; Sin datos en **AP**: Murcia

Fuente= HISTORIA CLINICA																
número de mujeres																
CCAA. (n=11)	grupo edad	14- 19a	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70 y más	NC	Total Edades	
totales	AP	192	415	579	696	712	559	477	345	240	207	187	407	0	5066	
	AE	60	105	93	119	102	86	49	38	17	23	6	19	66	783	
	Total	252	525	678	826	831	654	530	385	260	234	193	425	66	5910	
%																
totales	AP	3,8	8,2	11,4	13,7	14,1	11,0	9,4	6,8	4,7	4,1	3,7	8,0	0,0	100,0	
	AE	7,7	13,4	11,9	15,1	13,0	11,0	6,3	4,9	2,2	2,9	0,8	2,4	8,4	100,0	
	Total	4,3	8,9	11,5	14,0	14,1	11,1	9,0	6,5	4,4	4,0	3,3	7,2	1,1	100,0	
Tasa por 100.000																
totales	AP	56,3	121,7	137,2	135,4	134,3	108,1	94,2	74,3	60,9	56,3	57,5	37,5		87,2	
	AE	17,6	30,8	22,0	23,1	19,2	16,6	9,7	8,2	4,3	6,3	1,9	1,7		13,5	
	Total	73,9	153,9	160,7	160,7	156,7	126,4	104,7	83,0	65,9	63,7	59,6	38,1		101,8	

HC = Sin datos en AE en 5 CCAA :Balears, Cantabria, Madrid, Navarra y País Vasco; Sin casos en AE : Canarias

Tabla 7. Nacionalidad (indicador 9; 9a y 9b) Nacionalidad de las mujeres según la fuente. Tasas por 100000

CC.AA.=7		PARTE DE LESIONES								
		Número de mujeres								
Niveles	Espa- ñolas	Todas Inm. Econó- mica	Ruma- nas	Andinas	Marro- quíes	Otras Muj. Países in- migración económica	Otras Muj. Países desarrolla- dos	NC	Total	
Totales	AP	1174	554	15	230	115	194	121	23	1872
	AE	202	120	0	61	16	43	21	9	352
	Total	1376	671	15	291	131	234	142	32	2221
		% Mujeres extranjeras								
Niveles	Espa- ñolas	Todas Inm. Econó- mica	Ruma- nas	Andinas	Marro- quíes	Otras Muj. Países in- migración económica	Otras Muj. Países desarrolla- dos	NC	Total	
Totales	AP	62,7 (56,0)	29,6	0,8	12,3	6,1	10,4	6,5	1,2	100,0
	AE	57,4 (54,0)	34,1	0,0	17,3	4,5	12,2	6,0	2,6	100,0
	Total	62,0 (7,3)	30,2	0,7	13,1	5,9	10,5	6,4	1,4	100,0

Niveles		Españolas	Mujeres extranjeras (tasa por 100000)							
			Todas Inm. Económica	Rumanas	Andinas	Marroquíes	Otras Muj. Países inmigración económica	Otras Muj. Países desarrollados	NC	Total
Totales	AP	28,9 (13,2)	138,4	19,4	206,5	196,7	126,7	37,8		39,3
	AE	5,0 (8,5)	30,0	0,0	54,8	27,4	28,1	6,6		7,8
	Total	33,8 (23,3)	167,6	19,4	261,3	224,1	152,9	44,4		47,0

Sin datos 3 CC.AA. (Andalucía; Asturias y Galicia); Sin datos en AE: 3 CC.AA. [Canarias; Extremadura (0 casos) y Murcia]

CC.AA.=7		HISTORIA CLÍNICA								
		Número de mujeres								
Niveles		Españolas	Todas Inm. Económica	Rumanas	Andinas	Marroquíes	Otras Muj. Países inmigración económica	Otras Muj. Países desarrollados	NC	Total
Totales	AP	2854	973	123	487	82	281	271	302	4399
	AE	293	142	37	39	13	53	5	176	616
	Total	3147	1115	160	526	95	334	276	478	5015

Niveles		Españolas	% Mujeres extranjeras							
			Todas Inm. Económica	Rumanas	Andinas	Marroquíes	Otras Muj. Países inmigración económica	Otras Muj. Países desarrollados	NC	Total
Totales	AP	64,9 (59,2)	22,1	2,8	11,1	1,9	6,4	6,2	6,9	100,0
	AE	47,6 (40,9)	23,1	6,0	6,3	2,1	8,6	0,8	28,6	100,0
	Total	62,8 (58,9)	22,2	3,2	10,5	1,9	6,7	5,5	9,5	100,0

Niveles		Españolas	Mujeres extranjeras (tasa por 100000)							
			Todas Inm. Económica	Rumanas	Andinas	Marroquíes	Otras Muj. Países inmigración económica	Otras Muj. Países desarrollados	NC	Total
Totales	AP	42,6 (33,6)	134,1	67,7	228,7	133,0	104,3	116,4		59,4
	AE	4,4 (15,7)	19,6	20,4	18,3	21,1	19,7	2,1		8,3
	Total	47,0 (51,4)	153,6	88,1	247,0	154,1	124,0	118,6		

Sin datos 2 CC.AA. (Asturias y Navarra); Sin datos en AE 4 CC.AA. (Canarias, Cantabria, Madrid y País Vasco)

Gráfico 1. Nacionalidad de las mujeres según la fuente. Tasas por 100000

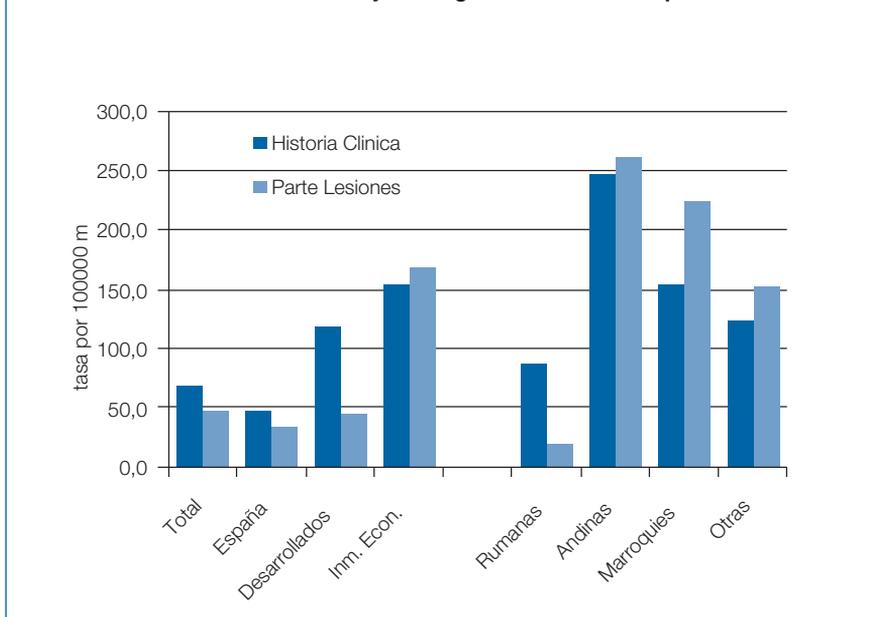


Tabla 8. Situación laboral de las mujeres maltratadas. Casos detectados en el ámbito sanitario. Año 2011 (Indicador 10)

PARTE DE LESIONES						HISTORIA CLÍNICA					
5 CC.AA.		Número de mujeres			total casos	7 CC.AA.		Número de mujeres			total casos
		TRABAJO REMUNERADO						TRABAJO REMUNERADO			
		SI	NO	NC				SI	NO	NC	
total	AP	989	635	132	1756	total	AP	1663	937	225	2825
	AE	99	178	185	462		AE	31	54	278	363
	Total	1088	813	317	2218		Total	1694	991	503	3188
%						%					
total	AP	56,3	36,2	7,5	100,0	total	AP	58,9	33,2	8,0	100,0
	AE	21,4	38,5	40,0	100,0		AE	8,5	14,9	76,6	100,0
	Total	49,1	36,7	14,3	100,0		Total	53,1	31,1	15,8	100,0

PL = Aportan datos de ambos niveles 5 CC.AA.: Canarias (NC), Extremadura (0 casos), C. Valenciana, Galicia y Ceuta.

No aportan datos 6 CC.AA. = Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, Murcia y Melilla.

HC = Datos ambos niveles 2 CC.AA. (Extremadura y la Rioja); sólo de AP: 4 CC.AA. (Canarias, Cantabria, Madrid y País Vasco)

Aporta datos solo de AE: 1 CA (Castilla y León)

Tabla 9. Casos de maltrato detectados en mujeres embarazadas año 2011 (Indicador 11)

PARTE DE LESIONES				HISTORIA CLÍNICA			
Niveles		Nº casos	tasa por 100000 nacidos vivos (Ine, 2010)	Niveles		Nº casos	tasa por 100000 nacidos vivos (Ine, 2010)
Total	AP	68	61,8	Total	AP	97	105,5
	AE	22	20,0		AE	11	12,0
	Total	90	81,8		Total	108	117,4

PL = Datos de 4 CC.AA.: Canarias (sólo AP), C. Valenciana, Galicia, Murcia.

HC = Datos de 5 CC.AA. ambos niveles: Aragón, Canarias (0 casos), Castilla y León, Extremadura (0 casos) y Rioja; Datos de 2 CC.AA. solo AP: Cantabria y País Vasco.

1.1.5. Conclusiones

- ✓ Los sistemas de información basados en el Parte de lesiones y en la Historia Clínica, generados desde el Sistema Nacional de Salud para la detección de los casos de violencia de género en las mujeres que acceden al mismo, se están desarrollando de forma **desigual** por CA.
- ✓ Este desarrollo desigual **dificulta la comparación** entre CC.AA. y la **valoración de la tendencia** y evolución de las características del maltrato y de las mujeres víctimas del mismo desde el sistema sanitario.
- ✓ Las características que se detectan a través de estos indicadores, a pesar de los problemas detectados, son **bastante consistentes** con otras fuentes de información. En concreto:
 - o la extensión del problema,
 - o la mayor afectación de las mujeres jóvenes pero la vulnerabilidad a todas las edades,
 - o la gran afectación de las mujeres de la inmigración económica
 - o el origen fundamental del maltrato en el compañero íntimo, actual o pasado y
 - o la combinación del maltrato psíquico y físico junto con la baja detección del sexual.
- ✓ El **maltrato en el embarazo** todavía parece **detectarse escasamente** así como la **duración del maltrato**, cuya significación a efectos de detección del mismo podría ser un buen indicador de los progresos en la detección precoz.

Mejoras propuestas por el grupo técnico de trabajo

El grupo técnico Sistemas de Información y Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género desde el ámbito sanitario ha reflexionado sobre posibles mejoras en el sistema de recogida de datos para el siguiente ejercicio y que podrían concretarse en las siguientes:

- o Insistir en los correspondientes ámbitos de decisión sobre la **necesaria coordinación y colaboración** con las personas expertas, grupos y Comisiones de Sistemas de Información, tanto en el ámbito de la CC.AA. como a nivel del SNS, muy en particular, en el ámbito de Historia clínica, para la informatización del Parte de Lesiones (existen CC.AA. que ya lo han hecho) así como a nivel de la homogeneización de la codificación de los casos de violencia de género (Sistema de Información de atención primaria –SIAP- y especializada –CMBD-) y finalmente incluir los indicadores de magnitud de violencia de género en el conjunto de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, donde todavía no figuran.
- o **Introducir, en las actividades de formación** de profesionales sanitarios sobre VG, aquellos aspectos que mejoren la capacidad de registro y obtención de unos indicadores de calidad para la valoración y seguimiento de este problema de salud (talleres para el manejo de la interfaz de usuario de los programas específicos en atención primaria y especializada o urgencias, implementados para recoger los casos de VG). Algunas CC.AA. ya lo han hecho
- o Continuar con el **esfuerzo de normalización** de los criterios de elaboración de los indicadores, sobre todo en el tratamiento de la falta de datos y la selección de denominadores poblacionales.
- o Intentar garantizar **la no duplicidad de los casos** (más de un parte de lesiones para una misma mujer, o bien entre primaria y especializada cuando atienden a la misma mujer), basado en la experiencia de alguna CA que ya lo ha conseguido y transmitiendo propuestas sencillas que permitan ser valoradas en muestras de casos asumibles, sobre aspectos de duplicación entre fuentes, según ámbitos asistenciales (AP y AE o Urgencias) y años.
- o Sería aconsejable proceder a una **evaluación** de los indicadores más consolidados, tanto de una fuente como de la otra (HC o PL), al menos en aquellas CC.AA. cuya estabilidad en la recogida de datos lo indicase.

Ello permitiría valorar su idoneidad, evolución y su posible modificación y revisar los indicadores que se recogen actualmente para una mejor adecuación a los objetivos que se persiguen.

1.2. Acciones formativas en materia de violencia de género realizadas en el Sistema Nacional de Salud. Año 2011

Este apartado ha sido elaborado a partir de los datos facilitados por las CC.AA. La información aparece organizada en dos grandes capítulos:

- 1.2.1. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2011, con datos **agregados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS)**
- 1.2.2. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2011 en el SNS, **desagregados por Comunidades Autónomas.**
- 1.2.3. **Evolución** de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. **Período 2008-2011**

La información se presenta siguiendo una **estructura común** de apartados diferenciados por:

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

Al realizar la descripción del **tipo de actividades** de formación realizadas, se procede a seguir los criterios de calidad comunes aprobados por el Consejo Interterritorial del SNS¹, de forma que dichas actividades se muestran clasificadas en:

- Cursos básicos (alrededor de 20h docentes),
- Actividades de sensibilización (duración inferior a 10h) y
- Otras acciones formativas (acciones formativas en las que se incluye algún módulo o capítulo sobre prevención y detección precoz de la violencia de género, aunque no es su objetivo fundamental formativo).

Por otra parte, los dos primeros apartados (1.2.1 Y 1.2.2) se muestran diferenciados según **ámbito asistencial**: Atención Primaria (AP),

¹ Criterios de calidad de la formación. Aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en 2008. Disponibles en: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/A4ViolCriteriosDef.pdf>

Atención Especializada (AE) y Urgencias (URG). En este sentido, al igual que en informes de años anteriores, se contempla un cuarto apartado de “Otros”. Este término hace referencia a aquellas actividades que impartidas desde los servicios sanitarios incluyen a la vez en su alumnado la participación de profesionales de los tres ámbitos asistenciales y/o de otros sectores diferentes al sanitario involucrados en la lucha contra la violencia de género (medicina forense, cuerpos y fuerzas de seguridad, etc.), que en algunas ocasiones, también están presentes en dichas actividades formativas.

Por último señalar que, también se ofrecen datos de **actividades acreditadas** sobre el total de actividades impartidas, así como **número de horas lectivas** empleadas, **perfil del profesorado y del alumnado**.

1.2.1. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2011 en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS)

En el conjunto del Sistema Nacional de Salud se han formado en 2011, un total de **13966 profesionales**, que participaron en **573 actividades formativas** (161 cursos básicos, 402 actividades de sensibilización y 10 actividades de tipo variado) de las cuales fueron **acreditadas el 79%** (452). El total de actividades impartidas ocuparon **5577 horas lectivas**.

Análisis por ámbito asistencial

Atención Primaria es el ámbito donde más actividades de formación en materia de violencia de género y nº de horas lectivas se acumulan (313 y 2064 respectivamente) en 2011, seguido muy de cerca de “otros”² (124 y 2442) en 2011. Por el contrario, es en **Urgencias**, al igual que años anteriores, donde menos actividades y horas lectivas se han dedicado a la formación (71 y 336 respectivamente). Gráficos 1 y 2.

² En el gráfico, “Otros” se refiere a actividades formativas impartidas en el ámbito sanitario donde participan como alumnado, profesionales procedentes de los tres ámbitos asistenciales y/o de otros sectores no sanitarios que trabajan en la lucha contra la violencia de género (cuerpos de seguridad, forenses, etc.). Para que estas actividades multidisciplinares y multisectoriales se cuenten en el apartado “Otros”, la iniciativa y gestión de las mismas se ha realizado desde los servicios sanitarios y no desde otros sectores.

Gráfico 2. Número de actividades impartidas según ámbito asistencial. Año 2011

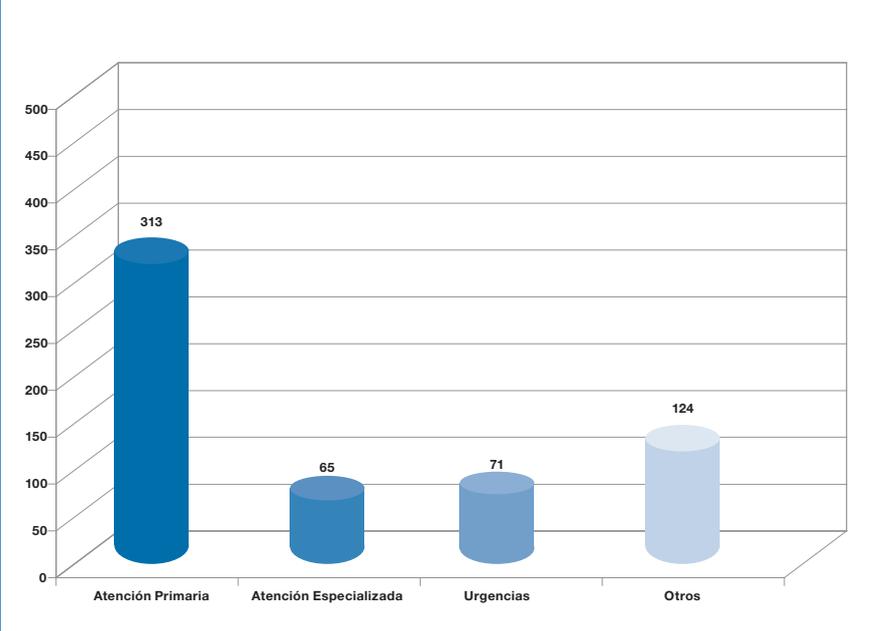
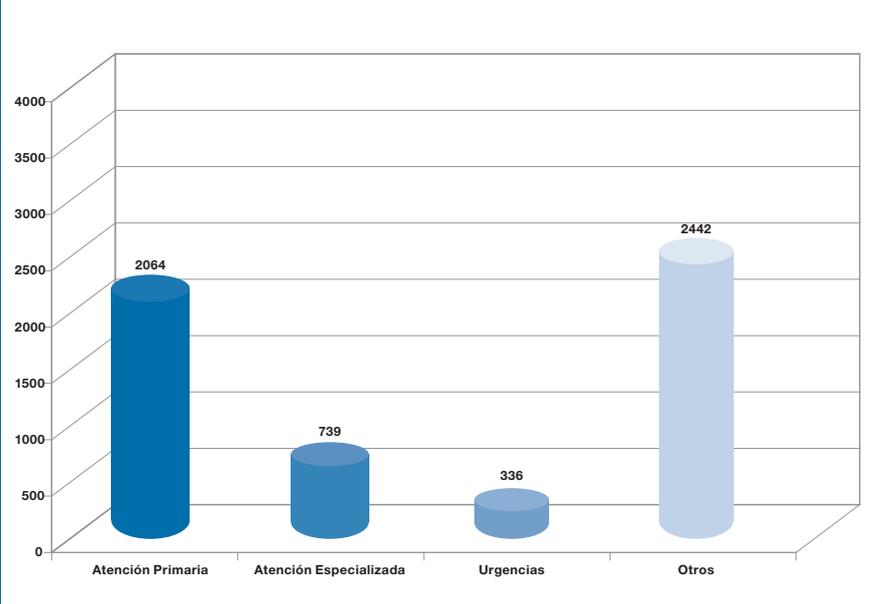
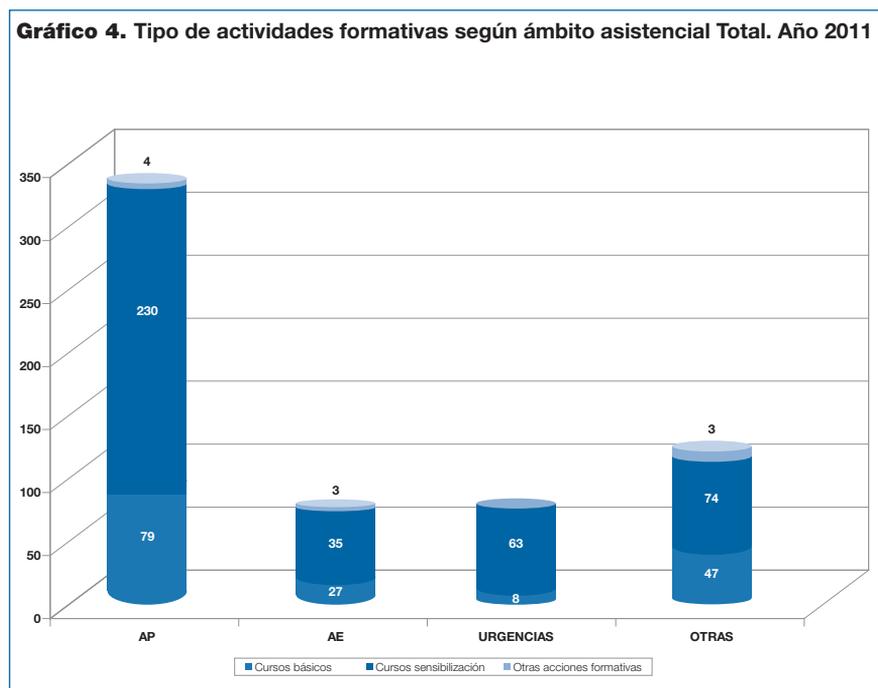


Gráfico 3. Número de horas lectivas según ámbito asistencial. Año 2011

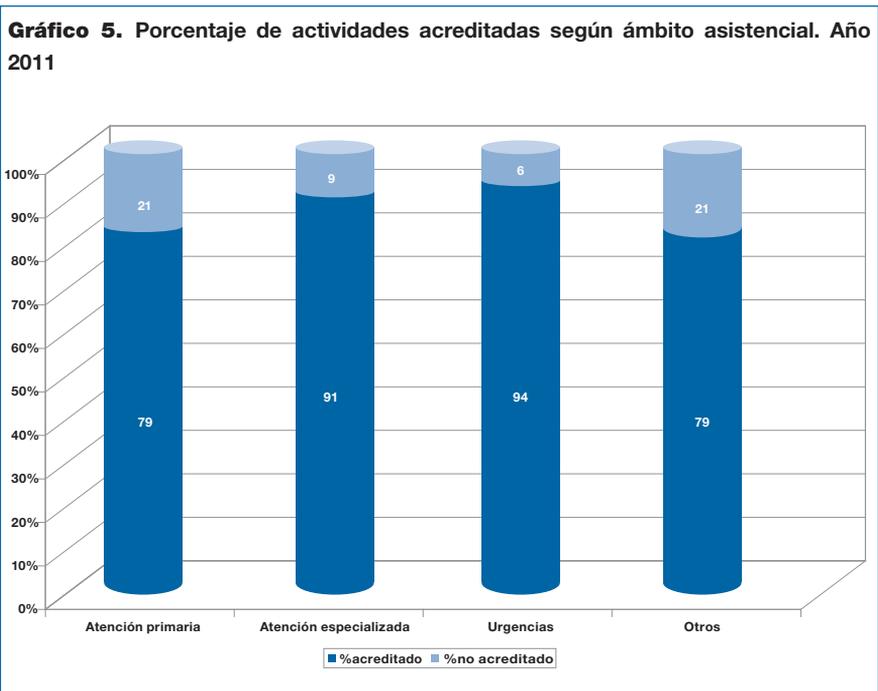


Respecto al **tipo de actividad formativa**, independientemente del ámbito asistencial, las actividades de sensibilización son las más frecuentes en 2011 (230 en AP, 35 en AE, 63 en Urgencias y 74 en Otros). A las actividades de sensibilización le siguen los Cursos Básicos (79 en AP, 27 en AE, 8 en Urgencias y 47 en Otros). En Urgencias sólo se han realizado cursos básicos (8) y actividades de sensibilización (63).



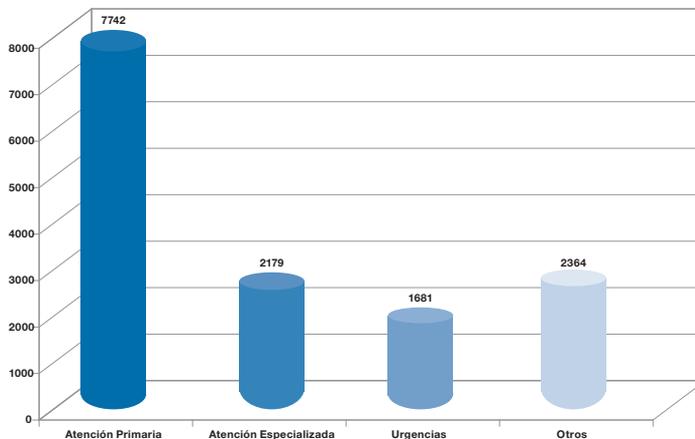
Otras **Acciones formativas no específicas** son las que en menor grado se han impartido en cualquiera de los ámbitos asistenciales, con un máximo de 4 acciones en atención primaria, no realizándose ninguno en Urgencias (Gráfico 3).

Del total de actividades formativas impartidas durante 2011 en materia de violencia de género, el **79%** han tenido la condición de ser **acreditadas** por la Comisión correspondiente, destacando el porcentaje de acreditación en los ámbitos de Atención Especializada y Urgencias, donde el 94% de la formación fue acreditada. (Gráfico 4)



En el conjunto del Sistema Nacional de Salud, como resultado de estas actividades, se formaron **13.966 profesionales**, de los cuales más de la mitad eran profesionales del ámbito de Atención Primaria (57,66%). Tabla 1. (Gráfico 5)

Gráfico 6. Total de personal sanitario que ha recibido formación según ámbito asistencial. Año 2011



Respecto a los datos de **participación desagregados por sexo**, en las distintas acciones formativas, es preciso aclarar que no todas las CC.AA. pueden ofrecer los datos con este grado de desagregación para los distintos tipos de acciones formativas y ámbitos asistenciales. Por tanto, los datos ofrecidos para el conjunto del Sistema Nacional de Salud actualmente disponibles, no incluyen a todas las Comunidades Autónomas.

Como en años anteriores las mujeres siguen siendo las que más han participado en todos los tipos de acciones formativas, independientemente del ámbito asistencial. No obstante, se observa que en atención primaria, el porcentaje de participación de hombres es más elevado que en Urgencias o Especializada, mostrando un incremento su participación respecto a 2010 (Gráfico 7)

Gráfico 7. Participación según sexo en las distintas acciones formativas. Año 2011

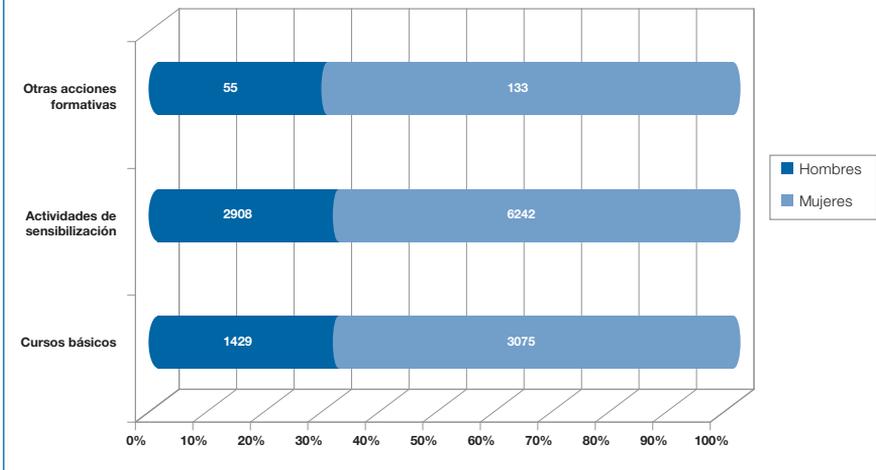
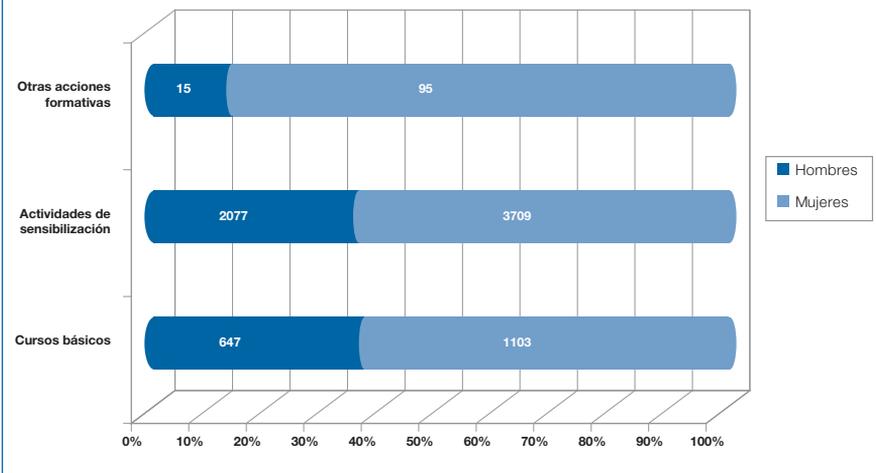


Gráfico 8. Participación en acciones formativas en Atención Primaria. Datos desagregados por sexo. Año 2011



En **Atención Primaria**, se observa un aumento del número de hombres que participaron en curso básicos (41% hombres y 59% mujeres) y en actividades de sensibilización (36% hombres y 64% mujeres) respecto al 2010, don-

de tan solo participaron el 20% en actividades de sensibilización y cursos básicos. En cuanto a Otras Acciones formativas los porcentajes de mujeres siguen superado el 70%, como en años anteriores.

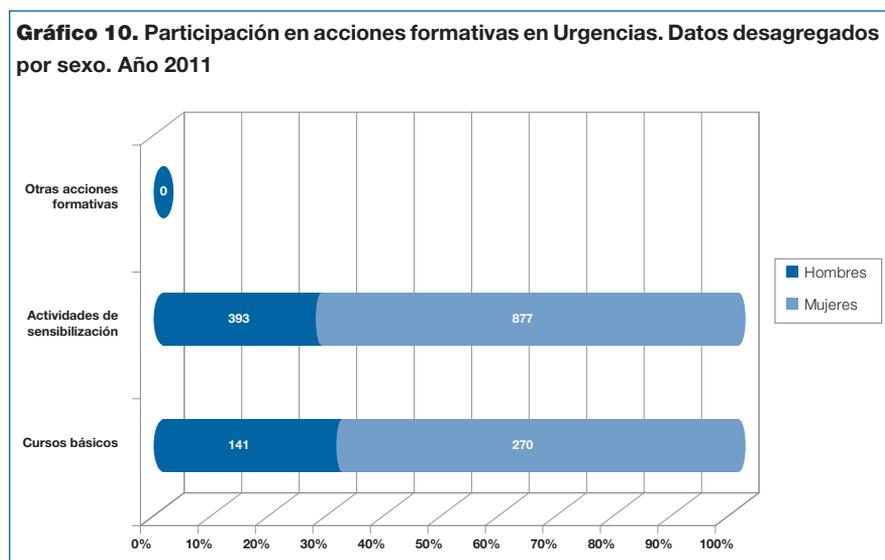
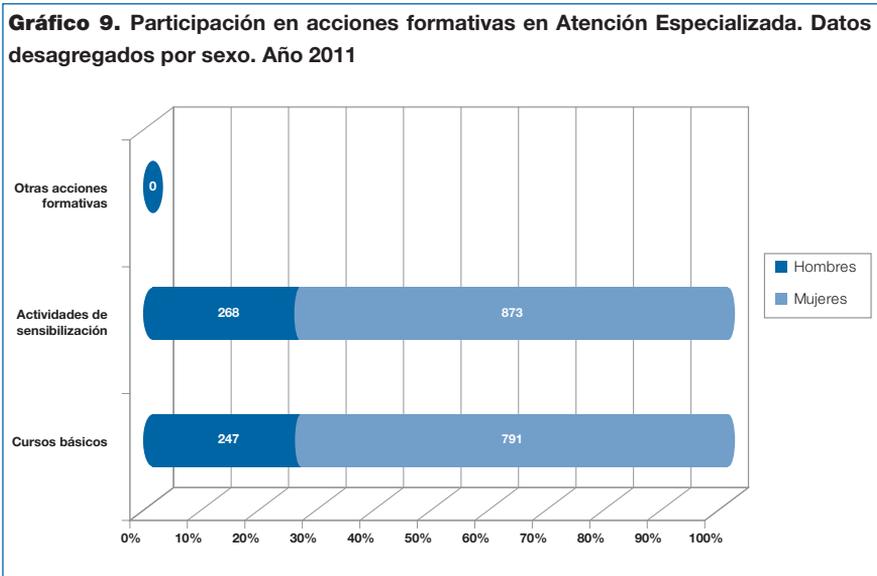
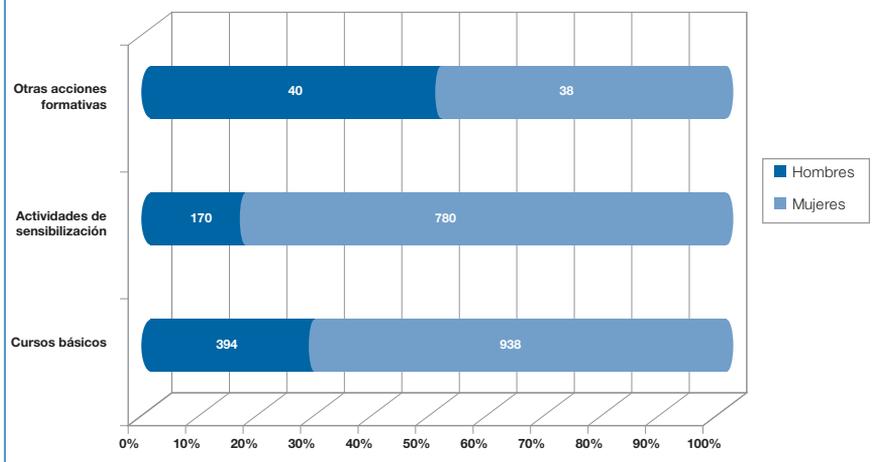


Gráfico 11. Participación en acciones formativas en el ámbito “Otros”. Datos desagregados por sexo. Año 2011



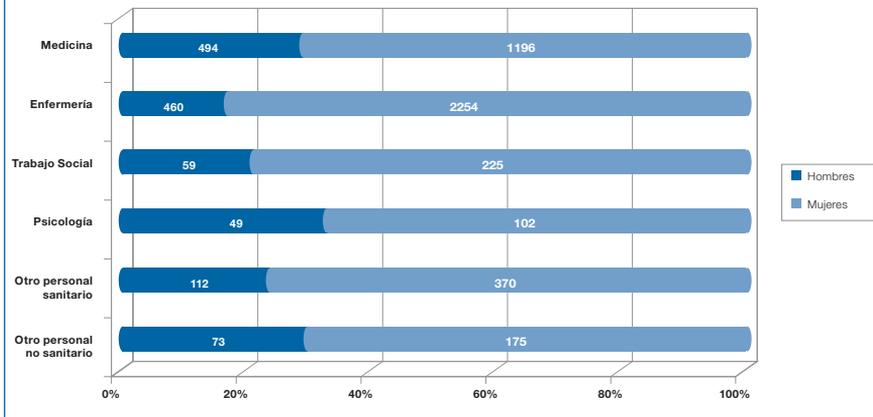
Perfil profesional del alumnado

En general, las profesiones sanitarias se han feminizado en los últimos años, debido a la segregación horizontal, por la que las mujeres siguen eligiendo mayoritariamente aquellas profesiones relacionadas con el sector de cuidados y educación. No obstante, como ya se señalaba en 2010, a pesar de esta feminización de las profesiones sanitarias, se debe considerar una mayor participación en este tipo de formación por la mayor sensibilización que las mujeres muestran ante este grave problema de salud pública.

El siguiente gráfico muestra los datos remitidos por aquellas CC.AA. que han podido facilitar la información desagregada por sexo y perfil profesional del alumnado.

De todos los perfiles profesionales destaca, como en años anteriores, el de enfermería donde mayor número de profesionales se formaron en materia de VG, 2714 (2120 mujeres frente a 594 hombres), una disminución significativa si comparamos con 2010 (2493 mujeres y 875 hombres), seguida del número de profesionales de medicina 1690 (1084 mujeres y 606 hombres). La mayor participación masculina se observa en la profesión de medicina y en lo que se ha denominado como “otro personal sanitario”.

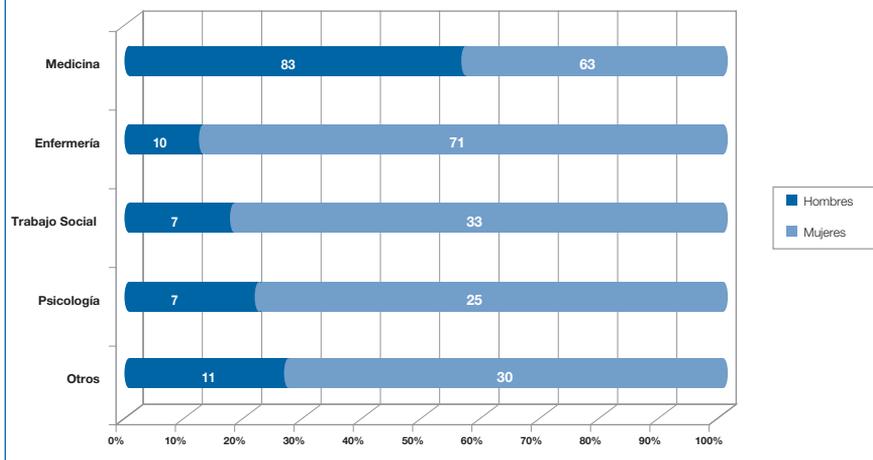
Gráfico 12. Perfil profesional del alumnado según sexo. Año 2011



Perfil profesional del profesorado

En cuanto a la **adscripción del profesorado**, en su mayoría, pertenece a la Administración Autónoma, seguido de personal de la administración general y local. Es de nuevo, el perfil de medicina, aquel donde destaca la mayor participación de los hombres como docentes.

Gráfico 13. Perfil profesional del Profesorado según sexo. Año 2011

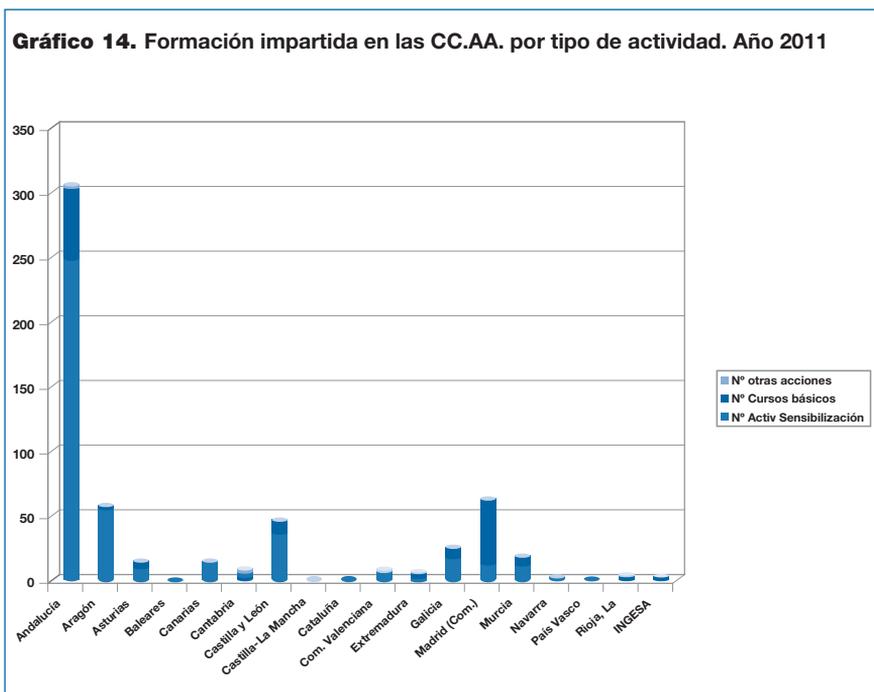


1.2.2. Indicadores de los procesos de formación desarrollados en 2011, desagregados por comunidades autónomas

En este segundo apartado se facilita la información diferenciada por CC.AA. e Ingesa (Ceuta y Melilla) en relación a la formación impartida. Se sigue la misma sistemática que la mostrada en los datos agregados a nivel del Sistema Nacional de Salud ofreciendo donde proceda los datos desagregados por sexo.

1.2.2.1. Análisis del tipo de acciones formativas

En relación a la formación impartida en las distintas CC.AA., el formato de Cursos Básicos ha sido el más frecuente (8 CC.AA.) seguido de Actividades de Sensibilización (7 CC.AA.). De todas ellas, en 10 CC.AA. se han impartido ambas modalidades (Asturias, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, La Rioja, Andalucía, Cantabria, Canarias y Castilla y León). En 6 CC.AA. se han realizado otras acciones formativas no específicas (Gráfico 13 y Tabla 3).



De las 6 CC.AA. más Ingresa que han impartido **Cursos Básicos**³ en Atención Primaria, es la Comunidad de Madrid, seguida de Andalucía y Canarias las que mayor formación de este tipo ha impartido. En el caso de Atención Especializada, sólo 4 CC.AA. han impartido este formato educativo. En el ámbito “Otros” 8 CC.AA. han impartido formación de Cursos Básicos, siendo las CC.AA. de Comunidad Valenciana y País Vasco las que mayor número de cursos han impartido. En el ámbito de Urgencias sólo 2 CC.AA. han impartido Cursos Básicos. (Gráfico 14 y Tabla 4).

Destaca la Comunidad de Madrid por ser la que más Cursos Básicos ha impartido tanto en Atención Primaria, seguida por Andalucía y Canarias, siendo Andalucía la que más cursos básicos ha impartido en Atención Especializada.

Tabla 10. Formación impartida en las CC.AA. por tipo de actividad. Año 2011

CC.AA.	Actividades de Sensibilización	Cursos Básicos	Otras Acciones Formativas no específicas
Andalucía	248	55	2
Aragón	55	0	2
Asturias	10	4	0
Baleares	–	–	–
Canarias	1	14	0
Cantabria	2	4	2
Castilla y León	37	8	1
Castilla-La Mancha	–	1	–
Cataluña	–	–	–
C. Valenciana	0	7	1
Extremadura	2	4	0
Galicia	18	7	0
Madrid	14	48	0
Murcia	13	5	0
Navarra	2	0	0
País Vasco	–	–	–
Rioja, La	1	2	1
Ceuta	–	–	–
Melilla	–	–	–
Ingresa	0	2	0

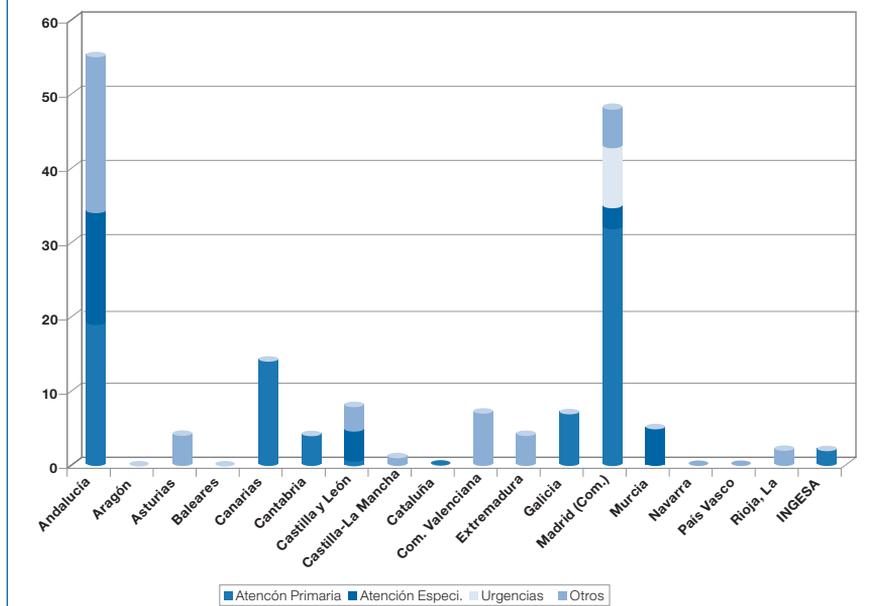
³ Modalidad que supone mayor duración en nº de horas lectivas por curso.

Tabla 11. Cursos Básicos impartidos según ámbito asistencial. Año 2011

CC.AA.	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	19	15	0	21
Aragón	0	0	0	0
Asturias	0	0	0	4
Baleares	0	1	0	0
Canarias	14	0	0	0
Cantabria	4	0	0	0
Castilla y León	1	4	0	3
Castilla-La Mancha	0	0	0	1
Cataluña	0	0	0	0
C. Valenciana	0	0	0	7
Extremadura	0	0	0	4
Galicia	7*	7*	0	0
Madrid	32	3	8	5
Murcia	0	0	0	0
Navarra	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0
Rioja, La	0	0	0	2
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0
Ingesa	2	0	0	0

(*) En el caso de Galicia, se contabilizan los 7 cursos básicos a la vez en AP y AE porque se dan conjuntamente a profesionales de los dos ámbitos.

Gráfico 15. Número total de Cursos Básicos según ámbito asistencial. Año 2011

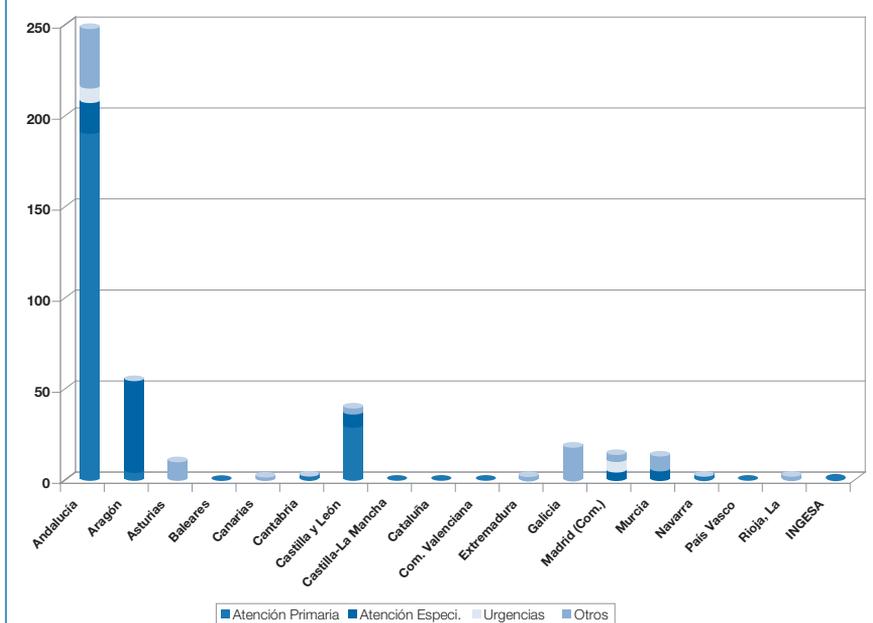


Las **Actividades de Sensibilización**, han sido las que se han impartido con más frecuencia en todos los ámbitos asistenciales. En el caso de Andalucía destaca la gran cantidad impartida en Atención Primaria. País Vasco ha sido la comunidad que más actividades de sensibilización ha impartido en el formato de actividades donde el alumnado está constituido a la vez por profesionales de todos los ámbitos asistenciales, es decir, ámbito “Otros”. (Gráfico 15 y Tabla 5).

Tabla 12. Actividades de sensibilización según ámbito asistencial. Año 2011

CC.AA.	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	190	17	8	33
Aragón	6	0	49	0
Asturias	0	0	0	10
Baleares	0	0	0	0
Canarias	0	0	0	1
Cantabria	2	0	0	0
Castilla y León	30	7	0	3
Castilla-La Mancha	0	0	0	0
Cataluña	0	0	0	0
C. Valenciana	0	0	0	0
Extremadura	0	0	0	2
Galicia	0	0	0	18
Madrid	0	6	6	2
Murcia	0	5	0	8
Navarra	2	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0
Rioja, La	0	0	0	1
Ingesa (Ceuta y Melilla)	0	0	0	0

Gráfico 16. Número total de Actividades de Sensibilización según ámbito asistencial Año 2011



Las **acciones formativas no específicas** de violencia de género (VG), pero que incluyen algún capítulo o módulo al respecto dentro de la formación continuada, es decir, las calificadas como “otras” actividades formativas en VG, ha sido el formato educativo que con menor frecuencia se ha desarrollado en general en cualquiera de los ámbitos asistenciales.

1.2.2.2. Nº de horas lectivas según ámbito asistencial

Las actividades formativas en materia de violencia de género impartidas a profesionales del ámbito de la **Atención Primaria**, así como las clasificadas en el ámbito “**Otros**”⁴, son las que han supuesto un mayor número de **horas lectivas**, con un total de 2064 y 2442 horas lectivas, respectivamente.

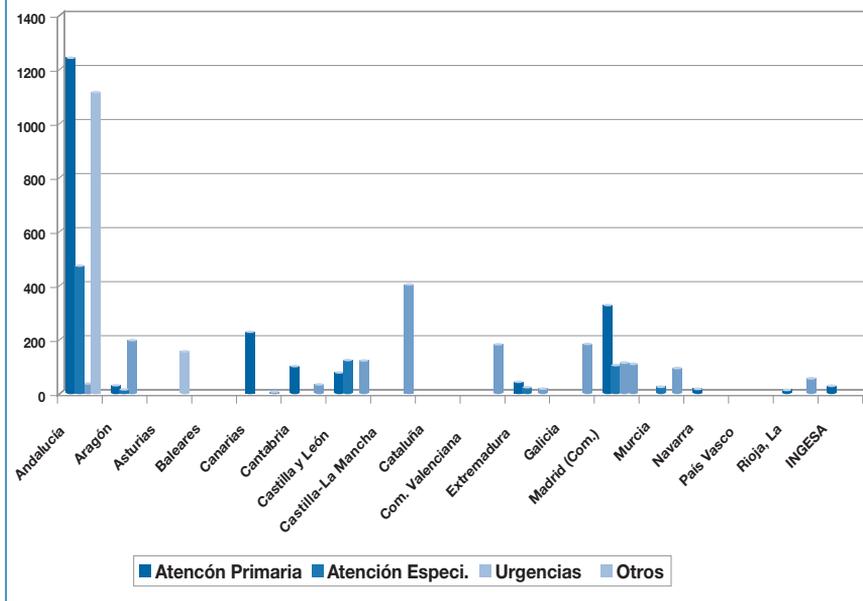
⁴ Recordamos, aquellas actividades formativas que reúnen profesionales de forma conjunta de todos los ámbitos asistenciales (AP, AE; Urgencias incluidos en algunos casos profesionales de otros ámbitos diferentes al sanitario)

Andalucía es la comunidad que mayor número de horas ha impartido 2848 seguida de la Comunidad de Madrid con un total de 637. (Gráfico 16 y Tabla 6)

Tabla 13. Horas lectivas impartidas en formación por CC.AA. según ámbito asistencial. Año 2011

CC.AA.	Atención Primaria	Atención Especializada	Urgencias	Otros
Andalucía	1238	467	32	1111
Aragón	27	11	194	
Asturias				152
Baleares				
Canarias	224			7
Cantabria	96			32
Castilla y León	76	120		116
Castilla-La Mancha				400
Cataluña				
C. Valenciana				178
Extremadura	38	20		17
Galicia				180
Madrid	320	101	110	106
Murcia		20		90
Navarra	12			
País Vasco				
Rioja, La	7			53
Ceuta				
Melilla				
Ingesa	26			
Totales	2064	739	336	2042

Gráfico 17. Formación impartida en las CC.AA. Horas lectivas por ámbito asistencial. Año 2011

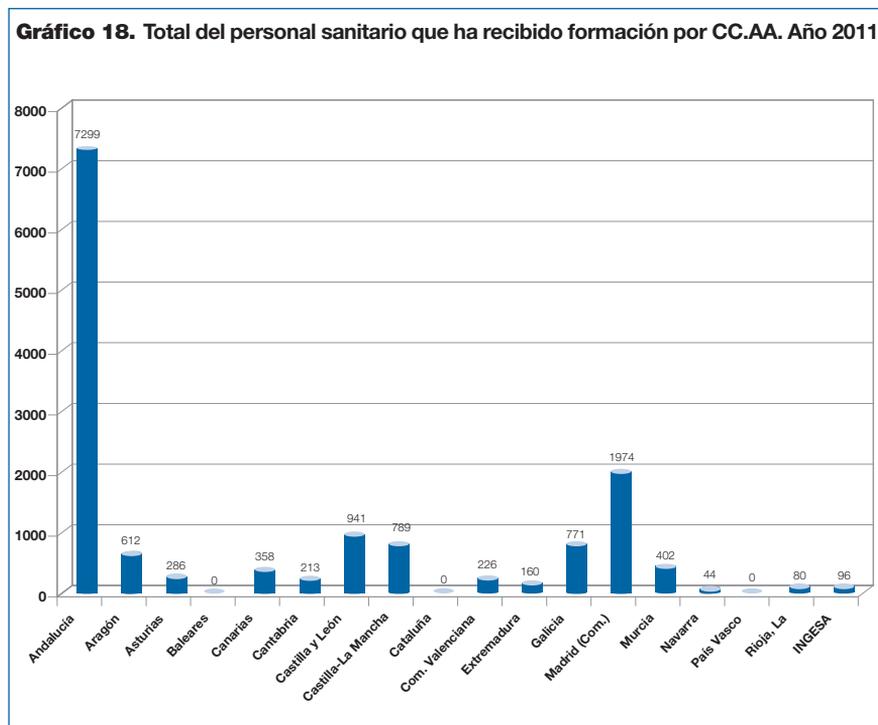


Destacan 3 CC.AA. en el total de horas impartidas en el ámbito de Urgencias (Aragón, Comunidad de Madrid y Andalucía), siendo Aragón la CC.AA. que más actividades formativas ha realizado para profesionales de los servicios de Urgencias, tanto en forma de Cursos Básicos como en Actividades de Sensibilización como se verá más adelante.

1.2.2.3. Nº Profesionales que han participado en la formación, por ámbito asistencial

Antes de abordar la lectura de este apartado es preciso aclarar que el análisis exclusivo de los datos absolutos de nº de profesionales formados por cada CC.AA. no arroja información precisa sobre el grado de cobertura real que la formación está suponiendo en cada CC.AA., dado que para ello se precisa trabajar con tasas, de lo contrario, las CC.AA. uniprovinciales o con menor cantidad de profesionales se sitúan siempre en cifras muy bajas comparadas con las CC.AA. con más provincias.

Si sólo analizamos los datos absolutos, Andalucía y Madrid son las CC.AA. que más profesionales han formado durante 2011 (7299 y 1974 respectivamente). (Gráfico 17).



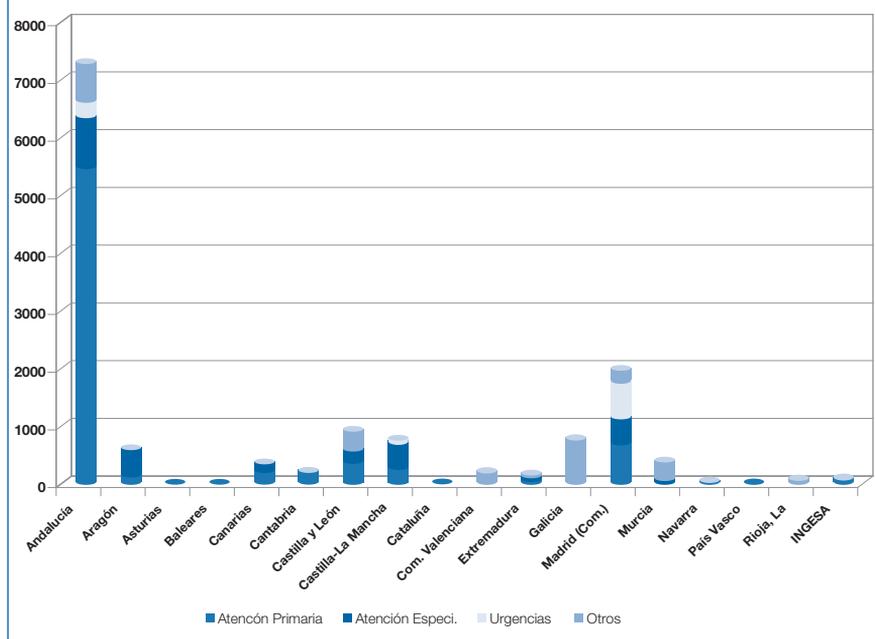
Respecto al personal formado por ámbito asistencial, algunas comunidades no han reflejado sus datos desagregados por ámbito asistencial. No obstante, se observa que es **Atención Primaria** el ámbito donde en general se ha formado a más profesionales en la mayoría de CCAA. (7742), destacando Andalucía (5496) seguida de la Comunidad de Madrid con (708). La modalidad de formación conjunta con profesionales de todos los ámbitos asistenciales, es decir, ámbito **“Otros”** es donde mayor nº de profesionales se han formado (2364 profesionales) aunque cómo se señalaba en el apartado anterior, no se hayan realizado muchas actividades de este tipo. **Atención Especializada**, con 2179 profesionales formados y **Urgencias** con 1681 son los dos ámbitos siguientes. En el caso de Urgencias, cabe señalar a la comunidad de Madrid, con la formación de 618 profesionales de este ámbito, seguido de Andalucía con 563. (Gráfico 18 y Tabla 14).

Tabla 14. Total del personal sanitario que ha recibido formación por ámbito asistencial. Año 2011

CC.AA.	Atención Primaria	Atención Especi.	Urgencias	Otros	TOTALES
Andalucía	5496	872	563	368	7299
Aragón	164	0	448	0	612
Asturias	–	–	–	–	286
Baleares	0	0	0	0	0
Canarias	249	75	9	0	358 ⁵
Cantabria	203	0	10	0	213
Castilla y León	387	211	0	343	941
Castilla-La Mancha	314	424	33	18	789
Cataluña	0	0	0	0	0
Com. Valenciana	0	0	0	226	226
Extremadura	59	51	0	50	160
Galicia	0	0	0	771	771
Madrid (Com.)	708	465	618	183	1974
Murcia	0	81	0	321	402
Navarra	44	0	0	0	44
País Vasco	0	0	0	0	0
Rioja, La	22	0	0	58	80
Ceuta	0	0	0	0	0
Melilla		0	0	0	
INGESA	96		0	0	96
Totales	7742	2179	1681	2364	13966

⁵ Concretamente, son 333 personas formadas, las 25 restantes hasta el total que aparece en el documento (358) no son personal sanitario, sino pertenecientes a asociaciones de mujeres.

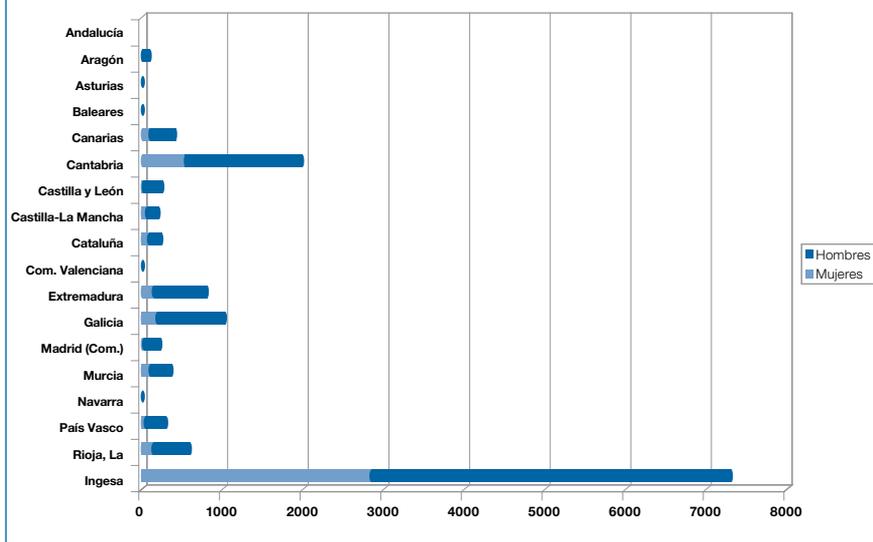
Gráfico 19. Total del personal sanitario que ha recibido formación por ámbito asistencial. Año 2011



1.2.2.4. Profesionales que han participado en la formación. Datos desagregados por sexo

La participación de las mujeres es mayoritaria en todas las CC.AA. (Gráfico 20). Respecto a la participación en cualquiera de los **ámbitos asistenciales** (Atención Primaria, Atención Especializada, Urgencias y Otros) también es mayor en el caso de las mujeres, en aquellas CC.AA. que ha podido facilitar los datos desagregados por sexo para los diferentes ámbitos asistenciales.

Gráfico 20. Participantes en la formación impartida. Datos desagregados por sexo. Año 2011



En relación a los Cursos Básicos, en general han sido las mujeres las que han participado con mayor frecuencia, excepto en Andalucía, con una presencia de 56,85% de hombres. En el caso concreto de 4 CC.AA. se ha superado el 30% de participación masculina (Andalucía, Madrid, C. Valenciana y Canarias). (Gráfico 21). **En el caso de Actividades de Sensibilización**, en ninguna CC.AA. el porcentaje de participación de los hombres ha sido superior al de mujeres, aunque cabe destacar como en Andalucía y Madrid la participación masculina también ha sido superior al 30%.

Gráfico 21. Participación en los Cursos Básicos. Datos desagregados por sexo. Año 2011

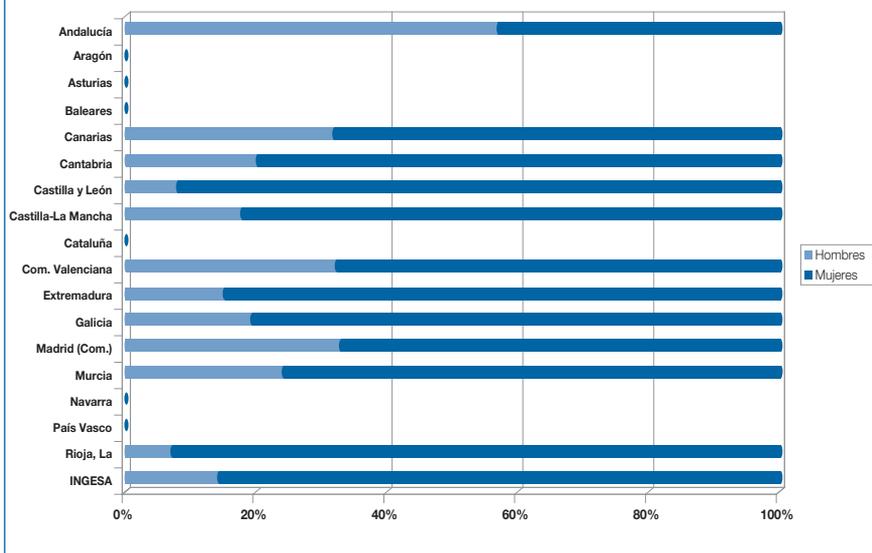
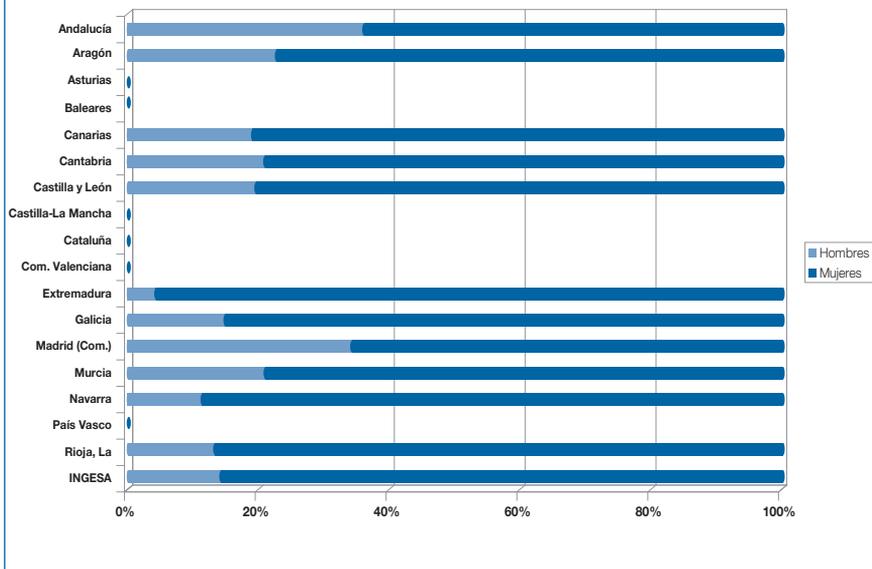


Gráfico 22. Participación en Actividades de Sensibilización. Datos desagregados por sexo. Año 2011



La misma tendencia de mayor participación de mujeres como alumnado se da en el caso de **actividades formativas no específicas**. No obstante, cabe señalar 3 CC.AA., por su elevada participación de personal masculino en esta modalidad: Andalucía por la participación de hombres de más del (70%) y Comunidad Valenciana y Cantabria que han superado el 20% de participación de hombres (Gráfico 23)

Gráfico 23. Participación en Otras acciones formativas no específicas. Datos desagregados por sexo. Año 2011

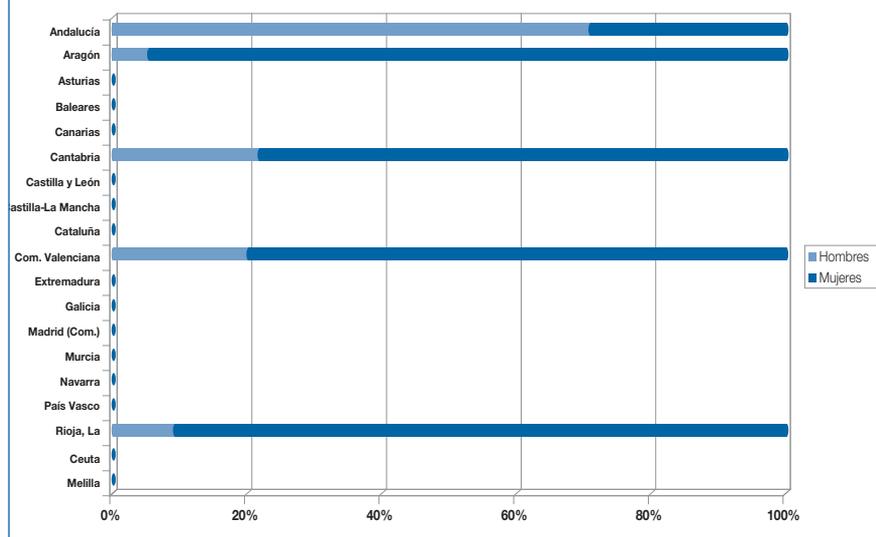


Tabla 15. Resumen-recordatorio. Formación VG. Año 2011

Ámbito asistencial	En AP es donde mayoritariamente se ha impartido cualquiera de los formatos educativos llevados a cabo, mientras que en Urgencias es donde menor número de actividades se han impartido, sólo 4 CC.AA. han facilitado información en este ámbito: Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha y Madrid.
Formato educativo	De las diferentes CC.AA., 7 han impartido Cursos Básicos, 6 han impartido también Actividades de Sensibilización y 3 han realizado Otras Acciones formativas no específicas. 3 CC.AA. han impartido a la vez Cursos Básicos y Actividades de sensibilización (Andalucía; Cantabria, Canarias y Castilla y León)
Horas lectivas	Predomina en general el número de horas lectivas impartido en el ámbito de la Atención Primaria y en "Otros" con un total de 2064 y 2042 horas lectivas respectivamente.
Datos de Participación desagregados por sexo	En casi todas las CC.AA. predomina la mayor participación profesional de mujeres en el alumnado. No obstante, destaca Andalucía en relación a los Cursos Básicos de formación, por superar el 50% de participación masculina y el 70% en el caso de actividades formativas no específicas. En el caso de Actividades de sensibilización Andalucía junto con Madrid han superado el 30% de participación masculina. En los cursos básicos Madrid, C. Valenciana y Canarias han tenido una participación masculina superior al 30%.
Total del personal sanitario formado	En la participación de profesionales según ámbito asistencial es AP donde se da un mayor número de participación, seguido de AE y en menor medida Urgencias.

1.2.2.5. Perfil profesional del alumnado

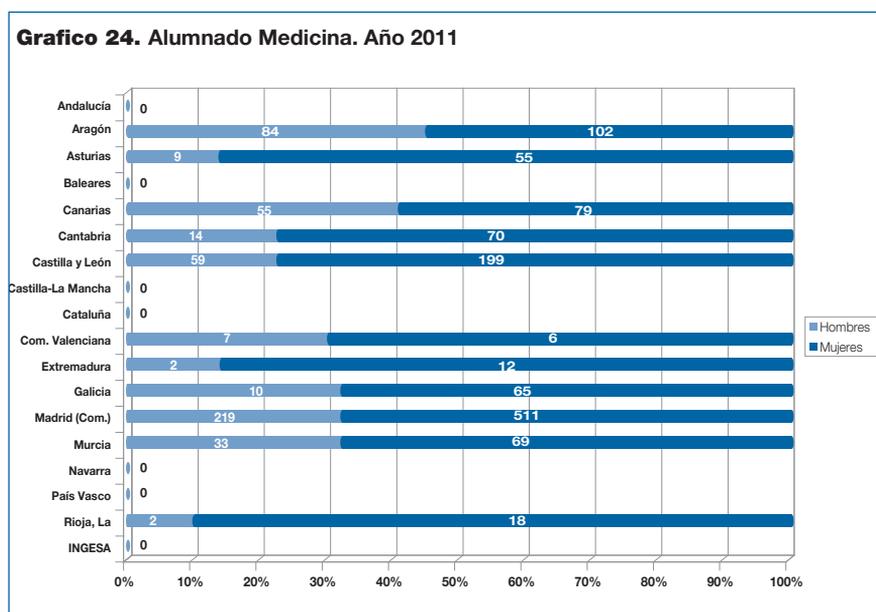
Respecto a esta análisis es preciso aclarar que 4 CC.AA. multi-provinciales (Asturias, Baleares, Cataluña y País Vasco) y 2 uniprovinciales (Ceuta y Melilla) no han podido aportar datos por no tener desagregado el alumnado según el perfil profesional o bien no han proporcionado los datos desagregados de participación por sexo. Por ello, sería quizás más conveniente pensando en el futuro Informe VG 2011, no incluir los gráficos de participación por sexo.

Respecto al perfil profesional de participación, es Enfermería el mayoritario (5016 profesionales), seguido de medicina (3931), y de personal no sanitarios (1309), otro personal sanitario (1124), Trabajo social (449) y

Psicología (159)⁶. En el conjunto, la participación de las mujeres es mayor con un total 4322 mujeres y 1247 hombres.

Respecto a profesionales de Medicina, destacan Aragón y Canarias por su elevado porcentaje de participación masculina (45% y 41%), seguido de Murcia y C. Valenciana, aproximadamente con un 30% (Gráfico 23). La C. Valenciana también destaca respecto a otras CC.AA., por una amplia participación de enfermeros, alrededor del 29 % (Gráfico 24).

Algunas CC.AA. presentan determinados perfiles profesionales con exclusiva participación de mujeres, tal es el caso de La Rioja en el caso de Psicología (Gráfico 25) y cuatro CC.AA. (La Rioja, Castilla y León, Asturias, Aragón) en Trabajo Social (Gráficos 26 y 27)



⁶ Andalucía, ha dado los datos absolutos del número de personas formadas por especialidad, no ha podido dar desagregado, siendo esta la razón por la cual salen menor número de profesionales formados al desagregarlos por sexo.

Gráfico 25. Alumnado Enfermería. Año 2011

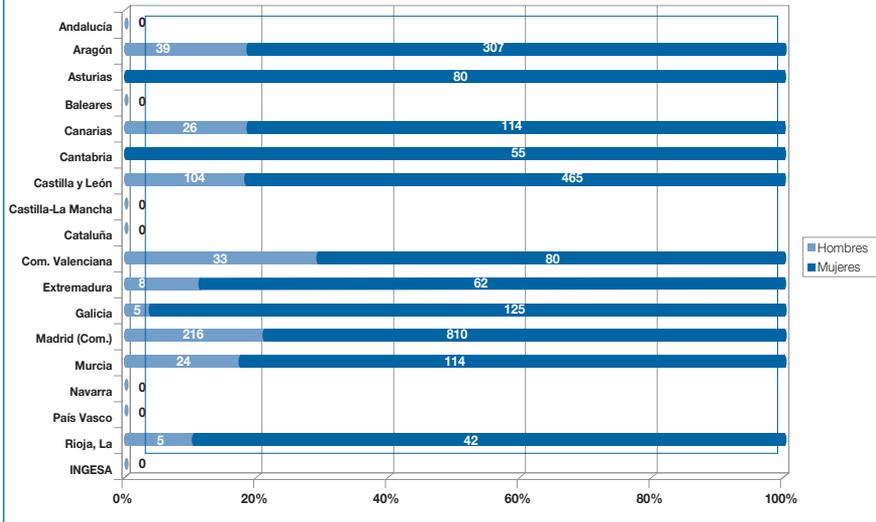


Gráfico 26. Alumnado Psicología. Año 2011

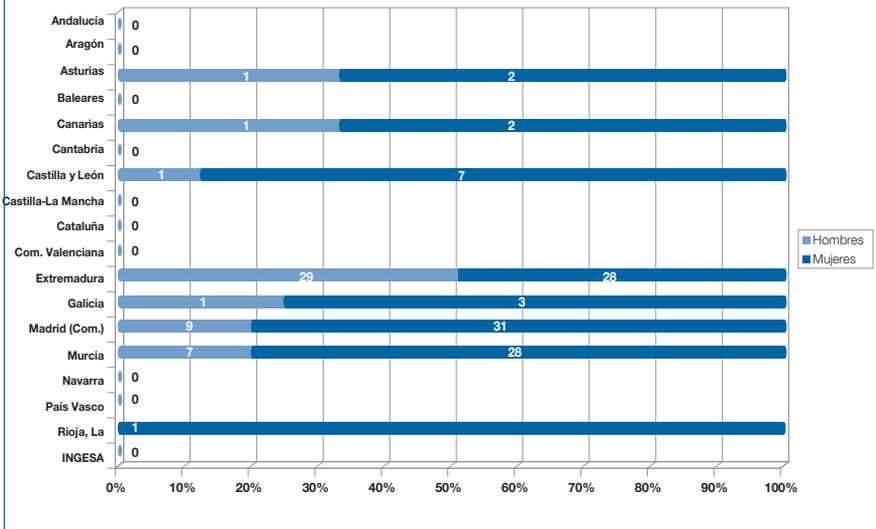


Gráfico 27. Alumnado Trabajo Social. Año 2011

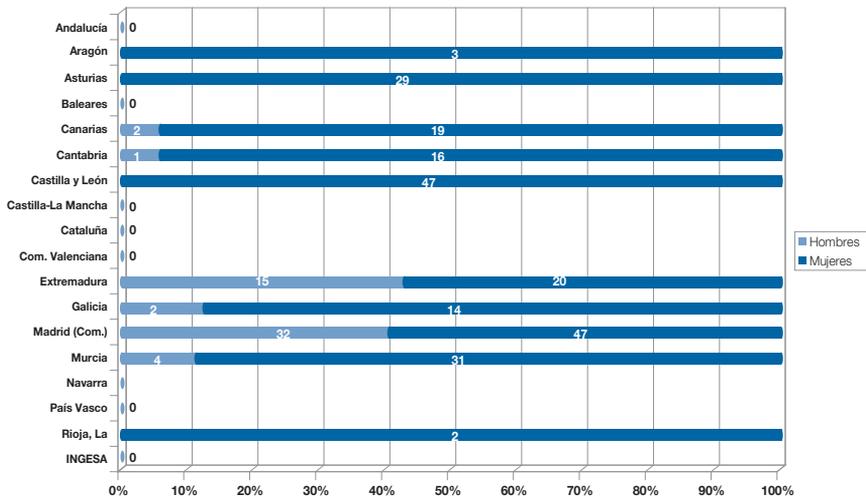


Gráfico 28. Alumnado de otros perfiles sanitarios. Año 2011

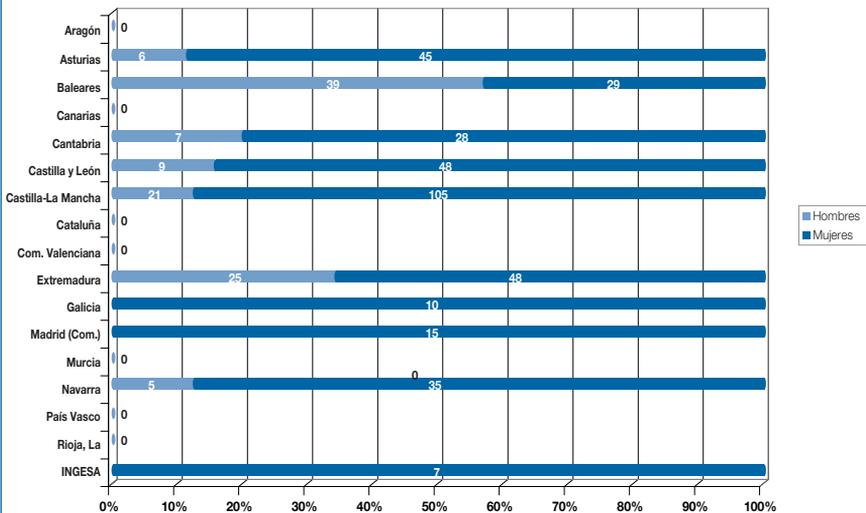


Grafico 29. Alumnado de otros perfiles no sanitarios. Año 2011

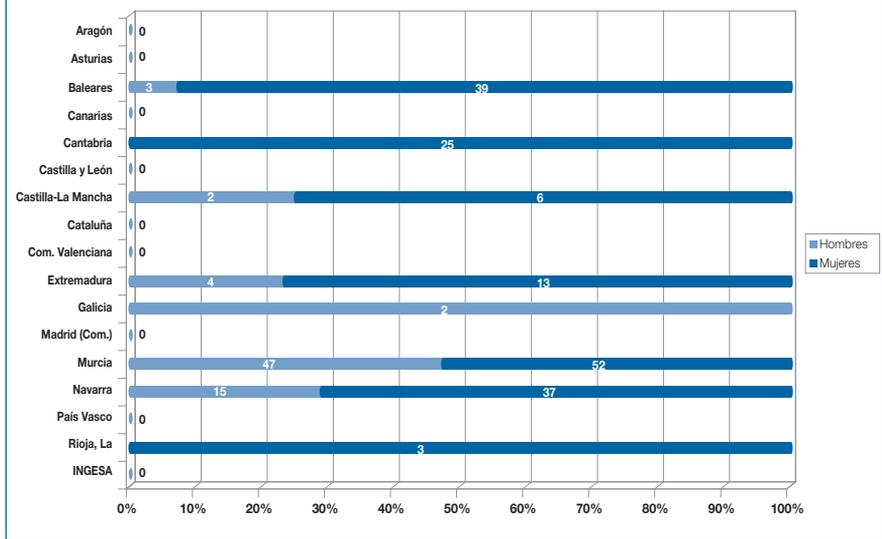


Tabla 16. Otras actividades relacionadas con la Formación VG. Año 2011

Andalucía	<p>1.- Sensibilización y formación en el abordaje del maltrato contra las mujeres en el ámbito sanitario (Contrato Programa Consejería de salud-sspa para la implementación de protocolos de actuación ante la VG), a través de la red Fomma (Red de Formación contra el maltrato a mujeres en Andalucía)⁷ 2.- Plan Estratégico de Formación Integral del Sistema sanitario Público de Andalucía (PEFISSPA): Actualización de competencias en Medicina Familiar y Comunitaria 2011 y Actualización de competencias en Obstetricia y Ginecología. 3.-Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012: Nuevas estrategias en Salud Mental 2011. 4.-Programa Forma Joven (programa conjunto entre las Consejerías de Salud, de Educación y el Instituto Andaluz de la Mujer)</p>
------------------	---

⁷ Se han realizado 2 ediciones del Curso de Formación para Formar, de 76 horas de duración cada uno (152 horas en total). Estos cursos están destinados a la capacitación en docencia de personal sanitario con implicación y motivación ante la violencia de género. Su finalidad es capacitar a profesionales para la formación del resto de profesionales de su zona sanitaria a través de los bloques de sensibilización (4 horas) y cursos de formación básica (25 horas). A la primera edición, dirigida a profesionales de Atención Primaria principalmente, aunque también han participado personal de servicios de ginecología y salud mental, han asistido 18 profesionales y a la segunda 24. En total han asistido 42 profesionales (37 mujeres y 5 hombres). En la segunda edición, dirigida a personal del ámbito de las Urgencias, para la formación específica de profesionales de Urgencias (extrahospitalarias y hospitalarias), según la titulación académica, han participado en su mayoría profesionales de Medicina (17 mujeres y 2 hombres) y de Enfermería (14 mujeres y 2 hombres), seguidos de Trabajo Social (3 mujeres), 1 matrona y 3 técnicos de Promoción de la Salud.

Tabla 16. Otras actividades relacionadas con la Formación VG. Año 2011 (Continuación)

Castilla y León	Programa de formación plurianual de formación continuada en VG que forma parte del Plan de Formación Continuada de la consejería de sanidad para el personal del SACYL, para cuyo desarrollo se establecieron prioridades según el papel de los colectivos implicados
Comunidad Valenciana	1.- Plan de Formación de los Empleados Públicos al Servicio de la Administración de la Generalitat, para el año 2011. RESOLUCIÓN de 11 de enero de 2011, de la Dirección General de Administración Autonómica, por la que se convocan los cursos del Plan de Formación de los Empleados Públicos al Servicio de la Administración de la Generalitat, para el año 2011. (DOGV N° 6439 de 17 de enero de 2011). 2.- Plan de Formación Continuada de la Conselleria de Sanitat para el 2011 (EVES). 2.- Plan de Formación Continuada de la Conselleria de Sanitat para el 2011 (EVES). RESOLUCION de 8 de noviembre de 2010, del Conseller de Sanitat, por la que se establece el Plan de Formación Continuada de la Conselleria de Sanitat para el 2011 (EVES). (DOGV N° 6410 de 2 de diciembre de 2010)
Madrid	Plan Estratégico de Formación en Violencia de Género para profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid. La formación en materia de VG está incluida en los respectivos Planes Anuales de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La gestión y liderazgo de dichos Planes corresponde a la Agencia Laín Entralgo. Se organizó la I jornada de violencia intrafamiliar- Abordaje Integral, realizada el 25 de noviembre de 2011 en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón
Murcia	Plan Integral de Formación en Violencia de Género de la Región de Murcia (PIFOVIG). El Plan no tiene una vigencia temporal asignada sino que el objetivo es formar en violencia de género al mayor número de profesionales posibles de nuestra Comunidad Autónoma adscritos al Servicio Murciano de Salud. 2º.- Plan de Formación Continuada de Salud Mental 2011 de la Región de Murcia
La Rioja	Plan de salud 2009-2013

1.2.2.6. Perfil profesional del profesorado

En relación con los siguientes gráficos hay que tener en cuenta que no todas las CC.AA. cubren todos los perfiles profesionales de profesorado y que 6 CC.AA. no han podido facilitar los datos desagregados por sexo.

El perfil profesional más frecuente en los equipos docentes de formación en prevención y detección precoz de la violencia de género desde el ámbito sanitario en 2011 fueron: Medicina (146 profesionales) y Enfermería (81), seguidos de Trabajo Social (40), Psicología (32) y Otros perfiles profesionales (41).

El porcentaje de participación de las mujeres, fluctúa entre el 58% y el 90% en todos los equipos docentes. (Gráficos 30, 31, 32, 33 y 34). No obstante, en algunos perfiles docentes y CC.AA. ha sido más elevada la proporción de hombres respecto a otras CC.AA., a pesar de la feminización de las profesiones sanitarias, tal es el caso de Medicina en Canarias (58% profesorado eran hombres), Aragón y Comunidad de Madrid (con 45% y 43% respectivamente). En Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra, sin embargo, el personal docente con perfil profesional de Medicina fue en su totalidad de mujeres. (Gráfico 34).

En relación a Enfermería su presencia en los equipos docentes, en 10 CC.AA. fueron en su totalidad mujeres, a excepción de 1 CC.AA. (Madrid), donde el 33% eran hombres. (Gráfico 30).

Gráfico 30. Profesorado Medicina. Año 2011

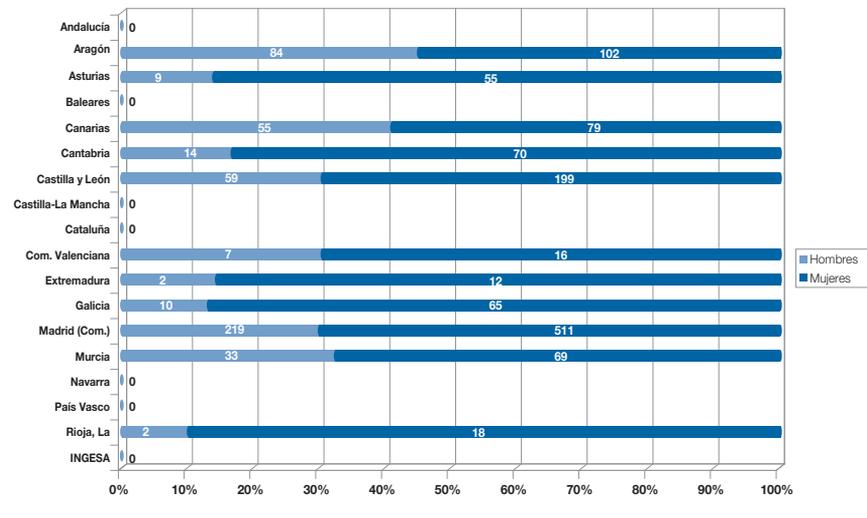


Gráfico 31. Profesorado Enfermería. Año 2011

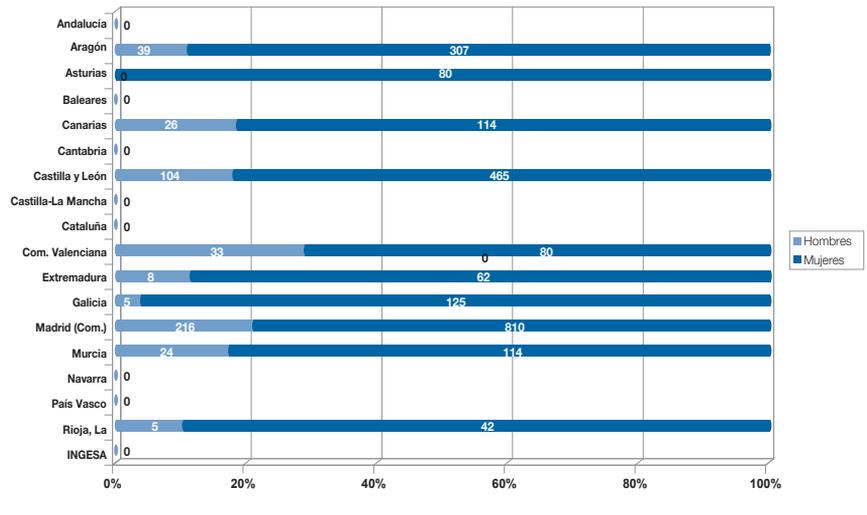


Gráfico 32. Profesorado Trabajo social. Año 2011

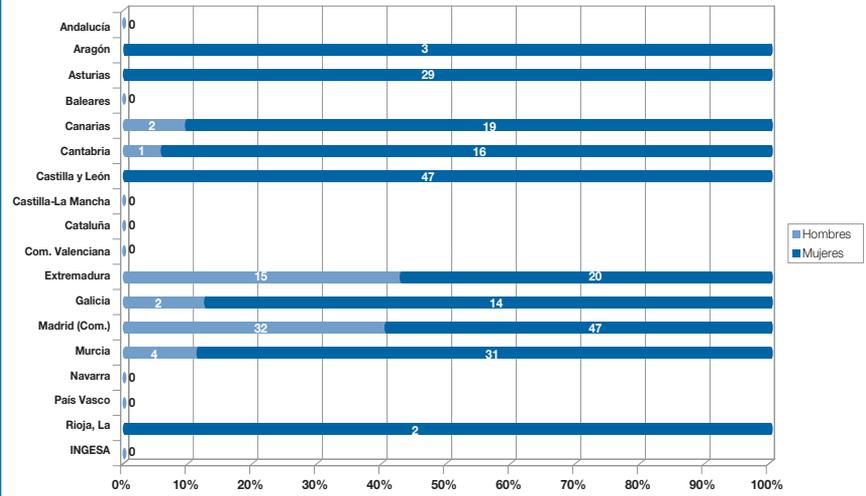


Gráfico 33. Profesorado Psicología. Año 2011

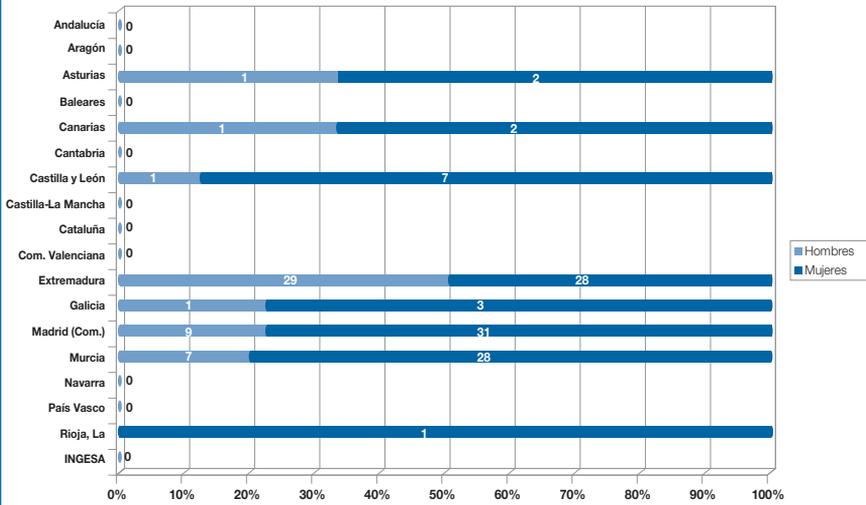
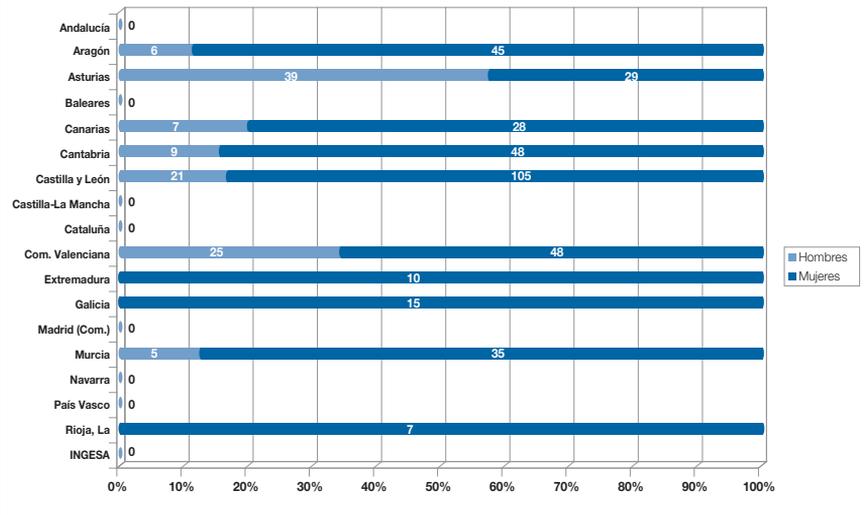


Gráfico 34. Profesorado de otros perfiles profesionales. Año 2011



Respecto a la **adscripción del profesorado** en los equipos docentes de formación durante 2011, en general, una elevada proporción pertenecía a la Administración Autónoma (298 profesionales), 9 personas a la Administración Local, 12 personas eran expertas en materia de violencia de género y 8 pertenecían a la Administración General del Estado. En menor medida se da la Adscripción de profesionales a otras instituciones públicas (5), Universidad (3), otras instituciones privadas (4) y ONG (4). En Andalucía el profesorado está adscrito a la Administración Autónoma en su totalidad.

Gráfico 35. Adscripción del profesorado. Formación VG 2011

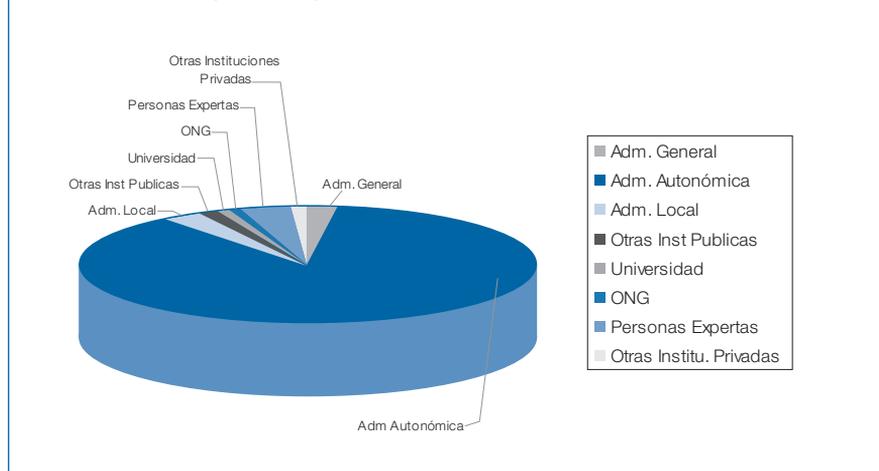


Tabla 17. Resumen-recordatorio. Perfiles profesorado y alumnado. Formación VG. Año 2011

Perfil profesional del profesorado	El perfil mayoritario entre el profesorado es el de Medicina, seguido de Enfermería, Trabajo social, Psicología y otros perfiles profesionales.
Profesorado según sexo	En general, la participación de las mujeres se da en mayor medida entre el profesorado en cualquiera de los perfiles profesionales. En el perfil de enfermería, en 10 CC.AA. la totalidad del personal docente son mujeres.
Adscripción del profesorado	En general, una elevada proporción del profesorado está adscrito a la Administración Autonómica.
Perfil profesional del Alumnado	El perfil profesional que más se da en el alumnado es el de Enfermería (5016 profesionales), seguido del de Medicina (3931), Otro personal no sanitario (1124) y Trabajo social (449) y Psicología (159). En enfermería la participación de hombres no llega al 29%.
Alumnado según sexo	La participación en la formación por parte de las mujeres se da en mayor porcentaje.

1.2.2.7. Otras actividades relacionadas con la formación

En este apartado se han identificado otras actividades recogidas en las memorias, que relacionadas con la formación son necesarias para su desarrollo, como es la planificación de la misma o aquellos procesos que se desarrollan como consecuencia de los programas y acciones formativas, presentando otra diversidad de objetivos y actuaciones. Así por ejemplo, algunas tienen que ver más con actividades de gestión, constitución de grupos de trabajo y comisiones técnicas, organización de mesas en jornadas o actividades, investigación sobre impactos de la formación, elaboración de materiales didácticos, participación en congresos internacionales, colaboración intersectorial, etc.

1.2.3. Evolución de los indicadores de formación de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Período 2008-2011

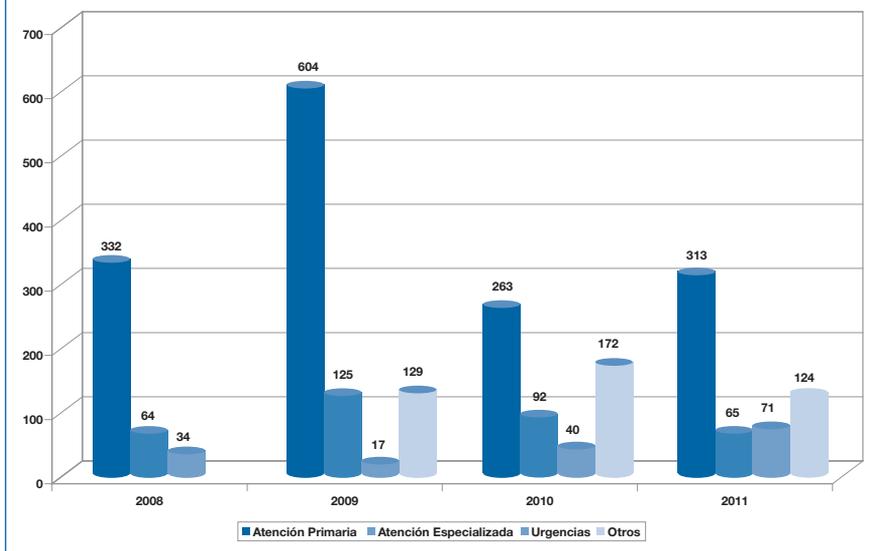
En este apartado se presentan algunos datos comparativos de evolución de los indicadores de formación para el período 2008-2011, aunque algunas CC.AA. disponen de datos desde 2004 (Asturias, Baleares, Castilla y León, C. Valenciana, Galicia, Madrid).

En los últimos años se puede observar cómo el **número de actividades formativas** ha experimentado un aumento significativo en 2009, debido sobre todo a la formación impartida en el ámbito de Atención Primaria (AP). No obstante en 2010 y 2011 se observa un notable descenso de la formación en AP, a pesar de seguir manteniendo la tendencia de predominio en la formación en materia de violencia de género, si se compara con la desarrollada desde Atención Especializada (AE) y Urgencias (URG), Por otra parte, parece observarse cierta tendencia de crecimiento en el proceso formativo en URG a partir de 2009.

En la categoría “Otros”, es decir, aquella en la que participan conjuntamente profesionales de los diferentes ámbitos de forma conjunta, parece mantenerse desde 2009 la magnitud de número de actividades realizadas, aunque con ligeras variaciones. (Gráfico 36).

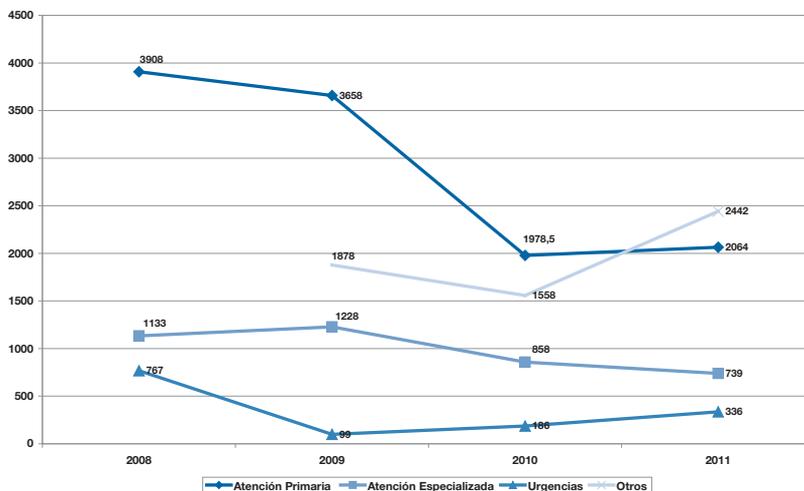
Si comparamos 2010 y 2009, a pesar de la tendencia clara del liderazgo de AP, tanto en el número de actividades impartidas como en horas lectivas, ambos parámetros presentan descenso en 2010 respecto a 2009. En 2011 de nuevo repunta AP.

Gráfico 36. Evolución del número de actividades de formación impartidas en materia de violencia de género por ámbito asistencial. Período 2008-2011



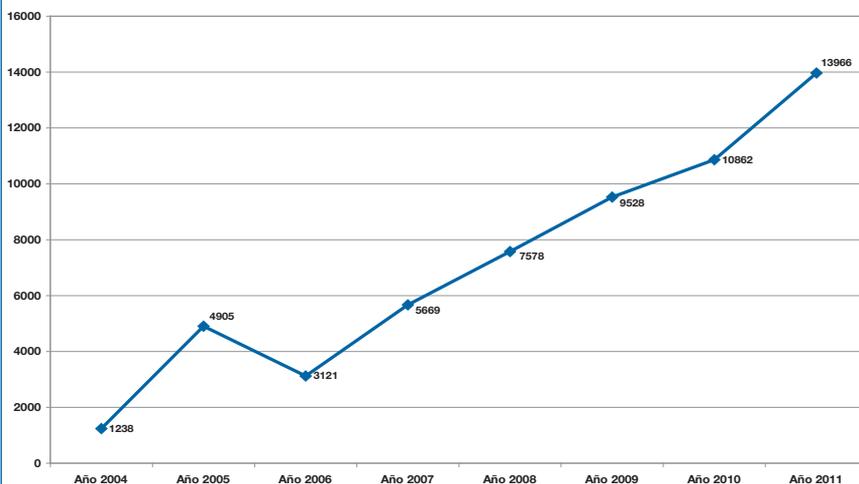
Respecto al número de **horas lectivas**, en Urgencias (URG) se observa cierta tendencia de crecimiento desde 2009 a 2011 y en aquellas actividades donde participan conjuntamente profesionales de los tres ámbitos asistenciales (“Otros”) desde 2009 parecen mantenerse aunque con fluctuaciones.

Gráfico 37. Evolución del número de horas lectivas de formación impartidas en materia de violencia de género por ámbito asistencial. Período 2008-2011



El **número de profesionales** formados en los servicios sanitarios, parece mostrar una clara tendencia de crecimiento desde 2006 en el conjunto del SNS así como en cada CC.AA. (gráfico 38).

Gráfico 38. Evolución del número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Período 2004-2011 (*)



(*) No todas las CC.AA. han podido facilitar los datos desde 2004, lo que explica la inflexión primera de la curva. La mayoría lo hace desde 2008-2011: Ver gráfico siguiente por CC.AA.

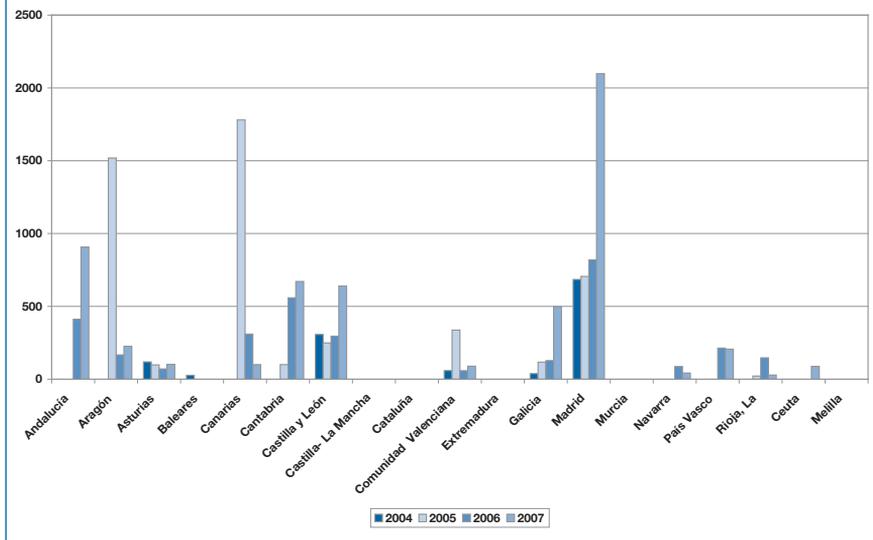
Tal como se ha comentado ya en este documento, en 2011 siguen siendo las **actividades de sensibilización** el formato más frecuente en la formación de profesionales de los servicios sanitarios en materia de violencia de género (al igual que se observaba en 2010). No obstante, respecto a 2010, han disminuido (74 en 2011 frente a 128 en 2010).

Por otra parte, el número de **cursos básicos** impartidos con participación conjunta de profesionales de diferentes ámbitos asistenciales, lo que denominamos como ámbito “**Otros**” ha aumentado (46 en 2011 frente a 27 en 2010). Esto podría estar indicando que una vez el personal sanitario ha participado en actividades de sensibilización, pasa a participar en una formación más completa a través de los cursos básicos (aquellos que duran alrededor de 20h) compartiendo la formación con profesionales de otros ámbitos.

Si realizamos el análisis evolutivo considerando el año 2007 como punto de inflexión, dado que fue el año en que se editó el Protocolo Común Sanitario frente a la VG, podemos observar, como en algunas CC.AA. como Canarias, que editó antes su propio Protocolo VG, formó a gran parte de personal en 2004, año de la promulgación de la Ley Orgánica 1/2004, observándose un importante descenso en los siguientes años, para después de 2007 prácticamente estabilizarse.

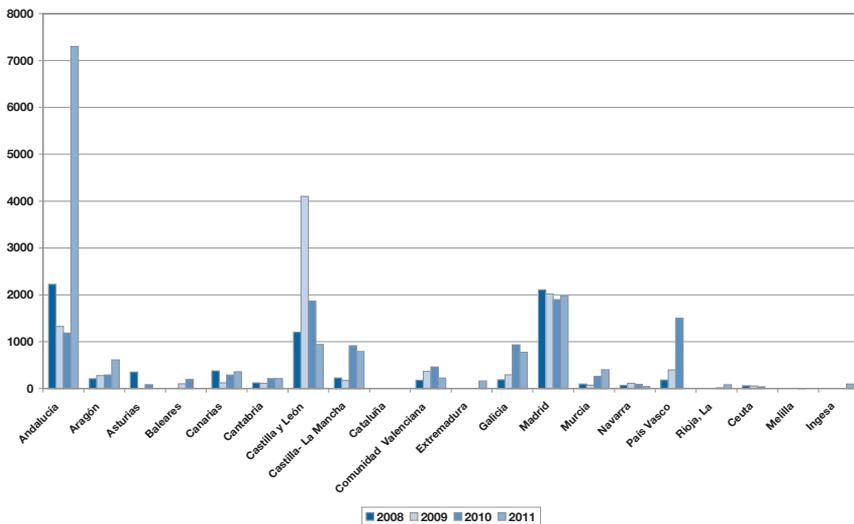
Otras CC.AA., sin embargo como Castilla y León o Madrid, presentan una evolución progresiva en el número de profesionales formados hasta 2007, presentando un claro crecimiento en dicho año respecto a los anteriores. Andalucía también muestra en 2007 un pico de crecimiento.

Gráfico 39. Número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Período 2004-2007



Desde 2008 hasta 2011, si observamos el gráfico, las CC.AA. de Andalucía, Madrid y Aragón parecen ser las responsables del crecimiento del nº de profesionales formados en el último año.

Gráfico 40. Número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Período 2008-2011



Nota: Aquellas CC.AA. que faltan en el gráfico es porque no han podido facilitar aún los datos cuantitativos de 2011, aunque existe constancia de sus actividades de formación. Algunas CC.AA. aunque si que han dado el número absoluto de personal formado en 2011, no ha sido posible obtenerlo desagregado por sexo.

En cuanto a la tendencia que muestran los **datos desagregados por sexo**, a medida que avanzan el número de años que se llevan realizando los programas de formación específica en violencia de género, aumenta el porcentaje de hombres que participa en las mismas.

Gráfico 41. Evolución del número de profesionales de servicios sanitarios que ha recibido formación en materia de violencia de género. Hombres. Período 2008-2011

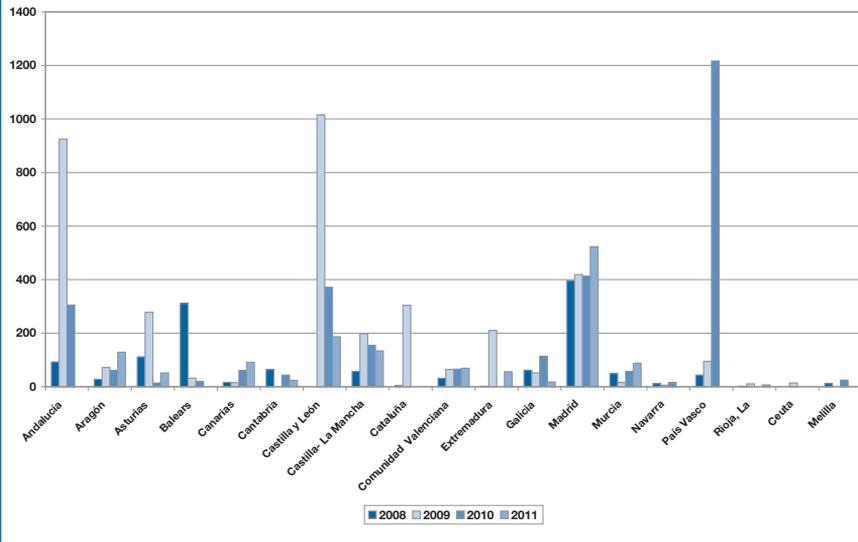


Gráfico 42. Evolución del número de profesionales de servicios sanitarios que ha recibido formación en materia de violencia de género. Mujeres. Período 2008-2011

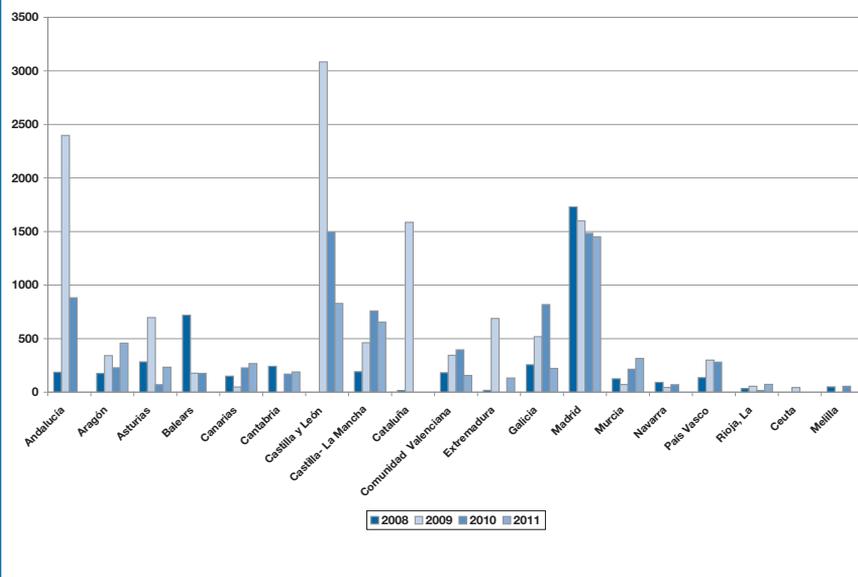


Tabla 18. Total de personal formado en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Variación 2011/2010

Ámbito Asistencial	año 2011	año 2010	% variac
Atención Primaria	7742	5356	
Atención Especializada	2179	1966	
Urgencias	1681	1499	
Otros*	2364	2041	
Total	13966	10862	25,06

*personal formado en cursos donde el alumnado está formado por personal de todos los ámbitos asistenciales

Como resumen podemos indicar que en 2011 se ha formado en el Sistema Nacional de Salud un 25% más de profesionales que en 2010. Este incremento en el personal formado se debe principalmente al ámbito de **Atención Primaria** (7742 profesionales frente a 5356 en 2010). El nº de profesionales formados en actividades con participación conjunta de todos los ámbitos asistenciales (“Otros”) sigue aumentando (2364 frente a 2041 profesionales en 2010). (tabla 18)

Conclusiones y retos de futuro

El correspondiente Grupo Técnico de la Comisión, como todos los años ha reflexionado sobre las principales conclusiones hasta la fecha y los retos de futuro para la formación continuada y de pre-grado en materia de detección precoz y prevención de la violencia de género, concluyendo este resumen:

- A pesar del escenario de crisis económica y aunque durante 2011 no se han establecido desde el Ministerio subvenciones para proyectos de actuación sanitaria en materia de violencia de género, se ha conseguido formar en el conjunto de servicios sanitarios que integran el Sistema Nacional de Salud un 25% más de profesionales que en el año anterior.
- Se ha normalizado el proceso de acreditación en todas las actividades formativas, lo que asegura su calidad y su evaluación
- Destaca el incremento de la formación en los servicios de Urgencias.

- La formación en el ámbito de Atención Especializada sigue en su línea de “mantenimiento” en la formación de profesionales en esta materia.
- La modalidad de actividad formativa más frecuente es la de Sensibilización⁷ Habrá que reflexionar sobre potenciar este tipo de formación por su facilidad de implantación e ir realizando una serie de actividades de sensibilización sucesivas que completen un ciclo formativo.
- Siguen siendo las mujeres profesionales de los servicios sanitarios las que más acuden a la formación, pero curiosamente, en los equipos docentes destaca el predominio de hombres médicos.
- Enfermería es la profesión con mayor interés por formarse y trabajar en prevención y atención a las mujeres que sufren violencia de género. Enfermería puede realizar un importante papel en formación continuada.
- Una gran fortaleza de esta formación en cuanto a sus equipos docentes, es que son profesionales de los propios servicios sanitarios quienes forman a sus compañeras y compañeros. Cada comunidad autónoma constituye a sus profesionales que ya se han formado en esta materia como referentes en formación.
- La formación en materia de prevención y detección precoz en violencia de género en Medicina y Enfermería Interna Residente (MIR y EIR) pueden ser una oportunidad, para que una vez formado el alumnado desarrolle sesiones clínicas en los centros donde realizan sus prácticas.
- La formación de grado en Medicina y Enfermería no contempla formación en materia de violencia de género. Desde el Ministerio se deberían impulsar gestiones que permitiesen su inclusión en dicha formación.
- Sería importante trabajar con materiales de formación on-line.

Tabla 19. Total de personal sanitario que ha recibido formación según ámbito asistencial. Año 2011

Ámbito Asistencial	año 2011	%Ámbito Asist./total
Atención Primaria	7742	55,4
Atención Especializada	2179	15,6
Urgencias	1681	12,5
Otros	2364	16,9
TOTAL	13966	

⁷ Según los criterios de calidad de la formación de profesionales en materia de prevención y detección precoz de la violencia de género, aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), una acción formativa tendrá la consideración de curso básico de formación cuando dure alrededor de 20 horas docentes. Se considerará actividad de sensibilización cuando tenga una duración inferior a 10 horas.

Tabla 20. Total de personal sanitario que ha recibido formación según ámbito asistencial. Año 2011 (Tabla resumen)

RESUMEN-RECORDATORIO	
Formación. Violencia de género. SNS. Año 2011	
Ámbito asistencial	En Atención Primaria es donde mayor número de actividades y horas lectivas se han impartido. En Urgencias donde menos.
Formato educativo	La actividad de sensibilización es el formato educativo que con más frecuencia se sigue utilizando en la formación del personal sanitario en materia de violencia de género. Otras Acciones formativas no específicas son las que en menor grado se han impartido en cualquiera de los tres ámbitos asistenciales, no realizándose ninguna en urgencias durante 2011. El nº de horas lectivas que se han impartido en 2011 en formato de cursos básicos en atención primaria son prácticamente igual que las impartidas en formato “otros” que son las que reúnen a profesionales de varios ámbitos de forma conjunta.
Datos de participación desagregados por sexo	La participación en las distintas acciones formativas y en los distintos ámbitos asistenciales sigue siendo mayoritariamente por parte de las mujeres, aunque parece que la presencia de hombres se va registrando más.
Total del personal sanitario formado	AP es el ámbito con mayor nº de profesionales formados. AE y Urgencias presentan menos profesionales formados, con cifras muy similares entre sí.
Número de Cursos acreditados	Dónde más actividades se han acreditado han sido en Atención Primaria, seguidas de aquellas en las que se forma a profesionales de varios ámbitos conjuntamente (“otros”).

Tabla 21. Perfil profesional de alumnado y profesorado. Adscripción. Año 2011 (Tabla resumen)

RESUMEN-RECORDATORIO.	
Formación. Violencia de género. SNS. Año 2011	
Perfil profesional del alumnado, datos desagregados por sexo	El perfil profesional del alumnado es mayoritariamente el de Enfermería. Le sigue Medicina y Otros perfiles sanitarios. Asimismo, entre el alumnado se da una mayor participación de mujeres en todos los perfiles profesionales (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, etc.)
Perfil profesional del profesorado	Al igual que en años anteriores, el perfil profesional del profesorado ha sido mayoritariamente el de Medicina.
Perfil Profesorado según sexo	Los hombres pertenecientes al perfil profesional de Medicina son los que en mayor medida han participado como docentes. Sin embargo continúan siendo las mujeres quienes en mayor medida han impartido formación en cualquiera de los perfiles profesionales, en esta materia de VG.
Adscripción del profesorado	En cuanto a la adscripción del profesorado la mayoría está adscrita a la Administración Autonómica.

2. Síntesis de las actividades desarrolladas desde la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud. Año 2011

La Comisión contra la Violencia de Género, creada al amparo de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género⁸, es presidida por la Secretaría General de Sanidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y en ella están representados los servicios de salud de las Comunidades Autónomas e Ingesa⁹, lo que repercute positivamente en el consenso de la toma de decisiones y la implicación colectiva en el desarrollo de las líneas estratégicas y acciones aprobadas.

Por parte del Ministerio, son integrantes también de la Comisión, la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, el Instituto de la Mujer, la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, cuyo Observatorio de Salud de las Mujeres, asume la labor de coordinación y secretaría técnica.

Desde su creación, la Comisión y sus grupos de trabajo técnico han ido asumiendo los compromisos específicos establecidos por la Ley 1/2004 respecto a la prevención, detección y atención a la violencia de género desde los servicios de salud (artículos 15, 16 y 32.3 de la Ley). Durante 2011, las principales acciones desarrolladas han sido las siguientes:

Los grupos técnicos de **Sistemas de Información y Vigilancia epidemiológica** y de **Formación de profesionales**, han estado trabajando a través del E-room, en la recopilación de los Indicadores de 2011 para elaborar el correspondiente Informe Anual, siguiendo su trabajo de todos los años. En estos dos grupos técnicos están representadas todas las CC.AA.

El Grupo de **Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria** ha estado trabajando en la revisión del Protocolo Común de actuación sanitaria frente a

⁸ Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Art. 15. BOE núm. 313, 29-12-2004.

⁹ Instituto de gestión Sanitaria, dependiente del Ministerio. Gestiona la Atención sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla

la violencia de género, que fue aprobado en 2007 por el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) para adaptarlo a los contextos de mayor vulnerabilidad (hijas e hijos, mujeres embarazadas, mujeres con discapacidad, mujeres inmigrantes, etc.).

El Grupo de **Aspectos Éticos y Legales** ha tenido un papel muy importante en la revisión del Protocolo Común. Ha trabajado mediante videoconferencias para revisar detenidamente los apartados de Aspectos éticos y legales, Recursos y Parte de lesiones, con el fin de actualizarlos después de estos años de evolución de la implantación del Protocolo Común (2007-2011), examinando los Protocolos ya existentes en las CC.AA. y sus desarrollos en referencia a los contextos de mayor vulnerabilidad, fundamentalmente los referidos a hijas e hijos de mujeres que sufren violencia de género así como discapacidad, inmigración y ámbito rural.

El Grupo de **Evaluación de actuaciones** ha estado trabajando y seguirá durante 2012, en cómo planificar la Evaluación de las actuaciones sanitarias realizadas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud como desarrollo de la Ley Orgánica 1/2004 en materia sanitaria. Durante 2011 fundamentalmente se ha trabajado en la detección de las necesidades informativas de los servicios de salud de las CC.AA. y ha elaborado una propuesta de matriz de evaluación: líneas, indicadores, fuentes, etc. que seguirá perfilando durante 2012.

Asimismo ha iniciado la planificación del Proceso de Identificación, recogida y difusión de posibles ejemplos de Buenas Prácticas en materia de actuación sanitaria frente a la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud, que se aborda más detenidamente en el último apartado de este Informe Anual.

Desde el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), como secretaria técnica de la Comisión se ha continuado trabajando coordinadamente con la Delegación del Gobierno para la Violencia de género (VG) asistiendo a los correspondientes plenos del Observatorio Estatal y realizar el seguimiento de sus acuerdos.

En materia de Formación, también desde el OSM, se ha continuado con el apoyo docente a la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad) que en colaboración con el Instituto de la Mujer (Secretaría de Servicios Sociales e Igualdad, MSSSI), organiza cada año el Diploma de Especialización en Salud Pública y Género, en cuyos módulos formativos se contempla el apartado de políticas sanitarias en materia de violencia de género (prevención y detección precoz y vigilancia epidemiológica).

3. Identificación, recogida y difusión de buenas prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Año 2011

En este apartado se presenta el marco teórico y conceptual que se ha establecido de forma consensuada para desarrollar una metodología común que permita la Identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas (BBPP) en actuación sanitaria frente a la violencia de (VG) en el Sistema Nacional de Salud (SNS). El proceso piloto de recogida aplicando esta metodología se realizará durante el año 2012.

En este apartado del Informe se describen los siguientes aspectos básicos de la metodología desarrollada:

1. Marco conceptual
2. Objetivo
3. Propuesta metodológica
 - 3.1. Constitución del grupo evaluador de BBPP en violencia de género (VG)
 - 3.2. Definición de BBPP en VG
 - 3.3. Criterios de calidad comunes para la valoración de BBPP en VG
 - 3.4. Líneas de actuación para presentar BBPP en VG
 - 3.5. Procedimiento de recogida de BBPP en VG
 - 3.6. Procedimiento de difusión de BBPP en VG
4. Documentación a presentar por cada candidatura a BBPP
5. Procedimiento de evaluación de BBPP en VG y ficha de baremación
6. Ejemplo gráfico de difusión de BBPP en el SNS

1. Marco conceptual

La violencia ejercida contra las mujeres es un **fenómeno universal** que persiste en todos los países del mundo. Es una violación general de los derechos humanos (el derecho a la vida, a la seguridad, a la dignidad y a la integridad física y mental) y, por consiguiente, crea un obstáculo al desarrollo de una sociedad democrática. La violencia de género (VG) no sólo afecta a las mujeres que la sufren, sino también de forma directa a sus hijos e hijas y a las personas que dependen de ellas.

En 1993, la **Asamblea General de las Naciones Unidas** sobre la eliminación de la Violencia contra las Mujeres, puso de manifiesto la gravedad de la violencia ejercida contra las mujeres, constituyendo un obstáculo a la igualdad, la seguridad, la libertad y la dignidad de las personas. Posteriormente, en el año 1996, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** reconoció la violencia contra las mujeres como una prioridad en salud pública, puesto que afecta a la salud física y psicológica de las mujeres, de sus hijas e hijos, de toda la familia y de la sociedad, e instó a los Estados miembros a evaluar la dimensión del problema en sus respectivos territorios.

En respuesta a estos acontecimientos, los Estados miembros han implementado numerosas acciones para combatir la violencia de género (VG). Concretamente en nuestro país, la **Ley Orgánica 1/2004 de 26 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género** (Ley Integral a partir de ahora) estableció las bases conceptuales y las medidas para afrontar la VG de forma integral y más eficiente. El **Capítulo III** de la misma, recoge los mandatos para el sector sanitario, cuyas acciones de desarrollo han sido articuladas y coordinadas por la **Comisión contra la Violencia de Género del SNS**. Desde la creación de la misma, se han venido elaborando por consenso y colaboración entre los Servicios de Salud de las comunidades autónomas (CC.AA.) distintas acciones e intervenciones orientadas a dar respuesta a los retos que plantea la VG para el Sistema Sanitario.

Por otra parte, son criterios de calidad consolidados a nivel internacional para fomentar la equidad y el enfoque de género en los servicios sanitarios:

- Impulsar políticas de salud basadas en las **mejores prácticas**.
- Promover la **identificación y difusión de BBPP** para fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud.

No podemos olvidar el papel crucial que desempeñan los servicios sanitarios en la atención a las mujeres que sufren violencia de género, ya que la mayoría de las mujeres, sus hijas e hijos entran en contacto con dichos servi-

cios en algún momento de su vida. Las profesiones sanitarias están sometidas al reto de actualizar el conocimiento científico para la toma de decisiones en sus intervenciones, así como sus habilidades y destrezas que necesitan la canalización de importantes esfuerzos profesionales e institucionales para poder avanzar en la prevención, detección y atención a las mujeres en situación de maltrato. Por tanto, es evidente que resulte necesario centrar esfuerzos en apoyar al conjunto de profesionales en todo aquello que contribuya a garantizar una atención sanitaria adecuada, personalizada y de calidad.

La necesidad de saber “qué funciona” en materia de prevención, detección precoz y actuación sanitaria ante la violencia de género es cada día mayor en el ámbito sanitario. La necesidad de adecuar los recursos a la demanda real y rentabilizar las inversiones a través de aquellas intervenciones que hayan demostrado ser eficaces en la lucha contra la VG y el abordaje de los problemas de salud que de ella se derivan, constituye un elemento importante dentro de las acciones encaminadas para la sostenibilidad del sistema sanitario.

El Observatorio de Salud de las Mujeres, basándose en el conocimiento, revisión científica y experiencias acumuladas en estos siete años de funcionamiento como secretaria técnica de la Comisión contra la Violencia de Género, junto con el grupo técnico de Evaluación de Actuaciones Sanitarias en materia de VG, han considerado de gran utilidad sistematizar, centralizar y hacer públicas las intervenciones implementadas por los servicios sanitarios, en especial aquellas orientadas a mejorar la calidad de las actuaciones sanitarias frente a la violencia de género, que hayan demostrado ser efectivas para el SNS, constituyendo una oportunidad de aprendizaje mutuo.

La transferencia de “nuevos métodos, ideas, soluciones”, constituye uno de los principales objetivos de esta propuesta, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario y a la mejor eficiencia de las actuaciones sanitarias frente a la violencia de género en el SNS. Difundir los resultados de los proyectos identificados como BBPP a través de un buscador-catálogo disponible en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es el **objeto final** de esta propuesta, que además pretende ser un referente de metodología para la identificación, recogida, evaluación y difusión de buenas prácticas en actuación sanitaria frente a la VG en el SNS.

En esta propuesta es fundamental la **definición de BBPP en VG**, los **criterios de calidad** que las categorizan así como la metodología de **baremación** en el cumplimiento de dichos criterios de calidad. La propuesta que aquí se presenta ha tenido como punto de partida la metodología de trabajo consensuada por el equipo técnico de la Subdirección General de Calidad y Cohesión (D. G. de Salud Pública, Calidad e Innovación) para la identificación, recogida y difusión de BBPP en el Sistema Nacional de Salud.

2. Objetivo

El objetivo de esta propuesta es establecer un procedimiento normalizado para la identificación, recogida y difusión de buenas prácticas (BBPP) en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Con ello se promoverán e impulsarán los siguientes aspectos relacionados con la mejora de la calidad asistencial y la cohesión del SNS:

- Mejorar la calidad de la atención de las mujeres que sufren VG, sus hijos e hijas así como de las personas dependientes en su entorno familiar.
- Motivar a las y los profesionales, así como a los servicios sanitarios para el desarrollo e implementación de BBPP en actuación sanitaria frente a la violencia de género (VG).
- Facilitar el aprendizaje mutuo mediante el intercambio de experiencias en la actuación sanitaria frente a la VG.
- Hacer posible la transferencia de BBPP en VG dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).
- Contribuir a la sostenibilidad del SNS mejorando la efectividad y eficacia de las actuaciones sanitarias en VG.
- Facilitar el desarrollo de la Ley Orgánica 1/2004 de 26 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, mediante el establecimiento de acciones innovadoras en el SNS que contribuyan a la futura Estrategia Nacional (eje salud) donde se compilarán los objetivos y actuaciones frente a la violencia de género desde todos los sectores implicados.

3. Metodología

3.1. Constitución del grupo evaluador de BBPP en violencia de género (VG)

Esta propuesta considera que el grupo de trabajo técnico de ***Evaluación de actuaciones sanitarias frente a la violencia de género (VG)*** de la Comisión contra la VG del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

(CISNS), se constituirá en grupo evaluador de las experiencias que soliciten su consideración como BBPP en esta materia.

El grupo de trabajo, presentará periódicamente a través del Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), como secretaria técnica de la Comisión, la relación de experiencias que han conseguido la consideración de BBPP en actuación sanitaria frente a la VG, mediante el proceso de evaluación y baremación que a continuación se detalla. La Comisión aprobará previamente dicha relación de BBPP antes de su inclusión en la base de datos de BBPP que estará accesible en formato de buscador por líneas o áreas estratégicas, en la página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) con “link” de acceso desde cualquier otro apartado de la Web del MSSSI que se considere oportuno.

A continuación se detalla la relación de CC.AA. e Instituciones que formando parte del actual Grupo técnico de Evaluación de Actuaciones Sanitarias, de la Comisión, ha trabajado en la formulación y desarrollo de esta metodología. Dicho grupo podrá ser ampliado a todas aquellas CC.AA. que lo deseen tal como se ha hecho a lo largo de estos años con el resto de grupos de trabajo de la Comisión a medida que se iba avanzando en el desarrollo de actuaciones. Para ello la designación oficial de la persona representante de cada CC.AA. deberá ser remitida al OSM, así como cualquier cambio respecto a la representación existente.

Integrantes actuales del grupo de evaluación de actuaciones sanitarias frente a la violencia de género en el SNS:

Servicios de salud de las Comunidades Autónomas

Andalucía. *Amalia Suárez Ramos*

Aragón. *Mari Luz Lou*

Asturias. (Principado de). *Borja Rodríguez-Maribona Trabanco*

Canarias. *Rosa del Valle Álvarez*

Castilla y León. *Carmen Fernández Alonso*

Galicia. *Isabel Graña y Mercedes Carreras Viñas*

Madrid (Comunidad de). *Carmen García Riobobos y Milagros De Borbón y Cruz*

Murcia. *José Fernández-Rufete Gómez y Ascensión Garriga Puerto*

Navarra. *Isabel Sobejano Tormos*

Instituciones expertas

Escuela Nacional de Sanidad. *Lucía Mazarrasa Alvear*

Universidad de Alicante. *Diana Gil González*

Delegación del gobierno para la violencia de género.

Rebeca Palomo Díaz y M^a Pilar Moreno Fernández

**Coordinación. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA,
CALIDAD E INNOVACIÓN. OBSERVATORIO DE SALUD DE
LAS MUJERES (OSM)**

Rosa María López Rodríguez

Sonia Peláez Moya

Apoyo técnico externo. Instituto de Salud Carlos III

Mariel Franco y Belén Nogueiras García

El grupo de trabajo de *Evaluación de Actuaciones Sanitarias de la Comisión contra la Violencia de Género del CISNS* podrá solicitar a las CC.AA. a través del OSM, cuanta información complementaria se necesite durante el proceso de evaluación y baremación de las actuaciones o experiencias presentadas.

3.2. Definición de BBPP en VG

La definición que aquí se presenta ha tenido como antecedente y punto de partida la metodología de trabajo consensuada por el equipo técnico de la Subdirección General de Calidad y Cohesión (D. G. de Salud Pública, Calidad e Innovación) para la identificación, recogida y difusión de BBPP en el Sistema Nacional de Salud.

En consecuencia, dentro del marco que establece la Ley orgánica 1/2004 de 26 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género para el ámbito sanitario y en concordancia con los principios establecidos en el Plan de Calidad del SNS se define como ***buen práctica (BBPP) en el Sistema Nacional de Salud frente a la violencia de género:***

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

En este sentido, la Buena Práctica en VG debe ser demostrable y ha de contar con unas características y resultados que la hagan susceptible de ser transferible. Las buenas prácticas deben difundirse, actualizarse y adaptarse a las diferentes realidades

3.3. Criterios de calidad comunes para la valoración de BBPP en actuación sanitaria frente la VG en el SNS

A continuación se expone la propuesta de ***criterios de calidad*** comunes ***cuyo cumplimiento es exigible a toda intervención o experiencia*** que se presente, para ser considerada una buena práctica frente la violencia de género para el SNS.

Los 4 primeros criterios son excluyentes, de forma que si no se cumplen, la experiencia correspondiente no se considerará susceptible de ser valorada por el grupo evaluador para su posible inclusión en la base de datos de BBPP del SNS, y por tanto, para su futura difusión como tal.

Los criterios de calidad para ser considerada Buena Práctica son:

- (1) Adecuación**
- (2) Pertinencia**
- (3) Enfoque de género**
- (4) Evaluabilidad**
- (5) Efectividad
- (6) Transferencia
- (7) Aspectos éticos
- (8) Participación
- (9) Equidad
- (10) Coordinación Intersectorial
- (11) Mejor conocimiento científico disponible
- (12) Innovación
- (13) Eficiencia
- (14) Sostenibilidad

A continuación se describe el contenido conceptual al que se refiere cada uno de los criterios comunes de calidad de BBPP en el SNS frente a la violencia de género

Tabla 22. Criterios de calidad. Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género.

1. Adecuación	Se corresponde con los objetivos marcados en los arts. 15,16 y 32.3 de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la VG, en el marco del fomento de la equidad y desarrollo de políticas, planes, programas basados en las mejores prácticas.
2. Pertinencia	Hace referencia a las prácticas o intervenciones realizadas en las líneas de actuación prioritarios contemplados en la propuesta metodológica de BBPP en atención sanitaria frente a la violencia de género.
3. Enfoque de género	Integra el principio de igualdad de género en las diferentes fases del proceso de intervención, en consonancia con el artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007. Este enfoque pone especial énfasis en el empoderamiento de las mujeres.
4. Evaluabilidad	Se busca que la experiencia haya sido llevada a cabo a partir de la realización de un diagnóstico previo de la población diana a la que van dirigidas las acciones y que en su diseño se hayan establecido unos objetivos y una metodología coherentes, y contempla además una fase de Evaluación con propuesta de Indicadores posibles.
5. Efectividad	Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales, considerando los aspectos psicosociales y necesidades diferenciales de cada situación y contexto.
6. Transferencia	Se persigue que la práctica haya sido sistematizada y documentada con resultados de su implantación, permitiendo la capitalización de métodos y su posible replicación y transferencia a otros contextos.
7. Aspectos éticos	Respeto a la intimidad y autonomía de las mujeres durante toda la experiencia, en consonancia con la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. Garantía de protección de los datos incluidos en la Historia Clínica.
8. Participación	Se refiere al grado en el que el proyecto incluye a todas las personas implicadas, en todas y cada una de las etapas del proyecto, con especial énfasis en participación informada de las mujeres en las decisiones que afectan a su vida y su salud.
9. Equidad	Incorpora objetivos específicos de equidad en Salud, considerando los determinantes sociales de desigualdad de género en interacción con otras situaciones y contextos de desigualdad que producen mayor vulnerabilidad ante la VG.

10. Coordinación intersectorialidad	Promueve la relación con otros sectores diferentes al sanitario. La experiencia promueve la cooperación de los agentes implicados para mejorar el uso racional de los recursos, el seguimiento y la calidad de la atención integral a las mujeres que sufren violencia de género, sus hijas e hijos.
11. Mejor conocimiento científico disponible	El proyecto deberá presentar un sustento teórico, basado en la mejor evidencia científica disponible.
12. Innovación	Con el fin de mejorar la calidad en la atención sanitaria de las mujeres que sufren violencia de género y sus hijos e hijas, aplica enfoques y metodologías alternativas a las tradicionales (biomédico, sesgos de género) en el planteamiento de la intervención y/o en los procedimientos, aportando nuevo conocimiento para prevenir y detectar precozmente la VG.
13. Eficiencia	La eficiencia es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales. Los estudios de eficacia y efectividad no valoran los recursos, los de eficiencia sí. Para que haya eficiencia el proceso previamente tiene que ser efectivo.
14. Sostenibilidad	Hace referencia a que la experiencia muestre condiciones para que se pueda mantener con los recursos disponibles, adaptándose a las exigencias sociales, económicas y medioambientales del contexto en el cual se desarrolla.

3.4. Líneas de actuación para presentar BBPP en VG

Es necesario establecer una clasificación para facilitar la localización en el futuro catálogo de buenas prácticas, por tanto serán candidatas a BBPP en VG aquella intervención o experiencia cuyo objetivo y desarrollo se corresponda con alguna de las siguientes líneas de actuación en VG:

- Adaptación de los Sistemas de Información Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género en consonancia con los indicadores comunes del SNS en materia de VG.
- Formación de profesionales de los servicios sanitarios en materia de VG.
- Evaluación de actuaciones sanitarias frente a la VG. Especialmente aquellas que describen el proceso de intervención y su impacto en la recuperación de las mujeres.

- Coordinación intersectorial (Administración Local, Administración Autonómica, organizaciones civiles y de mujeres, Educación, Fiscalía, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, Justicia).
- Trabajo comunitario con la población para la prevención de la VG, con especial énfasis en el trabajo grupal con mujeres como herramienta de promoción, prevención, empoderamiento y recuperación de la salud.
- Atención Sanitaria a hijas e hijos de mujeres que sufren VG.
- Atención sanitaria a los casos de VG en mujeres en contextos de especial vulnerabilidad (embarazo, discapacidad, inmigración, medio rural, mujeres mayores, mujeres con problemática de salud mental, drogodependencias, VIH, mujeres y niñas en situación de trata y explotación sexual, mujeres en situación de exclusión social).

3.5. Procedimiento de recogida de BBPP en VG

Las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través del Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), promoverán la identificación de experiencias específicas en actuación sanitaria frente a la VG, que puedan ser consideradas como buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los Servicios de Salud de las CC.AA., a través de la persona que representa oficialmente a cada CC.AA. en la Comisión contra la VG del CISNS remitirán al Observatorio de Salud de las Mujeres la experiencia identificada para su evaluación según los criterios comunes de calidad establecidos en el presente documento.

En una primera etapa, el OSM comprobará el cumplimiento de los requisitos previamente solicitados, así como que este toda la documentación necesaria para su valoración, pudiendo solicitar a la CC.AA. información complementaria sobre la práctica presentada. Tras esta primera fase, el Observatorio de Salud de las Mujeres remitirá al Grupo de Evaluación de Actuaciones Sanitarias, la experiencia para su análisis y valoración.

Plazos para la remisión de propuestas de buenas prácticas:

En la fase de pilotaje el primer plazo se abrirá durante el primer semestre del año y la evaluación de los proyectos presentados se realizará en el segundo semestre. Anualmente, se informará a la Comisión sobre el catálogo de BBPP evaluadas para ser incluidas en la base de datos de BBPP que alimentará el Buscador instalado en la Web ministerial.

3.6. Procedimiento de difusión

En este último paso, se seleccionan aquellos proyectos que hayan obtenido la puntuación exigida según el método de baremación establecido. La lista de proyectos seleccionados se presentará a la Comisión. Una vez aprobada la relación de BBPP por la Comisión se procederá a su difusión:

- **La base de datos** con todas las BBPP aprobadas por la Comisión se cargará **en el Eroom** para conocimiento no sólo de la Comisión sino de todos los grupos de trabajo de la misma.
- **En la Web del Ministerio**, en el lugar que se considere más oportuno, al que se podrá acceder mediante link directo desde otros apartados de la Web del MSSSI o desde páginas web de las Consejerías de las CC.AA. o de otras instituciones sanitarias, sociales o de igualdad que estén interesadas.

4. Documentación a presentar por cada candidatura de BBPP

Al objeto de facilitar la recogida y sistematización, la persona que representa oficialmente a la CC.AA. en la Comisión remitirá al OSM los siguientes documentos:

4.1. Ficha de recogida de información

(Anexo I, se puede consultar al final de este Informe). Esta ficha recoge de forma resumida la siguiente información básica:

- **Memoria descriptiva de la buena práctica.**
- **Cuadro de Autoevaluación.** Justificación de los Criterios de calidad autocumplimentados a modo de autoevaluación por las personas responsables del proyecto. (Anexo III Cuestionario de Autoevaluación).

La ficha de recogida irá acompañada de sus respectivas instrucciones para una adecuada cumplimentación de la misma (Anexo II. Se puede consultar al final de este Informe).

4.2. Memoria de la experiencia

La documentación con los formularios y anexos estarán disponibles en el E-room para el Grupo de evaluación de actuaciones sanitarias frente a la violencia de género en el SNS. La **extensión máxima** de esta memoria serán **30 páginas**. El orden de los apartados de información y contenidos que tendrá esta memoria será:

- Datos de identificación de la experiencia (similares a los cumplimentados en la ficha).
- Línea de BBPP en la que se engloba.
- Objetivo principal y específicos de la experiencia.
- Metodología.
- Evaluación y Resultados (se podrá acompañar de tablas y gráficos ilustrativos).

5. Proceso de evaluación y baremación de BBPP en actuación sanitaria frente a la VG en el SNS

5.1. Cómo se organiza la valoración de criterios

Para la elaboración de LOS CRITERIOS DE BUENA PRÁCTICA (BBPP) en Actuación Sanitaria frente a la Violencia de Género en el SNS, se han ordenado los criterios por rango de importancia, primero los **EXCLUYENTES** (Adecuación, Pertinencia, Enfoque de género y Evaluabilidad) y posteriormente los **NO EXCLUYENTES** (Efectividad, Transferencia, Aspectos Éticos, Participación, Equidad, Coordinación Intersectorial, Mejor Conocimiento Científico, Innovación, Eficiencia, Sostenibilidad).

Tanto los criterios excluyentes como los no excluyentes se han ordenado de mayor a menor relevancia de acuerdo con los objetivos planteados para la atención sanitaria en materia de violencia de género (VG):

- Proporcionar una atención integral— física, psicológica, emocional y social— continuada y de calidad, desde la perspectiva de género, a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario.

- Desarrollar una intervención interdisciplinaria con el apoyo y colaboración del resto de profesionales del equipo.
- Realizar una derivación adecuada en función de las diferentes necesidades de las mujeres, informándoles de los recursos a su disposición, teniendo en cuenta los contextos de mayor vulnerabilidad.
- Establecer y mantener una coordinación y colaboración interinstitucional constante con los dispositivos sociales, policiales, legales y comunitarios.
- Favorecer la colaboración y el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre las Administraciones implicadas en la atención sanitaria a las mujeres que padecen violencia.

Valoración de Criterios EXCLUYENTES

Los 4 primeros criterios tienen carácter de excluyentes, porque indefectiblemente se deberán cumplir para que una experiencia sea considerada como Buena Práctica en actuación sanitaria frente a la VG en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Por tanto, es necesario comenzar la valoración por estos cuatro criterios.

El carácter excluyente de los criterios de **ADECUACIÓN Y PERTINENCIA** así como el cumplimiento o no de los ítems explicitados en el “check-list” para estos criterios, pondrán de manifiesto la coherencia del proyecto o experiencia que se esté valorando con:

- √ Haber sido desarrollada y/o teniendo como origen de la acción los servicios sanitarios que integran el Sistema Nacional de Salud (Adecuación).
- √ Los objetivos marcados por la Ley Orgánica 1/2004 para el ámbito sanitario (Adecuación) y
- √ Las líneas fundamentales -no excluyentes entre sí- que la Comisión contra la VG del SNS, ha establecido como prioritarias para enmarcar las actuaciones a desarrollar en cumplimiento de dichos objetivos (Pertinencia).

En consecuencia, se ha considerado que **estos dos criterios no serán objeto de calificación numérica de puntos.**

En el caso del criterio de **Adecuación** ha de cumplir los dos ítems principales que contiene, y en el caso de **Pertinencia**, ha de cumplir al menos uno de los ítems, para considerar que la experiencia cumple con dichos criterios.

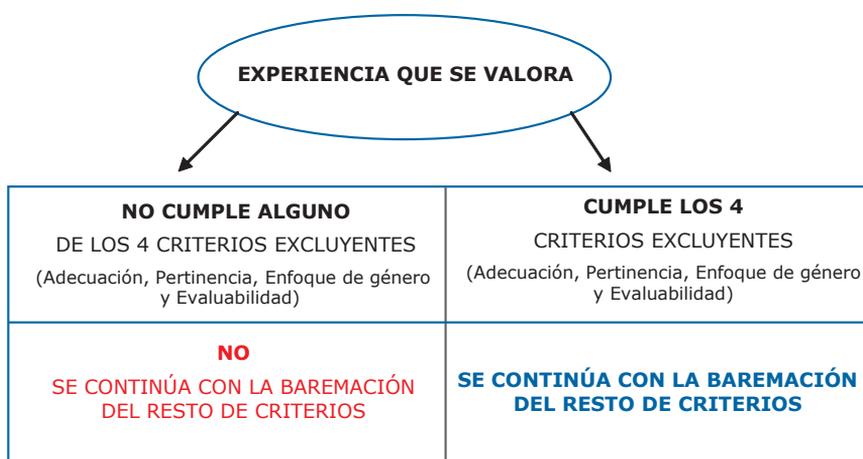
La valoración de ambos criterios, por tanto, sólo **tendrán el carácter de SI CUMPLE o NO CUMPLE**. Por tanto, sólo se consignará en la casilla de valoración de estos criterios un SI o un NO, en función de su cumplimiento.

Si el proyecto **no cumple ALGUNO** de estos dos primeros criterios, **ADECUACIÓN Y PERTINENCIA**, la experiencia no se seguirá valorando.

En caso de que se cumplan estos dos primeros criterios, se pasará a valorar los **OTROS DOS CRITERIOS EXCLUYENTES, ENFOQUE DE GÉNERO Y EVALUABILIDAD**. Estos dos criterios **se valorarán con puntuación numérica**, en función del nº de ítems que cumplan.

Si el proyecto **no cumple ALGUNO** de estos otros dos criterios excluyentes, **ENFOQUE DE GÉNERO Y EVALUABILIDAD**, la experiencia no se seguirá valorando.

IMPORTANTE: LA EXPERIENCIA NO SE CONTINUARÁ BAREMANDO EN EL MOMENTO QUE DEJE DE CUMPLIR UNO SOLO DE LOS CUATRO CRITERIOS EXCLUYENTES.



5.2. Cómo se organiza el sistema de baremación: para cada criterio y de forma general

El proceso de BAREMACIÓN GENERAL, que incluye 12 criterios (Enfoque de Género y Evaluabilidad-criterios excluyentes- más los 10 criterios no excluyentes) se realizará de la siguiente forma:

1. De los **12 CRITERIOS** que se puntúan, se considera que existen **7 CRITERIOS** con **relevancia especial sobre el resto de criterios puntuables**:

- Enfoque de género y Evaluabilidad (porque son excluyentes).
- Efectividad, Transferencia, Aspectos Éticos, Participación y Equidad.

Por lo cual, la puntuación final que cada uno de estos criterios haya obtenido se multiplicará por la cantidad constante 2. Es decir, tendrán un *mayor peso ponderado* en la **PUNTUACIÓN FINAL TOTAL** de la experiencia.

Los 5 criterios no excluyentes restantes: Coordinación Intersectorial, Mejor Conocimiento científico disponible, Innovación, Eficiencia y Sostenibilidad, el valor que aportarán al sumatorio final de criterios, será el del rango alto, medio, bajo respectivo donde se haya situado según el nº total de ítems que cumpla (= nº total de X).

Ej: Si en una experiencia, la puntuación final obtenida en Evaluabilidad es 3, y en Transferencia es 2, estos valores se multiplicará respectivamente por 2, por tanto la Puntuación final de estos criterios sería 6 y 4 respectivamente. Estos valores 6 y 4, serían las puntuaciones de dichos criterios para el sumatorio de todos los criterios y para la puntuación final total de la Experiencia.

2. La persona que evalúa la experiencia, marcará **con una CRUZ (X) cada ítem** que se cumpla **dentro de cada CRITERIO que está valorando**. Si no se cumple el ítem no se marca nada.
3. **EL CRITERIO** ha de **cumplir al menos uno de los ítems** para tener la puntuación mínima, si no, se considerará que la puntuación global obtenida en ese criterio es 0.
4. **Se sumará el nº total de cruces (X)** obtenidas en cada criterio, en función del número de ítems que ha cumplido.
5. **El nº total de cruces (X)** obtenido será **EL DATO** a tener en cuenta para la BAREMACIÓN de cada criterio.

6. LA BAREMACIÓN de CADA CRITERIO se encuadra en **4 rangos: ALTO, MEDIO, BAJO, NULO** según el nº de X obtenido:

- Si cumple más de la mitad de los ítems a valorar (marcados con X), el valor de cumplimiento del criterio es **ALTO**. Valor absoluto final del criterio: **3**
- Si cumple la mitad de los ítems a valorar (marcados con X) el valor de cumplimiento del criterio es **MEDIO**. Valor absoluto final del criterio: **2**
- Si cumple menos de la mitad de los ítems a valorar (marcados con X) el valor de cumplimiento del criterio es **BAJO**. Valor absoluto final del criterio: **1**
- Si no cumple ningún criterio (ningún ítem marcado con X) el valor de cumplimiento del criterio es **NULO**. Valor absoluto final del criterio: **0**

7. En el check-list para la baremación, **en cada criterio aparece ya calculado el rango** donde se situaría cada criterio según el nº de “X” que sumen los ítems cumplidos. En el caso de los criterios que se multiplica por 2, aparece ya calculado sobre dicho valor.

Ejemplo: Criterio Enfoque de género. En este caso **el rango alto es 6, el medio 4 y el bajo 2**, porque es un criterio de relevancia especial.

- La persona evaluadora, escribiría en la casillas **nº de ítems que cumple** el nº total de X obtenidas en este criterio tras finalizar su evaluación.
- Escribiría en la casilla **nº de ítems que no cumple**, el nº total de ítems que no están marcados con X.
- En el apartado **Valoración final del Criterio** es donde la persona que evalúa pondrá el valor de rango correspondiente en función del nº de X obtenidas que ya se le pone en la tabla Valor de rango.

ENFOQUE DE GÉNERO	VALORACIÓN	GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO			
	FINAL CRITERIO:	ALTO (6)	MEDIO (4)	BAJO (2)	NULO
	TOTAL DE ÍTEMS A VALORAR: 8	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ÍTEMS			
	Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:	De 6-8 ítems: Alto (6) De 4-5 ítems: Medio (4) De 1-3: bajo (2)		

Ejemplo: Criterio Sostenibilidad: En este caso el **rango alto es 3, el medio 2 y el bajo 1**, porque es un criterio a baremar pero que no se considera de relevancia especial.

SOSTENIBILIDAD	VALORACIÓN	GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO			
	FINAL CRITERIO:	ALTO (3)	MEDIO (2)	BAJO (1)	NULO
	TOTAL DE ÍTEMS A VALORAR: 5	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ÍTEMS			
		Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:	De 4-5 ítems: Alto (3) De 2-3 ítems: Medio (2) De 1: bajo (1)	

8. La PUNTUACIÓN FINAL DE LA EXPERIENCIA, una vez sumadas las puntuaciones de cada criterio, podrá obtener como máximo los siguientes valores para cada rango:

Tabla 23. Puntuación final de la experiencia. Grado de cumplimiento de criterios de calidad

Alto 57	Medio 38	Bajo 19
57 (42+15) -42 puntos: 7 criterios por 3 puntos por el doble de su valor - 15: 5 criterios por 3 puntos	38 (28+10) - 28: 7 criterios por 2 puntos por el doble de su valor. - 10: 5 criterios por 2 puntos	19 (14+5) - 14: 7 criterios por 1 punto por el doble de su valor - 5: 5 criterios por 1 punto

GRADO	VALOR ABSOLUTO	DESCRIPCIÓN
ALTO	39-57	Se corresponde con cumplir entre 68%-100% de la máxima puntuación
MEDIO	20-38	Se corresponde con cumplir entre 35%-68%
BAJO	1-19	Se corresponde con cumplir menos del 35%

El informe de evaluación con la puntuación obtenida por el grupo evaluador será catalogado por el OSM.

PARA UN MEJOR cálculo de puntuación y valoración global

- Para una correcta Identificación de Buena Práctica, se aconseja contrastar la información contenida en la Ficha de recogida de Información de BBPP en VG, con los enunciados de análisis que configuran los criterios de calidad en VG. En este proceso, se debe confirmar la existencia de evidencias, entendiendo las evidencias como informa-

ción o datos reflejados en el proyecto, que demuestren que la experiencia o intervención presentadas posee la información solicitada y que por tanto, responde a los requisitos necesarios para que sea considerada como tal.

- La persona evaluadora deberá contrastar su valoración de los ítems de cada criterio con la argumentación del **Cuestionario de autoevaluación que el equipo responsable de la experiencia ha contestado** para cada criterio en la Ficha de recogida y en su check list, con el fin de tener otro punto de referencia.
- Si la puntuación final obtenida es **“XX”** (la que decida finalmente el equipo de Evaluación de actuaciones) dicha experiencia se considerará BBPP para ser presentada a la Comisión contra la VG del Consejo Interterritorial del SNS y optar a ser incluida en la bases de datos de BBPP en VG en el SNS para su posterior difusión a través de la página web del Ministerio.
- Si la puntuación final obtenida es **menor de “XX”** también se informará a la Comisión para su conocimiento: Dicha experiencia se considerará como una experiencia exitosa candidata a ser considerada BBPP en sucesivas convocatorias una vez haya realizado las mejoras sugeridas por el Grupo de Evaluación de Actuaciones en su Informe de evaluación de la experiencia. En este caso la experiencia no pasará tras su evaluación a ser incorporada en la base de datos de BBPP en VG en el SNS, en el año en curso.
- Tanto en un caso como en otro, se procederá a contactar con la persona representante de la CC.AA. en la Comisión, haciéndole llegar una notificación con el resultado obtenido, y en el caso de no haber obtenido la calificación de BBPP se acompañará de un Informe de resultado final de la evaluación explicando los motivos por los que no ha sido posible considerar como BBPP en ese momento la experiencia presentada, y las medidas de mejora a aplicar para en un futuro poder presentarse de nuevo.

Índice de tablas y gráficos

Tablas

Cobertura

Tabla 1. Cobertura poblacional y de indicadores por fuente de información y nivel de la asistencia sanitaria	16
---	----

Magnitud del problema

Tabla 2. Casos y Tasas por 100.000 mujeres por niveles de asistencia sanitaria y fuente de información. (INDICADORES 1-3-4)	18
--	----

Características del maltrato

Tabla 3. Tipo de Maltrato (INDICADOR 5). Porcentaje de cada tipo de maltrato respecto al total de casos de cada nivel asistencial	20
Tabla 4. Duración del maltrato. (INDICADOR 6)	21
Tabla 5. Relación con el presunto agresor. (INDICADOR 7)	21

Características de las mujeres maltratadas

Tabla 6. Edad de las mujeres maltratadas. Casos detectados en el ámbito sanitario. Año 2011 (INDICADOR 8; 8a y 8b)	23
Tabla 7. Nacionalidad de las mujeres maltratadas. Casos detectados en el ámbito sanitario. Año 2011 (INDICADOR 9; 9a y 9b)	24
Tabla 8. Situación laboral de las mujeres maltratadas. Casos detectados en el ámbito sanitario. Año 2011 (INDICADOR 10)	26
Tabla 9. Casos de maltrato detectados en mujeres embarazadas. Año 2011 (INDICADOR 11)	27

Formación de profesionales del ámbito sanitario

Tabla 10. Formación impartida en las CCAA por tipo de actividad. Año 2011	40
Tabla 11. Cursos Básicos impartidos según ámbito asistencial. Año 2011	41

Tabla 12. Actividades de sensibilización según ámbito asistencial. Año 2011	43
Tabla 13. Horas lectivas impartidas en formación por CCAA según ámbito asistencial. Año 2011	45
Tabla 14. Total del personal sanitario que ha recibido formación por ámbito asistencial. Año 2011	48
Tabla 15. Resumen-recordatorio. Formación VG. Año 2011	53
Tabla 16. Otras actividades relacionadas con la Formación VG. Año 2011	57
Tabla 17. Resumen-recordatorio. Perfiles profesorado y alumnado. Formación VG. Año 2011	63
Tabla 18. Total de personal formado en materia de violencia de género Sistema Nacional de Salud. Variación 2011/2010	71
Tabla 19. Total de personal sanitario que ha recibido formación según ámbito asistencial. Año 2011	72
Tabla 20. Total de personal sanitario que ha recibido formación según ámbito asistencial. Año 2011 (Tabla resumen)	73
Tabla 21. Perfil profesional de alumnado y profesorado. Adscripción. Año 2011 (Tabla resumen)	73
Tabla 22. Criterios de calidad. Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género	84
Tabla 23. Puntuación final de la experiencia. Grado de cumplimiento de criterios de calidad	93

Gráficos

Características de las mujeres maltratadas

Gráfico 1. Nacionalidad de las mujeres según la fuente. Tasas por 100.000	26
--	----

Formación en materia de violencia de género. Datos para el conjunto del SNS. Año 2011

Gráfico 2. Número de actividades impartidas según ámbito asistencial. Año 2011	31
Gráfico 3. Número de horas lectivas según ámbito asistencial. Año 2011	31
Gráfico 4. Tipo de actividades formativas según ámbito asistencial. Año 2011	32

Gráfico 5. Porcentaje de actividades acreditadas según ámbito asistencial. Año 2011	33
Gráfico 6. Total de personal sanitario que ha recibido formación según ámbito asistencial. Año 2011	34
Gráfico 7. Participación en las distintas acciones formativas. Año 2011	35
Gráfico 8. Participación en acciones formativas en Atención Primaria. Datos desagregados por sexo. Año 2011	35
Gráfico 9. Participación en acciones formativas en Atención Especializada. Datos desagregados por sexo. Año 2011	36
Gráfico 10. Participación en acciones formativas en Urgencias. Datos desagregados por sexo. Año 2011	36
Gráfico 11. Participación en acciones formativas en el ámbito “otros”. Datos desagregados por sexo. Año 2011	37
Gráfico 12. Perfil profesional del alumnado según sexo. Año 2011	38
Gráfico 13. Perfil profesional del Profesorado según sexo. Año 2011	38

Formación en materia de violencia de género. Datos desagregados por CCAA. Año 2011

Gráfico 14. Formación impartida en las CCAA por tipo de actividad. Año 2011	39
Gráfico 15. Número total de Cursos Básicos según ámbito asistencial. Año 2011	42
Gráfico 16. Número total de Actividades de Sensibilización según ámbito asistencial. Año 2011	44
Gráfico 17. Formación impartida en las CCAA. Horas lectivas por ámbito asistencial. Año 2011	46
Gráfico 18. Total del personal sanitario que ha recibido formación por CCAA. Año 2011	47
Gráfico 19. Total del personal sanitario que ha recibido formación por ámbito asistencial. Año 2011	49
Gráfico 20. Participantes en la formación impartida. Datos desagregados por sexo. Año 2011	50
Gráfico 21. Participación en los Cursos Básicos. Datos desagregados por sexo. Año 2011	51
Gráfico 22. Participación en Actividades de Sensibilización. Datos desagregados por sexo. Año 2011	51

Gráfico 23. Participación en Otras acciones formativas no específicas. Datos desagregados por sexo. Año 2011	52
Gráfico 24. Alumnado Medicina. Año 2011	54
Gráfico 25. Alumnado Enfermería. Año 2011	55
Gráfico 26. Alumnado Psicología. Año 2011	55
Gráfico 27. Alumnado Trabajo Social. Año 2011	56
Gráfico 28. Alumnado de otros perfiles sanitarios. Año 2011	56
Gráfico 29. Alumnado de otros perfiles no sanitarios. Año 2011	57
Gráfico 30. Profesorado Medicina. Año 2011	60
Gráfico 31. Profesorado Enfermería. Año 2011	60
Gráfico 32. Profesorado Trabajo social. Año 2011	61
Gráfico 33. Profesorado Psicología. Año 2011	61
Gráfico 34. Profesorado de otros perfiles profesionales. Año 2011	62
Gráfico 35. Adscripción del profesorado. Formación VG. 2011	62

Evolución de la Formación en materia de violencia de género en el SNS. 2004-2011

Gráfico 36. Evolución del número de actividades de formación impartidas en materia de violencia de género por ámbito asistencial. Período 2008-2011	65
Gráfico 37. Evolución del número de horas lectivas de formación impartidas en materia de violencia de género por ámbito asistencial. Período 2008-2011	66
Gráfico 38. Evolución del número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Período 2004-2011	66
Gráfico 39. Número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Período 2004-2007.	68
Gráfico 40. Número de profesionales que han recibido formación en materia de violencia de género. Sistema Nacional de Salud. Período 2008-2011	69
Gráfico 41. Evolución del número de profesionales de servicios sanitarios que ha recibido formación en materia de violencia de género. Hombres. Período 2008-2011	70
Gráfico 42. Evolución del número de profesionales de servicios sanitarios que ha recibido formación en materia de violencia de género. Mujeres. Período 2008-2011	70

Bibliografía

1. Alonso I, Biencinto N, Gómez R, González A, Solivia M. Protocolo para la identificación de Buenas Prácticas transferibles para la igualdad de género en el empleo. Unidad Administradora del Fondo Social Europeo. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. 2006.
2. Alonso I, Biencinto N, Gómez R, González A, Solivia M. La Transferencia de Buenas Prácticas para la igualdad de género en el empleo. Propuesta metodológica, herramientas y experiencias prácticas. Unidad Administradora del Fondo Social Europeo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007
3. Humphreys C, Hague G, Hester M, Mullender A. Domestic violence Good Practice Indicators Coventry. Centre for the Study of Safety and Well-Being. University of Warwick Domestic Violence Good Practices Indicators. The Centre for the Study of Well-being University of Warwick 2001.
4. Humphreys C, Stanley N. Domestic Violence and Child Protection: Directions for Good Practice. 2006.
5. Martínez Rodríguez, Teresa. Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. Madrid, informes Portal Mayores, nº 98. 2010
6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe Violencia de Género 2009. Informes, Estudios e Investigación 2011.
7. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La buena práctica en la protección social a infancia. Principios y criterios. 1997.
8. Malgesini G. Guía de Buenas Prácticas por el empleo para colectivos vulnerables. Cruz Roja Española. 2003.
9. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Concepto de Buenas prácticas en promoción de la salud en el ámbito escolar y la Estrategia Escuelas promotoras de Salud. Gobierno Vasco 2006.
10. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Concurso de Buenas Prácticas que integran la Igualdad y Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. Consultado en enero 2012 en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=457&Itemid=1820&lang=es#Antecedentes
11. Servicio Madrileño de Salud. Identificación de experiencias de Buenas Prácticas orientadas a la Prevención y Atención a la VG. 2012.
12. Villa A. Innovación y Calidad en el concepto de BBPP. II Jornadas de Innovación y Calidad. Universidad de Deusto. 13-15 de septiembre. Bilbao. 2006

Anexos

1. Formularios del Sistema Nacional de Salud para la recogida de indicadores de la violencia de género

Recogida de Indicadores Epidemiológicos:

- *Formulario para la recogida de Indicadores epidemiológicos desde la Historia Clínica: Página 102.*
- *Formulario para la recogida de Indicadores epidemiológicos desde el Parte de Lesiones: Página 116.*

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

- *Formulario datos formación: Página 131.*

2. Formularios del Sistema Nacional de Salud para la recogida de experiencias candidatas a buena práctica (BBPP). Pilotaje 2012

- *Ficha de recogida de información de la experiencia candidata a BBPP: Página 140.*
- *Check-list por la valoración como BBPP (Grupo evaluador): Página 144.*

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

Emitidos desde AP: (Señalar con una X)

Emitidos desde AE: (Señalar con una X)

Registro especial*:

*(En el caso de existir alguna CC.AA. con registro especial, rogamos lo especifique)

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

LA MAYORÍA DE LAS CC.AA. NO PUEDEN EN LA ACTUALIDAD OBTENER DATOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA A PARTIR DE LA HISTORIA CLÍNICA. PERO SI FUERA POSIBLE, NO SERIA CORRECTO SUMAR LOS CASOS DE AP y AE, SIN COMPROBAR QUE NO SE DAN DUPLICACIONES.

DENOMINADORES POBLACIONALES PARA EL CÁLCULO DE TASAS (anexo P)

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

Se utiliza **el mismo denominador poblacional** para CASI todos los Indicadores que se expresan como TASA (Indicadores 1, 3, 4,8b y 9b). En el indicador 8b, se desglosa por **grupos de edad**. (Recuérdese que el primer grupo consta de seis años: de 14-19 años). En el indicador 9b se desglosa por **nacionalidades**. El denominador del indicador 10 son nacidos vivos (véase anexo)

El **denominador es el mismo** tanto si el indicador está calculado con datos de AP como de AE como de un sumatorio de ambas.

DENOMINADORES PARA EL CÁLCULO DE PORCENTAJES.

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES DE MAGNITUD:

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

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más, por 100 000, atendidas por el sistema sanitario (ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL) que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (periodo analizado)

	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
Numerador:		
Nº casos detectados en la Hª Clínica en:		
ATENCIÓN PRIMARIA	AP	
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	AE	
TOTAL casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad	Total	
Denominador:		
población de mujeres de 14 años o más en la CC.AA.	P	

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

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

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000 (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL en el período analizado

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

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

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto para aclarar los datos del indicador 2:

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES DE MAGNITUD POR ÁMBITO ASISTENCIAL

INDICADOR 3. Casos detectados en Atención Primaria (tasa)

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más, por 100000, atendidas en ATENCIÓN PRIMARIA que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado)

	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
Numerador: Nº casos detectados en la Hª Clínica en ATENCIÓN PRIMARIA referidos a mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad		
Denominador: población de mujeres de 14 años o más en la CC.AA.		

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADOR 4. Casos detectados en Atención Especializada (tasa)

Definición:

Tasa de mujeres de 14 años o más, atendidas en ATENCIÓN ESPECIALIZADA que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado)

	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵
Numerador: Nº casos detectados en la Hª Clínica en ATENCIÓN ESPECIALIZADA referidos a mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad		
Denominador: población de mujeres de 14 años o más en la CC.AA.		

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

INDICADOR 5. Casos detectados según tipo de maltrato (porcentaje)
Nótese que los denominadores son los numeradores de los indicadores 3 y 4 y que los % no tienen que sumar 100. (puede darse varios tipos de maltrato en el mismo caso)

Definición:

Porcentaje de mujeres de 14 años o más, atendidas en ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado) por tipo de maltrato

	DATO CRUDO			(%)		
	Psicol.	Sexual	Físico	Psicol.	Sexual	Físico
Numerador: Nº de casos detectados en la Hª Clínica en: ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA TOTAL casos referidos a mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad desglosados por tipo de maltrato						
Denominador: Nº total de casos detectados en la Hª Clínica en: ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA TOTAL casos de mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad				100	100	100

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

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

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado), por duración del maltrato

	DATO CRUDO					(%)				
	<1 año	1 a 4 años	5 a 9 años.	10 + años	nc	<1 año	1 a 4 años	5 a 9 años.	10 + años	nc
Numerador:										
Nº de casos detectados en la Hª Clínica en:										
ATENCIÓN PRIMARIA										
ATENCIÓN ESPECIALIZADA										
TOTAL casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados por duración del maltrato										
Denominador:										
Nº total de casos detectados en la Hª Clínica en:										
ATENCIÓN PRIMARIA								100		
ATENCIÓN ESPECIALIZADA								100		
TOTAL casos de mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad								100		

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

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

Definición:

Porcentaje de mujeres de 14 años o más, atendidas por ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado) en el período analizado, según la relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador.

	DATO CRUDO						%					
	com- pañero íntimo actual (ma- rido, novio, com- pañero)	ex compa- ñero íntimo (ex marido, ex no- vio, ex compa- ñero)	padre, pa- drastro o compa- ñero de madre	herma- no, tío u otro hom- bre del ámbito fami- liar	hom- bre que NO perte- nece al ámbito fami- liar	nc	com- pañero íntimo actual (ma- rido, novio, com- pañero)	ex compa- ñero íntimo (ex ma- rido, ex novio, ex compa- ñero)	padre, pa- drastro o compa- ñero de madre	herma- no, tío u otro hom- bre del ámbito fami- liar	hom- bre que NO perte- nece al ámbito fami- liar	nc
Numerador: Nº casos detectados en la Hª Clínica en												
ATENCIÓN PRIMARIA												
ATENCIÓN ESPECIALIZADA												
TOTAL casos referidos a mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, según la relación de convivencia con el maltratador												
Denominador: Nº de casos detectados en la Hª Clínica en:												
ATENCIÓN PRIMARIA							100					
ATENCIÓN ESPECIALIZADA							100					
TOTAL casos referidos a mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad.							100					

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

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

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

Numerador:

Porcentaje de mujeres de 14 años o más, atendidas por el sistema sanitario (ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL) que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado) desglosados según grupos de edad

Denominador:

número total de casos detectados en la Hª Clínica en ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA y Total de mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad cuyo motivo sea violencia de género

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

Numerador:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, atendidas por ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado) desglosados por grupos de edad

Denominador:

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

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

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

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 9.a Casos detectados según nacionalidad (porcentaje)

Numerador:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más, atendidas por ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado) desglosados por nacionalidad

Denominador:

número total de casos detectados en la Hª Clínica en ATENCIÓN PRIMARIA y/o ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL de mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad

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

Numerador:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, de mujeres de 14 años o más, atendidas por ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado) desglosados por nacionalidad

Denominador:

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

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

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

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 10. Casos detectados según situación laboral (porcentaje)

Definición:

Porcentaje de mujeres de 14 años o más, atendidas por el sistema sanitario (ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL) que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado) desglosados por situación laboral.

	DATO CRUDO			TASA x 10 ⁵		
	Trabajo remunerado			Trabajo remunerado		
Numerador:	SI	NO	No consta	SI	NO	No consta
Nº casos detectados por la Hª Clínica: ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA TOTAL partes referidos a mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad, desglosados según su situación laboral						
Denominador: Nº de casos detectados por la Hª Clínica en: ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA TOTAL casos de mujeres de 14 años o más, que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad				100 100 100		

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **HISTORIA CLÍNICA**

INDICADOR 11. Casos detectados en mujeres embarazadas (tasa)

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más, atendidas por el sistema sanitario (ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL) que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad (en el período analizado) en situación de embarazo.

	DATO CRUDO	TASA x 10 ⁵ NACIDOS VIVOS
Numerador: Nº casos detectados por la Hª Clínica en: ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA TOTAL casos referidos a mujeres de 14 años o más que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad y que se encontraban en situación de embarazo en ese momento.		
Denominador: Numero de nacidos vivos en esa CC.AA., en el año considerado*		

***Se considera que este denominador es el más adecuado para comparar tasas, dado que considerar la posibilidad de dar este indicador como porcentaje sobre la población de mujeres embarazadas parece más complejo para poder calcular el denominador total de mujeres embarazadas**

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

Emitidos desde AP: (Señalar con una X)

Emitidos desde AE: (Señalar con una X)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DENOMINADORES POBLACIONALES PARA EL CÁLCULO DE TASAS (anexo P)

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

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

DENOMINADORES PARA EL CÁLCULO DE PORCENTAJES.

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES DE MAGNITUD:

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

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000 (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL en el período analizado

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES DE MAGNITUD POR ÁMBITO ASISTENCIAL

INDICADOR 3. Casos detectados en Atención Primaria (tasa)

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000 (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), *detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género*, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADOR 4. Casos detectados en Atención Especializada (tasa)

Definición:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000 (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), *detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género*, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN ESPECIALIZADA en el período analizado.

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

INDICADOR 5. Casos detectados según tipo de maltrato

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

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL en el período analizado, por cada tipo de maltrato.

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

Incluye urgencias de AP (Señalar con una X)

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

Incluye urgencias de AE (Señalar con una X)

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADOR 6. Casos detectados según duración del maltrato.

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), *detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género*, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA y/o ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL en el período analizado, por duración del maltrato

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

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

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), *detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género*, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA y/o ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL en el período analizado, según la relación de convivencia y el tipo de relación con el maltratador.

	DATO CRUDO						%					
	compañero íntimo actual (marido, novio, compañero)	ex compañero íntimo (ex marido, ex novio, ex compañero)	padre, padrastro o compañero de madre	hermano, tío u otro hombre del ámbito familiar	hombre que NO pertenece al ámbito familiar	nc	compañero íntimo actual (marido, novio, compañero)	ex compañero íntimo (ex marido, ex novio, ex compañero)	padre, padrastro o compañero de madre	hermano, tío u otro hombre del ámbito familiar	hombre que NO pertenece al ámbito familiar	nc
Numerador:												
Nº casos detectados por partes de lesiones emitidos en												
ATENCIÓN PRIMARIA												
ATENCIÓN ESPECIALIZADA												
TOTAL partes												
referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género desglosados según la relación de convivencia con el maltratador												
Denominador:												
Nº de casos detectados por partes de lesiones emitidos en												
ATENCIÓN PRIMARIA							100					
ATENCIÓN ESPECIALIZADA							100					
TOTAL partes							100					
referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género												

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

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

Numerador:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL, en el período analizado, desglosados según grupos de edad

Denominador:

número total de casos detectados por partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA TOTAL de mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género

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

Numerador:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000, detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA Y/O ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL, en el período analizado, desglosados por grupos de edad

Denominador:

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

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

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

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

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

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 9.a Casos detectados según nacionalidad (porcentaje)

Numerador:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA y/o ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL en el período analizado, desglosados por nacionalidad

Denominador:

número total de casos detectados por partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA y/o ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL de mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género

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

Numerador:

Casos de mujeres de 14 años o más por 100000 (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA y/o ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL en el período analizado, desglosados por nacionalidad

Denominador:

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

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

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

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

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

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

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

INDICADORES POR CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUJER MALTRATADA

INDICADOR 10. Casos detectados según situación laboral (porcentaje)

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA y/o ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y TOTAL en el período analizado, desglosados por situación laboral.

	DATO CRUDO			TASA x 10 ⁵		
	Trabajo remunerado			Trabajo remunerado		
	SI	NO	No consta	SI	NO	No consta
Numerador:						
Nº casos detectados por parte de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA						
ATENCIÓN ESPECIALIZADA						
TOTAL partes referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género, desglosados según su situación laboral						
Denominador:						
Nº de casos detectados por los partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA				100		
ATENCIÓN ESPECIALIZADA				100		
TOTAL partes de mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género.				100		

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

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Fuente: **PARTES DE LESIONES**

INDICADOR 11. Casos detectados en mujeres embarazadas (porcentaje)

Definición:

Porcentaje de casos de mujeres de 14 años o más (que reconocen por primera vez sufrir maltrato en la actualidad), detectados de partes de lesiones por cualquier forma de violencia de género, independientemente de quién sea el maltratador/agresor, emitidos en los diferentes dispositivos de ATENCIÓN PRIMARIA y/o ATENCIÓN ESPECIALIZADA en el período analizado, en situación de embarazo

	DATO CRUDO	%
Numerador: Nº casos detectados por los partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA ATENCIÓN ESPECIALIZADA Partes TOTALES referidos a mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género y que se encontraban en situación de embarazo en el momento de la emisión del parte de lesiones		
Denominador: Nº casos detectados por los partes de lesiones emitidos en ATENCIÓN PRIMARIA		100
ATENCIÓN ESPECIALIZADA		100
Partes TOTALES de mujeres de 14 años o más, cuyo motivo sea violencia de género		100

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

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

INDICADORES SOBRE LA FORMACIÓN BÁSICA DE PROFESIONALES SANITARIOS EN MATERIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL AÑO 2011

Nombre de la Comunidad Autónoma:

Tabla 1. Tipos de actividades de sensibilización y formación ante la violencia de género (vg) en el sistema Nacional de Salud realizados durante el año 2011

(Período de recogida de datos: entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2011)

Ámbito asistencial Tipo de actividad	Atención Primaria	Atención especializada	Urgencias (Sumando las urgencias de atención pri- maria con las urgencias de atención espe- cializada)	Otros (Con partici- pación de los tres ámbitos asistenciales y/o de otros sectores no sanitarios)	Total
Nº Cursos básicos (Cuando tenga una duración alrededor de 20 horas).					
Nº Actividades de sensibilización (Cuando tenga una duración inferior a 10 horas)					
Nº Otras acciones formativas no específicas de violencia de género en las que se incluye algún módulo acerca de VG					

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto, tanto para aclarar los datos de la tabla 1, como para aportar nueva información.

Indique también si en su Comunidad se están llevando a cabo curso de “Formación de formadoras y formadores”:

Tabla 2. Número total de horas lectivas impartidas, y cursos acreditados en VG, en el Sistema Nacional de Salud realizados durante el año 2011

(Período de recogida de datos: entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2011)

<p style="text-align: center;">Ámbito asistencial</p> <p style="text-align: center;">Horas y cursos</p>	<p style="text-align: center;">Atención Primaria</p>	<p style="text-align: center;">Atención especializada</p>	<p style="text-align: center;">Urgencias (Sumando las urgencias de atención primaria con las urgencias de atención especializada)</p>	<p style="text-align: center;">Otros (Con participación de los tres ámbitos asistenciales y/o de otros sectores no sanitarios)</p>	<p style="text-align: center;">Total</p>
<p>Nº total de horas lectivas impartidas (Sumando todas las acciones de la Tabla 1).</p>					
<p>Nº de cursos acreditados</p>					

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto, tanto para aclarar los datos de la tabla 2, como para aportar nueva información.

Tabla 3. Participación de las y los profesionales en las actividades de sensibilización y formativas en VG en el Sistema Nacional de Salud realizados durante el año 2011. Datos desagregados por sexo

(Período de recogida de datos: entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2011)

Tipo de actividad	Atención Primaria			Atención especializada			Urgencias (Sumando las urgencias de atención primaria con las urgencias de atención especializada)			Otros (Con participación de los tres ámbitos asistenciales y/o de otros sectores no sanitarios)			Total		
	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total
Nº Cursos básicos (Cuando tenga una duración alrededor de 20 horas).															
Nº Actividades de sensibilización (Cuando tenga una duración inferior a 10 horas)															
Nº Otras acciones formativas no específicas de violencia de género en las que se incluye algún módulo acerca de VG															

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto, tanto para aclarar los datos de la tabla 3, como para aportar nueva información.

Tabla 4. Planes de formación en la CC.AA. vigentes en el año 2011 y aprobados con posterioridad al 2007

(Fecha de aprobación del Plan Nacional de Sensibilización y prevención de la violencia de género)

Escribir el nombre completo del Plan, especificando el periodo de actuación y nº de edición*

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto, para aclarar los datos de la tabla 4.

Otras Observaciones: En el caso de disponer en formato electrónico de los Planes de Formación vigentes, os agradeceríamos que los enviarais por correo electrónico o nos indicaraís el enlace web.

Cuando esto no sea posible, se especificarán en las observaciones: objetivos del plan de formación, líneas estratégicas y evaluación.

Tabla 5. Datos absolutos del Personal Sanitario que ha recibido formación en materia de violencia de género en la CC.AA. durante el 2011

(Período de recogida de datos: entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2011)

Año	2004*	2005*	2006*	2007	2008	2011
Personal por ámbito asistencial						
Personal formado de ATENCIÓN PRIMARIA (AP) formado en vg						
Personal formado de ATENCIÓN ESPECIALIZADA (AE) formado en vg						
Personal formado de los SERVICIOS DE URGENCIA (sumando AP y AE)						
TOTAL de personal formado en violencia de género en la CC.AA.						

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto, tanto para aclarar los datos de la tabla 5, como para aportar nueva información.

Consideraciones para cumplimentar la tabla 5:

* Se contempla la posibilidad de poder rellenar los datos correspondientes a los años 2004, 2005 y 2006 con el fin de visibilizar el trabajo que vienen realizando comunidades que iniciaron la formación con la entrada en vigor de La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, publicada en diciembre de 2004.

- Recoger únicamente el número absoluto del personal formado ya sea en atención primaria, atención especializada o urgencias (recordad que en las urgencias sumamos las urgencias de AP y AE). Desde el Observatorio de Salud de las Mujeres identificaremos el denominador, con el objetivo de homogeneizar la información y poder dar porcentajes comparables.
- Ante la falta de disponibilidad de obtener el denominador desagregado por sexo, os solicitamos los datos absolutos sin desagregar. Aún así, os animamos a que vayáis recabando esta información, ya que es deber de todas las administraciones sanitarias “la obtención y el tratamiento desagregado por sexo, siempre que sea posible, de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria” (art. 27.3.f de la L.O. 3/2007, de 22 de marzo)

Tabla 6. Perfil profesional y adscripción del profesorado en violencia de género durante el año 2011

(Período de recogida de datos: entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2011)

Perfil profesional	Medicina			Enfermería			Psicología			Trabajo Social			Otros (especificar)		
	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total
Adscripción	Administ. General			Administ. Autonómica			Administ. Local			Otras instituciones públicas (especificar)					
	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total			
	Universidad			ONG			Personas expertas			Otras instituciones privadas (especificar)					
	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total			

Observaciones: Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto, tanto para aclarar los datos de la tabla 6, como para aportar nueva información.

Tabla 7. Perfil profesional del alumnado en violencia de género durante el año 2011

(Período de recogida de datos: entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2011)

Perfil profesional	Medicina			Enfermería			Psicología		
	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total
Perfil profesional	Trabajo Social			Otro personal sanitario*			Otro personal No sanitario**		
	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total

Observaciones: Indique qué perfiles profesionales incluye dentro de las categorías *Otro personal sanitario* y *Otro personal no sanitario*.

Señale, a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto, tanto para aclarar los datos de la tabla 7, como para aportar nueva información:

Consideraciones para cumplimentar la tabla 7:

- * En el apartado “Otro personal sanitario”, indicar el ámbito profesional al que pertenece el alumno o alumna, por ejemplo: dirección médica, gestión, administración, personal de farmacia, fisioterapia, pediatría, etc.
- ** En el apartado “Otro personal NO sanitario”, indicar el ámbito profesional al que pertenece el alumno o alumna, por ejemplo: cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, profesionales de la abogacía, cuerpo de bomberos, mujeres y/u hombres de asociaciones, etc.

Tabla 8. Mecanismos o herramientas utilizadas para facilitar la asistencia o formación de los profesionales sanitarios en VG durante el año 2011

(Fecha de aprobación del Plan Nacional de Sensibilización y prevención de la violencia de género)

Sustituciones	
Contratos programa	
Otros (especificar)	

***Observaciones:** Indique a continuación cualquier otra información que considere relevante al respecto, tanto para aclarar los datos de la tabla 8, como para aportar nueva información.*

Criterios de calidad para la formación básica de profesionales

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

Criterios comunes de calidad

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

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

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

Aspectos a destacar de la intervención o experiencia presentada.

1. TÍTULO Y NOMBRE DEL PROYECTO PRESENTADO A BBPP

Enlace a sitio web (si procede):

2. DATOS DE LA ENTIDAD RESPONSABLE

- Nombre de la entidad:
- Domicilio social (incluido Código Postal.):
- CC.AA.:
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹⁰:
Nombre y apellidos: e-mail: Teléfono:

3. LÍNEA DE ACTUACIÓN

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

ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> Adaptación de los Sistemas de Información Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de la violencia de género en consonancia con los indicadores comunes del SNS en materia de VG.
--	---

¹⁰ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.

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

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda

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

5. PERÍODO DE DESARROLLO

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

6. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

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

Población diana

Participantes: profesionales, ciudadanía, mujeres en situaciones de violencia

Objetivos

Metodología y actividades

Evaluación: metodología, indicadores, etc.

7. RESULTADOS

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

AUTOEVALUACIÓN

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

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

- 1. ¿Considera que los criterios de BBPP establecidos son los adecuados para la valoración de su experiencia?. Añadiría alguno más a la lista actual?. Suprimiría alguno?**
- 2. Durante la autoevaluación ha encontrado especial dificultad en aplicar el check-list para valorar algún criterio?. ¿En cual/es?. Modificaría, añadiría o quitaría algún ítem de dicho(s) criterio (s) en los que encontró dificultades para valorar?**
- 3. En términos generales, considera que el check-list ha resultado un instrumento útil para su autoevaluación (rodee con un círculo la respuesta que se corresponde con su valoración):**

Muy

Bastante

Poco

Nada

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

CHECK LIST PARA LA VALORACIÓN DE BBPP EN VIOLENCIA DE GÉNERO

DEFINICIÓN DE BUENA PRÁCTICA

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

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

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

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

1. ADECUACIÓN		CUMPLIMIENTO CRITERIO: (SI) (NO)
Se corresponde con los objetivos marcados en los arts. 15,16 y 32.3 de la Ley Orgánica 1/2004 de 26/12 de Medidas de Protección Integral contra la VG(*), en el marco del fomento de la equidad y desarrollo de políticas, planes, programas basados en las mejores prácticas.		
1. La iniciativa surge del Sistema Nacional de Salud.		
2. La iniciativa responde a la Ley Orgánica 1/2004 porque:		
a) Promueve e impulsa la prevención, detección precoz y atención sanitaria de la VG.		
b) Desarrolla programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario en VG.		
c) Se incorporan en los programas de formación continuada de profesionales de los servicios sanitarios para la capacitación en prevención, detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de VG.		
d) Mejora la recogida y sistematización de indicadores epidemiológicos de VG.		
e) La iniciativa promueve la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria.		
ADECUACIÓN	VALORACIÓN CRITERIO	CUMPLIMIENTO CRITERIO: (SI) (NO)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. MEJOR CONOCIMIENTO CIENTÍFICO DISPONIBLE																	
El proyecto deberá presentar un sustento teórico, basado en la mejor evidencia científica disponible.																	
1. En su fase diagnóstica, la bibliografía es identificada siguiendo una estrategia de búsqueda sistematizada.																	
							2. Aporta bibliografía referencia en la justificación del proyecto.										
													3. Aporta un apartado global de bibliografía sin referenciarla en el documento.				
MEJOR CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	VALORACIÓN FINAL CRITERIO:	GRADO DE CUMPLIMIENTO CRITERIO			GRADO DE CUMPLIMIENTO DE ITEMS	Nº de ítems que cumple:	Nº de ítems que no cumple:										
		ALTO (3)	MEDIO (2)	BAJO (1)				NULO									
								De 3-4 ítems: Alto (6) De 2-3 ítems: Medio (4) De 1: bajo (2)									
TOTAL DE ITEMS A VALORAR: 4																	

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

13. EFICIENCIA

La eficiencia es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales. Los estudios de eficacia¹³ y efectividad no valoran los recursos, los de eficiencia sí. Para que haya eficiencia el proceso previamente tiene que ser efectivo.

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

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

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

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

(*) Referencia al criterio de Adecuación.

Artículo 15. Sensibilización y formación.

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

Artículo 16. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

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

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

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

Artículo 32. Planes de colaboración.

1. Los poderes públicos elaborarán planes de colaboración que garanticen la ordenación de sus actuaciones en la prevención, asistencia y persecución de los actos de violencia de género, que deberán implicar a las administraciones sanitarias, la Administración de Justicia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los servicios sociales y organismos de igualdad.
2. En desarrollo de dichos planes, se articularán protocolos de actuación que determinen los procedimientos que aseguren una actuación global e integral de las distintas administraciones y servicios implicados, y que garanticen la actividad probatoria en los procesos que se sigan.
3. Las administraciones con competencias sanitarias promoverán la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, y en especial, del Protocolo aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Tales protocolos impulsarán las actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada con la mujer sometida a violencia de género o en riesgo de padecerla. Los protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos.

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

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

Siguiendo la estructura común de años anteriores, se recogen los datos correspondientes a 2011 agregados para el conjunto del SNS, tanto de los indicadores epidemiológicos comunes como de los procesos de formación de profesionales realizados en el año, seguido de un capítulo síntesis de las acciones desarrolladas por la Comisión a través de sus grupos técnicos de trabajo.

El Informe finaliza con un capítulo monográfico que describe la metodología y sistemática diseñada en el seno de la Comisión para la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la violencia de género en el SNS.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.msssi.gob.es