



**AVALUACIÓ DEL  
PROTOCOL PER A  
L'ABORDATGE DE LA  
VIOLENCIA MASCLISTA  
EN L'ÀMBIT DE LA SALUT  
A CATALUNYA**

---

MIRADES  
COMPLEMENTÀRIES

---

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRIA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del grup Reference site "quatre estrelles" de l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comissió Europea, del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV).

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Equip de violència masclista de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Mirades complementàries. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2019.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.  
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona  
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <http://aquas.gencat.cat>

Aquest projecte s'ha finançat amb els fons econòmics de l'any 2018 del Pacto de Estado en matèria de violència de gènere, aprovat pel Congrés dels Diputats, el 28 de setembre de 2017 i garanteix el desenvolupament d'alguna de les mesures que aquest preveu.

© 2019, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Primera edició: Barcelona, desembre de 2019



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

#### **Equip de violència masclista de l'AQUAS**

Vanessa Alcaide Lozano  
Natalia Cabeza Hurtado  
Laura Liñares Rivas  
Elisenda Lupresti Medina  
Júlia Mas Maresma  
Anna Mir Acebrón  
Alba Pérez Domínguez  
Cristina Rubió López

#### **Direcció**

Cari Almazán Sáez

#### **Empreses col·laboradores**

Integrem Salut Associació  
Cooperativa Etcèteres  
Oliveras, Caussa i Associats, SL

#### **Correcció Lingüística**

Manners Traduccions

#### **Disseny**

Eila Blasi (Int Meetings)

#### **Coordinació Comunicació:**

Equip de Comunicació AQuAS

**AVALUACIÓ DEL  
PROTOCOL PER A  
L'ABORDATGE DE LA  
VIOLÈNCIA MASCLISTA**  
EN L'ÀMBIT DE LA SALUT  
A CATALUNYA

---

MIRADES  
COMPLEMENTÀRIES

---

# 00/ Índex

01/	Acrònims	7
02/	Introducció. La violència masclista, un problema de salut pública	8
03/	El Protocol per a l'Abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya: antecedents i objectius	10
04/	L'avaluació de la implementació del protocol: entre els significats i les dades <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Model d'anàlisi</li><li>&gt; Objectius de l'avaluació</li><li>&gt; Metodologia<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Aproximació quantitativa</li><li>&gt; Aproximació qualitativa</li></ul></li></ul>	12
05/	Una mirada al territori. Recursos i dades al voltant de la violència masclista <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; La magnitud del fenomen: una aproximació</li></ul>	16
06/	Resultats de l'avaluació. Què ens diuen les dades i les persones <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; La violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya</li><li>&gt; Experiències dels i les professionals de salut, les entitats de dones i les persones expertes en salut i en violència masclista<ul style="list-style-type: none"><li>&gt; La prevenció, un factor clau per evitar la violència masclista</li><li>&gt; La detecció: Pautes per a la identificació de casos de violència masclista.</li><li>&gt; L'atenció i la recuperació. El camí a recórrer: com el personal de salut ha d'acompanyar les dones que pateixen violència masclista</li></ul></li></ul>	18
07/	Propostes de millora. Cap a un nou model integral d'abordatge de la violència masclista <ul style="list-style-type: none"><li>&gt; Prevenció</li><li>&gt; Detecció</li><li>&gt; Atenció i recuperació</li></ul>	45
08/	Conclusions. Claus per al canvi	51
09/	Limitacions de l'avaluació	53
10/	Glossari	54
11/	Bibliografia	57
12/	Col·laboradores i col·laboradors	59
13/	ANNEX 1: Metodologia i tècniques d'investigació ANNEX 2: Guions utilitzats als grups de discussió i a les entrevistes ANNEX 3: Categories per a l'anàlisi dels grups de discussió ANNEX 4: Codis CIM-10 de violència masclista	61

00/

# Índex de figures i gràfics

## Figures

01/	Dimensions que estructuraven l'actuació en els serveis sanitaris segons el PAVIM	11
02/	Els eixos per a l'avaluació: teoria del canvi, interseccionalitat i perspectiva de gènere	13
03/	El disseny de l'avaluació amb mètodes mixtos	14
04/	Fonts de dades quantitatives (RWD) sobre violència masclista el 2018	14
05/	Mostra de participants als grups de discussió i a les entrevistes	15
06/	Xarxa de recursos del territori	17
07/	Les xifres a cop d'ull	23
08/	Principals propostes de millora	50

## Gràfics

01/	Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per grups d'edat, 2018. N=5.510 Catalunya	18
02/	Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per país d'origen, 2018. N=5.510 Catalunya	19
03/	Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per nivell socioeconòmic, 2018. N=5.510 Catalunya	19
04/	Prevalença de violència masclista per cada 10.000 dones de 15 anys o més per grups d'edat, 2018. N=5.510 Catalunya	20
05/	Prevalença de la violència masclista per cada 10.000 dones de 15 anys o més per país d'origen, 2018. N=5.510 Catalunya	20
06/	Prevalença de la violència masclista per cada 10.000 dones de 15 anys o més per nivell socioeconòmic, 2018. N=5.510 Catalunya	20
07/	Nombre de diagnòstics més freqüents en dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista a l'atenció primària, 2018 Catalunya	21
08/	Nombre de visites de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista a l'atenció primària, 2018 Catalunya	22
09/	Nombre mitjà de visites a l'atenció primària de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista respecte de la població femenina general, 2018 Catalunya	22





# 01/ Acrònims

---

## ABS

Àrea Bàsica de Salut

## AIFIC

Infermeria Familiar i Comunitària

## AIS

Àrees integrals de salut

## ASSIR

Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva

## CAD

Centre d'Atenció a les Drogodependències

## CAMFIC

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

## CAP

Centre d'Atenció Primària

## CAS

Centre d'Atenció i Seguiment

## CSM

Centre de Salut Mental

## CSMA

Centre de Salut Mental d'Adults

## CSMIJ

Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil

## CUAP

Centre d'Urgències d'Atenció Primària

## ICD

Institut Català de les Dones

## PAC

Punt d'Atenció Continuada

## PASSIR

Programes d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva

## PIAD

Punt d'Informació i Atenció a les Dones

## RVD-BCN

Questionari de Valoració del Risc de Violència de Parella contra la Dona

## SARA

Servei d'Atenció, Recuperació i Acollida

## SIE

Servei d'Intervenció Espacialitzada

## SIAD

Servei d'Informació i Atenció a les Dones

## SEM

Servei d'Emergències Mèdiques

# Introducció.

## La violència masclista, un problema de salut pública

El present informe d'avaluació respon a la voluntat de la Direcció de Planificació en Salut del Departament de Salut d'implementar una estratègia efectiva d'abordatge de la violència masclista en l'àmbit sanitari. Aquest informe se centra en l'avaluació del **Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya** (PAVIM), publicat el desembre de 2009, ara fa deu anys.

L'informe recull l'avaluació de la implementació del PAVIM amb la participació dels i les professionals de la salut, dels i les experts en salut i en violència masclista i de les entitats de dones que treballen en el seu dia a dia, de manera directa o indirecta, la problemàtica de la violència masclista. L'avaluació pretén iniciar el camí cap al disseny d'un nou model d'abordatge de la violència masclista en l'àmbit sanitari que s'adeqüi a les necessitats territorials de cadascuna de les regions sanitàries que configuren el territori català.

Aquesta avaluació es desenvolupa dins de les mesures concretes pel Departament de Salut partint de les prioritats establertes al **Pacte d'Estat contra la violència de gènere**, ratificat el desembre de 2017 pels grups parlamentaris, les comunitats autònomes i les entitats locals representades a la Federació Espanyola de Municipis i Províncies<sup>1</sup>, d'acord amb el **Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica** de l'11 de maig de 2011 a Estambul i ratificat per l'Estat espanyol el 2014.

La violència masclista, aquella que pateixen les dones pel sol fet de ser-ho, és un fenomen social multidimensional declarat com a problema de salut pública de primer ordre arreu del món per la Organització Mundial de la Salut a la 49a Assemblea Mundial de la Salut celebrada a Ginebra l'any 1996 (WHA 49, 1996). La violència masclista atempta contra els drets humans de les dones i representa un problema social i cultural que deriva d'una estructura patriarcal caracteritzada per unes relacions de poder desiguals entre dones i homes. La violència física, sexual, psicològica i social té greus repercussions en la salut de les dones que la pateixen i en les seves filles i els seus fills.

Una de cada cinc dones al món ha patit abusos sexuals a la infància i una de cada tres dones ha estat víctima de violència física o sexual per part de la seva parella en algun moment de la seva vida (OMS, 2014). El 2016, a Catalunya, un 51,3% de dones declarava haver patit violència masclista al llarg de la seva vida i un 27,4% de les dones havia patit alguna agressió especialment greu durant el mateix període vital.<sup>2</sup>

Les conseqüències més rellevants de la violència física o sexual per part de la parella en la salut de les dones són els efectes sobre l'embaràs (nadons de baix pes, avortament, entre d'altres) i el patiment de malalties mentals com la depressió. Les dones que pateixen o han patit violència conjugal presenten un 16% més de probabilitats de donar a llum a nadons amb insuficiència ponderal, el doble de probabilitats de patir

<sup>1</sup> Resolució del 15 d'abril de 2019 de la Secretaria d'Estat d'Igualtat, per la qual es publica l'Acord del Consell de Ministres de 12 d'abril de 2019, pel qual es formalitzen els criteris de distribució i la distribució resultant per a l'exercici 2019 per al desenvolupament per part de les comunitats autònomes i ciutats amb estatut d'autonomia del *Pacto de Estado contra la violencia de género*.

<sup>2</sup> Dades extretes de l'Enquesta de Violència Masclista a Catalunya del 2016, que diferencia les xifres segons *Fets menys greus*, *Fets greus* i *Fets molt greus*, concretament dels resultats destacats que proporciona el Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya [<http://interior.gencat.cat>].



un avortament i gairebé el doble de probabilitats de patir depressió respecte de les dones que no han patit violència conjugal. Fora de l'àmbit conjugal i a escala mundial, el 7% de les dones han patit violència sexual per una persona distinta de la seva parella (violència sexual no conjugal). La vivència d'aquest succés fa que aquestes dones siguin 2,3 vegades més propenses a patir trastorns relacionats amb el consum d'alcohol i 2,6 vegades més propenses a patir depressions o ansietat (OMS et al., 2013).

Per tant, el sistema de salut, i en particular l'atenció primària com a porta d'entrada al sistema, es considera un àmbit privilegiat d'intervenció en l'abordatge de la violència masclista atès el seu caràcter universal. Es tracta d'una problemàtica complexa i molt greu per a la qual es fa imprescindible un abordatge integral i coordinat. En aquest context, el col·lectiu de professionals de la salut té un paper fonamental en la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones en situació de violència masclista (WHO, 2019).

03/

# El Protocol per a l'Abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya: antecedents i objectius

El PAVIM forma part d'una estratègia de polítiques públiques impulsades per la Generalitat de Catalunya per abordar la violència masclista i les seves conseqüències en la salut de les dones, les seves filles i fills i en l'entorn familiar. Es va crear el desembre del 2009 en el marc de la **Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista** (DOGC núm. 5123, 2 de maig de 2008). Aquesta llei legitima i dona un impuls definitiu a la necessitat d'una intervenció coordinada envers la violència masclista, recollida al **Protocol marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista** del 30 d'abril de 2009. Concretament, l'article 85.1 diu: "Els protocols per a una intervenció coordinada contra la violència masclista han d'incloure un conjunt de mesures i mecanismes de suport, coordinació i cooperació destinats a les institucions públiques i altres agents implicats que defineixen les formalitats i la successió d'actes que s'han de seguir per executar-los correctament."

Així mateix, el PAVIM s'emmarca en el **Pla de Govern 2007-2010**, essent un dels compromisos recollits al **Pla de polítiques de dones del Govern de la Generalitat 2008-2011**, liderat per l'Institut Català de les Dones (ICD). També incloïa les propostes realitzades a través del **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género** de 2007, que ofereixen una orientació pràctica al personal sanitari per a l'atenció integral de les dones que han patit violència i acudeixen a qualsevol centre sanitari, coordinat pel *Ministerio de Sanidad y Consumo*, i elaborat amb les comunitats autònomes per unificar i millorar l'atenció que s'ofereix als serveis sanitaris de tot l'Estat.

La necessitat de continuar treballant per a l'abordatge de la violència masclista queda palesa al **Pla de Salut 2016-2020 de la Generalitat de Catalunya**, el qual, com a marc de referència per a totes les actuacions públiques en matèria de salut, contempla, entre els seus objectius per al 2020, els elements d'actuació que formen part del PAVIM:

*Promoure la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones que han patit o pateixen violència masclista i d'aquelles que es troben en risc de patir-ne, i els seus fills i filles, en l'àmbit de la salut i en el marc de la xarxa d'atenció i recuperació integral contra la violència masclista de Catalunya.* (Direcció General de Planificació en Salut, 2016: 149)

En l'àmbit de la salut, el PAVIM aborda els tipus de violència física, psicològica, sexual i econòmica en qualsevol dels àmbits en què aquesta es pugui produir: en l'àmbit de la parella, en el familiar, en el laboral i en el social o comunitari. El PAVIM està constituït per un document marc que presenta les pautes d'actuació en els casos de violència dins l'àmbit de la parella i familiar, atesa l'elevada freqüència d'aquests casos. La resta d'àmbits (laboral i social o comunitari) i els factors de risc associats a aquest tipus de violència queden recollits en deu documents operatius en què s'aborden les especificitats de l'actuació sanitària considerant l'heterogeneïtat dels casos de violència masclista.

El PAVIM va ser elaborat amb la finalitat de ser una eina pràctica i operativa per als i les professionals de la salut i com a estratègia per orientar la seva intervenció en els casos de violència masclista.

**Els objectius del PAVIM** com a document marc són els següents:

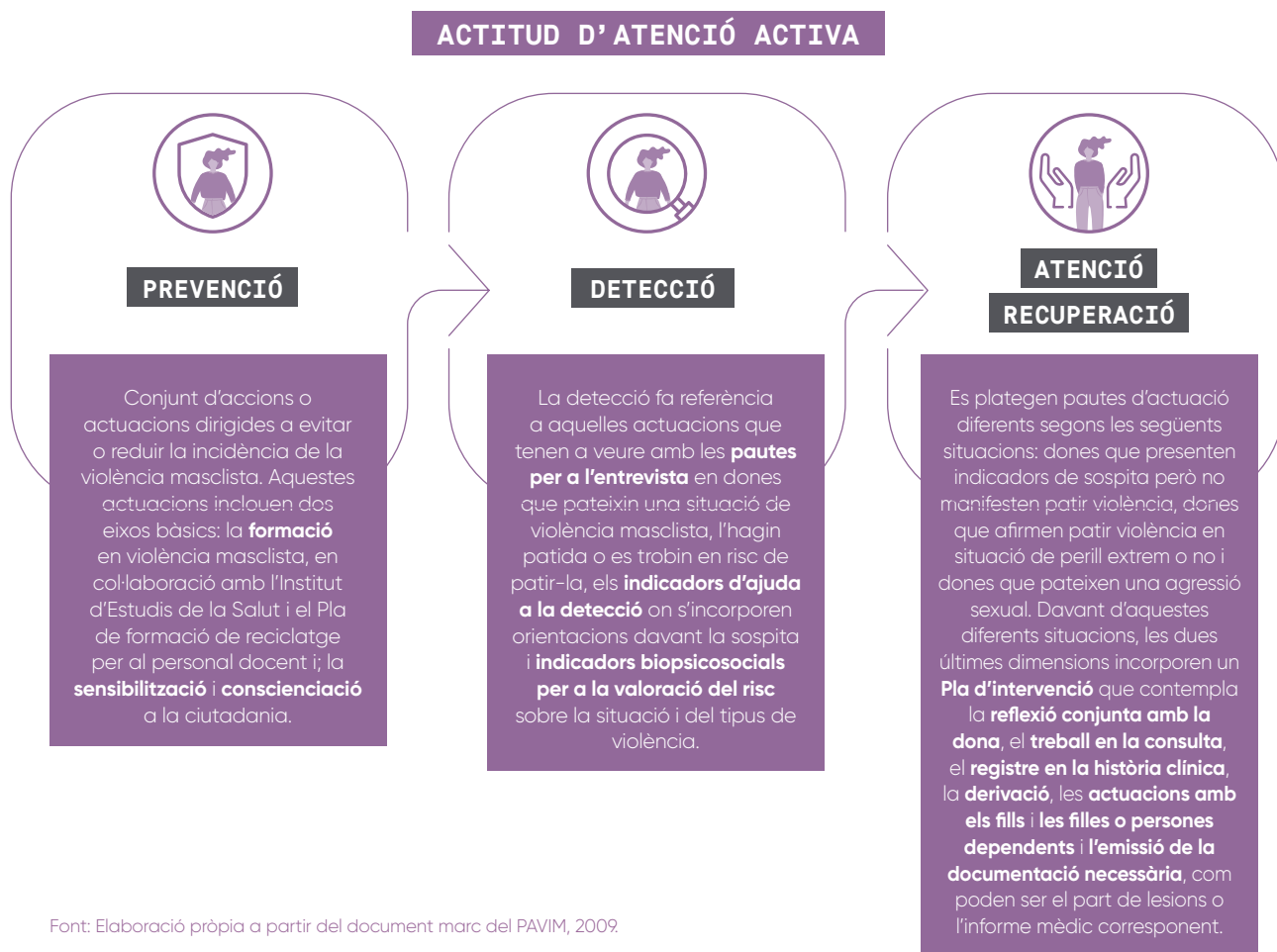
- › Facilitar al conjunt de professionals de la salut unes pautes d'actuació per a la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones que han patit o pateixen violència i d'aquelles que es troben en risc de patir-la, així com pautes d'actuació respecte dels fills i filles o persones dependents que puguin conviure amb la dona i siguin testimonis i víctimes de la violència.
- › Crear i establir les bases, els mecanismes i els circuits per dur a terme una actuació correcta en casos de violència masclista.
- › Unificar els criteris de les institucions i els àmbits sanitaris implicats en l'atenció a les dones que han patit o pateixen violència o que estan en risc de patir-ne, així com als fills i filles o persones dependents que puguin conviure amb la dona i siguin testimonis i víctimes, per tal d'actuar de manera conjunta i coordinada, tenint en compte el respecte necessari a l'autonomia personal.

Les actuacions als serveis sanitaris definides al PAVIM s'adrecen als col·lectius de professionals de la salut següents: equips d'atenció primària, centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i professionals de les consultes d'atenció especialitzada, com ara obstetrícia i ginecologia, salut mental i addiccions o traumatologia, i urgències hospitalàries.

La figura 1 següent descriu quins són els continguts principals que es posen de relleu i constitueixen cadascuna de les dimensions del PAVIM, així com la importància de mantenir, per part del col·lectiu de professionals de la salut, una actitud d'atenció activa davant de qualsevol cas, com a element transversal que creua les quatre dimensions.

Totes aquestes dimensions han estat analitzades en la present avaluació a partir de les aportacions i valoracions del col·lectiu d'agents implicats en el procés participatiu i tenint en compte la implementació desigual del PAVIM segons les nou regions sanitàries que conformen el territori català.

Figura 1. Dimensions que estructuraven l'actuació en els serveis sanitaris segons el PAVIM



# L'avaluació de la implementació del protocol: entre els significats i les dades

## Model d'anàlisi

Per dur a terme l'**avaluació sobre la implementació del PAVIM** ens situem en un marc d'avaluació de polítiques públiques centrat en la participació que es configura a partir de la vinculació i la mirada articulada de tres enfocaments teòric-metodològics fonamentals.

El primer enfocament respon a l'aplicació de la **teoria del canvi** com a base per a desenvolupar el model d'avaluació. Aquesta es defineix com "la cadena d'hipòtesis sobre com s'espera que els recursos (*inputs*) assignats a la intervenció permetin desenvolupar unes activitats que produeixin determinats productes (*outputs*), els quals, al seu torn, generen beneficis de curta, mitjana i llarga durada sobre la societat en el seu conjunt o en la població objecte de la política o el programa (*impacte o outcomes*)" (Ivàlua, 2009: 6). El segon enfocament incorpora la mirada interseccional del fenomen de la violència masclista, mentre que el tercer enfocament recull, de manera transversal, una concepció que posa de manifest l'aplicació de la perspectiva de gènere, a escala d'abordatge i de tractament de la informació que es presenta en aquest informe. Aquests dos enfocaments, l'interseccionalitat i la perspectiva de gènere, ens permeten reconfigurar i ampliar la mirada en l'abordatge del col·lectiu de les dones, incidint en la seva heterogeneïtat i particularitats, que troben les seves arrels en l'estructura social i en els atributs de caràcter individual i intrínsec de cada subjecte.

La mirada *interseccional* del fenomen de la violència masclista posa de manifest la multiplicitat de factors (de caràcter social i identitari) que se superposen o interseccionen en el fet de ser dona, víctima de violència, d'una determinada edat, classe social, origen, etc. Tots aquests factors condueixen a la configuració d'històries vitals que s'han d'entendre en la seva complexitat i com un tot (Coll-Planas i Solà-Morales, 2019).

Per acabar, la **perspectiva de gènere** s'incorpora de manera transversal en aquesta avaluació de manera que està present i engloba tots els continguts. La perspectiva de gènere permet visibilitzar les diferències entre homes i dones, no només per la seva condició biològica, sinó també per les diferències resultants d'una socialització diferencial de gènere i un context cultural determinats. L'abordatge d'una intervenció pública considerant el gènere convida a incorporar una mirada crítica sobre la vida dels homes i les dones i a prendre consciència que aquesta no ve determinada per la seva naturalesa, sinó per una organització social i cultural basada en el patriarcat i que, per tant, es pot modificar per tal d'erradicar les desigualtats (Direcció General de Planificació en Salut, 2019).

La figura 2 mostra els tres enfocaments que són la base del model per realitzar la present avaluació del PAVIM.

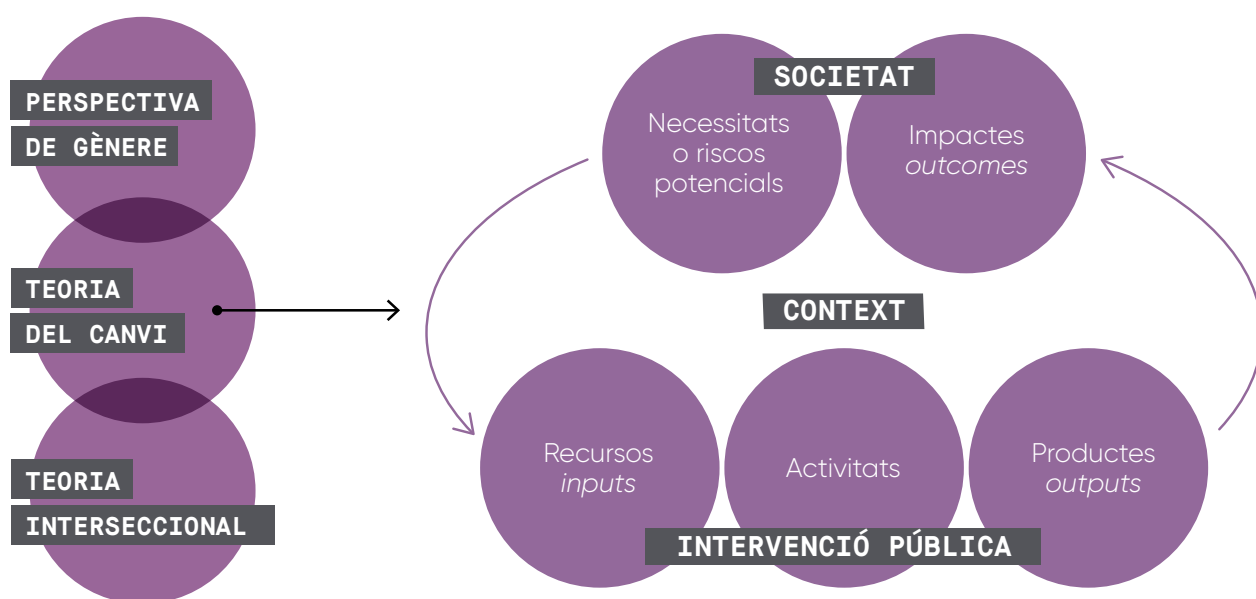
## Objectius de l'avaluació

L'avaluació d'una política pública valora les intervencions dels òrgans públics segons els seus productes i els seus impactes, amb relació a les necessitats que pretenen satisfer, i té com a objectiu facilitar informació rigorosa, basada en evidències, per a la presa de decisions (CE, 2007). En el cas del PAVIM, aquesta avaluació es concreta en conèixer la valoració de les activitats, les mesures, els mecanismes i la presa de decisions dutes a terme pels i les professionals de la salut per abordar la violència masclista des dels serveis sanitaris mitjançant la implementació del protocol.

Els **objectius de l'avaluació** de la implementació del PAVIM es concreten de la manera següent:

- › Avaluar el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya, el seu

Figura 2. Els eixos per a l'avaluació: teoria del canvi, interseccionalitat i perspectiva de gènere.



Font: Elaboració pròpia

disseny i la seva implementació, i detecció de les necessitats i febleses en l'abordatge de les violències masclistes.

- › Recollir les propostes sobre prevenció, detecció, atenció i recuperació en el marc de l'abordatge de les violències masclistes en l'àmbit de la salut a Catalunya.
- › Identificar els elements clau per orientar el disseny del nou model d'abordatge de la violència masclista en l'àmbit sanitari i l'adequació als diferents territoris (regions sanitàries de Catalunya).

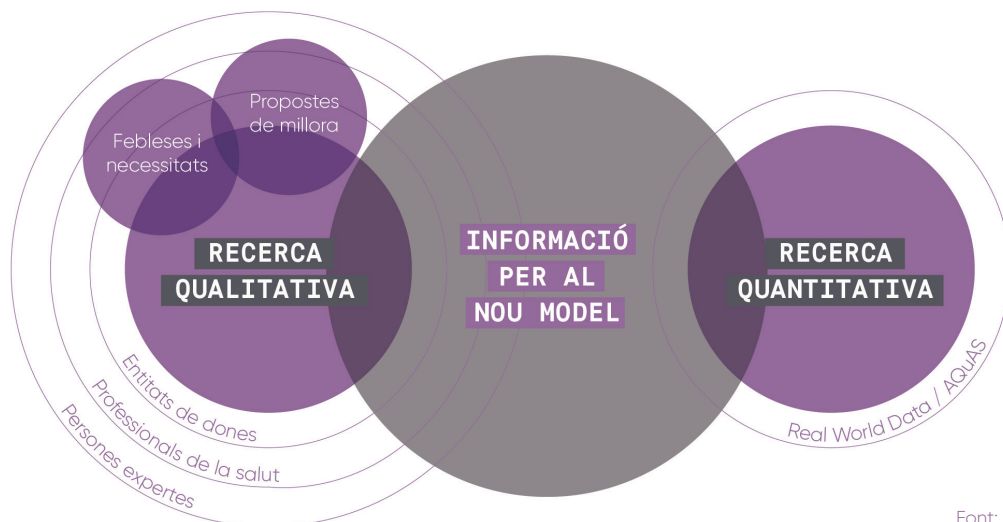
A partir d'aquesta avaluació i de la consecució dels objectius plantejats s'espera aportar una mirada construïda de manera participativa mitjançant l'expertesa dels diferents agents territorials (el col·lectiu de professionals de la salut, el personal expert en salut i en violència masclista i les entitats de dones del territori). S'espera que aquesta mirada enriqueixi l'elaboració del nou model estratègic de violència masclista elaborat pel Departament de Salut, un projecte capaç de transformar la situació i les tendències actuals en matèria de violència masclista en l'àmbit sanitari.

## Metodologia

La metodologia utilitzada en l'avaluació incorpora els tres enfocaments presentats al model d'anàlisi. La teoria del canvi proporciona el model operatiu que orienta l'avaluació, i la teoria de la interseccionalitat i la perspectiva de gènere s'incorporen com a enfocaments transversals en el procés participatiu portat a terme, quedant reflectits en els discursos de tots els agents implicats.

S'han emprat mètodes mixtos mitjançant la complementaritat d'ambdues metodologies, la quantitativa i la qualitativa (Bericat, 1998; Fernández, 1999). D'una banda, des d'una **aproximació quantitativa**, s'analitza de manera descriptiva els casos de violència masclista atesos al serveis sanitaris a Catalunya i quines són les principals diagnòstics o patologies que es poden utilitzar com a indicadors de sospita, així com els principals efectes en la salut de les dones que pateixen o han patit violència masclista. D'altra banda, s'utilitza una **aproximació qualitativa** des de la qual es pretén aprofundir en el fenomen de la violència masclista en l'àmbit sanitari. La metodologia qualitativa es considera adequada per recollir i identificar les necessitats, valoracions, dificultats i propostes dels diferents agents implicats en el procés participatiu (Íñiguez, 1999).

Figura 3. El disseny de l'avaluació amb mètodes mixtos



Font: Elaboració pròpia

### Aproximació quantitativa

A l'efecte de conèixer la magnitud de la problemàtica de la violència masclista en l'àmbit sanitari a Catalunya, l'avaluació s'ha complementat amb les **dades quantitatives** generades pel Real World Data (RWD) a partir dels sistemes d'informació sanitària que registren les dades sobre les persones ateses als serveis sanitaris de Catalunya. Aquests registres recullen, des del 2003 i de manera unificada<sup>4</sup>, la informació poblacional sobre patologies, activitat i morbiditat sanitària de tots els centres sanitaris de Catalunya.

Aquestes dades ens permeten fer una primera aproximació al fenomen de la violència masclista des dels serveis sanitaris i construir una imatge preliminar sobre la detecció i les diagnòs que poden ser possibles indicadors de sospita en situacions de violència masclista. Per tant, els resultats s'han d'entendre com un primer exercici per abordar de manera descriptiva la temàtica i establir indicis i prioritats per a la feina futura en la millora del tractament d'aquesta informació i del seu registre.

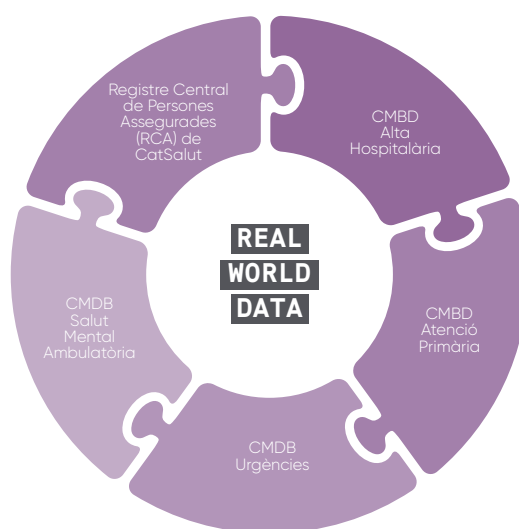
La figura 5 mostra les principals fonts de registre de la informació utilitzades per dur a terme l'anàlisi quantitativa.

Del RWD s'han seleccionat les dones de 15 anys o més ateses als serveis sanitaris de Catalunya que han estat diagnosticades a la seva història clínica amb un codi<sup>5</sup> de violència masclista durant l'any 2018 (Annex 3). La selecció s'ha

realitzat per a la globalitat del territori català, així com per a cadascuna de les nou regions sanitàries (vegeu els annexos dels informes territorials).

La població d'estudi a Catalunya de l'any 2018 està formada per 5.510 dones víctimes de violència masclista en què s'han analitzat de manera descriptiva les seves característiques sociodemogràfiques, la prevalença de la violència masclista, l'impacte d'aquest tipus de violència en la salut d'aquestes dones i l'ús que en fan dels recursos sanitaris.

Figura 4. Fonts de dades quantitatives (RWD) sobre violència masclista el 2018



Font: Elaboració pròpia

<sup>3</sup> Catalunya es divideix en les regions sanitàries següents: Alt Pirineu i Aran, Catalunya Central, Camp de Tarragona, Lleida, Girona, Terres de l'Ebre, Barcelona Ciutat, Barcelona Metropolitana-Sud i Barcelona Metropolitana-Nord.



# 05/

## Una mirada al territori. Recursos sanitaris i dades al voltant de la violència masclista

El PAVIM s'adreça principalment als equips d'atenció primària, dels ASSIR, dels serveis d'urgències hospitalàries i de les consultes d'atenció especialitzada, com ara obstetrícia i ginecologia, traumatologia o salut mental i addiccions.

El mapa que es mostra a continuació recull els recursos sanitaris disponibles a Catalunya per a l'atenció de les dones en situació de violència masclista:

### La magnitud del fenomen: una aproximació

Moltes situacions de violència masclista queden invisibilitzades a causa de la seva normalització social. Una mirada a les dades al nostre abast, però, poden ajudar a perfilar l'abast del problema o, si menys no, a entreveure'l.

Segons l'Enquesta de violència masclista a Catalunya de 2016, **el 17,6% de les dones tenen la percepció d'haver patit violència masclista** durant el darrer any. Deixant de banda comentaris, gestos sexuals o exhibicionismes, el 47,7% de les dones asseguren haver experimentat alguna situació de violència masclista a partir dels 15 anys, mentre que el 50,7% de les dones declaren que l'han patida en algun moment de la seva vida. D'aquestes, un 27,4% fan al·lusió a fets considerats com a molt greus, un 37,9% a fets greus i un 51,3% a fets menys greus (Departament d'Interior, 2016).

L'any 2018 es van posar **15.982 denúncies per violència en la parella i a la família**, xifra que suposa un increment del 3,2% respecte a l'any 2017 (Observatori de la Igualtat de Gènere, 2019).

Durant el mateix any, la línia telefònica d'atenció permanent a les dones –el número 900 900 120– ha rebut 9.325 trucades amb consultes sobre violència masclista. El 99,3% de les dones al·legaven situacions de violència psicològica; el 39% de violència física; l'11% de violència econòmica, i el 4% de violència sexual. És a dir, la norma és patir o haver patit diversos tipus de violència de forma simultània. També cal destacar que el 55% de les dones ateses a la línia d'atenció tenia descendència, la qual en un 49% era menor d'edat.

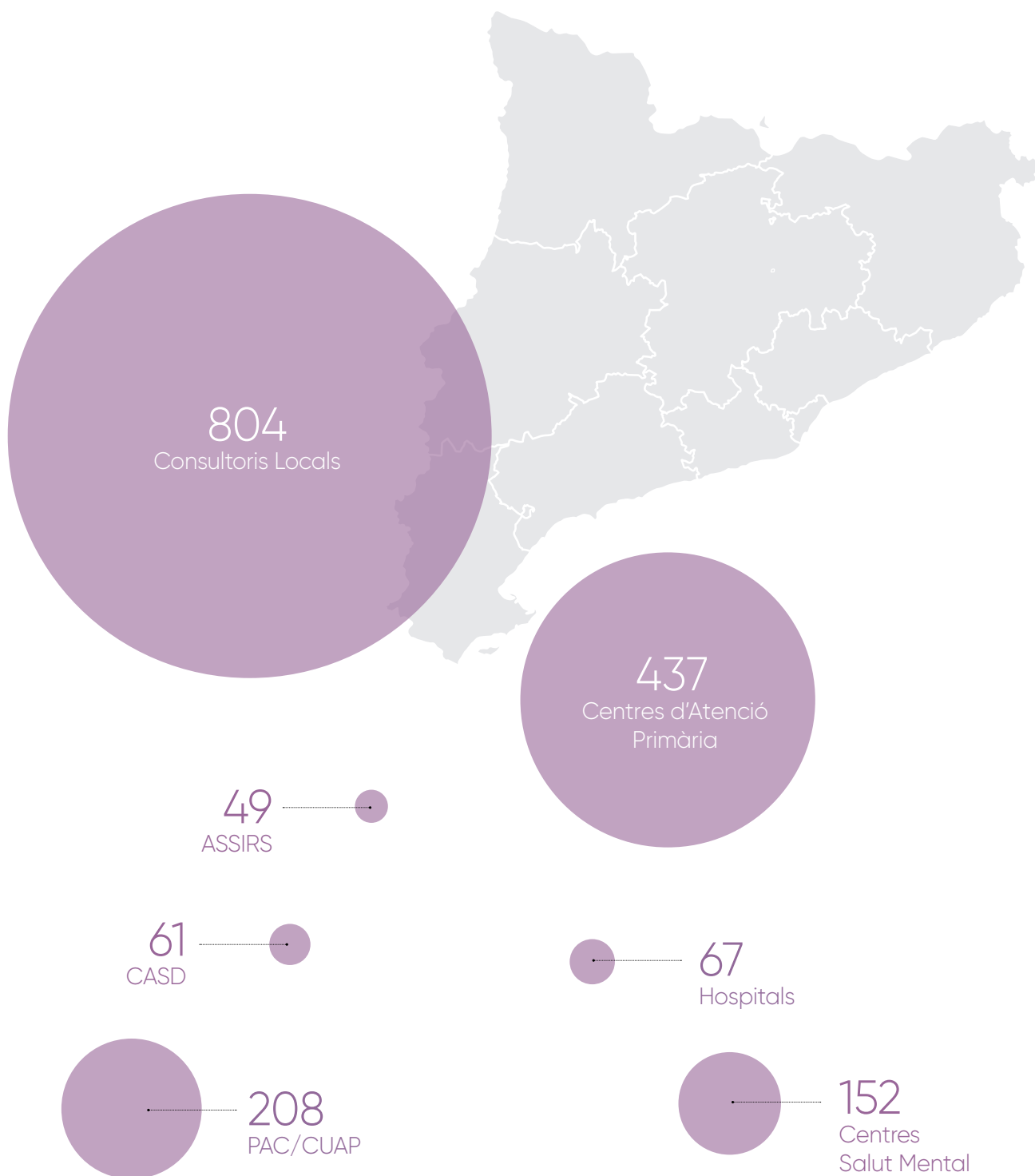
Per últim, pel que fa a les dades estrictament sanitàries, l'any 2018 van registrar-se **5.510 diagnòstics de violència masclista** en dones de 15 anys o més (AQuAS Real World Data). Aquesta xifra, inferior a les relatives a percepció, denúncies o consultes telefòniques que s'acaben de detallar, demostra el baix índex de detecció de casos de violència masclista a l'àmbit de la salut. A continuació s'ofereix una anàlisi més exhaustiva de les dades sanitàries vinculades al fenomen, però valgui la constatació de l'infraregistre com a primera conclusió.



Figura 6. Xarxa de recursos del territori

Font: Elaboració pròpia

## Catalunya



# Resultats de l'avaluació. Què ens diuen les dades i les persones

## La violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya

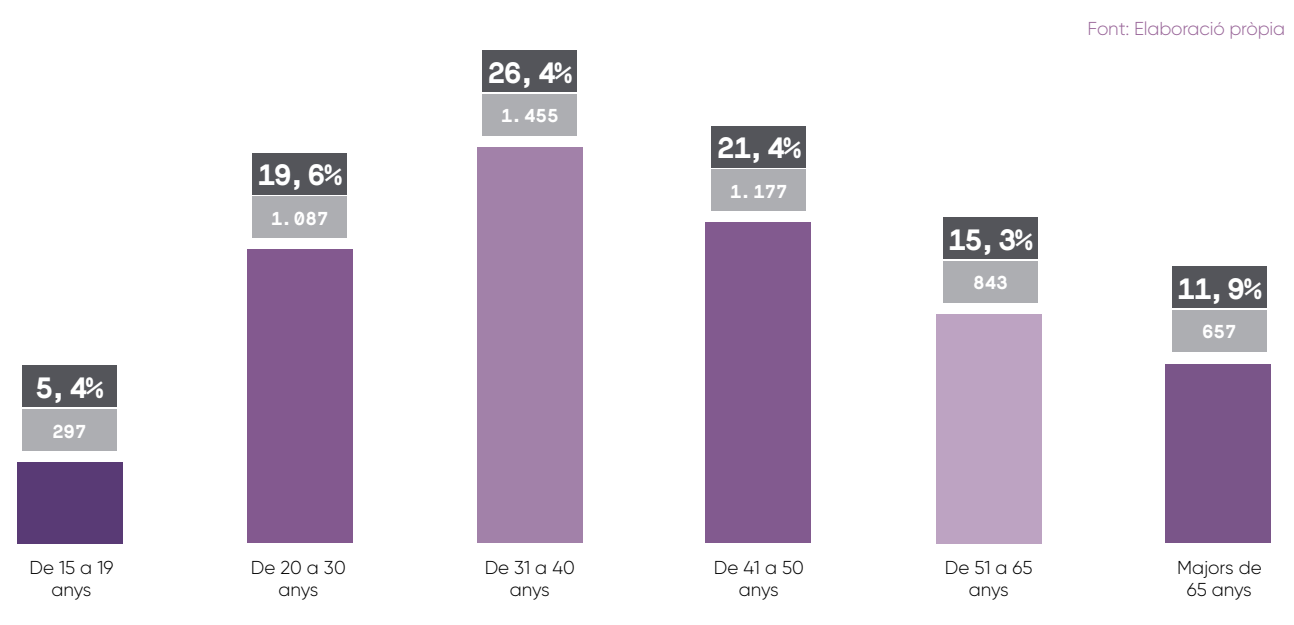
En el següent apartat es presenten els principals resultats sobre la magnitud dels casos de violència masclista atesos en qualsevol recurs sanitari, com a atenció primària, hospitals, urgències i centres de salut mental a Catalunya durant el 2018. Aquests resultats volen proporcionar una mirada preliminar del fenomen de la violència masclista des de les dades de salut. Representen una primera oportunitat per aproximar-nos al fenomen, amb una mirada territorial, i poder avançar en la millora de la recollida de la informació i el seu tractament per a posteriors anàlisis.

Amb RWD dels sistemes d'informació sanitaris de l'any 2018 s'ha examinat la informació relativa a la violència masclista. Per a les dones de 15 anys o més amb un diagnòstic de violència masclista es presenten els resultats de l'anàlisi descriptiva sobre les característiques demogràfiques

i socioeconòmiques. Així mateix, per característiques anteriors s'inclouen les prevalències de violència masclista en la població i per regió sanitària. D'altra banda, per aquest grup de dones amb un diagnòstic de violència masclista diagnosticat a qualsevol recurs sanitari s'han revisat les patologies més freqüents diagnosticades a l'atenció primària i calculat la freqüentació de visites per aquest recurs.

L'any 2018, a Catalunya **5.510 dones de 15 anys o més ateses en els serveis sanitaris tenen un diagnòstic de violència masclista**. Aquestes dones van ser ateses principalment a l'Atenció Primària (72,1%) i l'edat mitjana va ser de 42,5 (desviació estàndard de 16,6). En el Gràfic 1 es mostra la distribució de les dones per al territori català segons els grups d'edat.

Gràfic 1. Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per **grups d'edat**, 2018. N=5.510 Catalunya.



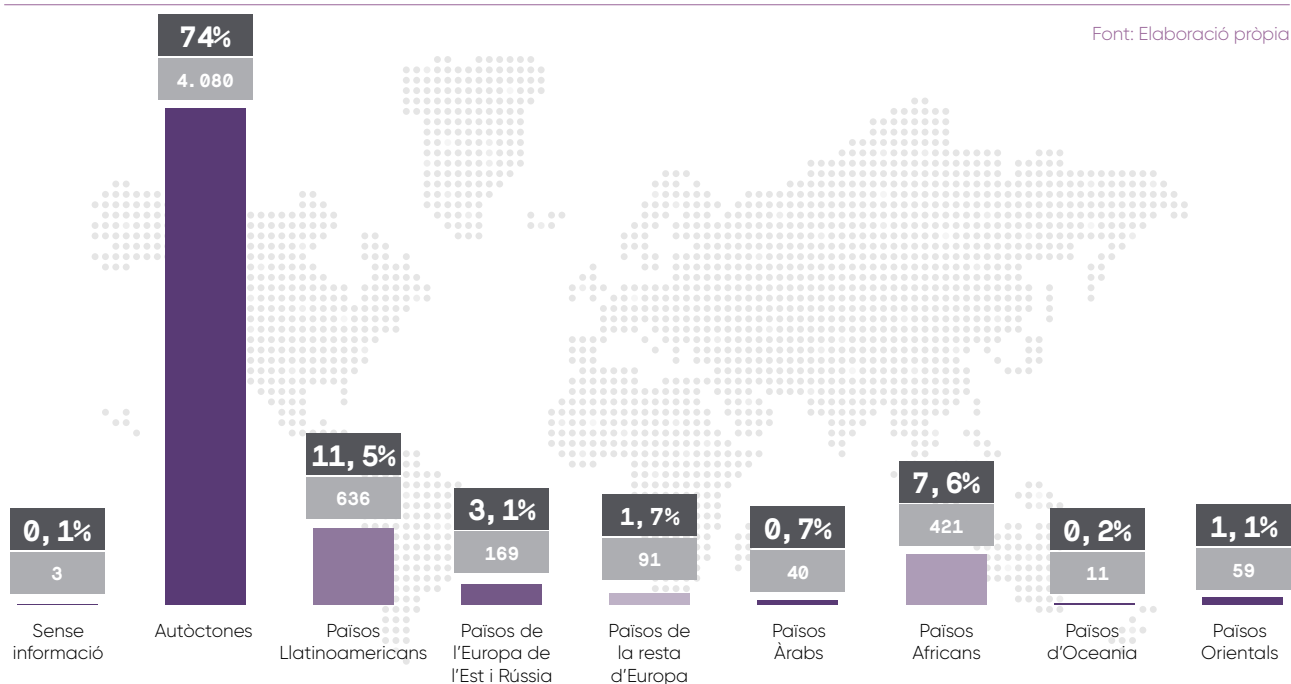
Els principals grups d'edat on es troben les dones amb un codi de violència masclista són de 31 a 40 anys amb un 26,4% de les dones, seguit del 21,4% de dones d'entre 41 a 50 anys.

Pel que fa al país d'origen (Gràfic 2) el 74% de les dones ateses l'any 2018 i amb diagnòstic de violència masclista són autòctones, seguides de les dones dels

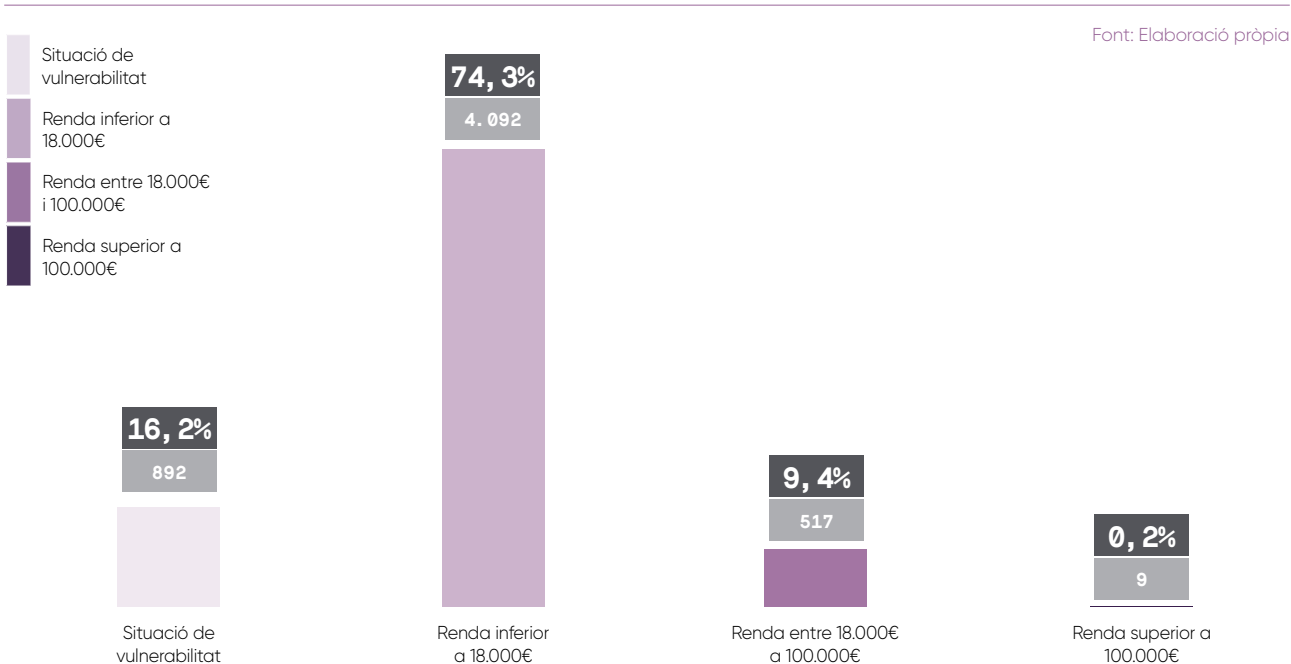
països llatinoamericans (11,5%) i de les dones africanes (7,6%).

Quant al nivell socioeconòmic (Gràfic 3) el 74,3% de les dones tenen una renda inferior a 18.000€ i el 16,2% es troben en una situació de vulnerabilitat que implica un major risc socioeconòmic (reben l'atur o algun tipus de subsidi com a única font d'ingressos).

Gràfic 2. Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per país d'origen, 2018. N=5.510 Catalunya



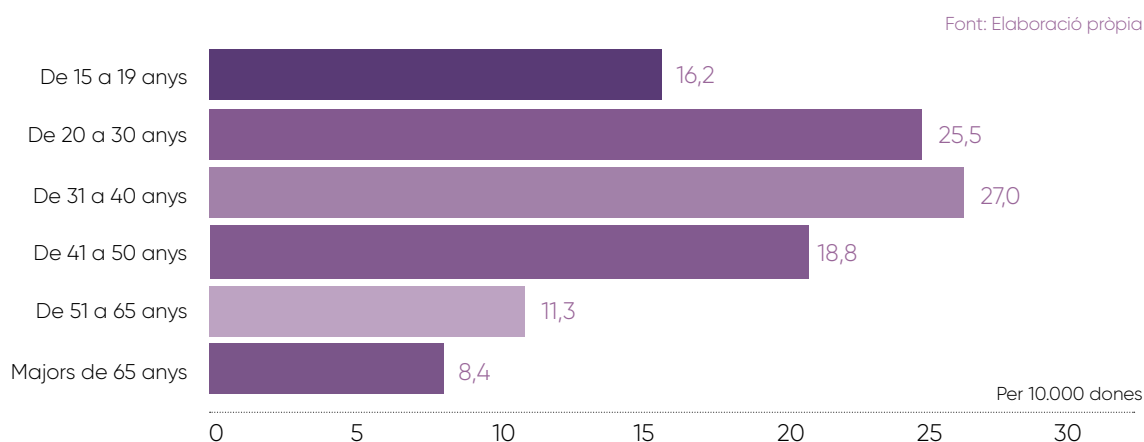
Gràfic 3. Percentatge i nombre de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per nivell socioeconòmic, 2018. N=5.510 Catalunya



Pel que fa a les prevalències, **per cada 10.000 dones de 15 anys o més a Catalunya 16,7 dones tenien un diagnòstic de violència masclista al 2018.** Al Gràfic 4 es mostren les

prevalències de la violència masclista en les dones per grups d'edat. La major prevalença de casos, com s'observa al gràfic, es dona entre les edats de 20 a 40 anys.

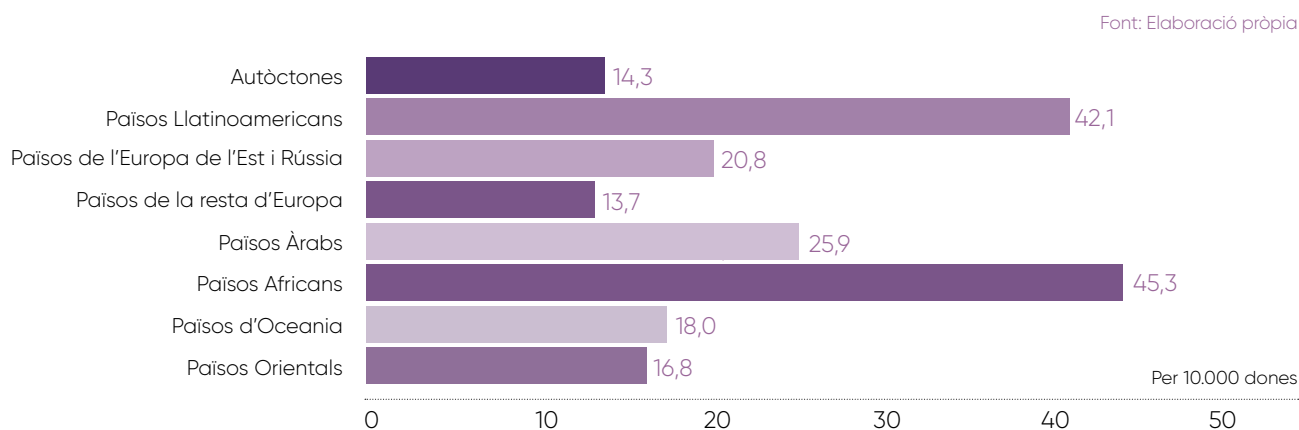
Gràfic 4. Prevalença de la violència masclista per cada 10.000 dones de 15 anys o més per **grups d'edat**, 2018. N=5.510 Catalunya



Pel que fa al país d'origen, al Gràfic 5 s'observa que les dones de països africans i de països llatinoamericans,

tripliquen la prevalença de les dones autòctones.

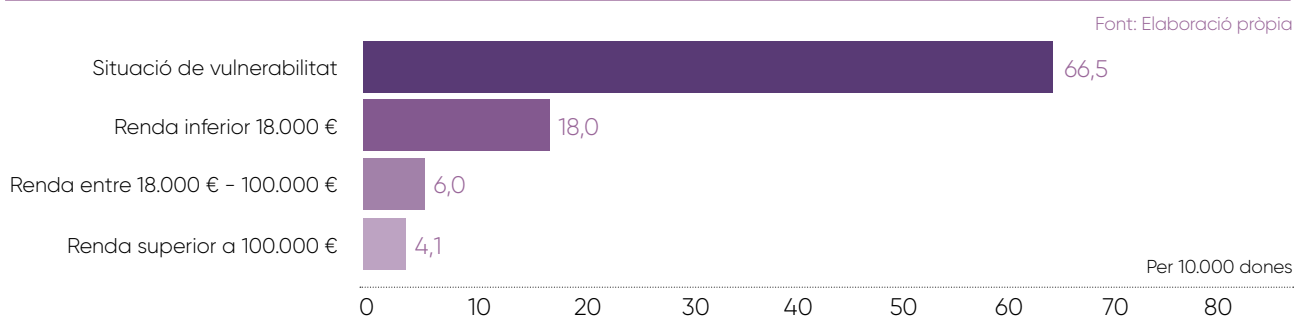
Gràfic 5. Prevalença de la violència masclista per cada 10.000 dones de 15 anys o més per **país d'origen**, 2018. N=5.510 Catalunya



Pel que fa al nivell socioeconòmic (Gràfic 6) la prevalença en les dones en situació de vulnerabilitat és la més elevada (66,5 dones per cada 10.000 dones ateses als

serveis sanitaris de Catalunya l'any 2018) i disminueix a mesura que incrementa el nivell de renda.

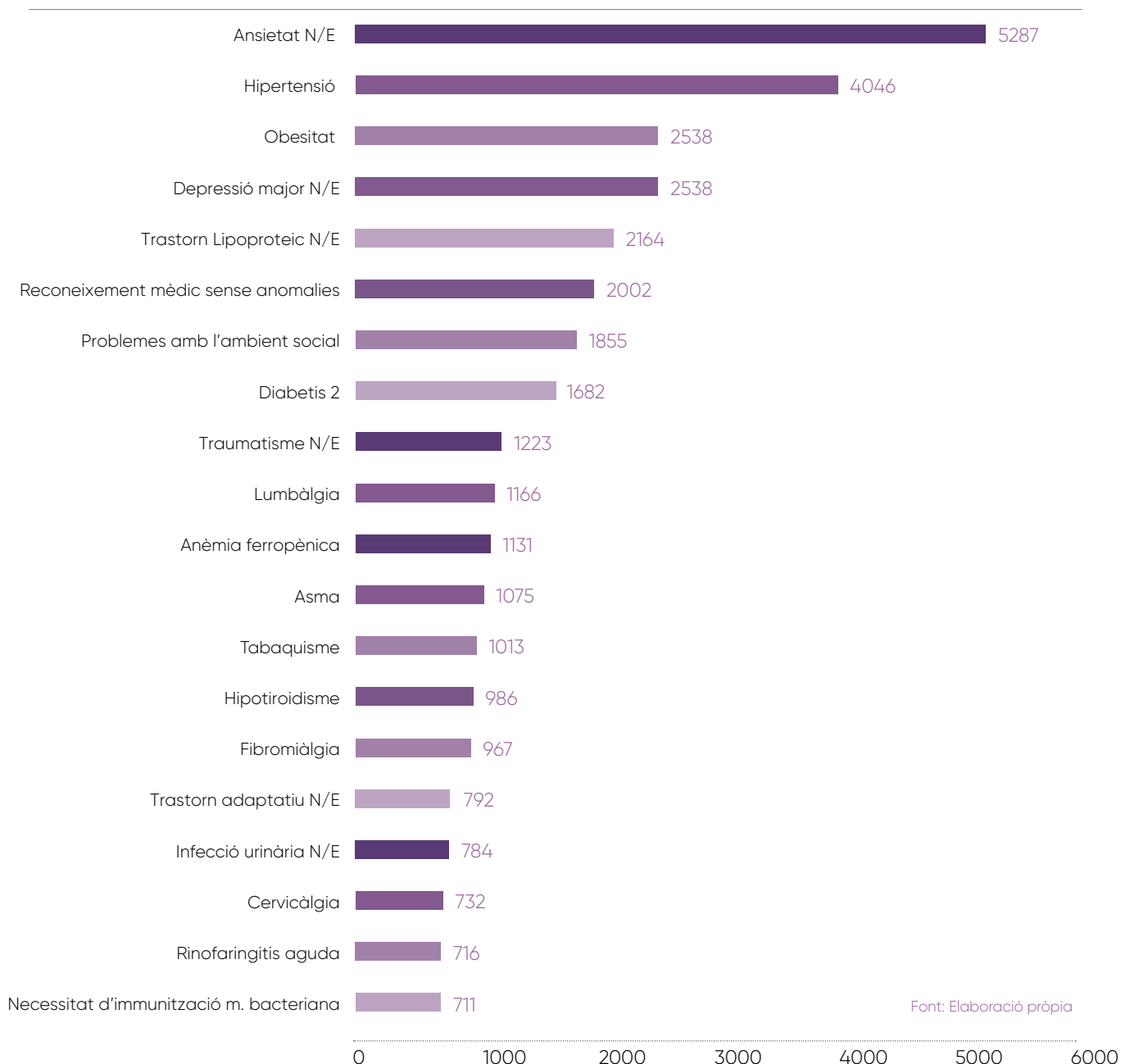
Gràfic 6. Prevalença de la violència masclista per cada 10.000 dones de 15 anys o més per **nivell socioeconòmic**, 2018. N=5.510 Catalunya



Al Gràfic 7 es presenten les patologies més freqüents a l'atenció primària de les dones diagnosticades com a casos de violència masclista en qualsevol recurs assistencial. L'ansietat, la hipertensió, la obesitat i la depressió destaquen per

la seva freqüència i corroboren l'evidència científica sobre l'efecte de la violència masclista en la salut física i mental de les dones (OMS, 2013; Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2016).

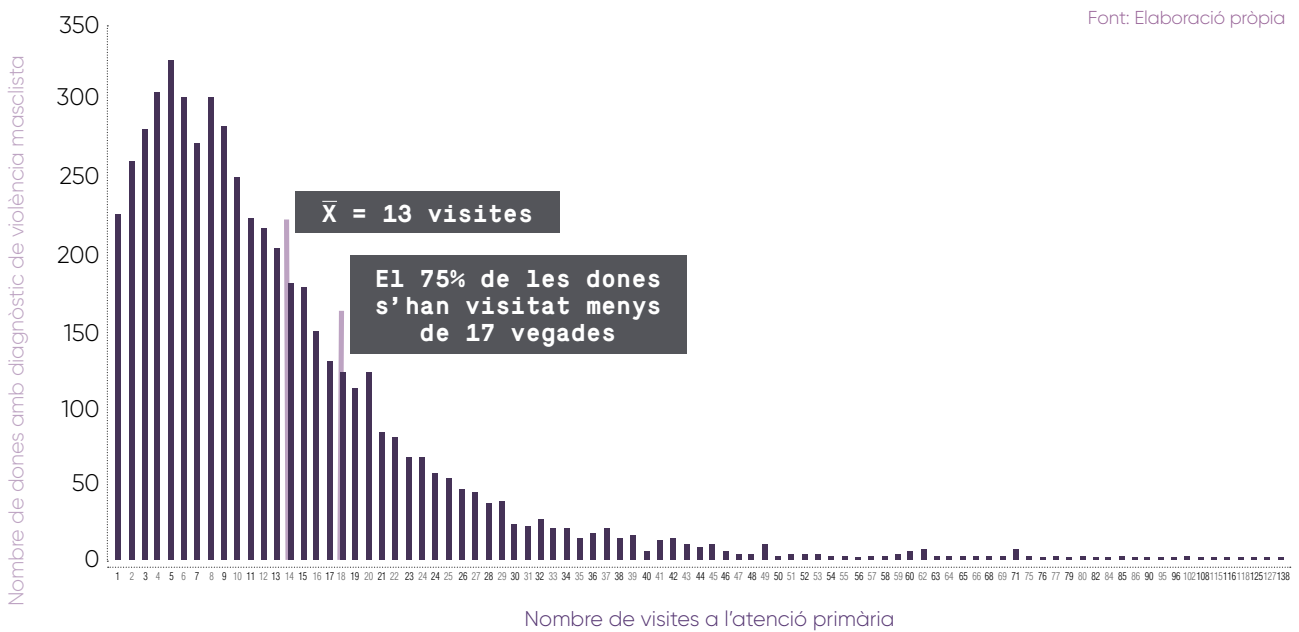
Gràfic 7. Nombre de diagnòstics més freqüents en dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista a l'atenció primària, 2018 Catalunya



Finalment, pel que fa a l'ús dels recursos sanitaris de les dones amb diagnòstic de violència masclista (Gràfic 8) la mitjana de visites durant el 2018 a Catalunya és de 13 visites per dona. El 75% d'aquestes dones s'han visitat a l'atenció primària menys de 17 vegades, mentre que el 25% s'ha visitat més de 17 vegades en el mateix període. Aquests resultats

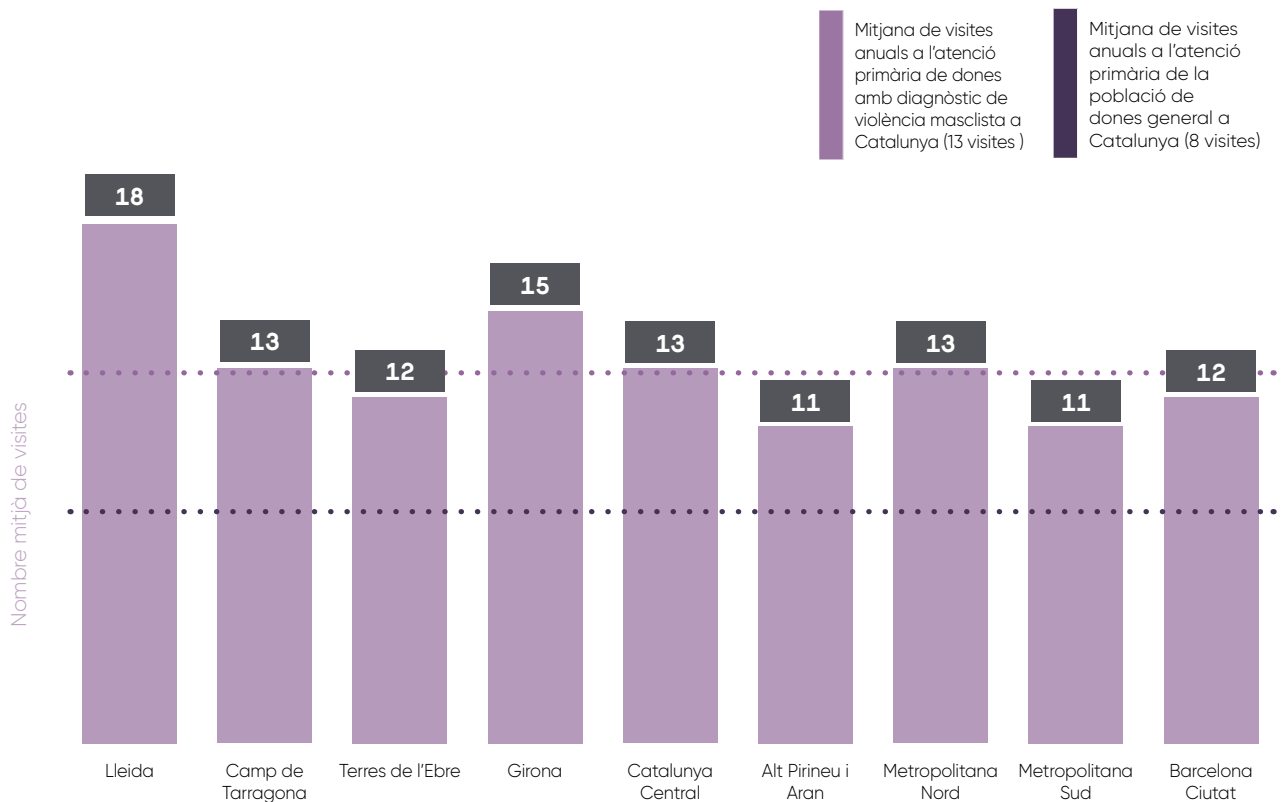
són superiors a la mitjana de visites realitzades per qualsevol causa per la població general de dones a Catalunya amb el mateix rang d'edats ateses a l'atenció primària (mitjana de 8 visites per dona) on el 75% de les quals han realitzat durant l'any 2018 10 visites o menys. Per tant, el 25% de les dones han fet més de 10 visites a atenció primària.

Gràfic 8. Nombre de visites de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista a l'atenció primària, 2018 Catalunya.



Així mateix, la mitjana de visites a l'atenció primària per regió sanitària és superior en les dones amb diagnòstic de violència masclista respecte a les dones de població general (Gràfic 9).

Gràfic 9. Nombre mitjà de visites a l'atenció primària de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista respecte de la població femenina general, 2018 Catalunya



Font: Elaboració pròpia

## L'any 2018, a Catalunya 5.510 dones de 15 anys o més ateses en els serveis sanitaris tenen un diagnòstic de violència masclista



**16,7 dones**

de cada 10.000 dones de 15 anys o més tenen un diagnòstic de violència masclista a Catalunya l'any 2018



D'aquestes dones...



L'**ansietat**, la **hipertensió**, l'**obesitat** i la **depressió** són els diagnòstics més freqüents de les dones en situació de violència masclista ateses a l'atenció primària

La mitjana de visites anuals a l'atenció primària per dona a Catalunya és de 8, mentre que en el cas de dones amb diagnòstic de violència masclista ascendeix a **13 visites**

Font: AQUAS Real World Data

**50,7%**



de les dones a Catalunya han patit algun fet de violència masclista al llarg de tota la seva vida (excloent comentaris, gestos sexuals o exhibicionismes).

L'any 2018 es van posar **15.982 denúncies** per violència en la parella i a la família, **un increment del 3,2% respecte l'any 2017**

De les **9.325 trucades** per motiu de violència masclista al servei d'atenció permanent, **el 99,3% presentaven situacions de violència psicològica**

Fonts: Enquesta de Violència Masclista a Catalunya 2016 i Observatori de la Igualtat de Gènere 2019.

## Experiències dels i les professionals de salut, les entitats de dones i les persones expertes en salut i en violència masclista

L'exposició dels resultats fa referència a les aportacions, per una banda, del col·lectiu de professionals de la salut i entitats de dones del territori, totes dues figures participants en els grups de discussió de cadascuna de les regions sanitàries i, per l'altra, de les persones i entitats entrevistades especialitzades en violència masclista, i persones i entitats de salut nomenades com a expertes en violència masclista i expertes en salut, respectivament. Les cites literals s'incorporen entre cometes al llarg del document, respectant els relats i les formes d'expressió oral.

### Canvi d'orientació del PAVIM

El primer que cal destacar en relació al Protocol és el consens entorn de la necessitat de fer un canvi en la seva orientació, ampliant-ne la mirada i alhora simplificant-lo i fent-lo més operatiu.

Les entitats de dones del territori plantegen la necessitat de canviar de model, un canvi de caràcter sistèmic que suposaria ampliar la mirada a d'altres violències, més enllà de la violència física; ampliar els àmbits en què es detecten violències, més enllà de l'àmbit domèstic o familiar; i ampliar els col·lectius de dones que pateixen violència masclista, incorporant col·lectius menys visibles i/o més estigmatitzats socialment. El canvi de model també hauria de deixar d'emfatitzar la responsabilitat de la dona en la detecció i la denúncia, posant més el focus sobre els agressors.

El model s'hauria de simplificar i humanitzar més, tenint present el caràcter patriarcal i reactiu del sistema sanitari mateix, que se sustenta en la presència, probablement, de prejudicis i en la manca d'habilitats per abordar les situacions de violència masclista per part de molts professionals del sistema sanitari.

De la mateixa manera, experts i expertes coincideixen amb les entitats de dones en el fet que el PAVIM no contempla l'entorn social de la dona i en la necessitat de "*millorar la descripció de totes les tipologies de violències masclistes i les seves especificitats, abordant avui dia les violències econòmiques que, evidentment, són violències en què s'exerceix un control sobre la dona i tenen una afectació psicològica sobre aquestes, que coarten la seva llibertat d'autonomia i per tant tenen un impacte en la seva salut emocional i en la salut física i que són més subtils*". (Expertes i experts en vm i salut)

Els i les professionals de la salut expressen aquesta mateixa necessitat d'ampliar l'enfocament del PAVIM més enllà de les relacions de parella, perquè la violència masclista pot ser exercida per d'altres actors (pares, germans, fills, companys de feina, etc.).

I des d'algunes entitats de dones del territori es plantegen altres realitats vinculades a les identitats de gènere: "*Per detectar la violència es dona per descomptat que són heterossexuals i que les persones que reben la violència són cissexuals. Com que això no és pas així, hauríem d'obrir la perspectiva de la violència intragènere, entre homes i entre dones perquè n'hi ha i molta*". (Entitats de dones)

### Implementació i comunicació

Aquest apartat incorpora temes relacionats amb la utilització, el coneixement i la implementació i seguiment del PAVIM.

*En general es fa un ús puntual del Protocol com a document de referència, però no en el dia a dia de l'atenció assistencial.*

La percepció general és que el PAVIM no s'ha arribat a implementar en la seva totalitat. Experts i expertes, entitats de dones del territori i professionals de la salut coincideixen que en fan un ús puntual, com a document de consulta, o com a referència en formacions específiques sobre salut i violència masclista, però no en el dia a dia de l'atenció assistencial.

A més, els territoris han adaptat el PAVIM creant protocols propis, en la majoria de casos protocols municipals, per a la utilització i coordinació dels diferents agents territorials del municipi. En alguns casos, l'especificitat dels protocols arriba a l'escala dels centres de salut, malgrat que el personal sanitari d'aquests centres utilitza també protocols municipals que incorporen i integren la resta de serveis especialitzats del municipi.

Les entitats de dones del territori fan referència a la necessitat de simplificar, flexibilitzar i comunicar el protocol perquè sigui més accessible i conegut per part del conjunt de professionals de salut i per evitar la sensació d'inseguretat en el moment de la seva aplicació.



La comunicació i difusió que es va fer del Protocol va ser molt limitada i és, doncs, poc conegut.

Tothom ha coincidit en el fet que, en el moment de la implementació del PAVIM, la difusió i comunicació que se'n va fer va ser limitada. Es va recórrer únicament a l'eina del paper i les presentacions en cascada, però *"no es va fer res més per temes de retallades, falta de recursos i per una manca de planificació de la implementació real"*. (Professionals de la salut)

Es detecta un desconeixement del PAVIM tant entre les entitats de dones del territori com entre els professionals de la salut, com també una confusió amb d'altres protocols, ja sigui amb les adaptacions territorials o sectorials del PAVIM o amb el Protocol marc de l'Institut Català de les Dones.

Una experta en salut ho expressa dient: *"Del PAVIM, no había oído hablar. Es curioso porque el año pasado estuve haciendo charlas en diferentes CAP para explicar el servicio, para dar información para que los médicos y médicas de cabecera pudieran tener indicadores y... nadie sabía que existía esto."* (Expertes i experts en vm i salut)

No s'ha realitzat cap seguiment sobre la seva implementació ni tampoc es van definir indicadors de seguiment ni d'avaluació.

El col·lectiu de professionals de la salut ha expressat que no van tenir suport real en la posada en marxa de l'operatiu del PAVIM, no es va realitzar cap seguiment sobre la seva implementació ni es van definir indicadors de seguiment ni d'avaluació.



## Prevenció

### La prevenció, un factor clau en l'abordatge de la violència masclista.

L'apartat de prevenció inclou els programes de formació sobre violència masclista i la sensibilització i conscienciació de la ciutadania des de l'àmbit de la salut.

La pressió assistencial dificulta les tasques de prevenció als serveis de salut.

La percepció general, tant de les entitats de dones del territori com dels i les professionals de la salut, és que les agendes professionals estan molt focalitzades en les tasques assistencials, la qual cosa no permet dedicar temps a les tasques de prevenció de la violència masclista.

Les entitats de dones del territori critiquen el caràcter reactiu del sistema sanitari en oposició al caràcter proactiu i preventiu que hauria de tenir davant de situacions de violència masclista.

Malgrat assumir aquest rol preventiu, algunes entitats de dones qüestionen que hagin de ser elles les que acabin dedicant el seu temps (voluntari) a fer accions que haurien de ser assumides directament des de les administracions i els serveis públics. Més quan aquestes entitats també tenen dificultats de recursos per sostenir les accions en clau preventiva.



"Tota la societat es mou cap a un camí, i llavors nosaltres ens movem i tenim el nostre espai, però no som els líders... des que va sortir el protocol l'any 2009, l'avenç ha estat impressionant, per exemple, a les consultes, la gent que s'ha volgut posicionar, perquè és tracta d'un tema molt social i de valors personals, ha tingut accés a formació, a contactes, a coordinació..."

Experts i expertes en salut transmeten aquesta mateixa idea de falta de lideratge en l'abordatge de la violència masclista per part del sistema sanitari i de voluntarietat dels i les professionals.

#### Programes de formació

Els equips de salut tenen molt personal que no està format en violència masclista.

Tant professionals de la salut com experts i expertes de la salut traslladen la necessitat de realitzar formació específica a tots els centres de salut per incrementar la detecció de casos de violència masclista: *"L'atenció primària té moltes possibilitats de detectar, moltíssimes, però, és clar, el personal ha d'estar format, el personal sanitari i fins i tot el personal administratiu ha d'estar format. I aquesta formació és la que demanem que es faci, perquè no es fa, no hi és, i aquí és quan ve el primer problema."* (Expertes i experts en vm i salut)

Necessitat de plans de formació adaptats i aplicables al dia a dia del col·lectiu de professionals.

Els experts i expertes entrevistades i els grups de discussió de professionals de la salut coincideixen en la necessitat de comptar amb plans de formació adaptats i aplicables al dia a dia professional i continuats en el temps, amb formacions que siguin senzilles, operatives i de curta durada i que, en la mesura del possible, es puguin adreçar al personal sanitari als centres mateixos de treball.

Experts i expertes en violència masclista manifesten que *"la formació que impartim en diferents contextos si està ben valorada i, pel que fa a l'impacte, cal tenir en compte fins a quin punt es tradueix el que la gent aprèn en una formació, en el seu dia a dia laboral, la qual cosa no depèn només de la qualitat de la formació sinó també del context laboral, de fins a quin punt tenen temps per fer-ho i del suport institucional que reben"*. (Expertes i experts en vm i salut)

Necessitat de formació específica i coneixement del sistema judicial.

Expertes i professionals de la salut coincideixen en la necessitat d'una formació específica i d'augmentar la coordinació entre els diferents àmbits que formen part dels circuits d'atenció a la violència masclista. Consideren necessari anar actualitzant les formacions, per exemple, pel que fa a les xarxes socials i la seva relació amb nous patrons de violència masclista.

Preocupa especialment als i les professionals de la salut el coneixement del sistema judicial: com aquest aborda la violència masclista i els aspectes legals relacionats amb la redacció d'informes, comunicats de lesions, etc.

S'explicita la necessitat que els professionals de l'àmbit judicial, que moltes vegades estan absents, aportin el coneixement del sistema judicial. *"Tenemos una asignatura pendiente con justicia... pero si a nivel judicial la violencia psicológica no puede reconocerse, tiene que haber hechos..." (Professionals de la salut)*

La violència masclista és un aspecte que cal abordar des de tots els sectors sanitaris i que hauria de quedar inclosa en totes les formacions de l'àmbit de la salut.

El col·lectiu de professionals de la salut entenen que la formació en violència masclista hauria d'incorporar-se als diferents perfils professionals de l'àmbit de la salut, principalment en perfils clínics, els quals tenen un posicionament més allunyat a l'hora d'entendre la violència masclista com un problema de salut.

La formació en violència masclista se centra principalment en professionals referents dels serveis en violència masclista i/o persones vinculades als circuits de violència masclista.

Els i les professionals de la salut consideren que, actualment, la formació en violència masclista recau principalment en persones que són referents o a les quals aquesta temàtica els interessa o motiva.

De la mateixa manera, algunes expertes comenten que *"el tema de formadors de formadors està bé, però de vegades el o la professional no pot fer la formació, perquè no es pot alliberar"*. (Expertes i experts en vm i salut)

I en aquest sentit, les expertes en violència masclista recordaven que la manca de formació o sensibilització que hi pot haver entre el col·lectiu de professionals és un factor que pot incidir en la revictimització, ja que pot provocar males actuacions o preguntes errònies.

### Actuacions de sensibilització i conscienciació de la ciutadania

Necessitat d'incorporar la perspectiva de gènere en tots els contextos socials i prioritzar la sensibilització de la població en violència masclista amb una comunicació propera i donant a conèixer els recursos de l'àmbit sanitari.

Experts i expertes, tant de salut com de violència, coincideixen que cal una educació i una sensibilització en tots els aspectes: no sexista, feminista, fomentada en la diversitat, en el consum d'oci, en l'escola i en l'àmbit familiar.

Les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC) com a eina per a la conscienciació i la formació.



"Primer és importantíssim la sensibilització dels professionals i de la societat, perquè si no estem sensibilitzats, difícilment podrem detectar-ho."

Experts i expertes en violència masclista ressalten que, si bé les TIC poden ser un element de control i d'agressió, també són una oportunitat per a la coordinació, la informació i la prevenció, especialment entre la població jove i, fins i tot, com a generadores de protecció (ATENPRO).<sup>6</sup>

En aquest sentit, constaten la necessitat d'educació a les escoles, però també a escala general, sobre l'ús i els perills de les xarxes socials.

Les TIC jugarien un paper important en la prevenció, fent campanyes, però també en la detecció i l'atenció, ja que permeten una immediatesa més gran, aplicacions

<sup>6</sup> El Servei Telefònic d'Atenció i Protecció per a víctimes de violència de gènere (ATENPRO) és un dispositiu de telefonia mòbil i telecomunicació que permet que les usuàries puguin contactar en qualsevol moment amb un centre atès per personal específicament preparat per donar una resposta ràpida adequada a la seva situació.

amagades a les quals tindrien només accés les dones o la teleassistència, alhora que poden ser útils també per a la recuperació.

Les potencialitats específiques de les TIC podrien ser un dispositiu GPS amb un botó d'emergència, una aplicació per fer el seguiment o un xat per a la prevenció precoç: *"Jo les utilitzaria com a dispositiu en què la dona pugui donar l'alarma, en el moment de violència ella podria donar una alerta en aquell moment mateix... se les hauria de dotar d'un sistema perquè puguin avisar en el moment de la violència".* (Expertes i experts en vm i salut)

Altres potencialitats serien la facilitat de contacte i d'accés, la immediatesa, la creació de grups de suport i l'accés als i les joves amb campanyes atractives, fer alguna aplicació que permetés mapejar les agressions i detectar-les, etc.

Tot i així, algunes professionals de la salut coincideixen que les TIC no haurien de substituir l'atenció presencial. De la mateixa manera, s'expressen certes preocupacions relatives al reclam de la pornografia i en relació a les aplicacions, per la dificultat amb els i les joves en la protecció de dades.

Si algun servei de salut ha de fer tasques de prevenció, han de ser els serveis d'atenció primària, és a dir, els ABS i els ASSIR.

Les professionals de salut veuen en els serveis d'atenció primària el potencial més important per a la prevenció. Són els serveis de la xarxa de salut que atenen més persones i de manera més perllongada en el temps (en totes les etapes de la vida), la qual cosa els dona un avantatge estratègic a l'hora d'abordar la violència masclista.

## Tota la tasca preventiva està relacionada amb el treball comunitari.

Els i les professionals de salut consideren també que per a la prevenció és fonamental treballar directament amb les comunitats, especialment amb aquelles que tenen un risc més alt d'aïllament. Per tant, per poder treballar amb les comunitats i incidir en la prevenció de la violència masclista és imprescindible sortir de les consultes.

Aquestes mateixes professionals de salut recomanen estratègies de treball grupal, de suport entre iguals i de treball amb col·lectius específics:

Els grups de suport entre iguals són una bona pràctica de sensibilització. Quan es pensa en treballar amb la comunitat s'activa la idea del treball en grup entre iguals perquè el grup genera suport i permet crear espais on parlar i compartir diferents aspectes quotidians, entre ells, l'aproximació a la violència.

Els grups específics són una bona metodologia per fer tasques de sensibilització. Per exemple, en alguns mòduls formatius que solen tenir més presència de nois que no pas de noies. En aquests grups es detecten moltes situacions de risc, ja que es tracta de perfils amb una alta vulnerabilitat social i que poden presentar conductes violentes.

Experts i expertes de salut i de violència masclista apunten que caldria fer xerrades a les escoles i passar informació per les pantalles dels centres de salut, o bé penjar més cartells. Algunes de les accions específiques que han comentat han estat les següents: activar les respostes de protecció a la dona, la detecció precoç, l'atenció comunitària, relacionar més l'atenció primària amb la violència masclista atès que cal que s'entengui en tota la seva dimensió i realitzar mesures interseccionals.

*"La violència masclista ha de poder treballar-se des de l'àmbit de l'atenció comunitària i visibilitzar-ho: escoles de salut, xerrades als barris, xerrades a centres, CAP, cartells... relacionar l'atenció primària amb la prevenció de les violències masclistes. Actualment la dona ho relaciona, però l'atenció primària està més relacionada amb problemes de salut, sinó es considera molt social. L'atenció primària hauria de fer un pas endavant per tal d'integrar l'aspecte de la violència masclista."* (Expertes i experts en vm i salut)

En quant a les accions específiques que es podrien fer han esmentant la necessitat d'integrar tots els agents en salut comunitària, fer prevencions en les desigualtats, transformar els rols de gènere, fer les consultes més accessibles i, com alguna experta també ha afirmat, missatges de cura per als homes.

*"La prevenció de la violència masclista ha de ser universal."* (Expertes i experts en vm i salut)

Tots i totes les expertes entrevistades, tant en salut com en violència masclista, han especificat que no és possible identificar un perfil estandaritzat de dona que pateix violència masclista atès que és un fenomen social

transversal, impregnat a l'estructura social, donat l'arrelat model de socialització patriarcal que fomenta relacions de poder desiguals entre homes i dones.



"Enlloc de parlar de característiques caldria parlar de com certes discriminacions per origen, classe social, edat o nivell d'estudis en les dones posen a les dones en situacions de més risc i més vulnerabilitat".

Experts i expertes expliquen com el fet de ser dona és, en ell mateix, un factor de discriminació social, i aquest eix de desigualtat intersecciona amb l'origen de la dona: *"Son vecinas inmigrantes, principalmente de países latinoamericanos... el segundo gran grupo son mujeres marroquíes que también acuden a nuestra oficina... y a raíz de esta relación empiezan a confiar en nosotras para explicarnos la situación de violencia que están sufriendo"*. (Expertes i experts en vm i salut)

De la mateixa manera, intersecciona amb el nivell socioeconòmic i la incorporació al món laboral: *"Hay mujeres sin trabajo que recurren a ayudas familiares o a ayudas económicas de servicios sociales, las cuales son muy escasas, hasta mujeres trabajadoras que se dedican al trabajo del hogar y del cuidado y otras mujeres que tienen otro tipo de trabajo, pero siempre en sectores muy precarizados"*. (Expertes i experts en vm i salut)

I amb l'eix de desigualtat que suposa l'edat, ser una dona gran: *"de més de 75 anys que té algun tipus de dependència, normalment Alzheimer o una dependència a nivell cognitiu, això complica que la persona pugui expressar-se i que visqui amb el cuidador principal, que acostuma a ser o la filla o el marit, perquè hi ha marits si tenen una relació heterosexual, i normalment tenen molt poc suport"*. (Expertes i experts en vm i salut)

Els professionals de la salut coincideixen que les estratègies preventives han de tenir en compte la implicació de les famílies, arribant a totes les classes socials, perquè la violència masclista es manifesta en tots els estrats i classes socials, si bé es produeixin diferències en com es manifesta i en com opera.

D'altra banda, els i les expertes en violència constaten que *"hi ha determinats grups de població als quals el sistema no està arribant i que, per tant, queden fora del circuit per diferents casuístiques com, per exemple, una part de les dones migrades, les quals no arriben als serveis i envers les quals caldria millorar la comunicació, com plantejem els serveis, facilitant que els materials estiguin en diversos idiomes... les persones en situació administrativa irregular... o les persones joves, tot i que s'estan fent molts esforços per garantir espais amigables per als joves"*. (Expertes i experts en vm i salut)

La prevenció en l'àmbit educatiu és un pilar fonamental.

Els i les professionals de la salut entenen que la prevenció de la violència masclista hauria d'implementar-se amb estratègies adreçades a les diferents edats de la població. I es recomana especialment centrar els esforços en els infants i els joves per promoure els valors d'igualtat i diversitat de gènere.

Per a la mateixa franja d'edat, i dins l'àmbit educatiu, les entitats de dones del territori constaten el caràcter puntual de les accions de prevenció actuals. Això vol dir que no estan incorporades al currículum dels centres educatius i no són tractades de manera estructural. Comenten també les resistències amb què es troben per tractar determinants temes en etapes infantils (per exemple els afectes i els límits), resistències que també es detecten per part d'algunes AFA (Associació de famílies d'alumnes).

Els i les professionals de la salut identifiquen dos programes que centralitzen les actuacions de prevenció més importants desenvolupades pels agents de salut (serveis de primària) en què es tracta la violència masclista amb infants i persones joves.

Els serveis de salut identifiquen dos programes de prevenció centrals: el Programa Salut i Escola en els ABS i la Tarda Jove en els ASSIRs.

Els i les expertes en salut relaten una nova acció per a la sensibilització que, segons valoren, està tenint un impacte positiu important: es tracta de penjar pòsters de l'Institut Català de les Dones amb el número de telèfon d'atenció a persones que pateixen violència masclista a totes les portes dels lavabos de dones o mixtos dels ASSIRs i dels CUAPs.

La necessitat d'una prevenció adreçada als homes.

Des d'algunes entitats de dones del territori es fa palès que la prevenció adreçada als homes és un tema de prevenció poc abordat. Es posa de manifest la necessitat de començar a canviar el focus centrant l'energia en els agressors i no deixant tota la responsabilitat en mans de les dones.

Segons expertes en violència masclista, la definició de prevenció de la violència masclista és qualsevol acció destinada a intentar evitar/trencar creences, situacions o mecanismes del sistema patriarcal per perpetuar-se. Per poder treballar la prevenció adreçada als homes cal enfocar les accions cap a la cura, tenir informació amb indicadors, intervenir per detectar les violències masclistes valorant els riscos i fer prevenció als centres educatius des de l'adolescència.



“La veritat és que funciona molt i bé i ens quedem amb els pels de punta de la quantitat de gent que arrenca els papers amb el telèfon; hi ha llocs en què ha calgut canviar els pòsters diverses vegades. És una bona estratègia, si més no per donar una eina a la persona a la qual li estigui passant això per trucar a algun lloc on la puguin informar”.

Cal posar el focus en els homes, no amb l'objectiu d'etiquetar, sinó per intervenir. I quan es parla de saturació, estrès o conflictes amb la parella cal aprendre a escoltar, a detectar i a prevenir. També cal començar a fer campanyes per arribar als homes i implicar-los en temes de salut. Si no treballem amb els homes no tancarem el cercle.

Els i les professionals de la salut comenten també que una de les principals dificultats a l'hora de prevenir la violència masclista és la resistència cultural al canvi. Per això, tot i que actualment ja s'organitzen xerrades als centres educatius, es planteja la necessitat de situar la prevenció de la violència masclista al centre de l'educació per aconseguir canvis en la manera de

relacionar-se i, d'aquesta manera, poder modificar, poc a poc, els estàndards culturals que mantenen la violència masclista.



## Detecció

### La detecció: Pautes per a la identificació de casos de violència masclista.

L'apartat de detecció inclou les pautes per a l'entrevista, els indicadors de detecció i les eines de valoració del risc de les dones en situació de violència masclista.

Els àmbits professionals identificats com els més adequats per a la detecció de casos de violència masclista pertanyen a l'atenció primària i, en segon lloc, als serveis d'urgències.



"L'atenció primària té moltes possibilitats de detectar, però, és clar, el personal ha d'estar format... no detectem; si detectem, com que no sabem què hem de fer, mirem cap a una altra banda i patim".

Els experts i expertes tant en salut com en violència masclista coincideixen en cinc àmbits clau per a la detecció de la violència masclista. Els més anomenats, per ordre, han estat: l'atenció primària, l'atenció hospitalària, els serveis socials, l'entorn policial i l'escola. Entre aquests, l'entorn hospitalari i el policial s'identifiquen com els més reactius.



"Tothom acaba venint aquí, de tots els països, de totes les situacions socioeconòmiques, des de la més alta fins a la més baixa, al final tothom acaba passant pel servei d'urgències del sistema públic".

De la mateixa manera, han identificat l'ASSIR com a entorn rellevant per a la detecció de violència masclista: "Segons dades agafades amb pinces, el 2017 a Barcelona vam dir, anem a mirar a l'ECAP (la història clínica d'atenció primària) quants casos tenim i qui ha detectat aquests casos. El servei amb diferència que

havia detectat més casos va ser un ASSIR, seguit del següent, un altre ASSIR.". (Expertes i experts en vm i salut)

Els i les professionals de la salut i entitats de dones del territori consideren que el perfil professional sanitari més idoni per detectar casos de violència masclista és l'equip d'infermeria, les metgesses de capçalera i els serveis d'urgències.

Una mirada molt restringida a la violència masclista des dels serveis sanitaris. En la detecció hi ha una tendència a la cerca del maltractament físic.

Es perd de vista la simptomatologia clínica vinculada a la violència masclista.

Hi ha un consens en la percepció que, des de l'àmbit sanitari, hi ha una mirada encarada cap a la violència física i poc cap a d'altres violències i a les dones que les pateixen. Aquesta tendència a cercar la "marca física" de la violència masclista fa que es passin per alt la gran majoria de casos.

Hi ha una manca de detecció d'altres violències, com és la psicològica, la qual no es detecta fàcilment des de cap àmbit assistencial sanitari.

Les entitats de dones del territori remarquen la importància de detectar i atendre dones que han patit situacions de violència masclista en etapes anteriors i critiquen aquesta mirada prototipada de la violència masclista que deixa fora violències com ara la psicològica, l'econòmica, l'obstètrica... en àmbits més enllà del familiar, a institucions, geriàtrics, entorns laborals i a col·lectius de dones migrades, dones no cisgènere o heteronormatives, dones objecte de tracta, dones grans, adolescents, treballadores sexuals, consumidores de drogues, etc.

Els i les professionals de la salut constaten que la detecció està fortament relacionada amb el coneixement que tenen les professionals sobre la violència masclista. Allò que no es coneix no es pot detectar. I, alhora, reconeixen que la detecció depèn de la sensibilitat de la figura

professional envers la violència masclista perquè, tot i tenir els coneixements, cal que el o la professional s'impliqui en el seu abordatge. La detecció depèn de la sensibilitat dels i les professionals en relació al problema de la violència masclista i de la consciència del paper clau que juga en la seva erradicació.

L'impacte de les estratègies desenvolupades és petit i la detecció en violència masclista és molt baixa.

Els i les professionals de la salut identifiquen tres motius clars de la infradetecció de casos de violència masclista. En primer lloc, es considera que els i les professionals no saben què fer un cop es detecta un cas. El segon motiu respon a la desconeixença de les conseqüències que aquestes deteccions poden tenir sobre les dones, i el tercer a la manca de sensibilització en qüestions de violència masclista. Com a conseqüència, la detecció en violència masclista és molt baixa.

Els serveis d'urgència són els que detecten més casos de maltractaments físics, si bé en aquells casos més subtils o menys evidents no es treballa per esbrinar si es tracta de violència masclista per manca de temps i d'eines, i es perden casos.

Des de la perspectiva de l'ASSIR, els experts i expertes de la salut especifiquen que el tipus de violència que s'està atenent és aquella menys visible socialment i que a la vegada "és latent, mantinguda, tot i que també tenim casos de violència física... La violència que nosaltres veiem és una violència més subtil, la qual normalment va acompanyada de violència sexual; estem molt amb la violència sexual al carrer, quan estem en espais d'oci es donen situacions de violació o d'abús, però no ho veiem, i és precisament aquesta violència la que veiem a l'ASSIR, situacions de violència mantinguda, en una relació que es pensa que ha de ser així o en la qual la persona no sent que està en situació de violència. És una violència més crònica.". (Expertes i experts en vm i salut)

Les entitats de dones del territori consideren que pediatria ha de tenir un paper més important respecte de la detecció de la violència masclista a través dels fills i filles. I experts i expertes en violència masclista apunten la possibilitat de donar formació a les farmàcies com a estratègia per a una més gran detecció.

## El cribatge universal un debat

La introducció del cribatge poblacional universal per a la detecció de violència masclista és un dels grans debats i temes de reflexió entre el col·lectiu de professionals de la salut.

Segons les entitats de dones: "El cribaje universal sería fantástico, detectaríamos un montón, pero claro, no puedes abrir para después, ¿cómo atiendes a todo eso? Si abres es porque vas a intervenir, entonces la pregunta es, ¿existen todos los recursos necesarios para hacer un cribaje universal? ¿Tenemos los recursos adecuados? ¿La organización está preparada para ello?" (Entitats de dones)

Algunes reticències de professionals de la salut vers el cribatge universal es fonamenten en el fet que existeixen qüestionaris amb preguntes específiques validades: "Preguntar a tothom està absolutament desaconsellat per l'OMS... i hi ha estudis que diuen que tenen efectes negatius. Si es pregunta cal estar preparat per donar una resposta de vegades no sanitària, i hi ha dones que estan en situacions molt precàries i vulnerables i prioritzen tenir ingressos per a la família, sense banalitzar la violència masclista.". (Professionals de la salut)

També es relata alguna experiència positiva: "Des d'algun servei de primària, fa un temps, es va fer una prova pilot que consistia en el cribatge universal a les dones. En aquella prova pilot es passava una enquesta a totes les dones en què se'ls preguntava per la seva situació a casa i amb la parella. Des de la pràctica, els i les professionals implicats es van quedar sorpresos dels casos de violència en dones que, aparentment, no ho haguessin dit mai." (Professionals de la salut)

Professionals de la salut



"La primera dificultat és la nostra cultura patriarcal, són els propis estereotips de gènere... perquè si volem posar en marxa un protocol que ens està dient una llista de coses, però les nostres ulleres o la manera en què valorem respon a una altra manera de veure les coses, serà molt difícil que puguem detectar.".



Els i les professionals de la salut constaten que el cribratge es vincula únicament a la percepció de factors de risc per part d'aquest personal.

Els i les professionals de la salut perceben que tenen una manca de consciència envers del seu rol davant de la detecció de la violència masclista.

*"La dificultad de la detección es una actitud y el personal sanitario considera que no es su trabajo. Comentan: si una mujer me dice que su marido le pega, yo la ayudo, pero yo no le voy a preguntar si le pega como le preguntaría: "¿Usted fuma?". (Professionals de la salut)*

Les entitats de dones del territori destaquen com a elements a tenir en compte per a la detecció la manca de temps a la consulta per aplicar correctament els qüestionaris i fer les preguntes, i la rotació excessiva de professionals, la qual no permet establir un vincle de confiança.

**En dones embarassades el cribratge és universal i es realitza per l'ASSIR seguint el mandat del Protocol de seguiment de l'embaràs des de l'any 2018.**

El col·lectiu de professionals de la salut explica que l'embaràs es considera un factor de risc, de manera que des de l'ASSIR sí que s'aplica el cribratge a totes les dones ateses. Aquesta universalitat del cribratge en dones embarassades garanteix que a totes elles se'ls preguntí per aspectes sobre la seva relació de parella actual i les seves experiències passades en relació a la violència masclista.

**El cribratge via als infants es considera imprescindible i hauria de realitzar-se des del servei de pediatria.**

Els i les professionals de la salut també consideren que a pediatria es generen espais en què es poden establir relacions entre infants i professionals de la salut, i en aquest sentit es valoren com a espais molt interessants per dur a terme la detecció a través dels fills i filles de dones que pateixen violència masclista. Tanmateix, aquest espai està molt focalitzat en la protecció del menor i no sempre s'aborda la possibilitat que les dones de la família estiguin patint violència masclista.

Es considera que la detecció i el cribratge en homes és complexe de posar en pràctica des dels serveis de salut.

Els i les professionals de la salut consideren que tant la detecció com l'atenció d'homes agressors impliquen procediments i intervencions diferenciades de les

que reben les dones. El cribratge en homes requereix competències específiques i coneixements sobre com fer un abordatge amb agressors o possibles agressors, quelcom difícil de garantir i de posar en pràctica des dels serveis de salut.

Les entitats de dones del territori coincideixen que es tracta d'una tasca complexa i difícil, i que és més fàcil detectar els homes agressors si interactuen amb les dones perquè, si estan sols, poden mostrar una imatge "encantadora".

De tota manera, les entitats també apunten que aquesta detecció no hauria d'anar en detriment de les mesures adreçades a les dones, i que caldria pensar bé quina seria la finalitat. Per què detectar els homes? Després se'ls denunciaria? Se'ls obligaria a seguir un programa? Detectar els homes sense garantir una atenció posterior a la dona podria posar-la en una situació de perill encara més gran.

### **Indicadors d'ajuda a la detecció**

El consens respecte de la infradetecció de casos de violència masclista en els serveis de salut respon a diversos motius:

**No existeix un perfil de dones concret que es pugui relacionar amb violència masclista.**

Els experts i expertes en violència masclista consideren important, enlloc de parlar de característiques, parlar de com interseccionen certes discriminacions per origen, classe social o nivell d'estudis en les dones. Aquests elements que interseccionen "posen les dones en situacions de més risc i més vulnerabilitat... interseccions que sí tenim identificades com... ser migrant i, dins de les migrants, les que tenen papers o les que no, el tema de l'opció sexual, el tema de la discapacitat, que està molt invisibilitzat... ens haurien de fer pensar en com mantenim certs biaixos de discriminació i, de vegades, de racisme." (Expertes i experts en vm i salut)

### **La importància de conèixer els indicadors de sospita.**

*"En les dones amb discapacitat el "normalisme" també és una eina del masclisme. De fet, la dona amb discapacitat és l'última categoria social, en aquest cas, la violència està naturalitzada i la gent la practica, i per aquesta raó pateix més violència que qualsevol altra dona". (Expertes i experts en vm i salut)*

El col·lectiu de professionals de la salut comenta que això dificulta la detecció dels casos de violència masclista que no són explícits o evidents. L'ús dels indicadors de detecció està relacionat amb el fet de saber com utilitzar-los; en quin moment hem de fer-los servir, com introduir-los en la relació, què fer amb el seu resultat, com prosseguir un cop els hem utilitzat, etc.

Els i les professionals de la salut constaten que la detecció de la violència masclista no és una tasca senzilla (quan no són casos evidents). Hi ha casos en què els indicadors disponibles no són suficients per determinar amb certesa que es tracta de casos de violència masclista, la qual cosa suposa una barrera a l'hora de detectar.

Les entitats de dones del territori coincideixen en què es produeix una detecció massa tardana dels casos, atès que aquests es detecten sobretot quan hi ha violència física, la punta de l'iceberg de les violències.

**Els indicadors de detecció no s'adeqüen als temps assistencials dels serveis de salut.**

Professionals de la salut també exposen que els indicadors de detecció requereixen dedicar temps a parlar amb les dones, establir un context de confiança i abordar temes complexos i d'alt impacte emocional. Aquesta tasca professional d'abordatge vers la violència masclista no es pot fer en el temps de dedicació que es té actualment a les consultes, ni a primària ni a urgències.

**Hi ha una simptomatologia associada a la violència masclista que esdevé un indicador de detecció.**

El col·lectiu de professionals de la salut considera que la violència masclista, encara que no es registri amb una etiqueta, pot ser detectada als sistemes de registre quan es fa el seguiment de simptomatologies clíniques. Es tracta de simptomatologia física (cefalees, angoixa, ansietat, insomni, etc.) que es manifesta de manera recurrent en dones que pateixen violència masclista, les quals concerten visites periòdicament amb aquestes simptomatologies (la clínica de la violència masclista).

**La barrera idiomàtica dificulta la detecció de la violència masclista entre les dones d'origen divers.**

Professionals de la salut també han destacat la necessitat de conèixer la llengua de les dones per poder establir els canals de comunicació necessaris per a la detecció. Això és especialment complicat en els casos en què la persona

que fa de traductora pot ser l'home agressor o una persona del seu entorn. Els serveis no disposen de mediadores culturals que puguin traduir i/o fer d'interprets perquè les professionals puguin entendre i atendre les dones a les seves consultes.

**Identificació d'indicadors per a la detecció de la violència masclista.**

Els indicadors esmentats pel conjunt de participants a la present l'avaluació: el col·lectiu de professionals de la salut, les entitats de dones del territori i experts i expertes tant de la salut com de violència masclista coincideixen en gran mesura a esmentar els indicadors que ja estan recollits al PAVIM.

Experts i expertes, tant de la salut com de violència masclista, han identificat com a indicadors directes:

- › Indicadors de violència física: són els més visibles, com ara fractures, contusions, mal de cap, dolor pelvià, esquinçaments o malalties de transmissió sexual.

Com a indicadors indirectes, elements d'alerta en la detecció:

- › Indicadors de violència psicològica: tristor, apatia, cansament, desànim, depressió, insomni, autolesions, bloquejos psicològics i dissociacions.
- › Embarassos no desitjats i avortaments de repetició relacionats amb la no utilització de mètodes contraceptius.
- › Canvis en el rendiment escolar.
- › Introducció del consum de tòxics.
- › Aïllament social i precarietat econòmica.

De manera puntual s'ha esmentat com a indicador el control que l'agressor exerceix sobre la víctima. Cal valorar la *"reactivitat de les dones quan venen acompanyades de la parella perquè, de vegades, s'expressen més fàcilment quan han vingut sense la parella."* (Expertes i experts en vm i salut)

Les entitats de dones del territori han esmentat, des de la seva experiència amb les dones, els indicadors següents:

- › Físics: signes d'agressions, dolors crònics que generen hiperfreqüentació dels serveis sanitaris i somatitzacions.
- › Psicològics: inestabilitat o malestar emocional (ansietat, pors, depressió, inseguretats, etc.) i baixa autoestima.

- › De comportament: dependència social, aïllament (tancament, manca de suport social, manca de socialització, desconeixement dels serveis d'ajuda), evitar respondre preguntes sobre la parella, assistència al metge amb presència de la parella i és la parella la que parla (per raons idiomàtiques), llenguatge no verbal en la dona que cerca constantment el consentiment de la parella o silenci, canviar el dia de cita amb el metge/metgessa per poder sortir el dia que l'agressor està a casa, excuses recurrents davant senyals físics més evidents, consum de psicofàrmacs...

Altres elements que les entitats de dones del territori han esmentat com a importants en la detecció de la violència masclista són:

- › Culturals i religiosos: considerar el lloc de procedència i la cultura i les tradicions que envolten la dona.
- › A observar a través dels menors: analitzar les situacions d'absència escolar, preguntar els fills/filles quan van a les consultes amb la dona, les infermeres que van a les escoles també podrien detectar casos de violència masclista a través dels infants.
- › Relacionades amb situacions específiques: dones grans a centres residencials, dones joves (relacions puntuals, xantatges, control...), assetjaments en l'àmbit laboral, dones no cissexuals i dones migrades.

#### Indicadors d'ajuda a la detecció d'homes possibles agressors.

Les entitats de dones del territori coincideixen que és més fàcil detectar els homes agressors quan interactuen amb les dones, malgrat que, segons l'experiència de les entitats, no és molt usual que els homes vagin a la consulta amb les dones.

En situacions d'interacció es poden trobar indicadors per a la detecció, com ara:

- › Estil d'interacció dominant i de gelosia.
- › Comunicació verbal possessiva, donant ordres i fent callar la dona.
- › Comunicació no verbal: la manera de mirar i/o la posició corporal.
- › Exàmens psicològics.
- › Comportament agressiu o violent.

Els experts i expertes en violència masclista caracteritzen els possibles agressors com a homes de tots els orígens, ètnies, classe i nivell d'estudis. Es tracta de "personas

*con dificultades emocionales y de comunicación, con dificultades de vínculo y distorsión sobre las relaciones afectivas; personas en momentos vitales o puntuales muy estresantes, que de forma puntual han utilizado alguna forma de violencia, pero no... estas son muy poquitas; hablamos de gente con un autoconcepto muy pobre, con muy poca autoestima y con problemas de carga y descarga a nivel emocional y a nivel de lo que viven cada día."* (Expertes i experts en vm i salut)

El col·lectiu d'experts en violència masclista també comenta que certes recerques aplicades han generat coneixement i eines aplicables en relació amb l'abordatge als agressors: "Per exemple, hem tingut un projecte en què es va crear la guia per a professionals de salut i de serveis socials per abordar als agressors. Recordo que una de les crítiques que es van fer en el seu moment era que no es volia parlar d'això en els protocols de salut.". (Expertes i experts en vm i salut)

Valoració del risc d'indicadors per a la valoració biopsicosocial, de la situació de violència, i de la seguretat i avaluació del risc.

Experts i expertes de la salut expliquen que, a més de la implementació del PAVIM, consideren que la cerca aplicada en violència masclista en la valoració del risc, adaptant i desenvolupant protocols, ha possibilitat que "prácticamente todos los profesionales que trabajan en el mundo de la violencia de género conocen el papel de las técnicas de valoración del riesgo, las herramientas que se pueden utilizar y cómo esto puede facilitar la tarea preventiva". (Expertes i experts en vm i salut)

#### Es fa ús de l'RVD-BCN per valorar el risc en què es troben les dones que pateixen violència masclista.

El col·lectiu de professionals de la salut entén que aquesta enquesta esdevé una eina que ajuda les professionals a valorar la urgència i el risc en què es troben les dones que atenen. L'RVD no sempre és conegut com una eina que podria ajudar en la detecció, i en alguns casos, malgrat conèixer l'eina, aquesta no està disponible en el sistema i no saben com cercar-la.

#### Manca de confiança dels i les professionals de salut amb la resposta que podrà donar el circuit de violència masclista a les dones.

De vegades, els serveis que s'ofereixen no estan funcionant o estan saturats. Els i les professionals de

la salut reconeixen que no tenen confiança que els recursos que el sistema social i sanitari posa a disposició de les dones funcionin i les ajudin realment. Es destaca específicament que el suport institucional que reben les dones que han denunciat situacions de violència masclista no els garanteix la seva correcta atenció ni la seva seguretat.

### La detecció ha d'anar de la mà de la disponibilitat de recursos a la xarxa per poder atendre els casos detectats.

El col·lectiu de professionals sanitaris tenen por a desenvolupar casos de violència masclista en presència de la possible persona agressora i /o la seva família. Destapar situacions de violència masclista a les consultes es percep com un risc quan les persones agressores o la família estan presents en la mateixa consulta o a la sala d'espera.

### La manca de suport jurídic genera sensació d'inseguretat professional.

Experts i expertes en salut han manifestat una manca de suport jurídic, *"la manca de suport jurídic-legal o de treball social; quan fas una denúncia et trobes molt sol, com a metge et trobes molt sol..."* i *"la judicialització de tots aquests processos evidentment et posa a tu com a professional en una situació desagradable, perillosa, amb amenaces per part de l'agressor... cal que hi hagi una interrelació entre el professional mèdic que podria detectar aquestes situacions quan atén aquestes famílies a les seves consultes, però una relació brutal amb juristes."* (Expertes i experts en vm i salut)

Professionals de la salut afegixen la idea que, per molt que els homes agressors no estiguin presents, el fet que aquests descobreixen que les dones han estat parlant d'això a la consulta pot esdevenir un perill per a elles, ja que poden incrementar la violència que exerceixen vers aquestes.

En aquest mateix sentit, des de les entitats de dones del territori s'apunten 4 tipus de resistències de les dones per adreçar-se als centres sanitaris:

Les de naturalesa psicosocial, que tenen una dimensió psicològica i social alhora, relacionada amb l'impacte i el trauma que genera la violència masclista en les dones, impacte que pot bloquejar les víctimes de violència masclista, generar sentiments de culpabilitat, voler amagar la situació de patiment, i no fer el pas de denunciar per les implicacions que això suposaria per a elles.

*"Hi ha famílies que són novingudes, no cal que siguin estrangeres, poden dominar l'idioma perfectament... però van repetint patrons... vénen d'una història de maltractaments de família i la gent no s'hi vol posar massa... si accepten això ja s'ho faran, aquests tipus de famílies no accepten que tu hi entris... Les dones amb aquest tipus de problemàtica no acostumen a anar a les activitats... També hi ha un altre tipus de dones que silencien aquestes violències, sobretot quan no són físiques, aquestes estan més normalitzades."* (Entitats de dones)

Les que tenen a veure amb la percepció que els serveis de salut no són una opció real de solució a la situació de patiment. S'arriba a afirmar que hi ha dones que perceben el sistema com a patriarcal o com a un àmbit hostil per als col·lectius de dones amb una forta càrrega d'estigmatització social, com podria ser el cas de les treballadores sexuals, dones trans o lesbianes.

La situació legal no regularitzada d'algunes dones migrades pot esdevenir una resistència molt evident a acudir als centres mèdics, com també les barreres idiomàtiques en alguns col·lectius de dones migrades.

Des de les entitats de dones del territori s'apunta també a la normalització de la violència, especialment en alguns entorns més rurals o semirurals.

En el cas de les persones grans, se subratlla que, en la majoria de casos, es tracta de violència psicològica. En aquests casos, és difícil fer veure a les dones la violència que hi ha darrera aquestes dinàmiques tan acceptades i normalitzades.



*"Les dones que han normalitzat la violència i que, quan decideixen fer un pas endavant, es troben soles... també poden ser dones de la nostra cultura que han normalitzat la violència perquè l'han patit durant tota la seva vida. Les dones grans, doncs, també preocupen perquè ho tenen molt interioritzat"*



## Atenció i recuperació

### L'atenció i la recuperació. L'acompanyament de les dones que pateixen violència masclista.

L'apartat d'atenció i recuperació del PAVIM inclou: la informació sobre el problema, la feina a la consulta i el seguiment, la derivació, el registre a la història clínica, l'actuació amb els fills i filles i altres persones dependents si n'hi hagués, i l'emissió, quan s'escaigui, del part de lesions i l'informe mèdic corresponent. Val a dir que també hem incorporat en aquest mateix apartat altres temes vinculats a l'atenció i la recuperació com són la disponibilitat de recursos o les eines de suport per als professionals.

L'atenció que reben les dones depèn dels recursos i les regions sanitàries, no es percep un principi d'equitat territorial, tampoc dins de les regions sanitàries i falten recursos i personal per poder fer un abordatge adequat de la violència masclista.

La percepció general és de manca de recursos, saturació dels existents i percepció de desigualtats perquè, tal com relaten els i les professionals de la salut, els circuits d'atenció són diferents en funció dels territoris i les condicions per accedir als recursos tampoc són universals i compartides. En aquest sentit, cal una millor redistribució dels recursos existents.

Entitats de dones del territori i professionals de la salut concreten la falta de recursos amb exemples com ara la manca d'una persona referent en violència masclista les 24 hores a urgències o als CAP durant les vacances; les llistes d'espera per poder accedir a un tractament psicològic o a cases d'acollida; l'elevada càrrega assistencial a les agendes professionals, la qual cosa dificulta l'abordatge de la violència masclista a causa de temps limitadíssims d'atenció a les persones usuàries del sistema; la lentitud de resposta quan el que cal és una resposta ràpida que aporti seguretat a les dones; la baixa formació i sensibilització de bona part dels professionals i professionals saturats i/o cremats.

El col·lectiu de professionals de la salut exposen que la falta d'inversions, les retallades en els recursos i el sentiment de poc reconeixement a les tasques dels i les professionals que fan l'abordatge de la violència masclista han generat un clima de desconfiança en el sistema.

*"A Lleida ciutat una dona víctima de violència masclista pot accedir a un recurs residencial (pis d'acollida o el que necessiti) sense que hi hagi denúncia. En canvi, al Pla d'Urgell i a Balaguer si no hi ha una denúncia, no poden entrar en un recurs residencial. Aquestes diferències i desigualtats territorials són extensibles a d'altres casos perquè la gestió no és municipal sinó supramunicipal. Cada Consell Comarcal s'organitza de manera diferent, la qual cosa fa que les realitats sigui molt diverses. Un altre exemple: a Mollerussa no existeix el val farmacèutic, però a Lleida, sí." (Professionals de la salut)*

Posen l'accent en la denúncia que l'abordatge de la violència masclista en salut se sosté gràcies a l'esforç i l'empenta de persones professionals motivades i compromeses amb l'erradicació de la violència masclista, i demanen considerar l'esgotament i la saturació. Denuncien així mateix que el temps de les consultes és incompatible amb el temps que requereix l'abordatge de la violència masclista i que la participació en els circuits i la coordinació amb d'altres serveis requereix un temps que no està contemplat ni reconegut institucionalment.

Les entitats de dones del territori denuncien que els i les professionals de la salut no poden garantir l'acompanyament de les dones que pateixen violència masclista. Una bona part d'aquest acompanyament es realitza des d'altres serveis més especialitzats i des de les entitats que aborden la problemàtica, però es percep que hi ha moltes dones que no reben cap acompanyament.

**La ubicació i les característiques dels centres de salut tenen una influència en l'ús que en poden fer les víctimes de violència masclista.**

De manera majoritària es posa de manifest la importància dels espais d'atenció i es considera que cal que siguin acollidors, tranquils, d'intimitat i de confidencialitat. Facilitar l'accessibilitat també ha estat un tema recurrent, especialment entre els experts i expertes en violència masclista, que han incidit en què cal que els centres siguin pròxims, i entre les entitats de dones del territori, que han remarcat la importància d'un bon sistema de transport públic.

#### Professionals de la salut

“Sens dubte, la distribució dels centres de salut és un punt fort important, s’ intenta en la mesura del possible que estiguin molt propers a la població”.

Dit això, el col·lectiu de professionals de la salut relata que encara hi ha moltes mancances en els espais d’atenció: consultes que no garanteixen l’anonimat i intimitat de les dones durant l’atenció (primària) perquè les converses poden sentir-se des de fora; serveis d’urgències que no tenen box tancats o que no sempre els tenen disponibles per atendre les dones que pateixen violència masclista amb intimitat; manca d’intimitat en el moment d’accedir als centres de salut i explicar el motiu de la seva consulta al personal de la recepció, etc.

La percepció majoritària és que l’atenció a la dona en salut ha millorat, i que hi ha més reflexió i acompanyament, però cal canviar la perspectiva androcèntrica, que en algunes ocasions és limitant i negativa, i que en tot cas depèn dels valors, actituds i sensibilitats de les professionals i que, de vegades, també s’exerceix violència institucional. Expertes en violència masclista recorden que *“Les dones es veuen sotmeses a moltes violències, violència obstètrica, violència ginecològica, no deixa de ser un dels pilars del model heteropatriarcal... la major part de professionals no són conscients d’aquestes violències que exerceixen, com moltes de les violències que hi ha dins de la societat”* (Experts i expertes en VM i salut). Expertes de la salut coincideixen que l’atenció a la dona està excessivament medicalitzada i que cal millorar-la a escala territorial.

El sistema sanitari necessita de professionals formats per atendre la violència masclista en la seva globalitzat.

Les entitats de dones del territori expressen que el sistema sanitari està preparat per fer una primera atenció i denúncia quan hi ha agressions físiques, però no per intervenir de manera global en l’atenció i l’acompanyament de situacions de violència masclista.

Els serveis de salut centralitzen l’atenció de la violència masclista a partir de figures referents (normalment dones) i sovint les treballadores socials de cada servei.

El col·lectiu de professionals de la salut comparteix la visió que els equips dels serveis sanitaris s’organitzen amb figures referents de violència masclista, encarregades d’atendre i fer el seguiment de dones en situacions de violència. No s’han detectat equips en què l’abordatge de la violència masclista estigui descentralitzat, en els quals les dones puguin ser ateses per qualsevol professional del servei en qüestió.

Des de la perspectiva de les entitats de dones del territori, els àmbits professionals més adequats per atendre els casos de violència masclista en l’àmbit de salut serien els perfils de psicologia i d’infermeria.

#### Professionals de la salut

“No sé perquè sempre hi ha una proximitat amb la infermera més que amb el metge... té un rol de més proximitat.”.

La treballadora social, en molts territoris, és la figura essencial en l’abordatge de la violència masclista.

El rol de la treballadora social dels centres d’atenció primària ha estat destacat en diverses ocasions com un rol molt important des de la perspectiva de les entitats de dones del territori. Alhora, però, professionals de la salut manifesten que la derivació de casos en aquesta figura referent genera dificultats de gestió perquè els casos de violència masclista solen arribar fora de l’horari laboral de la treballadora social, especialment als serveis d’urgències, i recau sobre la voluntat del o la professional que es pugui prosseguir amb l’atenció de les dones. S’explica que si les persones que atenen casos de violència masclista (quan no hi és la persona treballadora social) no els notifiquen, se’n perd el rastre i no se’n pot fer un seguiment.

L’abordatge de la violència masclista està estretament vinculat amb el moment vital de les dones i el nivell de consciència de la seva situació.

El col·lectiu de professionals de la salut explica que la voluntat, la disposició i les opcions que tenen les dones són clau a l’hora d’abordar la violència masclista d’una manera o d’una altra. De totes maneres, es considera que hi ha casos en què cal passar per sobre de la voluntat de les dones: quan es detecta que estan vivint situacions de risc (perquè la seva vida o la de les persones al seu càrrec està en perill).

Segons les entitats de dones del territori, el tracte que reben les dones podria millorar actuant en les mancances de l'atenció que s'expressen: la falta de temps i de recursos professionals, el baix nivell de formació i sensibilització d'alguns professionals, la rotació excessiva dels referents d'atenció i certa descoordinació que obliga les dones a haver d'explicar una vegada i una altra la seva situació, el seu trauma.

Les entitats de dones del territori també consideren que els i les professionals de la salut manquen d'un bon coneixement de la xarxa d'entitats i recursos existents als municipis, per tal d'oferir una bona informació.

### Seguiment a la consulta

Expertes en violència masclista coincideixen en la importància dels serveis socials per fer el seguiment, com també dels psicòlegs, però incorporen d'altres agents i apunten que els i les professionals de la salut també han de tenir un paper.

#### El paper dels i les professionals de la salut en l'atenció de les situacions de violència masclista.

Els col·lectius de professionals i experts de la salut coincideixen que haurien de tenir un paper d'acompanyament i coordinació amb diferents agents implicats en l'abordatge de la violència masclista.



"El seguimiento debería ser respetuoso. Los agentes responsables deberían prestar un apoyo integral, dando apoyo de contención psicológica, apoyo jurídico importante, que la sociedad no criminalice a las mujeres que han sufrido violencia como culpables de lo que han hecho."

Existeix la percepció generalitzada que psicologia té un paper fonamental en el seguiment i la recuperació de les dones en situació de violència masclista, que manquen recursos de psicologia per donar resposta a la es necessitats de les dones.

*"...Si es un maltrato psicológico... hay muy pocos psicólogos a nivel de ambulatorio... En Badalona... están colapsados (salud mental), entonces nosotras tenemos psicólogas voluntarias que atienden. Para que te envíen al psicólogo tienes que haber pasado por tu médico de cabecera" (Professionals de la salut)*

Les expertes en violència masclista consideren que el paper de seguiment des de salut hauria de fer-se principalment des de psicologia, centrant-se en salut mental i fent revisions per fer un seguiment de les patologies. I, alhora, entenen que "les entitats i el departament de salut (atenció psicològica) haurien de col·laborar, ja que les dones que pateixen violència masclista se senten més acompanyades per les entitats, de vegades perquè també algunes de les dones han patit aquesta violència". (Expertes i experts en vm i salut)

Les entitats de dones de certs territoris també parlen de la saturació dels serveis sanitaris, especificant el cas dels serveis de salut mental, en què es donen visites molt espaciades en el temps i no totes les dones poden accedir a una consulta privada (psicologia) que garanteixi la periodicitat necessària per atendre-les.

#### Tipus de seguiment de les dones en situació de violència masclista des de l'àmbit de la salut.

Per part de les entitats de dones del territori hi ha dues visions divergents respecte al model de seguiment que s'hauria d'implementar: una visió més intensiva i present, fent trucades i garantint una presència més important dels professionals de la salut, contra una visió menys intensiva que deixi fer més a les dones des de la seva autonomia.

*"L'acompanyament en el sentit que la dona anirà venint... en la relació amb el metge i en la relació amb la persona que exerceix aquesta violència té un cert cicle, té una part de culpa, una part de pena, una part de... per tant, hi ha una part d'anades i vingudes que són importants i aquí la gent de salut són persones que molts cops són sempre les mateixes... llavors jo crec que hi ha aquesta funció d'acompanyar: com estàs, has anat als serveis, has anat a l'advocat, és a dir, com està aquesta situació" (Professionals de la salut)*

Experts i expertes en violència masclista manifesten la necessitat que la dona víctima se senti acompanyada en tot moment, sobretot per part de les professionals sanitàries.

També apunten que el seguiment s'hauria de fer des de l'atenció psicològica, amb la monitorització dels casos i destacant la importància que la víctima rebí o tingui ajudes socioeconòmiques per evitar la dependència que pugui tenir amb l'agressor.

Les entitats de dones del territori també destaquen que el suport econòmic que necessiten les dones en situacions de violència masclista no es pot donar des dels serveis sanitaris, i d'aquí la importància de la coordinació amb d'altres agents implicats en l'atenció.

Experts i expertes en violència masclista apunten la possibilitat que les víctimes tinguin un referent únic que faci el seguiment, i remarquen la necessitat que es garanteixi un entorn segur on la dona que ha patit violència masclista pugui viure tranquil·la.

L'atenció des dels serveis sanitaris es percep com escassa donada la complexitat dels processos que transiten les dones que pateixen violència masclista.

Les entitats de dones del territori valoren que els suports que cal activar per a l'atenció de les dones desborden els que estan rebent des dels serveis sanitaris i no es percep predisposició i/o capacitat dels i les professionals de la salut per abordar les dimensions més psicològiques, familiars i econòmiques de les dones que pateixen situacions de violència masclista.

El col·lectiu de professionals de la salut verbalitza dificultats en l'atenció de casos de gran complexitat: dones que tenen normalitzada la violència masclista; dones grans; dones migrades que per qüestions culturals poden tenir més normalitzades situacions de violència; dones que no verbalitzen la seva situació de violència; dones amb barreres idiomàtiques que dificulten l'atenció...

Per part dels serveis sanitaris no es percep seguiment ni acompanyament a les dones en situació de violència masclista.

Els circuits estan pensats per denunciar i aturar les agressions, però no estan dissenyats per a la recuperació.

Pràcticament totes les entitats de dones del territori comparteixen la idea que després de la detecció i atenció inicial, de caràcter puntual, no es fa un seguiment que permeti acompanyar els processos de recuperació de les

dones. També s'especifica que hi ha massa rotació dels i les professionals de la salut que s'encarreguen del seguiment des dels serveis d'atenció.

Des de les entitats de dones del territori es percep que el circuit no està dissenyat per a la recuperació dels danys que han patit les dones ni per acompanyar-les en el després per a la seva recuperació.

Hi ha manca de coordinació entre els serveis de salut, en especial entre els serveis d'urgències i els d'atenció primària.

El col·lectiu de professionals de la salut relata que l'abordatge de la violència masclista té gaps atès que des de les urgències no hi ha una mirada sensible a la violència masclista per part de les seves professionals. En aquests casos, atenció primària no rep cap avís del fet que les dones ateses a urgències pateixen violència masclista. Per tant, les professionals de primària no poden fer el seguiment d'aquestes dones a les visites rutinàries.

La confidencialitat de les dades apareix com un problema a l'hora de derivar o fer el seguiment d'un cas.

El col·lectiu de professionals de la salut explica que la Llei de protecció de dades dificulta fer el seguiment de les dones que han patit violència masclista perquè un cop les dones han estat vinculades a un altre servei o recurs especialitzat, els i les professionals de salut ja no tenen accés a les seves dades. El seguiment amb el servei especialitzat de violència masclista no sempre és viable perquè no sempre es rep un retorn dels casos que es deriven per violència masclista a la xarxa especialitzada en el seu abordatge. Es donen casos en què professionals de la salut (sobretot a l'atenció primària) segueixen visitant les dones que han derivat prèviament, però desconeixen la seva evolució pel que fa a la situació de violència masclista.

### Derivació i coordinació

Els i les professionals de la salut apunten que les particularitats i l'heterogeneïtat de recursos segons els municipis també genera complexitats afegides en les tasques de derivació de casos de violència masclista.

Existeixen elements del circuit d'atenció que poden revictimitzar.

Hi ha gairebé unanimitat en el fet que la repetició de les explicacions sobre les situacions viscudes i el fet de revivir l'experiència a través del relat és un dels elements



més importants de la revictimització. Les derivacions inapropiades entre recursos i la manca de coordinació i de comunicació entre professionals generen situacions de revictimització.

El col·lectiu de professionals de la salut concreta que sovint les dones han de tornar a explicar les situacions de violència masclista que viuen a cada un dels professionals que visiten perquè no hi ha hagut un traspàs del cas quan es fa la derivació. El traspàs requereix el consentiment exprés de les dones. Quan no es realitza el traspàs entre els professionals, les dones han de repetir un relat i una experiència dolorosa cada cop que es troben amb una nova figura professional.

#### Derivacions entre serveis sanitaris i entitats de dones del territori i/o especialitzades en violència masclista.

Les entitats de dones del territori que reben derivacions des dels serveis sanitaris es queixen de sentir-se desbordades fent feina que en molts casos s'hauria d'assumir des dels serveis mateixos. Moltes vegades, els serveis sanitaris deriven els casos a entitats de dones del territori o a entitats especialitzades en violència masclista perquè els serveis de salut estan saturats i/o no saben com actuar.

Alhora, quan les entitats de dones especialitzades en l'atenció a situacions de violència masclista fan derivacions als serveis sanitaris, sovint acompanyen les dones perquè desconfien del tracte que puguin rebre si hi van soles.

Les entitats de dones del territori, menys especialitzades en abordar directament la violència masclista, expressen que a través de les activitats que desenvolupen també els arriben casos de dones que pateixen violència masclista. Aquestes entitats acostumen a derivar i/o acompanyar aquestes dones a serveis no sanitaris, com són el SIAD, els serveis socials o els Mossos.

#### La dispersió territorial, i les llistes d'espera, fa que moltes dones no tinguin accés a serveis especialitzats.

Els i les professionals de la salut expressen les dificultats d'accés a serveis especialitzats en aquells territoris amb més dispersió, especialment als SIE quan es tracta de dones que tenen pocs recursos econòmics o tenen persones al seu càrrec. El fet que els SIE estiguin en una comarca diferent d'aquella en què resideixen les dones agredides dificulta que hi accedeixin. Les entitats de dones del territori han remarcat la importància de

resoldre els desplaçaments i la mobilitat en els territoris, com també les dificultats d'accés a l'atenció psicològica del SIAD i del SIE, que tenen massa temps d'espera.

Els serveis estan saturats i en molts casos no donen l'abast per cobrir les necessitats de les dones que han patit situacions de violència masclista.

#### La manca de temps i d'eines comunes i transversals compliquen la coordinació entre els serveis.

Experts i expertes i professionals de la salut coincideixen que la coordinació de casos requereix que les diferents figures professionals de l'equip disposin de temps per reunir-se i treballar els casos que necessitarien anàlisis col·lectives. Aquest espai i temps de coordinació no està contemplat en les agendes professionals, principalment destinades a l'atenció assistencial.



"Normalment una limitació per al treball en xarxa sol ser la pressió assistencial."

#### Un reconeixement institucional pot millorar el funcionament dels circuits de violència masclista.

Els i les professionals de la salut denuncien que la manca de suport i reconeixement vers les tasques que realitzen les referents de violència masclista no contribueix a fer que els circuits territorials despleguin tot el seu potencial.

Els i les professionals de la salut reclamen la participació dels CAS en tots els circuits territorials de violència masclista. Els CAS donen servei en àrees territorials en què hi ha diversos circuits de violència masclista operant a la vegada (com per exemple diferents circuits comarcals). La persona referent de violència masclista del CAS no pot participar en tots els circuits de la seva àrea i alhora mantenir les seves tasques professionals al CAS.

Les entitats de dones del territori, sobretot les de caràcter més especialitzat en situacions de violència masclista, confirmen coordinar-se entre en elles, establint la creació de circuits "no oficials".

#### Les taules territorials de violència masclista són espais molt valorats.

El col·lectiu de professionals de la salut valora especialment les taules territorials com a espais per intercanviar consells, punts de vista, paradigmes, revisar l'abordatge de la violència masclista, compartir experiències, etc. La seva finalitat primordial és millorar la gestió de casos de violència masclista, alhora que tenen una funció de suport i d'intercanvi de coneixement entre les persones professionals que hi participen.

Des de les entitats de dones del territori es fa palès que cal millorar les coordinacions entre professionals i també l'articulació efectiva de les diferents polítiques existents. Esmenten experiències exitoses de coordinació entre entitats i serveis dins dels territoris i destaquen les taules comunitàries en què, tot i no parlar obertament de violència masclista, s'estableixen relacions i vincles de confiança entre professionals i entitats.

**La coordinació entre diferents professionals és més senzilla si aquests es coneixen.**

Els i les professionals de la salut evidencien que si no es coneixen apareix la por a compartir dades tan sensibles sobre les dones, tant per la confidencialitat de les mateixes com per la manca de confiança en l'ús o la discreció d'altres professionals.

### **Registre en la història clínica**

El col·lectiu de professionals de la salut comenta que la diferència de sistemes de registre, l'ús d'etiquetes diagnòstiques diferents per referir-se a la violència masclista i l'ús de diferents indicadors o proves per realitzar la detecció, dificulta que es pugui fer un abordatge integral de la violència masclista des dels diferents serveis.

**Percepció que el registre a la història clínica és un punt feble del sistema.**

Experts i expertes i entitats de dones del territori coincideixen en la percepció que manca un registre dels casos de dones maltractades que pateixen violència masclista de manera recurrent. El registre *"és un punt molt feble. La història clínica d'atenció primària i d'hospital informatitzada per poder incorporar aspectes de detecció i de seguiment a la història clínica. El més lògic hauria estat incorporar una eina operativa al registre de la història clínica: alarma, estructura, abordatge, detecció i seguiment."* (Experts i expertes en VM i salut)

**No hi ha consens sobre l'ús de les eines de registre.**

Entre els i les professionals de la salut no hi ha acord en si caldria registrar tots els casos en els quals s'intueix que hi pot haver violència masclista, en si l'etiqueta de violència masclista és massa estigmatitzant i s'hauria de crear una altra, en si s'hauria de poder registrar la violència masclista segons els seus nivells de gravetat, etc.

Es considera que l'etiqueta de violència masclista esdevé una caixa negra que amaga moltes situacions que caldria poder explicitar per fer-ne un bon abordatge. L'etiqueta de violència masclista identifica el fet, però no explica la situació de les dones.

Ara, la sospita de violència masclista no es registra amb cap etiqueta específica i queda fora del registre. Per tant, la sospita és un element que no pot ser abordat (o verificat) a partir del seu registre en el sistema. Fent ús d'eines com l'RVD-BCN per valorar el risc en què es troben les dones que pateixen violència masclista es posa de relleu que, quan es detecten situacions en què es valora que el risc és baix, no hi ha eines per registrar-ho com a lleu i, per tant, no es codifica amb l'etiqueta de "violència masclista".

A més, preocupa el fet que registrar la sospita pot amplificar els efectes d'estigmatització vers les dones.

Les eines de registre sovint no s'adeqüen a les situacions que es troben els i les professionals a les consultes, i això comporta que busquin estratègies per no haver de codificar amb l'etiqueta "violència masclista", com ara posar "refereix que...".

### **La història clínica compartida genera reticències a l'hora de registrar.**

El sistema informàtic genera incertesa als i les professionals de la salut per allò que poden entendre altres professionals que ho consultin. Es té por que s'estigmatitzi les dones pel fet de registrar violència masclista i, alhora, la variabilitat en què es manifesta la violència masclista, les seves etapes i els moments en que es troben les dones no queden necessàriament registrats a la història clínica.

Les reticències s'amplien si el que es registra a la història clínica pot ser consultat des del programa "La Meva Salut". Això es deu al fet que, en cas d'estar a "La Meva Salut", les dades poden ser consultades per les dones i, en el pitjor dels casos, pels homes agressors (si en controlen l'accés).

La confidencialitat en la història clínica pot dificultar la coordinació entre serveis.

El col·lectiu de professionals de la salut també fa referència a la Llei de protecció de dades com un entrebanc a l'hora de compartir dades entre professionals sobre dones que poden estar o estan patint violència masclista.

Actuació amb els fills i les filles i altres persones dependents, si n'hi hagués.

La percepció compartida entre les entitats de dones del territori i els experts i expertes de violència masclista és que el PAVIM no contempla l'entorn social de la dona, en aquest cas l'agressor o bé l'atenció dels fills i filles. Des de l'atenció sanitària hi ha poca predisposició i/o poca capacitat per abordar les situacions de violència masclista de manera integral i sistèmica en les seves dimensions més psicològiques, familiars i econòmiques.

Manca d'informació dels processos judicials, comunicat de lesions i l'informe mèdic corresponent.

Emetre, quan sigui procedent, el part de lesions i l'informe mèdic corresponent.

Hi ha una percepció generalitzada i confirmada pels professionals de la salut d'inseguretat i por a l'hora de participar en els processos judicials que es poden derivar de la detecció d'un cas de violència masclista.

La manca de coneixement sobre l'àmbit judicial, les implicacions que aquest pot tenir, i la falta de suport institucional fan que els i les professionals de la salut sentin solitud i inseguretat en aquests processos.

L'equip de professionals dels serveis de salut no sempre coneix el procediment legal en cas de detectar una situació de violència masclista (obligatorietat de denunciar, implicacions legals de la seva actuació...) i això genera inseguretat i sensació de poc control. El col·lectiu de professionals de la salut posa l'exemple del desconeixement sobre com fer correctament un comunicat judicial perquè aquest sigui efectiu davant del jutge.

Experts i expertes també expliciten la necessitat de seguretat jurídica dels i les professionals de salut, i el dilema ètic que genera la denúncia a la fiscalia. *"Per als professionals, la denúncia és un mal de cap perquè no se senten protegits. Fan detecció, hi ha lesió lleu, teòricament*

*s'ha de fer «part» de lesions i la dona diu que es troba bé i no vol denunciar. Si el professional denuncia en aquest cas hi ha una lesió física, però on es faria constar una lesió psicològica o un cas de relacions sexuals forçades?"* (Experts i expertes en VM i salut)

El context judicial no sempre garanteix ni protegeix les dones víctimes de violència masclista ni l'equip professional que les atén.

El col·lectiu de professionals de salut explica com, quan declaren a favor de les dones maltractades, poden veure's qüestionats (com a persones competents en el diagnòstic) per les defenses quan aquestes volen desvalorar les proves o els relats que aporten els i les professionals de la salut.

Els i les professionals de la salut tampoc no tenen cap mena de suport institucional (formació, assessorament, suport, etc.) quan van als judicis a declarar a favor de les dones que pateixen violència masclista.

Preocupa als i les professionals de salut que tant els informes com els comunicats judicials de violència masclista que realitzen inclouen el nom de les persones que els han signat. Els i les professionals de la salut s'exposen a les possibles represàlies dels agressors o les seves famílies, que poden rastrejar i identificar el o la professional de la salut que signa l'informe.

### Els informes nominatius posen en risc la seguretat del o la professional.

El personal expert de la salut comenta que el fet que les comunicacions a fiscalia es tramitin com a denúncies que activen el circuit de manera automàtica dificulta la comunicació de casos en què no hi ha violència física o la situació de la dona no aconsella una actuació immediata. Anteriorment, s'havia disposat d'un "comunicat a fiscalia" que permetia informar amb més proximitat, disminuint la tensió dels i les professionals de la salut mitjançant la comunicació de situacions sense una actuació immediata de fiscalia; actualment, però, aquesta comunicació es tramita com a denúncia.

Forta sensació d'abandonament institucional vers els i les professionals que estan treballant en els protocols i circuits de violència masclista.

Els i les professionals de la salut posen de manifest que no es reconeixen totes les tasques que fan les persones

referents de la violència masclista en el seu abordatge. A vegades, les formacions, les coordinacions fora d'horari laboral o la mateixa participació en l'avaluació del PAVIM depenen sols d'elles mateixes, ja que no reben cap mena de suport o reconeixement per fer aquestes tasques.

Els espais de supervisió existents són de caràcter informal i s'organitzen a partir de l'autogestió de l'equip professional.

Els i les professionals de la salut denuncien que la supervisió de casos de violència masclista, sobretot en els casos complexos, no compta amb un espai específic i un temps en l'organització dels i les professionals. El seguiment i la coordinació dels casos acaben depenent de la motivació i la voluntat de les persones en què recauen.

07/

# Propostes de millora. Cap a un nou model integral d'abordatge de la violència masclista

De la participació d'entitats de dones del territori, professionals de la salut i experts i expertes en salut i en violència masclista, han sorgit múltiples propostes de millora que poden orientar el nou model d'abordatge de la violència masclista.

A continuació es presenta el recull de les propostes de millora dels diferents participants, identificats segons els símbols corresponents:

- Professionals de la salut
- ▲ Entitats de dones
- Persones expertes en salut i en violència masclista

Per començar, es planteja la necessitat d'un canvi en l'orientació del PAVIM per millorar el coneixement, la implementació i el seguiment del nou model d'abordatge de la violència masclista de Salut. En aquest sentit, algunes de les propostes de millora que s'han plantejat són:

## Propostes generals per al nou model

Ampliar la mirada en l'abordatge de la violència masclista des de Salut incorporant l'experiència de les dones i la intervenció amb l'agressor.	■ ▲ ●
Simplificar els protocols i fer-los més operatius emfatitzant la clínica de la violència masclista, especificant els recursos necessaris i adaptant-los als professionals per tot el territori.	■ ●
Planificar la comunicació per assegurar el coneixement del nou model d'abordatge de la violència masclista en salut.	●
Que el format digital i les xarxes siguin elements clau en la difusió.	●
Informar les entitats de dones i els agents del territori dels circuits i protocols de salut.	▲
Definir indicadors de seguiment per a l'avaluació periòdica del protocol.	●
Incorporar la valoració de les dones respecte del tracte que han rebut en cadascuna de les fases del protocol.	■



## Prevenió

Garantir el dret a la formació i fer-la obligatòria per a tots i totes les professionals.	▲ ●
Tractar la violència masclista com un diagnòstic clínic des d'un abordatge sistèmic, equitatiu i compartit que impliqui tots i totes les professionals de la salut.	■
Incorporar als continguts bàsics i obligatoris dels graus de medicina i infermeria coneixements sobre la violència masclista, els protocols i els circuits.	■
Planificar una formació adaptada, aplicada al dia a dia professional, i sostinguda en el temps, en què es treballin els indicadors de detecció, les eines de valoració del risc que existeixen actualment, els registres adequats i que facilitin un possible procés judicial.	●
Formar els i les professionals de la salut incidint en la presa de consciència sobre la diversitat de violències que poden patir les dones.	▲
Incorporar coneixements de l'àmbit judicial formant tots i totes les professionals de salut sobre els procediments, les implicacions legals per a les dones i els i les professionals de la salut i, concretament, la redacció del comunicat de lesions.	■
Incloure en totes les formacions realitzades des de l'àmbit de la salut, la concepció que l'abordatge de la violència masclista és un problema de salut.	■
Formar els i les professionals d'administració (recepcions i taulells) en violència masclista, especialment en com tractar aquestes situacions de manera adequada garantint la confidencialitat de les dones que la pateixen.	▲
Oferir suport i formació per a la prevenció a les entitats de dones que estan fent tasques preventives.	▲
Dotar de més recursos els i les professionals de salut per garantir l'atenció adequada de col·lectius específics en situació de violència masclista sexual, com les treballadores sexuals, les dones transgènere i en situació de tràfic d'essers humans amb finalitat d'explotació sexual.	▲
Potenciar la prevenció a partir del treball comunitari amb estratègies de treball grupal, de suport entre iguals, i de treball amb col·lectius específics, incorporant agents socials clau i la diversitat de dones i homes no hegemòniques.	■ ●
Promoure des de Salut la constitució de grups de dones que han patit violència masclista per crear xarxes de suport.	▲
Potenciar les comissions de treball de professionals dins de les àrees bàsiques de salut per realitzar tasques preventives sobre violències masclistes, destinades a la població en general i de manera coordinada amb d'altres agents del territori.	■
Intensificar les accions preventives adreçades a la infància, l'adolescència i a les famílies.	■ ▲
Potenciar programes de sensibilització adreçats a joves als centres educatius amb sessions periòdiques centrades en la violència masclista.	■
Fomentar campanyes de sensibilització i educació sexoafectiva enfocades a l'adolescència.	▲
Ampliar el temps de la Tarda Jove, augmentant el nombre de sessions com també el temps destinat a tractar temes de violència masclista en aquest espai.	■
Utilització de les TIC com a eina per a la prevenció a través de persones influents a les xarxes, amb campanyes per a diferents perfils, com a eina de denúncia, com a xarxa de suport entre dones, etc.	●
Facilitar que els materials estiguin en diverses llengües per arribar a grups de població que queden fora del circuit.	●
Realitzar campanyes adreçades específicament a dones amb diversitat funcional i a dones grans.	●
Fer una prevenció a les escoles específicament adreçada a nois en edat escolar per deslegitimar rols i actituds tòxiques i incorporar nous referents de masculinitat.	▲
Incorporar la sensibilització i la prevenció de la violència masclista en els grups de treball adreçats a homes futurs pares sota l'organització de l'ASSIR.	▲



## Detecció

Disminuir la pressió assistencial i millorar el temps d'atenció per a la detecció de violència masclista a les consultes.	●
Consolidar els CAP com a servei sanitari principal per a la detecció i l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de salut de manera que la ciutadania l'assumeixi com a servei referent.	▲
Incorporar les preguntes de detecció bàsiques garantint la disponibilitat de recursos per donar resposta a les situacions detectades de violència masclista.	■ ●
Garantir la realització d'entrevistes des de l'escolta activa i l'observació assertiva introduint preguntes de detecció davant de qualsevol element de sospita.	●
Dissenyar un sistema de cribratge que permeti abordar la violència psicològica i aprofundir en els símptomes de salut mental per detectar si és violència masclista.	■
Introduir preguntes de detecció de la violència masclista des del servei de pediatria per a la detecció a través dels fills i les filles de dones que pateixen violència masclista, aprofitant el vincle existent.	■
Donar a conèixer, entre els i les professionals de la salut, els indicadors de sospita per a la detecció de casos de violència masclista que no són explícits o evidents	■
Incorporar la simptomatologia clínica associada a la violència masclista com un indicador de detecció.	■
Afegir al registre un sistema d'avisos de violència masclista a partir de la combinació de diferents diagnòstics per augmentar la detecció, evitant estigmatitzar les dones.	■
Proporcionar una eina de detecció, dins del sistema informatitzat, de fàcil accés per poder realitzar un diagnòstic clar i senzill amb codis universals, compartits i homogenis.	■
Crear una eina amb indicadors de conductes de risc en homes per detectar possibles casos de violència masclista a partir dels agressors.	■
Generar una bateria d'indicadors específics per a dones grans que puguin ser utilitzats també al centres residencials de gent gran (entitats de dones del territori).	▲
Reforçar l'ús dels indicadors i les preguntes de cribratge en la detecció en aquells territoris on no s'estan utilitzant de manera sistemàtica.	■
Donar a conèixer la recerca aplicada, les tècniques i les eines que existeixen actualment per a la valoració del risc en violència masclista.	●
Donar a conèixer i fer accessible, posant-la a l'abast dels i les professionals de la salut, l'eina de valoració del risc RVD-BCN.	■
Garantir la rapidesa en l'atenció del sistema de salut per a l'abordatge de les situacions de violència masclista, millorant la percepció d'utilitat i la confiança que les dones tenen en el sistema.	●
Disposar d'un servei de traducció i mediació cultural per a l'atenció, quan la llengua és una barrera.	■
Deixar de responsabilitzar únicament les dones davant la detecció o denúncia de situacions de violència masclista i centrar esforços també en detectar els agressors.	▲



## Atenció i recuperació

Garantir l'equitat territorial i la disponibilitat de recursos segons les necessitats específiques de cadascuna de les regions sanitàries, considerant el tipus de territoris rurals, semirurals i urbans.	■ ▲ ●
Facilitar que tots els centres de salut siguin espais accessibles, acollidors, tranquils, d'intimitat i de confidencialitat per a l'atenció de situacions de violència masclista.	■ ▲ ●
Que les consultes garanteixin l'anonimat, la privacitat i la intimitat de les dones quan estan sent ateses (a primària), evitant que les converses es puguin sentir des de fora.	■
Garantir que la totalitat de professionals de la salut coneixen la xarxa d'atenció i els recursos per a l'abordatge de la violència masclista del territori.	■
Curar la intimitat en l'accés inicial als serveis, als taulells de recepció, en el moment de comunicar el motiu de consulta al GiS (l'administració) o de fer altres gestions.	■
Garantir la capacitat de detecció i l'abordatge de la violència masclista les 24 hores del dia als serveis d'urgències.	■
Millorar la comunicació entre els professionals d'urgències i l'equip de treball social.	■
Enfortir la coordinació i la comunicació entre el serveis d'urgències i d'atenció primària per millorar el seguiment dels casos de violència masclista.	■
Garantir l'accés als centres sanitaris resolent problemes de mobilitat als territoris amb dificultats de transport públic, especialment quan les dones han d'adreçar-se a serveis que no es troben al seu municipi i cercar estratègies perquè els serveis especialitzats puguin donar resposta a les dones d'arreu del territori, per exemple, oferint serveis itinerants.	▲ ●
Garantir que tots i totes les professionals de la salut coneguin la xarxa d'atenció i els recursos per a l'abordatge de la violència masclista del territori.	▲
Crear grups de treball amb el personal de l'àmbit de la salut per prevenir la violència institucional i la revictimització.	▲
Reconèixer el valor i el paper que fan els grups de dones dels territoris en l'acompanyament i el suport a les dones que pateixen o han patit violència masclista (entitats de dones del territori).	
Traslladar als i les professionals de la salut que l'acompanyament i el seguiment en situacions de violència masclista és imprescindible i forma part del seu rol professional.	■ ●
Incrementar els recursos destinats a salut mental per garantir l'atenció psicològica a les dones que pateixen o han patit situacions de violència masclista, amb la periodicitat i la durada necessàries.	■ ▲ ●
Valorar la creació d'espais d'atenció específica a la violència masclista tenint en compte la importància que les dones en aquesta situació no coincideixin amb el seu agressor en els espais d'atenció.	●
Evitar la segregació d'espais perquè això dificulta mantenir l'anonimat i la privacitat de les dones en situació de violència masclista.	▲
Incorporar el treball en xarxa i la coordinació en l'activitat diària dels i les professionals de la salut amb els circuits d'atenció a la violència masclista, evitant la revictimització de les dones.	●
Crear i institucionalitzar espais de treball en equip en casos de violència masclista, incorporant les diferents figures professionals i els serveis dels circuits d'atenció implicats.	■ ▲ ●
Reforçar la figura del professional de referència i el treball en equip per incorporar una perspectiva multidisciplinària dels casos que millori l'atenció.	■ ▲ ●
Incrementar i garantir la presència de professionals de treball social durant tot l'horari d'obertura dels diferents serveis de salut.	■



Incorporar la figura de pediatria a les taules comarcals de violència de manera regular, atès que pot representar o representa una via més de detecció de casos de violència masclista.	■
Incorporar als equips comarcals agents externs com ara els professionals dels jutjats i les entitats del territori que gestionen casos de violència masclista.	■
Que els serveis sanitaris siguin proactius a l'hora de coordinar-se amb les entitats del territori i els facilitin un millor coneixement dels serveis de salut i dels circuits existents.	▲
Incorporar cases d'acollida a la xarxa de serveis de tots els circuits de violència masclista, tenint present les particularitats de cada territori.	■ ▲
Incorporar al servei domiciliari de salut les visites a les dones que han patit violència masclista als pisos d'acollida.	▲
Potenciar el treball corporal de les dones a través de tallers gestionats des de Salut per facilitar la seva recuperació.	▲
Crear una història clínica de la unitat familiar que integri totes les persones de la unitat familiar i permeti una atenció sistèmica més acurada a la situació.	■ ▲
Unificar el sistema de registre de casos incorporant en un sol registre els sistemes informàtics que ara estan sectorialitzats, integrant els sistemes de registre de l'àmbit de salut i de l'àmbit social que no estan intercomunicats.	■
Facilitar la tasca de registre amb un sistema operatiu en què quedin definits els indicadors clau de violència masclista en salut.	●
Identificar la violència masclista als sistemes de registre sense que pugui ser vist des de «La Meva Salut» per evitar generar situacions de perill per a les dones.	■
Possibilitar que a la còpia del comunicat que legalment s'ha de lliurar a la dona atesa no s'expliciti el diagnòstic de violència masclista.	■
Coordinar els protocols de violència en la infància amb els de violència masclista per garantir actuacions ràpides i efectives.	●
Visualitzar la infància com a víctima de la violència masclista.	●
establir unes pautes d'actuació quan la dona no vol denunciar però hi ha infants a càrrec, afavorint la coordinació amb els equips pediàtrics.	■
Recuperar una comunicació intermèdia dels professionals de la salut amb la fiscalia, per informar i treballar de manera conjunta.	■
Nominar els informes i comunicats judicials a partir del número de col·legiació professional per evitar la inseguretat i l'exposició directa de l'equip professional.	■
Crear i institucionalitzar espais de suport, cura i supervisió per als i les professionals de la salut, on abordar l'impacte emocional associat a l'atenció de situacions de violència masclista.	■ ▲ ●
Crear espais i xarxes d'intercanvi de bones pràctiques professionals en l'abordatge de la violència masclista des de l'àmbit sanitari.	●

## Propostes de millora per a un nou model integral d'abordatge de la violència masclista

### LA PREVENCIÓ

**La formació, una estratègia bàsica** per a treballar la violència masclista.

**1** Formar incidint sobre la **diversitat de les violències masclistes**.

**2** Planificar una **formació continuada i obligatòria**, amb els indicadors de detecció, les eines de valoració del risc, els registres i la vinculació amb el procés judicial.

**La sensibilització i la difusió,** accions a treballar.

Potenciar **programes periòdics de sensibilització sobre la violència masclista dirigits als joves**.

**3** **4** Fer xarxa entre les dones que han patit violència masclista per crear grups de suport.

**5** Incorporar la **prevenció de la violència masclista** en els grups de treball adreçats a homes.



### LA DETECCIÓ

**6** Disposar d'una **eina de detecció, en sistema informatitzat**, amb codis universals, compartits i homogenis.

**7** Facilitar un **servei de traducció i mediació cultural** per l'atenció a dones de diferents cultures.



### L'ATENCIÓ I LA RECUPERACIÓ

**8** **Garantir l'equitat territorial i la disponibilitat de recursos** segons les necessitats i tipus de territori.

**9** Facilitar que els **centres de salut afavoreixin la intimitat i la confidencialitat** per a l'atenció de situacions de violència masclista.

**10** Enfortir la **coordinació i la comunicació** entre els serveis d'urgències i d'atenció primària.

**11** Generar espais de **treball interdisciplinaris, i reforçar les figures professionals de referència**, per seguiment de casos de violència masclista.

**12** Incorporar en els **equips comarcals** que atenen casos de violència masclista, **professionals dels jutjats i de les entitats del territori**.

**13** Potenciar la **gestió de tallers corporals per a les dones**, facilitant la recuperació de la seva salut.

**14** Vincular i coordinar l'atenció i les actuacions del protocol de la **violència en la infància amb el de la violència masclista**.

**15** Generar espais de suport, cura i supervisió **per als i les professionals de la salut**, associat a l'atenció de situacions de violència masclista.



Les propostes que es presenten són aquelles que han tingut un major consens entre les persones participants, els i les professionals de la salut, les entitats de dones i els i les expertes en salut i violència masclista. Per a més informació consultar l'informe Avaluació del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya.

# Conclusions.

## Claus per al canvi

La present avaluació ha volgut copsar i compartir el coneixement col·lectiu, obtingut a partir de la participació de professionals de la salut, experts i expertes en salut i en violència masclista i entitats de dones del territori, per orientar l'elaboració del nou model estratègic per a l'abordatge de la violència masclista des de la salut.

S'ha avaluat el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya a partir de la detecció de necessitats i febleses en l'atenció de les violències masclistes a les nou regions sanitàries del país i, alhora, s'han recollit propostes de millora aportades des de l'experiència i l'expertesa dels i les participants en la present avaluació.

Així mateix, aquesta avaluació s'ha completat amb l'exploració de dades de RWD per aproximar-nos al fenomen, amb una mirada territorial, i poder avançar en la millora de la recollida de la informació i el seu tractament per a posteriors anàlisis.

Aquest procés ha permès identificar alguns dels elements rellevants en l'elaboració del nou model d'abordatge de la violència masclista des de l'àmbit sanitari. A continuació fem esment d'aquells que han estat considerats més essencials:

### 1 Evitar la normalització de la violència masclista i fomentar noves masculinitats.

Cal fer una aposta a mitjà i llarg termini, centrant els esforços en la prevenció de situacions de violència masclista, i ampliant la mirada des d'un model d'abordatge que tingui present allò que fa invisibles algunes situacions de violència per arribar a totes les dones.

Alhora, és imprescindible interpellar els homes amb estratègies preventives que també els tinguin en compte, que qüestionin els tradicionals rols de gènere i aportin nous referents de masculinitat més saludables.

### 2 La formació adreçada als i les professionals de la salut.

S'apunta una doble estratègia que aposta, d'una banda, per la formació bàsica de tot el col·lectiu de professionals de la salut en la detecció i l'abordatge de situacions de violència masclista amb perspectiva de gènere. I, de l'altra, pel reforç de la formació especialitzada adreçada als i les referents en violència masclista als serveis de salut.

És important planificar la formació dels i les professionals de la salut, des dels graus inicials en medicina i infermeria i els programes de formació bàsica adaptats i aplicables al dia a dia professional, fins a la formació més especialitzada en l'àmbit judicial o en els aspectes del circuit d'atenció.

### 3 Els recursos i l'equitat territorial.

L'accés als recursos i la seva disponibilitat arreu del territori és un factor rellevant que pot esdevenir determinant per a la detecció i l'atenció de situacions de violència masclista.

En aquest sentit, és important que el model d'abordatge tingui en compte els recursos disponibles a cadascun dels territoris per articular estratègies i circuits adaptats a la realitat territorial i que permetin garantir l'equitat en l'atenció arreu del país.

### 4 Els canvis estructurals i organitzatius.

L'abordatge integral de situacions de violència masclista des de la salut requereix la introducció de canvis organitzatius valents, que incorporin el treball en equip i el treball en xarxa en el dia a dia de l'atenció professional.

Cal reforçar la figura dels i les referents en violència masclista als serveis de salut, incorporant perfils professionals d'infermeria i psicologia, i organitzar i planificar el treball en equip i el treball en xarxa com a espais imprescindibles de coordinació i gestió dels casos de violència masclista.

## 5 Els sistemes de registre.

Les decisions entorn dels sistemes de registre tenen implicacions rellevants en la detecció, el seguiment i la derivació i coordinació dels casos de violència masclista.

En aquest sentit, és fonamental el consens en un sistema de registre que afavoreixi una atenció integral dels casos de violència masclista i la coordinació amb els i les professionals de la xarxa d'atenció, garantint la seguretat i la privacitat de les dones.

Cal una eina de registre unificada, clara, operativa i segura que permeti accedir al coneixement de la realitat que pateixen les dones, i de la prevalença d'aquestes situacions en la població, per tal d'articular estratègies d'atenció i preventives amb els recursos necessaris per fer front a aquesta xacra social arreu del territori.

## 6 La comunicació i el seguiment.

Per a la implementació efectiva del nou model és imprescindible planificar la comunicació de manera que els i les professionals de la salut i altres agents que formen part dels circuits d'atenció en siguin coneixedors.

Igualment, és necessari incorporar indicadors de seguiment que permetin avaluar a partir del coneixement, el funcionament i la implementació del nou model d'abordatge de la violència masclista, tenint en compte les diferents realitats territorials.

## 7 Els espais de suport dels i les professionals de salut.

És especialment important reforçar i incorporar, en el dia a dia professional, els espais de suport i cura dels i les professionals de la salut, necessàries per dur a terme les tasques d'acompanyament de les dones en situació de violència masclista.

Per tal de donar resposta a les necessitats d'atenció de les dones que pateixen situacions de violència masclista, és imprescindible garantir el benestar dels i les professionals que els han d'oferir suport i acompanyament.

Cal reconèixer i posar en valor aquesta tasca de seguiment tan necessària per a la recuperació de les dones que han patit i pateixen situacions de violència masclista.

# Limitacions de l'avaluació

---

En la present avaluació destaquem que s'han produït algunes dificultats relacionades principalment amb dos tipus de limitacions que han estat presents al llarg de tota l'avaluació i han condicionat el desenvolupament general i els resultats finals.

En primer lloc, el calendari.

L'encàrrec incorporava un calendari especialment exigent, que suposava l'inici de l'avaluació l'agost del 2019, amb la necessitat de finalitzar el projecte abans d'acabar l'any.

Tota l'avaluació s'ha hagut d'ajustar a aquest requeriment, compactant totes les etapes del projecte i agilitzant especialment el procés participatiu realitzat a les nou regions sanitàries, de manera que, en cinc mesos, s'ha realitzat un procés d'avaluació que habitualment s'allargaria durant un període d'un any.

La disponibilitat de més temps hauria permès més intensitat en el treball de camp realitzat, amb més participació en alguns territoris en què han estat absents certs perfils professionals o certes entitats de dones, com també la incorporació de la visió d'algun expert o experta que, per motius de calendari, no ha pogut participar en l'avaluació.

La segona limitació està relacionada amb els registres de dades i la seva qualitat.

En l'anàlisi de la violència masclista, les dades disponibles són generalment escasses i presenten algunes dificultats. En el cas específic que ens ocupa, s'ha fet una anàlisi a partir de dades secundàries de les bases de dades disponibles dels sistemes públics de salut. Un exercici que aporta un nou coneixement i que cal posar en valor però que, alhora, cal llegir amb cautela, sent conscients de les limitacions actuals dels registres existents; la multiplicitat de codis disponibles per etiquetar situacions de violència masclista, el fet que sovint es registra mitjançant

codis inespecífics com a "altres maltractaments sense especificar", i que sols es concreta el tipus de violència com a psicològica o física en un 30% dels casos, en serien exemples.

En aquest sentit, els consensos entorn als sistemes de registre i l'ús d'aquests per deixar constància de les situacions de violència masclista que pateixen les dones, poden afavorir una salt qualitatiu en la quantitat i qualitat de les dades disponibles, que permeti futures anàlisis més exhaustives, de gran interès per a l'abordatge de la violència masclista des de la salut.

# 10/ Glossari

---

**Androcentrisme.** Sistema de relacions socials mitjançant el qual les estructures econòmiques, socioculturals i polítiques que situen l'home com a centre de tot; visió del món i de la cultura des del punt de vista masculí, que es configura com la mesura de totes les coses, i oculta altres realitats, entre d'altres, la de les dones, infravalorant o negant les aportacions de les dones a la societat i a la cultura, així com el seu àmbit experiencial. (Direcció General de Planificació en Salut, 2019.)

**Apoderament de les dones.** Procés pel qual enforteixen llur potencial i autonomia, coneixen millor llurs capacitats i participen activament en la superació dels obstacles que són a la base de la infravaloració que han patit històricament. (Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes.)

**Assetjament per raó de l'orientació sexual, la identitat de gènere o l'expressió de gènere.** Qualsevol comportament basat en l'orientació sexual, la identitat de gènere o l'expressió de gènere d'una persona que tingui la finalitat o provoqui l'efecte d'atemptar contra la seva dignitat o la seva integritat física o psíquica o de crear-li un entorn intimidador, hostil, degradant, humiliant, ofensiu o molest. (Llei 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia.)

**Atenció.** El conjunt d'accions destinades a una persona perquè pugui superar les situacions i les conseqüències generades per l'abús en els àmbits personal, familiar i social, tot garantint-ne la seguretat i facilitant-li la informació necessària sobre els recursos i els procediments perquè pugui resoldre la situació. (Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.)

**Cis o cissexual.** Fa referència a una persona que no és trans, és a dir que s'identifica amb la identitat de gènere que li ha estat assignada en néixer. (Direcció General d'igualtat, 2018.)

**Coeducació.** L'acció educadora que potencia la igualtat real d'oportunitats i valora indistintament l'experièn-

cia, les aptituds i l'aportació social i cultural de dones i homes, en igualtat de drets, sense estereotips sexistes, homofòbics, bifòbics, transfòbics o androcèntrics ni actituds discriminatòries per raó de sexe, orientació sexual, identitat de gènere o expressió de gènere. (Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes.)

**Cribatge universal.** Recerca sistemàtica indiscriminada aplicada a un conjunt per tal de descobrir-hi els elements afectats d'alguna particularitat. Consisteix en l'aplicació de procediments de selecció (qüestionaris, exploracions físiques, proves complementàries) a poblacions d'individus aparentment sans, per tal de detectar malalties subclíniques o identificar les persones que presenten factors de risc per a desenvolupar una malaltia determinada.

**Desigualtat de gènere.** Situació social en què hi ha una relació entre homes i dones caracteritzada principalment per la subordinació de les dones respecte als homes en la majoria d'àmbits de la vida i un grau diferent d'accés als recursos i a la informació i que té l'origen en el desenvolupament de les societats sexistes, androcèntriques i patriarcals. (Direcció General de Planificació en Salut, 2019.)

**Detecció.** La posada en funcionament de diferents instruments teòrics i tècnics que permetin identificar i fer visible la problemàtica de la violència masclista, tant si apareix de forma precoç com de forma estable, i que permetin també conèixer les situacions en les quals s'ha d'intervenir, per tal d'evitar-ne el desenvolupament i la cronicitat. (Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.)

**Trans.** El terme trans engloba a totes aquelles persones que s'identifiquen amb un gènere diferent a l'assignat al néixer o que expressen la seva identitat de gènere de manera no normativa, com les persones transsexuals, transgènere, crossdressers, travestis, genderqueers, tercer gènere, agènere, etc. Aquesta diversitat s'expressa afegint un asterisc a la paraula trans. (Direcció General de Planificació en Salut, 2017.)

**Equitat de gènere.** La distribució justa dels drets, els beneficis, les obligacions, les oportunitats i els recursos sobre la base del reconeixement i el respecte de la diferència entre dones i homes en la societat. (Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes.)

**Feminisme.** Conjunt de corrents de pensament, teories socials i pràctiques polítiques que es caracteritzen per una crítica oberta a la desigualtat social entre dones i homes, qüestionant les relacions entre sexe, sexualitat, poder social, polític i econòmic, posant especial èmfasi en la promoció dels drets de les dones. (Direcció General de Planificació en Salut, 2019.)

**Gènere.** Construcció cultural mitjançant la qual s'adscriuen rols socials, actituds i aptituds diferenciats per a homes i dones en funció del seu sexe biològic que depèn d'un determinat context socioeconòmic, polític i cultural i està afectat per altres factors com són l'edat, la classe, la raça i l'ètnia. (Direcció General de Planificació en Salut, 2019.)

**Heteronormativitat.** Reforç que s'observa, per part de moltes institucions socials, de determinades creences sobre el suposat paral·lelisme entre sexe, gènere i sexualitat, el qual es dona per fet. (Direcció General d'igualtat, 2018.)

**Igualtat de gènere.** La condició d'ésser iguals homes i dones en les possibilitats de desenvolupament personal i de presa de decisions, sense les limitacions imposades pels rols de gènere tradicionals, per la qual cosa els diferents comportaments, aspiracions i necessitats de dones i d'homes són igualment considerats, valorats i afavorits. (Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes.)

**Interseccionalitat.** És una eina que ens permet visibilitzar, analitzar i intervenir en situacions de desigualtat des d'una aproximació complexa, que té en compte que els eixos d'opressió no actuen de forma independent sinó interrelacionada. (Gerard Coll-Planas i Roser Solà-Morales, 2019.)

**Masclisme.** Actitud i comportament de prepotència exercida generalment pels homes que imposa com a valor preponderant els trets diferencials atribuïts a l'home i s'instrumenta mitjançant la justificació o la promoció d'actituds discriminatòries, contra les dones, silenciant-les o menyspreant-les. (Direcció General de Planificació en Salut, 2019.)

**Perspectiva de gènere:** La presa en consideració de les diferències entre dones i homes en un àmbit o una activitat per a l'anàlisi, la planificació, el disseny i l'execució de polítiques, tenint en compte la manera en què les diverses actuacions, situacions i necessitats afecten les dones. La perspectiva de gènere permet de visualitzar dones i homes en llur dimensió biològica, psicològica, històrica, social i cultural, i també permet de trobar línies de reflexió i d'actuació per eradicar les desigualtats. (Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes.)

**Prevenció.** El conjunt d'accions encaminades a evitar o reduir la incidència de la problemàtica de la violència masclista per mitjà de la reducció dels factors de risc, i impedir-ne així la normalització, i les encaminades a sensibilitzar la ciutadania, especialment les dones, en el sentit que cap forma de violència no és justificable ni tolerable. (Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.)

**Recuperació.** L'etapa del cicle personal i social d'una dona que ha viscut situacions de violència en què es produeix el restabliment de tots els àmbits danyats per la situació viscuda. (Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.)

**Sensibilització.** El conjunt d'accions pedagògiques i comunicatives encaminades a generar canvis i modificacions en l'imaginari social que permetin avançar cap a l'eradicació de la violència masclista. (Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.)

**Victimització secundària o revictimització.** El maltractament addicional exercit contra les dones que es troben en situacions de violència masclista com a conseqüència directa o indirecta dels déficits –quantitatius i qualitatius– de les intervencions dutes a terme pels organismes responsables, i també per les actuacions desencertades provinents d'altres agents implicats. (Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.)

**Violència de gènere.** La que exerceixen els homes sobre les dones en les relacions de parella o exparella o situació anàloga d'afectivitat, encara que no hi hagi convivència, i també s'estén sobre els fills o filles de la víctima, sempre que tingui connexió amb la situació de violència de gènere sobre la mare. (Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de Mesures de Protecció contra la Violència de Gènere.)

**Violència masclista.** La violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, les intimidacions i les coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat. (Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.)

**Violència psicològica.** Comprèn tota conducta o omisió intencional que produeixi en una dona una desvaloració o un patiment, per mitjà d'amenaques, d'humiliació, de vexacions, d'exigència d'obediència o submissió, de coerció verbal, d'insults, d'aïllament o qualsevol altra limitació del seu àmbit de llibertat. (Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.)

**Violència sexual i abusos sexuals.** Comprèn qualsevol acte de naturalesa sexual no consentit per les dones, inclosa l'exhibició, l'observació i la imposició, per mitjà de violència, d'intimidació, de prevalença o de manipulació emocional, de relacions sexuals, amb independència que la persona agressora pugui tenir amb la dona o la menor una relació conjugal, de parella, afectiva o de parentiu. (Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.)

**Vulnerabilitat.** Risc que corre una determinada persona o població de patir situacions de discriminació o d'exclusió, que inclou el risc de no tenir capacitat per a fer-hi front i el grau de dificultat per sortir-se'n. Des del punt de vista dels drets humans, és preferible usar la denominació població o persona en situació de vulnerabilitat en lloc de població o persona vulnerable. (Direcció General de Planificació en Salut, 2019.)



- › Abela, Jaime "Las técnicas de Análisis de Contenido: una revisión actualizada" 2003, En: <http://www.fundacion-centra.org/pdfs/S200103.PDF>
- › Agència de Salut Pública de Catalunya. *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2018.
- › Albertín, Pilar, Antonia Dorado i Irene Matés, comp. *Intervención-investigación en violencias de género. Políticas sociales. Articulaciones en la red socioprofesional. Conocimiento y análisis feministas en la comunidad universitaria*. Girona: Documenta Universitaria. Universitat de Girona, 2015.
- › Bericat, Eduardo. *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Barcelona: Ariel, 1998.
- › Circuit Barcelona contra la Violència vers les Dones. *Protocol RVD-BCN de valoració del risc de violència contra la dona per part de la seva parella o exparella*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Consorci Sanitari de Barcelona. Institut Català de les Dones, 2011.
- › Coll-Planas, Gerard i Roser Solà-Morales. Igualtats Connectades. *Guia per incorporar la interseccionalitat a les polítiques locals*. Ajuntament de Terrassa, Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya, CEPS Projectes Socials, 2019.
- › Commission of the European Communities. *Responding to strategic needs: reinforcing the use of evaluation: SEC(2007)213*. Brussel·les: SEC, 2007.
- › "Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència contra les dones i la violència domèstica". *Council of Europe Treaty Series*, núm. 210, de 11/05/2011.
- › Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. *El impacto de la violencia de género en España: una valoración de sus costes en 2016*. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, 2016.
- › Departament d'Interior. *Enquesta de violència masclista a Catalunya (EVCN)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament d'Interior, 2016.
- › Departament de la Presidència. *Pla de Govern 2007-2010*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència, 2010.
- › Dhillon, Lovely i Sara Vaca. "Refining Theories of Change". *Journal of MultiDisciplinary Evaluation* 14, núm. 30 (2018): 64-87.
- › Direcció General d'Igualtat. *Guia per a la incorporació de la diversitat sexual i de gènere a les universitats catalanes a partir de la Llei 11/2014*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2018.
- › Direcció General de Planificació en Salut. *Guia per a la introducció de la perspectiva de gènere en la planificació en salut*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2019
- › Direcció General de Planificació en Salut. *Model d'atenció a la salut de les persones trans\**. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2017.
- › Direcció General de Planificació en Salut. *Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2016.
- › Direcció General de Planificació i Avaluació. *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Document marc*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009.
- › Direcció General de Planificació i Avaluació. *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2009.
- › Fernández de Sanmamed, M<sup>a</sup> José. "Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria". *Atención Primaria* 23, núm. 8 (1999): 453-4.
- › Hankivsky, Olena. *Intersectionality 101*. Burnaby: Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University, 2014.
- › Íñiguez Rueda, Lupicínio. "Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales". *Atención Primaria* 23, num. 8 (1999): 496-502.
- › Institut Català de les Dones. *Pla de polítiques de dones del govern de la Generalitat de Catalunya 2008-2011*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones, 2008.
- › Ivàlua. *Guia pràctica 1. Com iniciar una avaluació: oportunitat, viabilitat i preguntes d'avaluació*. Barcelona: Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques, 2009.
- › Larson, Elizabeth, Asha George, Rosemary Morgan i Tonia Poteat. "10 Best resources on... intersectionality with an emphasis on low- and middle-income countries". *Health Policy and Planning* 31, núm. 8 (octubre 2016): 964-969.

- › Lillo, Nieves i Elena Roselló. *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Editorial Narcea, 2001.
- › "Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció contra la violència de gènere". *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 313, de 29/12/2004.
- › "Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista". *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, núm. 251/VIII, del 28 d'abril de 2008. Barcelona: Publicacions del Parlament de Catalunya, 2009.
- › "Llei 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia". *Quaderns de legislació 100*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2016.
- › "Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes". *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6919, de 21/97/2015.
- › Martínez-Salgado, Carolina "El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias" *Ciencia & Saude Colectiva*, 17 (13) 2012, 613-619.
- › Ministerio de Sanidad y Consumo. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- › Observatori de la Igualtat de Gènere. *Violències masclistes 2019*. Dossier estadístic. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones, 2019.
- › Organització Mundial de la Salut, Escola d'Higiene i Medicina Tropical de Londres i Consell Sud-africà d'Investigacions Mèdiques. *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación*. Ginebra: Organització Mundial de la Salut, 2013.
- › Organització Mundial de la Salut. *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*. Ginebra: Organització Mundial de la Salut, 2014.
- › Pla, M. (1999) "El rigor en la investigación cualitativa" *Aten Primaria*, 24 (1999): 295-300.
- › "Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género". *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 188, de 4/08/18.
- › Servei Català de la Salut. *Memòria 2018*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. CatSalut, 2019.
- › Valle Moreno, Soledad. "La Interseccionalidad como herramienta metodológica para el análisis cualitativo de las vivencias de las mujeres víctimas de violencia de género: caleidoscopio de desigualdades y múltiples discriminaciones". *Atas - Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales* 3 (2016): 203-207.
- › World Health Assembly, 49. *Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20-25 May 1996: summary records and reports of committees*. Ginebra: Organització Mundial de la Salut, 1996.
- › World Health Organization. *Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers*, 2019.

# Col·laboradores i col·laboradors

Agraïm molt sincerament les aportacions de totes les persones que han participat en la construcció d'aquesta avaluació del PAVIM: al col·lectiu de professionals de la salut en medicina, pediatria, infermeria, psiquiatria, psicologia, obstetrícia, ginecologia, treball social i educació social dins dels àmbits sanitaris de l'atenció primària,

hospitals, ASSIR, CAS, CSMA, SEM i CSMIJ. Societats científiques; a expertes i experts en salut i violència masclista; als referents sanitaris territorials i a totes les entitats de dones del territori que en el dia a dia acompanyen a dones, infants i adolescents en el seu procés de recuperació.

Agustín Pardo Casado  
Alba Pérez Luna  
Alberto Villamor Ordozgoiti  
Ana Ballesteros  
Ana M. Pujol Sarrià  
Ana Rocio Ciudad Padilla  
Ana Rodríguez Terrón  
Anna Isabel Sánchez Larroja  
Anna Marchal Torralbol  
Anna Mont Canela  
Anna Morero Beltrán  
Anna Porta Ferré  
Antoni Vives  
Antònia Fernández Oliver  
Antonio Andrés Pueyo  
Assumpta Tardà Serra  
Beatriu Jerez Sancho  
Beatriu Masià  
Belén Escalada Quiros  
Belén Perez Jimenez  
Bernat Escudero  
Carolina Bollo Muñoz  
Carles Barcons Comellas  
Carme Arasa  
Carme Celma López  
Carme de Castro Vila  
Carme Marquilles Bonet  
Carme Monserrat  
Carme Riu i Pasqual  
Carme Valls Guallar  
Cinta Monclús Arasa  
Clara Rives Roura  
Cristina Isabel Gallardo Sánchez  
Cristina Martínez Bueno  
Dulce Las Arroyo

Elena Alcover Bloch  
Elena Bernat Capdevila  
Elena Bienvenido Saura  
Elisabet Márquez Nicuesa  
Ester Carrasco Cavia  
Ester Losada Sanjúan  
Esther Celda García  
Esther Colell Ortega  
Eva Martínez García  
Fanny Galeano Hernández  
Fàtima Vela Dies  
Gemma Falguera  
Gemma Illa Sagarra  
Gemma Martínez Santiago  
Gemma Solanas i Bacardit  
Glòria Bassets i Pagès  
Glòria Roig  
Gloria Ruíz Aragón  
Graciela Pereira  
Griselda Esquerra Montseny  
Guillem Homet  
Heinrich Geldschläger  
Helena Díaz Durán  
Imma Vilagrassa Perich  
Immaculada Tomás Castillo  
Isabel Fernández Delgado  
Isabel Parra Uribe  
Isabel Sadurní Sabaté  
Israel Delchi  
Jaume Muñoz Fernández  
Jesús Cabañas Fernández  
Joan Carles Mateu  
Joan Tremoleda Sintés  
Jordi Llorens Arasa  
Jorgina Piferrer Martí

Judith Pelegrí Álvarez  
Laia Capel Mir  
Laia Rosich  
Laura Giménez Jordan  
Laura Olivart i Mor  
Lola Aguilar Redorta  
Lucia Artazcoz  
M<sup>a</sup> Carme Català  
M<sup>a</sup> Jesús Ribes Farré  
M<sup>a</sup> José Escudé Aubanell  
Marçal Vinardell Serrasolsas  
M<sup>a</sup> Antònia Noguera  
M<sup>a</sup> Assumpció Sala i Figuls  
M<sup>a</sup> Elena Pizarro Fernández  
M<sup>a</sup> Eloisa Vioque Calero  
M<sup>a</sup> Inmaculada Companys Ferrán  
M<sup>a</sup> Jesús Sotelo Borjas  
María Mambiona Vicente  
Maria Martinez Pascual  
M<sup>a</sup> Salut Martínez Ferrer  
M<sup>a</sup> Teresa Cantero Escalà  
M<sup>a</sup> Teresa Faixedas Brunsoms  
Mariona Auradell Corominas  
Marisa Garreta Burriel  
Marta Ballester Albarracín  
Marta Fabrega Aymar  
Marta García Pastor  
Meritxell Puig i Garcia  
Miriam Boira Costa  
Montse Bonet  
Montse Celdrán  
Montse Garcia  
Montse Graell Tor  
Montse Iglesias Solí  
Montse Pineda

Montserrat Espuga Garcia	Rosa Codina i Casas	Susana Garcia Blanco
Montserrat Martínez Rodríguez	Rosa López Cervelló	Susana Rodríguez Pereiro
Neus Font Gómez	Rosa M <sup>a</sup> Pérez Navarro	Tere Solé Martín
Neus Jové Edo	Rosa Tarré	Teresa Echeverría Vallejo
Noemí Pou Canales	Rosalía Solé Fortuny	Teresa González Nieto
Núria Carré Llopis	Rosario Pérez Sanz	Teresa Mur Martí
Núria Jové Fondi	Roser Durano Palacín	Valentí Pineda
Núria León	Roser Fonts Canals	Victòria Mir Labalsa
Oriol Porta	Roser Martínez Mendez	Wendy Raquel Espinosa
Patricia Ricart	Ruth Solé Gallart	Xavier Duran Carvajal
Pere Rimbau	Sara Ferrando Esquerre	Xavier Sintès
Pere Torner Pifarré	Sara Ortiz Escalante	Xus Torrelles Pijuan
Pilar Babi Rourera	Simón Sas Cruz	Yadira Morales
Pilar Romera Lorenzo	Sònia Ponce López	Yolanda Canet Estévez
Ramón Piñol Llovera	Sònia Soler Navas	Yolanda Martínez Ortega
Rosa Almirall	Susana Durant Quilez	Zoe Herrera Pérez

## Entitats de dones

Abrera Contra la Violència de Gènere	Associació Som Dones de Taradell
Acció Lila	Associació Valentes i Acompanyades
Àmbit Dona - Fundació Àmbit Prevenció	Blanquerna
Assessorax't Tarragona	Comissió de l'Horta de la Federació d'Associacions de Veïns de Lleida
Associació Antisida	CooperAcció
Associació Atzavara-Arrels	Creu Roja
Associació Colors de Ponent. Col·lectiu LGTBIQ de Lleida	Dhides, Dones i Homes per la Igualtat i el Desenvolupament
Associació d'Assistència a Dones Agredides Sexualment	Dona Balàfia Associació
Associació de Dones Blanca Almendro	Dones amb Empenta
Associació de Dones de Duesaigües	El Safareig
Associació de Dones de la Vallalta	Federació d'associació de dones de Les Garrigues
Associació de Dones de Valls	Grup de Dones del Vendrell
Associació de Dones del Pallars Sobirà "La geganta desperta"	Grup dones Congrés
Associació de Dones Rosa d'Abril de Pallars Jussà	Grup Feminista de Ponent
Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears	Grupo de Mujeres del Barrio de Can Mariner
Associació en Defensa dels Drets de les Dones en Situació d'Exclusió i Marginació Social (GENERA)	Hèlia, Associació de suport a les dones que pateixen violència de gènere
Associació Esfera	L'Observatori d'Igualtat de Tracte i Oportunitats
Associació LIKA (Llibertat, Igualtat i Koeducació en Acció)	Plataforma de Vila-Seca
Associació Moritz	Sitges Social LGTBI
Associació Obre't Ebre	Teixit de Dones de Mataró
Associació Per a Igualtat en Arán	Unitat Canina Gossos
Associació Refem	

# 13/ Annexos

## ANNEX 1. Metodologia i tècniques d'investigació

La metodologia utilitzada se sustenta en els models d'avaluació de polítiques públiques. Les polítiques públiques són intervencions o programes que l'administració pública impulsa per tal d'aconseguir millorar el benestar de la ciutadania (Ivàlua, 2009). En el cas que ens ocupa, es detecta una problemàtica social i cultural que afecta al benestar de les dones i al de les seves filles i fills en termes de les seves llibertats com a individus i a la seva salut. La implementació del PAVIM, com a programa, pretén mitigar aquesta problemàtica i millorar la situació actual mitjançant la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones que han patit o pateixen violència masclista així com de les seves filles i fills, actuant des de l'àmbit sanitari i considerant l'entorn associatiu i els experts i expertes que aborden en el seu dia a dia aquesta problemàtica.

L'avaluació d'una política pública valora les intervencions dels òrgans públics segons els seus productes i els seus impactes, amb relació a les necessitats que pretenen satisfer, i té com a objectiu facilitar informació rigorosa, basada en evidències empíriques, per a la presa de decisions (CE, 2007). En el cas de la implementació del PAVIM, aquesta avaluació es concreta en conèixer la valoració de les activitats, les mesures, els mecanismes i la presa de decisions dutes a terme pels i les professionals de la salut per abordar la violència masclista des dels serveis sanitaris mitjançant la implementació del protocol. L'avaluació del PAVIM s'ha portat a terme considerant la interacció de la teoria del canvi, l'interseccionalitat i la perspectiva de gènere, aplicant la metodologia mixta, quantitativa i qualitativa.

El disseny de l'avaluació parteix d'una concepció mixta per mesurar i entendre la realitat que és objecte d'estudi i incorpora la complementaritat entre ambdues metodologies quantitativa i qualitativa (Bericat, 1998; Fernández, 1999). Aquesta concepció mixta es considera la més adequada per aproximar-nos a la problemàtica de la violència masclista, com a realitat complexa i considerant la multiplicitat de factor

de caràcter social (estructurals) i identitaris (individuals) que interseccionen en el fet de ser dona i patir aquest tipus de violència, la qual troba el seu origen, precisament, en l'estructura patriarcal que caracteritza a la nostra societat.

### Aproximació quantitativa

Per obtenir una primera imatge de la magnitud del fenomen de la violència masclista es realitza una anàlisi quantitativa de les dades generades pel Real World Data (RWD). Aquestes dades fan referència al 2018 i recullen la informació sobre les dones de 15 anys o més ateses als serveis sanitaris de Catalunya que han estat diagnosticades a la seva història clínica amb un codi de violència masclista, segons els codis del CIM-10 (Annex 4). Es recullen les variables sociodemogràfiques (l'edat, la procedència, el nivell socioeconòmic), les dades clíniques (diagnòstics clínics) i sobre l'ús dels recursos sanitaris (nombre de visites a l'atenció primària). Es realitza una anàlisi descriptiva i univariada mitjançant els percentatges de les característiques de la població d'estudi, la prevalença de la violència masclista i la mitjana anual de l'ús de recursos. La població de dones atesa per violència masclista a Catalunya l'any 2018 és de 5.510 casos. Les fonts de dades utilitzades són: CMBD-Alta hospitalària, CMBD-Atenció Primària, CMBD-Urgències, CMBD-Salut Mental Ambulatoria i el Registre Central de Persones Assegurades (RCA) de CatSalut.

### Aproximació qualitativa

Per a l'anàlisi qualitativa s'han utilitzat les tècniques de recollida de dades del grup de discussió i l'entrevista en profunditat semiestructurada. Aquestes dues tècniques, treballades de forma complementària, han permès copsar i entendre quines són les necessitats i valoracions de la implementació del PAVIM mitjançant els discursos construïts col·lectiva i individualment pels i les professionals de la salut, les entitats de dones i dels experts i les expertes en violència masclista i salut.

S'ha utilitzat un tipus de **mostreig intencional**. Aquest tipus de mostreig qualitatiu consisteix en seleccionar als participants de forma intencionada per les seves possibilitats d'oferir informació profunda i detallada sobre el tema de recerca. Un dels principals aspectes que segueix aquest tipus de mostreig és la comprensió del fenomen d'estudi i els processos socials que l'envolten en tota la seva complexitat (Pla, 1999). En aquesta línia s'han considerat per als grups de discussió, els i les professionals de la salut procedents d'aquells serveis sanitaris a qui va adreçat el PAVIM: equips d'atenció primària, centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i professionals de les consultes d'atenció especialitzada, com ara obstetrícia i ginecologia, salut mental i addiccions o traumatologia, i urgències hospitalàries. A més s'ha comptat amb el suport dels referents territorials per establir els contactes. La **mostra de professionals de la salut** està constituïda per 104 participants, dels quals el 94% han estat dones.

La **mostra d'entitats de dones** està constituïda per 33 entitats i s'ha seleccionat considerant, per una banda, el vincle de l'entitat amb la temàtica de la violència masclista, i per l'altra, l'heterogeneïtat en els col·lectius als que va dirigida l'entitat, per tal d'incloure una mirada interseccional (dones: immigrades, grans, joves, etc.).

Tots els grups de discussió es van realitzar a les seus de les regions sanitàries de cada regió.

La **mostra dels i les expertes en violència masclista i salut**, també va ser intencional. Interessava copsar l'expertesa de participants que poguessin aportar diferents punts de vista del fenomen proporcionant una mirada complementària a la complexitat de la temàtica. Es van entrevistar a 34 experts i expertes en violència masclista i salut, la mitjana de duració de les entrevistes va ser d'una hora aproximadament.

Els **guions per als grups de discussió i les entrevistes semiestructurades** (Annex 2) es van dissenyar a partir de l'estructura que presenta en PAVIM, és a dir, es van elaborar diferents preguntes al voltant de cada fase: la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació.

Es va realitzar una transcripció selectiva de les dades qualitatives procedents dels grups de discussió i de les entrevistes per tal d'obtenir els verbatim que recollim amb més claredat les diferents opinions, necessitats i experiències envers el PAVIM i cadascuna de les seves fases, amb l'ajuda del programa per a l'anàlisi de dades qualitatives Atlas.ti.

La tècnica d'interpretació utilitzada ha estat l'**anàlisi de contingut**. Aquesta tècnica d'interpretació de les dades qualitatives permet identificar aquells elements manifestos en els discursos i aquells que són latents (Abela, 2003). Per portar a terme aquesta anàlisi s'han utilitzat un conjunt de categories (Annex 3) per tal de mostrar la transparència, la sistematització i facilitar la replicació de la informació obtinguda sobre els elements als que fa referència el PAVIM, com són les seves fases i els aspectes essencials que incorpora cadascuna d'elles (coneixement del PAVIM, indicadors d'ajuda, mitjans de registre, valoració del cribratge, per mencionar algunes). Aquest sistema d'interpretació facilita fer una cerca orientada sobre les temàtiques tractades a les entrevistes i als grups de discussió, de manera que estableix uns objectius clars i transparents en les preguntes que es formulen i la seva interpretació, fent possible el camí cap a la saturació dels discursos. La saturació fa referència al punt en el qual s'ha recollit una certa diversitat de idees i amb cada entrevista o grup de discussió addicional no apareixen elements nous (Martínez-Salgado, 2012).

## ANNEX 2. Guions utilitzats als grups de discussió

### GUIÓ DEL GRUP DE DISCUSSIÓ DE PROFESSIONALS DE LA SALUT

Presentació de les persones integrants del grup: dinàmica inicial per trencar el gel.

#### 1. Coneixement del PAVIM

- › Coneixeu el PAVIM? L'apliqueu?
- › Utilitzeu algun altre protocol? Quin? (Cal omplir la fitxa adjunta.)

#### BLOC 1. DETECCIÓ

- › Com feu la detecció de casos?
- › Què us ha funcionat? Què no us ha funcionat?
- › Quines propostes faríeu per millorar el procés de detecció?

Elements a considerar:

- › Indicadors d'ajuda a la detecció, preguntes de sospita
- › Ús i eines de registre – TIC?
- › El registre actual no cribra per perfils actuals
- › Efectivitat de les eines de detecció de casos
- › Cribratge
- › Indicadors d'ajuda a la detecció de conductes de risc en els homes, especialment en homes que van al CAS
- › Interseccionalitat: hi ha alguns casos més complexos de detectar?

#### BLOC 2. ATENCIÓ

- › Què feu en l'atenció dels casos de VM?
- › Què us ha funcionat? Què no us ha funcionat?
- › Quines propostes faríeu per millorar l'atenció?

Elements a considerar:

- › Procediments i activació del circuit d'atenció, referent del cas, agents i recursos implicats i coordinacions amb altres agents
- › Diferències en funció del territori molt visibles
- › Les accions del protocol comprometen la seguretat dels professionals? Disposeu de suport i acompanyament?
- › Les accions del protocol comprometen la seguretat de la dona-pacient? Comunicat de lesions? Com i quan es gestionen les denúncies?
- › Fer emergir la controvèrsia latent
- › Interseccionalitat: hi ha alguns casos més complexos a l'hora d'atendre (invisibilitzacions)?

#### BLOC 3. RECUPERACIÓ

- › Com treballau la recuperació? Què es pot fer per contribuir a la recuperació?
- › Què us ha funcionat? Què no us ha funcionat?
- › Quines propostes faríeu per millorar el protocol?

Elements a considerar:

- › Seguiment: es fa seguiment?; qui el fa?; valoració i adequació; retorn als agents del territori?
- › Recursos: coordinació entre recursos del territori (treball en xarxa)
- › Interseccionalitat: hi ha alguns casos més complexos a l'hora de poder fer una recuperació?

#### BLOC 4. PREVENCIÓ

- › Feu accions de prevenció?
- › Què us ha funcionat? Què no us ha funcionat?
- › Quines propostes faríeu per millorar la prevenció? A qui? Com?

Elements a considerar:

- › Sensibilització: accions de sensibilització, canals de comunicació usats, campanyes de sensibilització en la població diana, efectivitat, durada, eines TIC
- › Formació: es fan formacions?; valoració de les formacions, professionals diana, paritat de gènere; n'han rebut?
- › Interseccionalitat: hi ha alguns casos més complexos a l'hora de fer la prevenció?

#### 2. Eixos transversals

- › Teniu en compte els estàndards de servei?
- › Heu pogut tenir en compte el tema de la victimització secundària?
- › Com feu la coordinació amb recursos del territori (més enllà de l'atenció): circuit de VM...?

#### 3. Considereu que aquest protocol té un impacte més enllà de l'àmbit sanitari?

#### 4. Voleu afegir alguna cosa més que no hagi sortit fins ara?

## GUIÓ DEL GRUP DE DISCUSSIÓ D'ENTITATS DE DONES DEL TERRITORI

**Presentació de les persones integrants del grup:** dinàmica inicial per trencar el gel.

### BLOC 1. DETECCIÓ

**Introducció:** Una de les vies d'entrada per a la detecció de casos de violència masclista és la xarxa de salut. Per les seves responsabilitats i especificitats, és un dels àmbits de treball privilegiats per a la detecció de situacions de violència masclista, ja que tothom en algun moment de la vida passa per la consulta mèdica. En aquest sentit...

1. **Visió de la detecció des del sistema de salut:** Considereu que els centres sanitaris del vostre territori, amb les seves particularitats, són un bon lloc per detectar casos de VM? Per què? Segons la vostra opinió, en quins àmbits del sistema de salut es detecten més freqüentment casos de VM? Considereu que són els adequats? (Recordem els àmbits assistencials a les participants.)
2. **Indicadors de detecció en el sistema de salut:** Com a entitats, en què creieu que s'han de fixar els professionals sanitaris per detectar que una dona pot estar vivint una possible situació de VM?
3. **Casos de VM en entitats:** Coneixeu algun cas de violència masclista al vostre territori? Han arribat casos de violència masclista a les vostres entitats? Com van arribar a la vostra entitat les dones que van patir o pateixen violència masclista? Van arribar derivades des del sistema de salut? Per iniciativa pròpia? Acompanyades per algú de confiança? Vosaltres, com a entitats, realitzeu derivacions a serveis de salut?
4. **Seguretat/resistències:** Per part de les dones que han patit o pateixen violència masclista, heu trobat resistències per acudir al servei de salut? Quines? En cas de no conèixer casos de VM, penseu que les dones que han patit o pateixen violència masclista poden ser reticents a acudir al servei de salut del vostre territori? (*Indaguem si aquestes resistències tenen a veure amb qüestions vinculades a la percepció de seguretat/inseguretat de la dona o amb altres qüestions.*)
5. **Indicadors d'ajuda a la detecció "mirada home":** Penseu que des de la sanitat s'hauria de realitzar alguna actuació concreta amb els homes?

**Categories d'anàlisi:** idoneïtat de la detecció des del sistema de salut, àmbits més adequats, indicadors per a la detecció en el sistema de salut, casos a l'entitat i derivacions, resistències de les dones envers el centre de salut, indicadors de detecció per a "l'home"

### BLOC 2. ATENCIÓ

6. **Coneixement del protocol i del circuit d'atenció de sanitat:** Com a entitat de dones (especialista o no en l'àmbit de la violència masclista), teniu coneixement de protocols o circuits que s'estiguin utilitzant des del sistema de salut per atendre els casos de violència masclista al vostre territori? A quins àmbits sanitaris considereu que pertanyen els professionals que més freqüentment atenen casos de violència masclista? Considereu que són els adequats?
7. **Valoració de l'atenció sanitària:** Des del vostre coneixement com a entitat, podríeu valorar quina és l'atenció sanitària que reben les dones que han patit o pateixen violència masclista? (*Valoració del circuit sanitari, si el coneixen.*) Les dones-pacients se senten acompanyades, assessorades, qüestionades, etc.?
8. **Coordinació amb els agents del territori:** La vostra entitat es coordina directament amb els serveis de salut per abordar aquesta (violència masclista) o altres problemàtiques? En cas afirmatiu, com es realitza aquesta coordinació? Quins agents del territori hi estan implicats? Quins aspectes de millora es poden proposar? En cas negatiu, creieu que caldria fer-ho? Com? Amb quina finalitat pràctica?

**Categories d'anàlisi:** coneixement del protocol, circuit sanitari, àmbits assistencials, valoració de l'atenció sanitària en les dones, acompanyament en el procés, coordinació amb el sistema de salut, agents implicats en el territori, propostes de millora

### BLOC 3. PREVENCIÓ

9. **Accions de sensibilització:** Com a entitat, feu prevenció en violència masclista? En cas afirmatiu, en què consisteix (a qui va dirigida, efectivitat, barreres o dificultats, etc.)? Considereu que les accions de prevenció que realitzeu com a entitat poden ser comple-



mentàries amb les accions que es porten a terme des del sistema de salut?

**Categories d'anàlisi:** accions de sensibilització: prevenció, dificultats, població diana, efectivitat, vinculació amb el sistema de salut

#### BLOC 4. RECUPERACIÓ

10. **Seguiment des del sistema sanitari:** Segons us manifesten les dones, quin seguiment tenen dels casos de VM des del sistema sanitari? Quina relació ha mantingut la dona amb el sistema sanitari després de la detecció? Com a entitat/associació, teniu algun tipus de contacte amb els serveis sanitaris del vostre territori? Amb quins àmbits i professionals?

**Categories d'anàlisi:** relació/seguiment sanitat, vincle/coordinació amb serveis sanitaris, àmbit assistencial, professionals de contacte

#### BLOC 5. TANCAMENT

11. Des de la vostra perspectiva com a entitat del territori, com valoraríeu la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació (circuit sanitari) en els casos de VM?

**Categories d'anàlisi:** punts forts, aspectes a treballar, propostes de millora

## GUIÓ DE L'ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA ALS I LES EXPERTES EN VIOLÈNCIA MASCLISTA I EN SALUT

Presentació dels integrants del grup: dinàmica inicial per trencar el gel.

### BLOC 1. GENERAL – INTRODUCCIÓ

Començarem l'entrevista formulant preguntes sobre qui ets, quines tasques desenvolupes i el teu coneixement de les VM.

#### 1. En què consisteix la teva feina i quina relació té amb la violència masclista?

- 1.1. Funcions específiques desenvolupades.
- 1.2. Valoracions de les estratègies portades a terme des del teu àmbit. (Impacte de les tasques desenvolupades en l'erradicació de la VM)
- 1.3. Característiques de les persones ateses a les quals van adreçades les estratègies (origen, edat, gènere, nivell socioeconòmic, nivell educatiu...)

#### 2. Pregunta afegida per a agents no sanitaris

- 2.1 Coneixes el que s'està fent en l'àmbit sanitari per abordar la violència masclista?
- 2.2 En cas positiu, valoracions, consideracions i dificultats.

### BLOC 2. CONEIXENÇA DEL PAVIM

El 2009, el Departament de Salut va desenvolupar el PAVIM, el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Aquest protocol proporciona circuits d'actuació per a la prevenció, detecció, atenció i recuperació en situació de VM.

#### 3. Quin és el teu grau de coneixement del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut de Catalunya, 2009?

- 3.1 I quin ús en fas?
- 3.2 Dimensions del protocol amb més aplicació (prevenció, detecció, atenció i recuperació)
- 3.3 Comunicació i difusió del protocol
- 3.4 Valoració del protocol, consideracions, punts forts i punts febles
- 3.5 Propostes de millora

4. Grau de coneixement i d'aplicació i altres protocols específics.

5. Pregunta afegida per a agents no sanitaris

5.1 Consideres que l'elaboració i la posada en pràctica del protocol sanitari ha tingut algun tipus d'impacte en el vostre àmbit d'actuació?

5.2 Presència de l'àmbit sanitari en les teves actuacions.

5.3 Coordinació amb diferents agents comunitaris (treball en xarxa).

### BLOC 3. DETECCIÓ

6. On considereu que es detecten/s'atenen més casos de violència masclista? (entitats de dones, policia, serveis socials, escola, salut...)

7. Indicadors utilitzats per a la detecció de casos.

8. Amb quines dificultats per a la detecció creieu que es troben els i les professionals i quines propostes introduiríeu per millorar la detecció?

### BLOC 4. ATENCIÓ

9. Penseu que la ubicació i les característiques del centre de salut influeix en l'ús que en fan les dones que pateixen violència masclista? Penseu que aspectes com, per exemple, l'accés en transport públic, l'entrada, les sales d'espera o l'habilitació de la consulta/box, tenen algun efecte, positiu o negatiu, en les dones que pateixen VM? (*temes d'accessibilitat, de percepció de confortabilitat, autonomia, seguretat, zones d'accés públic i els elements de connexió equipament-espai públic*)

10. Com creieu que hauria de ser l'atenció que reben les dones en situació de VM des dels professionals de la sanitat? Heu tingut l'oportunitat de saber quina valoració fan les dones que han estat ateses en l'àmbit sanitari de l'atenció rebuda? (*acompanyades, escoltades, qüestionades, etc.*)

11. Considereu que hi ha, o hi poden haver, elements del circuit de detecció, atenció i recuperació en casos de VM que revictimitzin la dona? Quins són? Com creieu que es podrien reduir/treballar/eliminar? (*posar en dubte, que la dona doni massa explicacions, fer-la voltar pel circuit..*)

12. Coneixeu si hi ha actuacions o circuits específics en l'àmbit sanitari dedicats a la infància en situació de violència masclista? Com creieu que hauria de ser l'atenció adreçada als infants que han observat o han viscut i patit situacions de violències masclistes? Consideres interessant vincular/coordinar el protocol de violència a la infància amb el protocol de violència masclista? Què proposes?

### BLOC 5. RECUPERACIÓ

13. Com penseu que hauria de ser el seguiment dels casos de violència masclista i quins haurien de ser els agents responsables de realitzar-lo? Quin creieu que hauria de ser el paper dels professionals sanitaris?

### BLOC 6. PREVENCIÓ

14. Què és per a tu la prevenció en VM? Quines accions creus que es podrien dur a terme en aquest sentit des de l'àmbit sanitari?

### BLOC 7. TIC

15. Quin paper juguen les noves tecnologies en les violències masclistes?

15.1. A quin nivell: prevenció, detecció, atenció, recuperació?

15.2. Quines potencialitats o oportunitats creieu que ofereixen?

### BLOC 8. TANCAMENT

16. A més del protocol esmentat anteriorment, com valoraries altres actuacions que es realitzen des de Salut en l'abordatge de la VM?

16.1. Valoració de l'atenció a la dona des de Salut.

16.2. Mecanismes d'acompanyament i suport a les professionals sanitàries que atenen casos de VM.

16.3. Dificultats i propostes de millora des de Salut.

17. Ja estem arribant al final, si penses que tens alguna cosa que consideres rellevant que vols comentar en relació a les VM i l'àmbit sanitari, ara és el moment!

## ANNEX 3. Categories d'anàlisi per als grups de discussió

### Estructura de les categories per al grup de discussió de professionals de la salut

BLOCS	CATEGORIES D'ANÀLISI
0/ <b>INTRODUCCIÓ</b>	Coneixement del PAVIM Canal/s de coneixement del PAVIM Ús d'altres protocols
1/ <b>DETECCIÓ</b>	Indicadors d'ajuda a la detecció Preguntes davant la sospita Mitjans de registre Avaluació de les eines de detecció Propostes de millora per a la detecció Valoració del cribratge Utilització del cribratge Accions cap a l'home Indicadors per a la detecció de conductes de risc
2/ <b>ATENCIÓ</b>	Circuit d'atenció del protocol Procediments Accions Coordinació amb altres agents del territori Utilització dels recursos del territori Seguretat dels professionals Acompanyament dels professionals Seguretat dona-pacient Comunicat de lesions i denúncies
3/ <b>PREVENCIÓ</b>	Sensibilització Canals de comunicació Població diana Efectivitat Durada Ús de les eines TIC Formació i valoració Àmbits dels professionals assistents Paritat de gènere Propostes per a la prevenció
4/ <b>RECUPERACIÓ</b>	Seguiment Àmbit dels professionals sanitaris Adequació dels àmbits dels professionals per al seguiment de casos de VM Retorn dels agents Dificultats per al retorn Recursos Coordinació amb els recursos i les entitats del territori Contribució des del sistema de salut Propostes per a la recuperació
5/ <b>TANCAMENT</b>	Valoració del PAVIM Punts forts Punts febles Propostes de millora del PAVIM Oportunitats

## Estructura de les categories per al grup de discussió d'entitats de dones

<b>BLOCS</b>	<b>CATEGORIES D'ANÀLISI</b>
1/ <b>DETECCIÓ</b>	Idoneïtat de la detecció des del sistema de salut Àmbits més adequats Indicadors per a la detecció en el sistema de salut Casos a l'entitat i derivacions Resistències de les dones envers el centre de salut Indicadors de detecció de "l'home"
2/ <b>ATENCIÓ</b>	Coneixement del protocol i del circuit sanitari Àmbits assistencials Valoració de l'atenció sanitària en les dones Acompanyament en el procés Coordinació amb el sistema de salut Agents implicats en el territori Propostes de millora
3/ <b>PREVENCIÓ</b>	Prevenició Dificultats Població diana Efectivitat Vinculació amb el sistema de salut
4/ <b>RECUPERACIÓ</b>	Relació/seguiment sanitari Vincle/coordinació amb serveis sanitaris Àmbit assistencial Professionals de contacte
5/ <b>TANCAMENT</b>	Punts forts Aspectes a treballar Propostes de millora

## ANNEX 4. Codis CIM-10 de violència masclista

CODIS CIM-10	ETIQUETA DELS CODIS
99580	Maltractament de l'adult, nsp; abús de la persona NOS
99581	Abús físic de l'adult; apallissat(ada): cònjuge, dona, home
99582	Abús emocional/psicològic de l'adult
99583	Abús sexual de l'adult
T74	Abús, desatenció i altres maltractaments de l'infant i l'adult, confirmats
T74.1	Maltractament físic, confirmat
T74.11XA	Maltractament físic de l'adult, confirmat, assistència inicial
T74.11XD	Maltractament físic de l'adult, confirmat, assistència successiva
T74.12XA	Abús físic infantil, confirmat
T74.2	Abús sexual, confirmat
T74.21	Abús sexual de l'adult, confirmat
T74.21XA	Abús sexual de l'adult, confirmat, assistència inicial
T74.21XS	Abús sexual de l'adult, confirmat, seqüela
T74.3	Maltractament psicològic, confirmat
T74.31XA	Maltractament psicològic de l'adult, confirmat, assistència inicial
T74.31XS	Maltractament psicològic de l'adult, confirmat, seqüela
T74.9	Maltractament no especificat, confirmat
T74.91XA	Maltractament de l'adult no especificat, confirmat, assistència inicial
T74.91XS	Maltractament de l'adult no especificat, confirmat, seqüela
T76	Abús, desatenció i altres maltractaments de l'infant i l'adult, sospitats
T76.11	Maltractament físic de l'adult, sospitat
T76.11XA	Maltractament físic de l'adult, sospitat, assistència inicial
T76.11XD	Maltractament físic de l'adult, sospitat, assistència successiva
T76.2	Abús sexual, sospitat
T76.21	Abús sexual de l'adult, sospitat
T76.21XA	Abús sexual de l'adult, sospitat, assistència inicial
T76.21XD	Abús sexual de l'adult, sospitat, assistència successiva
T76.21XS	Abús sexual de l'adult, sospitat, seqüela
T76.31XA	Maltractament psicològic de l'adult, sospitat, assistència inicial
T76.91XA	Maltractament de l'adult no especificat, sospitat, assistència inicial
T76.91XD	Maltractament de l'adult no especificat, sospitat, assistència successiva
Z63.0	Problemes en la relació entre cònjuges



**Evidència, experiència  
i dades per un nou  
model d'abordatge de  
Violència Masclista**



**AVALUACIÓ DEL  
PROTOCOL PER A  
L'ABORDATGE DE LA  
VIOLENCIA MASCLISTA**  
EN L'ÀMBIT DE LA SALUT  
A CATALUNYA

MIRADES  
COMPLEMENTÀRIES