

**EVALUACIÓN DEL
PROTOCOLO PARA
EL ABORDAJE DE LA
VIOLENCIA MACHISTA
EN EL ÁMBITO DE LA SALUD
EN CATALUÑA**

MIRADAS
COMPLEMENTARIAS

La Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) es una entidad de derecho público adscrita al Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya que actúa al servicio de las políticas públicas. AQuAS tiene la misión de generar conocimiento relevante mediante la evaluación y el análisis de datos para la toma de decisiones, con el fin de contribuir a la mejora de la salud de la ciudadanía y la sostenibilidad del sistema de salud de Cataluña. AQuAS es miembro fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) y de la International School on Research Impact Assessment (ISRI), es miembro corporativo de la Health Technology Assessment International (HTAi), del grupo Reference site "cuatro estrellas" del European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comisión Europea, del CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), del grupo de Investigación en Evaluación de Servicios y Resultados de Salud (RAR) reconocido por la Generalitat de Catalunya y de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), y es Unidad Asociada a INGENIO (CSIC-UPV).

Se recomienda que este documento se cite de la siguiente manera: Equipo de violencia machista de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña. Evaluación del Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Miradas complementarias. Barcelona: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya, 2019.

Este proyecto se ha financiado con los fondos económicos del año 2018 del Pacto de Estado en materia de violencia de género, aprobado por el Congreso, el 28 de septiembre de 2017 y garantiza el desarrollo de alguna de las medidas previstas.

Las personas interesadas en este documento pueden dirigirse a:

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

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

Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Primera edición: Barcelona, diciembre de 2019



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional. La licencia se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Equipo de abordaje de violencia machista del 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

Dirección

Cari Almazán Sáez

Empresas col·laboradores

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

Traducción

textosBCN · Serveis lingüístics

Diseño

Eila Blasi (Int Meetings)

Coordinación Comunicación

Equipo de Comunicación de AQuAS

**EVALUACIÓN DEL
PROTOCOLO PARA
EL ABORDAJE DE LA
VIOLENCIA MACHISTA**
EN EL ÁMBITO DE LA SALUD
EN CATALUÑA

MIRADAS
COMPLEMENTARIAS

00/ Índice

01/	Acrónimos	7
02/	Introducción. La violencia machista, un problema de salud pública	8
03/	El Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña: antecedentes y objetivos	10
04/	La evaluación de la implementación del protocolo: entre los significados y los datos <ul style="list-style-type: none">> Modelo de análisis> Objetivos de la evaluación> Metodología<ul style="list-style-type: none">> Aproximación cuantitativa> Aproximación cualitativa	12
05/	Una mirada al territorio. Recursos sanitarios y datos sobre la violencia machista <ul style="list-style-type: none">> La magnitud del fenómeno: una aproximación	16
06/	Resultados de la evaluación. Qué nos dicen los datos y las personas <ul style="list-style-type: none">> La violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña> Experiencias de los y las profesionales de salud, las entidades de mujeres y las personas expertas en salud y en violencia machista<ul style="list-style-type: none">> La prevención, un factor clave para evitar la violencia machista> La detección, pautas para identificar los casos de violencia machista> La atención y la recuperación. El camino a recorrer: cómo el personal de salud debe acompañar a las mujeres que sufren violencia machista	18
07/	Propuestas de mejora. Hacia un nuevo modelo integral de abordaje de la violencia machista <ul style="list-style-type: none">> Prevención> Detección> Atención y recuperación	45
08/	Conclusiones. Claves para el cambio	51
09/	Limitaciones de la evaluación	53
10/	Glosario	54
11/	Bibliografía	57
12/	Colaboradoras y colaboradores	59
13/	ANEXO 1: Metodología y técnicas de investigación ANEXO 2: Guiones utilizados para los grupos de discusión y en las entrevistas ANEXO 3: Categorías de análisis para los grupos de discusión ANEXO 4: Códigos CIE-10 de violencia machista	61

00/

Índice de figuras y gráficos

Figuras

01/	Dimensiones que estructuran la actuación en los servicios sanitarios según el PAVIM	11
02/	Los ejes para la evaluación: teoría del cambio, interseccionalidad y perspectiva de género	13
03/	El diseño de la evaluación con métodos mixtos	14
04/	Fuentes de datos cuantitativos (RWD) sobre violencia machista en 2018	14
05/	Muestra de participantes en los grupos de discusión y en las entrevistas	15
06/	Red de recursos del territorio	17
07/	Las cifras de un vistazo	23
08/	Principales propuestas de mejora	50

Gràfics

01/	Porcentaje y número de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista por grupos de edad, 2018. N = 5.510 Cataluña	18
02/	Porcentaje y número de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista por país de origen, 2018. N = 5.510 Cataluña	19
03/	Porcentaje y número de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista por nivel socioeconómico, 2018. N = 5.510 Cataluña	19
04/	Prevalencia de violencia machista por cada 10.000 mujeres de 15 años o más por grupos de edad, 2018. N = 5.510 Cataluña	20
05/	Prevalencia de la violencia machista por cada 10.000 mujeres de 15 años o más por país de origen, 2018. N = 5.510 Cataluña	20
06/	Prevalencia de la violencia machista por cada 10.000 mujeres de 15 años o más por nivel socioeconómico, 2018. N = 5.510 Cataluña	20
07/	Número de diagnósticos más frecuentes en mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista en la atención primaria, 2018 Cataluña	21
08/	Número de visitas de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista en la atención primaria, 2018 Cataluña	22
09/	Número medio de visitas a la atención primaria de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista respecto de la población femenina general, 2018 Cataluña	22





01/ Acrónimos

ABS

Área Básica de Salud

AIFIC

Enfermería Familiar y Comunitaria

AIS

Áreas Integrales de Salud

ASSIR

Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

CAD

Centro de Atención a las Drogodependencias

CAMFIC

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

CAP

Centro de Atención Primaria

CAS

Centro de Atención y Seguimiento

CSM

Centro de Salud Mental

CSMA

Centro de Salud Mental de Adultos

CSMIJ

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil

CUAP

Centro de Urgencias de Atención Primaria

ICD

Institut Català de les Dones

PAC

Punto de Atención Continuada

PASSIR

Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

PIAD

Punto de Información y Atención a las Mujeres

RVD-BCN

Protocolo de valoración del riesgo de violencia de pareja contra la mujer

SARA

Servicio de Atención, Recuperación y Acogida

SIE

Servicio de Intervención Especializada

SIAD

Servicio de Información y Atención a las Mujeres

SEM

Servicio de Emergencias Médicas

Introducción.

La violencia machista, un problema de salud pública

Este informe de evaluación responde a la voluntad de la Dirección de Planificación en Salud del Departamento de Salud de implementar una estrategia efectiva de abordaje de la violencia machista en el ámbito sanitario. Este informe se centra en la evaluación **del Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña** (PAVIM), publicado en diciembre de 2009, hace diez años.

El informe recoge la evaluación de la implementación del PAVIM con la participación de los y las profesionales de la salud, de los y las expertas en salud y en violencia machista, y de las entidades de mujeres que trabajan en su día a día, de forma directa o indirecta, la problemática de la violencia machista. La evaluación pretende abrir el camino hacia el diseño de un nuevo modelo de abordaje de la violencia machista en el ámbito sanitario que se adecue a las necesidades territoriales de cada una de las regiones sanitarias que configuran el territorio catalán.

Esta evaluación se desarrolla dentro de las medidas concretadas por el Departamento de Salud partiendo de las prioridades establecidas en el **Pacto de Estado contra la violencia de género**, ratificado en diciembre de 2017 por los grupos parlamentarios, las comunidades autónomas y las entidades locales representadas en la Federación Española de Municipios y Provincias¹, de acuerdo con el **Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica** del 11 de mayo de 2011 en Estambul y ratificado por España en 2014.

La violencia machista, aquella que sufren las mujeres por el hecho de serlo, es un fenómeno social multidimensional declarado problema de salud pública de primer orden en todo el mundo por la Organización Mundial de la Salud en la 49.ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra en 1996 (WHA 49, 1996). La violencia machista atenta contra los derechos humanos de las mujeres y representa un problema social y cultural que deriva de una estructura patriarcal caracterizada por unas relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres. La violencia física, sexual, psicológica y social tiene graves repercusiones en la salud de las mujeres que la sufren y en sus hijas e hijos.

Una de cada cinco mujeres en el mundo ha sufrido abusos sexuales en la infancia y una de cada tres mujeres ha sido víctima de violencia física o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida (OMS, 2014). En 2016, en Cataluña, un 51,3 % de las mujeres declaraba haber sufrido violencia machista a lo largo de su vida y un 27,4 % de las mujeres había sufrido alguna agresión especialmente grave durante el mismo periodo vital².

Las consecuencias más relevantes de la violencia física o sexual por parte de la pareja en la salud de las mujeres son los efectos sobre el embarazo (bebés de bajo peso o aborto, entre otros) y el padecimiento de enfermedades mentales como la depresión. Las mujeres que sufren o han sufrido violencia conyugal presentan un 16 % más de probabilidades de dar a luz a bebés

¹ Resolución del 15 de abril de 2019 de la Secretaría de Estado de Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 12 de abril de 2019, por el que se formalizan los criterios de distribución y la distribución resultante para el ejercicio 2019 para el desarrollo por parte de las comunidades autónomas y ciudades con estatuto de autonomía del *Pacto de Estado contra la violencia de género*.

² Datos extraídos de la Encuesta de Violencia Machista en Cataluña de 2016, que diferencia las cifras según *Hechos menos graves*, *Hechos graves* y *Hechos muy graves*, concretamente de los resultados destacados que proporciona el Departamento de Interior de la Generalidad de Cataluña

con insuficiencia ponderal, el doble de probabilidades de sufrir un aborto y casi el doble de probabilidades de sufrir depresión respecto a las mujeres que no han sufrido violencia conyugal. Fuera del ámbito conyugal y a escala mundial, el 7 % de las mujeres han sufrido violencia sexual por una persona distinta de su pareja (violencia sexual no conyugal). La vivencia de este suceso hace que estas mujeres sean 2,3 veces más propensas a sufrir trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 2,6 veces más propensas a sufrir depresiones o ansiedad (OMS *et al.*, 2013).

Por tanto, el sistema de salud, y en particular la atención primaria como puerta de entrada al sistema, se considera un ámbito privilegiado de intervención en el abordaje de la violencia machista dado su carácter universal. Se trata de una problemática compleja y muy grave que requiere un abordaje integral y coordinado. En este contexto, el colectivo de profesionales de la salud tiene un papel fundamental en la prevención, la detección, la atención y la recuperación de las mujeres en situación de violencia machista (WHO, 2019).

El Protocolo para el Abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña: antecedentes y objetivos

El PAVIM forma parte de una estrategia de políticas públicas impulsadas por la Generalitat de Catalunya para abordar la violencia machista y sus consecuencias en la salud de las mujeres, sus hijas e hijos y el entorno familiar. Fue creado en diciembre de 2009 en el marco de la **Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista** (DOGC núm. 5123, 2 de mayo de 2008). Esta ley legitima y da un impulso definitivo a la necesidad de una intervención coordinada contra la violencia machista, recogida en el **Protocolo marco para una intervención coordinada contra la violencia machista** del 30 de abril de 2009. Concretamente, el artículo 85.1 dice: “Los protocolos para una intervención coordinada contra la violencia machista deben incluir un conjunto de medidas y mecanismos de apoyo, coordinación y cooperación destinados a las instituciones públicas y otros agentes implicados que definen las formalidades y la sucesión de actos que se deben seguir para ejecutarlos correctamente”.

Asimismo, el PAVIM se enmarca en el **Plan de Gobierno 2007-2010**, y es uno de los compromisos que recoge el **Plan de políticas de mujeres del Gobierno de la Generalitat 2008-2011**, liderado por el Institut Català de les Dones (ICD). También incluía las propuestas realizadas a través del **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género** de 2007, que ofrecen una orientación práctica al personal sanitario para la atención integral de las mujeres que han sufrido violencia y acuden a cualquier centro sanitario, coordinado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y elaborado con las comunidades autónomas para unificar y mejorar la atención que se ofrece a los servicios sanitarios de todo el Estado.

La necesidad de seguir trabajando para el abordaje de la violencia machista queda patente en el **Plan de Salud 2016-2020 de la Generalitat de Catalunya**, el cual, como marco de referencia para todas las actuaciones públicas en materia de salud, contempla, entre sus objetivos para 2020, los elementos de actuación que forman parte del PAVIM:

Promover prevención, detección, atención y recuperación de las mujeres que han sufrido o sufren violencia machista y de aquellas que están en riesgo de padecerla, y sus hijos e hijas, en el ámbito de la salud y en el marco de la red de atención y recuperación integral contra la violencia machista de Cataluña. (Dirección General de Planificación en Salud, 2016: 149)

En el ámbito de la salud, el PAVIM aborda los tipos de violencia física, psicológica, sexual y económica en cualquier ámbito en el que esta se pueda producir: en el ámbito de la pareja, en el familiar, en el laboral y en el social o comunitario. El PAVIM está constituido por un documento marco que presenta las pautas de actuación en los casos de violencia en el ámbito de la pareja y familiar, dada la elevada frecuencia de estos casos. El resto de los ámbitos (laboral y social o comunitario) y los factores de riesgo asociados a este tipo de violencia quedan recogidos en diez documentos operativos en los que se abordan las especificidades de la actuación sanitaria considerando la heterogeneidad de los casos de violencia machista.

El PAVIM fue elaborado con el fin de ser una herramienta práctica y operativa para los y las profesionales de la salud, y como estrategia para orientar su intervención en los casos de violencia machista.

Los objetivos del PAVIM como documento marco son los siguientes:

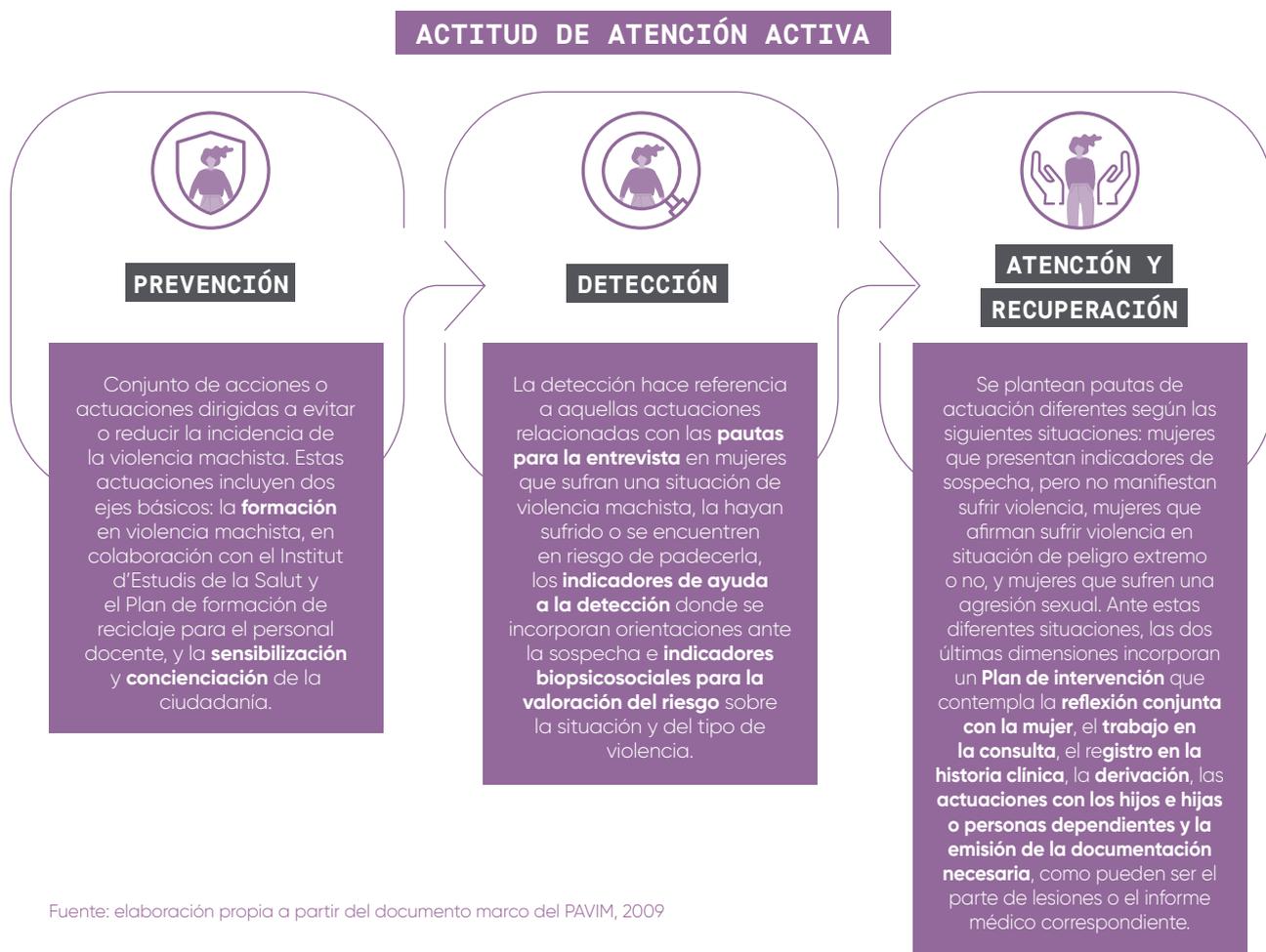
- › Facilitar al conjunto de profesionales de la salud unas pautas de actuación para la prevención, detección, atención y recuperación de las mujeres que han sufrido o sufren violencia y de aquellas que se encuentran en riesgo de padecerla, así como pautas de actuación respecto a los hijos e hijas o personas dependientes que puedan convivir con la mujer y sean testigos y víctimas de la violencia.
- › Crear y establecer las bases, los mecanismos y los circuitos para llevar a cabo una actuación correcta en casos de violencia machista.
- › Unificar los criterios de las instituciones y los ámbitos sanitarios implicados en la atención a las mujeres que han sufrido o sufren violencia o que están en riesgo de padecerla, así como a los hijos e hijas o personas dependientes que puedan convivir con la mujer y sean testigos y víctimas, con el fin de actuar de manera conjunta y coordinada, teniendo en cuenta el respeto necesario a la autonomía personal.

Las actuaciones en los servicios sanitarios definidas en el PAVIM se dirigen a los siguientes colectivos de profesionales de la salud: equipos de atención primaria, centros de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR), y profesionales de las consultas de atención especializada, como obstetricia y ginecología, salud mental y adicciones, o traumatología y urgencias hospitalarias.

La figura 1 siguiente describe cuáles son los contenidos principales que se ponen de relieve y constituyen cada una de las dimensiones del PAVIM, así como la importancia de mantener, por parte del colectivo de profesionales de la salud, una actitud de atención activa ante cualquier caso, como elemento transversal que contiene las cuatro dimensiones.

Todas estas dimensiones han sido analizadas en esta evaluación a partir de las aportaciones y valoraciones del colectivo de agentes implicados en el proceso participativo y teniendo en cuenta la implementación desigual del PAVIM según las nueve regiones sanitarias que conforman el territorio catalán.

Figura 1. Dimensiones que estructuran la actuación en los servicios sanitarios según el PAVIM



La evaluación de la implementación del protocolo: entre los significados y los datos

Modelo de análisis

Para llevar a cabo **la evaluación sobre la implementación del PAVIM** nos situamos en un marco de evaluación de políticas públicas centrado en la participación que se configura a partir de la vinculación y la mirada articulada de tres enfoques teórico-metodológicos fundamentales.

El primer enfoque responde a la aplicación de la **teoría del cambio** como base para desarrollar el modelo de evaluación. Esta se define como “la cadena de hipótesis sobre cómo se espera que los recursos (*inputs*) asignados a la intervención permitan desarrollar unas actividades que produzcan determinados productos (*outputs*), los cuales, a su vez, generan beneficios de corta, media y larga duración sobre la sociedad en su conjunto o en la población objeto de la política o el programa (impacto u *outcomes*)” (Ivàlua, 2009: 6). El segundo enfoque incorpora la mirada interseccional del fenómeno de la violencia machista, mientras que el tercer enfoque recoge, de manera transversal, una concepción que pone de manifiesto la aplicación de la perspectiva de género, a escala de abordaje y de tratamiento de la información, que se presenta en este informe. Estos dos enfoques, la interseccionalidad y la perspectiva de género, nos permiten reconfigurar y ampliar la mirada en el abordaje del colectivo de las mujeres, incidiendo en su heterogeneidad y sus particularidades, que encuentran sus raíces en la estructura social y en los atributos de carácter individual e intrínseco de cada sujeto.

La mirada **interseccional** del fenómeno de la violencia machista pone de manifiesto la multiplicidad de factores (de carácter social e identitario) que se superponen o intersectan en el hecho de ser mujer, víctima de violencia, de una determinada edad, clase social, origen, etc. Todos estos factores conducen a la configuración de historias vitales que deben entenderse en su complejidad y como un todo (Coll-Planas y Solà-Morales, 2019).

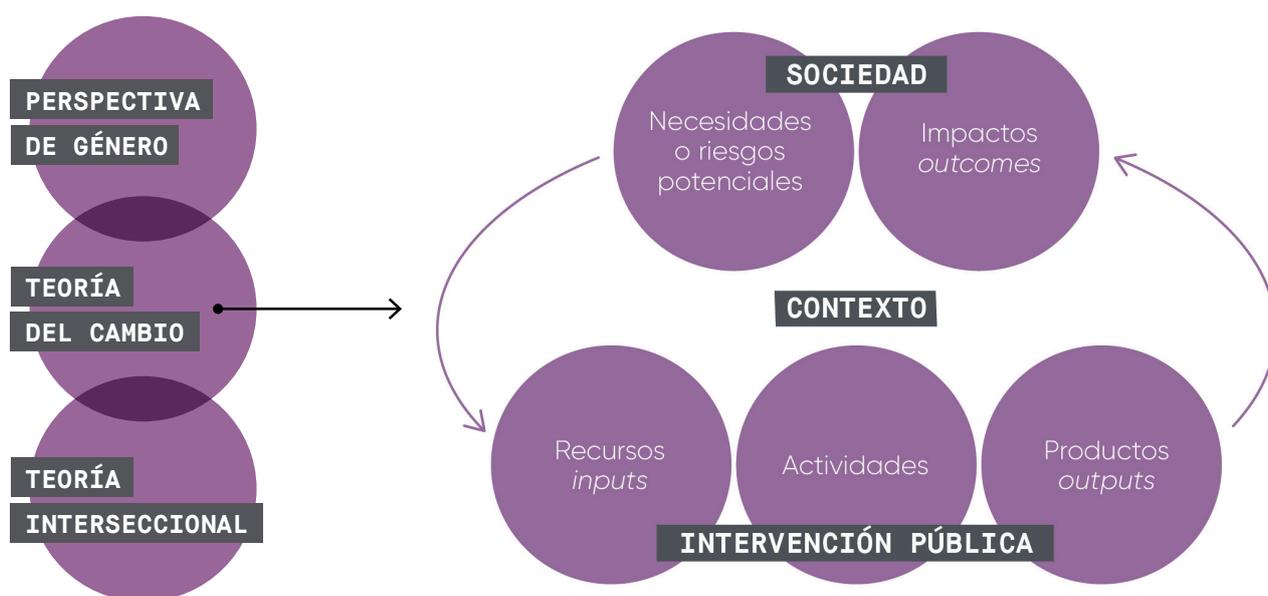
Por último, la **perspectiva de género** se incorpora de modo transversal en esta evaluación, de modo que está presente y engloba todos los contenidos. La perspectiva de género permite visibilizar las diferencias entre hombres y mujeres, no solo por su condición biológica, sino también por las diferencias resultantes de una socialización diferencial de género y un contexto cultural determinados. El abordaje de una intervención pública considerando el género invita a incorporar una mirada crítica sobre la vida de los hombres y las mujeres, y a tomar conciencia de que esta no viene determinada por su naturaleza, sino por una organización social y cultural basada en el patriarcado y que, por tanto, se puede modificar con el fin de erradicar las desigualdades (Dirección General de Planificación en Salud, 2019).

La figura 2 muestra los tres enfoques que son la base del modelo para realizar esta evaluación del PAVIM.

Objetivos de la evaluación

La evaluación de una política pública valora las intervenciones de los órganos públicos según sus productos y sus impactos, en relación con las necesidades que pretenden satisfacer, y tiene como objetivo facilitar información rigurosa, basada en evidencias, para la toma de decisiones (CE, 2007). En el caso del PAVIM, esta evaluación se concreta en conocer la valoración de las actividades, las medidas, los mecanismos y la toma de decisiones llevadas a cabo por los y las profesionales de la salud para abordar la violencia machista desde los servicios sanitarios mediante la implementación del protocolo.

Figura 2. Los ejes para la evaluación: teoría del cambio, interseccionalidad y perspectiva de género



Fuente: elaboración propia

Los **objetivos de la evaluación** de la implementación del PAVIM se concretan de la siguiente manera:

- › Evaluar el Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña, su diseño y su implementación, y detección de las necesidades y debilidades en el abordaje de las violencias machistas.
- › Recoger las propuestas sobre prevención, detección, atención y recuperación en el marco del abordaje de las violencias machistas en el ámbito de la salud en Cataluña.
- › Identificar los elementos clave para orientar el diseño del nuevo modelo de abordaje de la violencia machista en el ámbito sanitario y la adecuación a los diferentes territorios (regiones sanitarias de Cataluña).

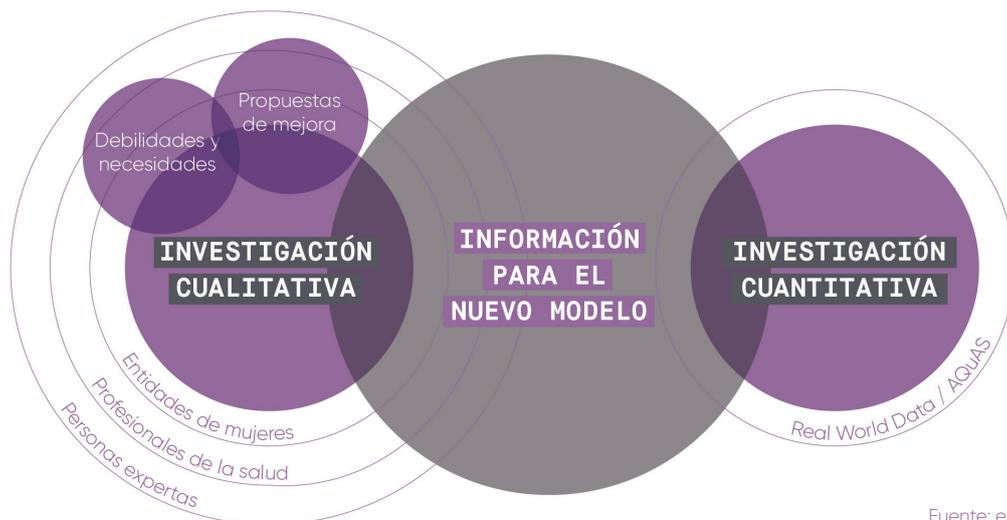
A partir de esta evaluación y de la consecución de los objetivos planteados se espera aportar una mirada construida de manera participativa mediante la experiencia de los diferentes agentes territoriales (el colectivo de profesionales de la salud, el personal experto en salud y en violencia machista, y las entidades de mujeres del territorio). Se espera que esta mirada enriquezca la elaboración del nuevo modelo estratégico de violencia machista elaborado por el Departamento de Salud, un proyecto capaz de transformar la situación y las tendencias actuales en materia de violencia machista en el ámbito sanitario.

Metodología

La metodología utilizada en la evaluación incorpora los tres enfoques presentados en el modelo de análisis. La teoría del cambio proporciona el modelo operativo que orienta la evaluación, y la teoría de la interseccionalidad y la perspectiva de género se incorporan como enfoques transversales en el proceso participativo llevado a cabo, de modo que quedan reflejados en los discursos de todos los agentes implicados.

Se han empleado métodos mixtos mediante la complementariedad de ambas metodologías, la cualitativa y la cuantitativa (Bericat, 1998; Fernández, 1999). Por un lado, se utiliza una **aproximación cuantitativa**, se analizan de manera descriptiva los casos de violencia machista atendidos en servicios sanitarios en Cataluña y cuáles son los principales diagnósticos o patologías que se pueden utilizar como indicadores de sospecha, así como los principales efectos en la salud de las mujeres que sufren o han sufrido violencia machista. Y por otro lado, se utiliza una **aproximación cualitativa** desde la que se pretende profundizar en el fenómeno de la violencia machista en el ámbito sanitario. La metodología cualitativa se considera adecuada para recoger e identificar las necesidades, valoraciones, dificultades y propuestas de los diferentes agentes implicados en el proceso participativo (Íñiguez, 1999).

Figura 3. El diseño de la evaluación con métodos mixtos



Fuente: elaboración propia

Aproximación cuantitativa

A efectos de conocer la magnitud de la problemática de la violencia machista en el ámbito sanitario en Cataluña, la evaluación se ha complementado con los **datos cuantitativos** generados por el Real World Data (RWD) a partir de los sistemas de información sanitaria que registran los datos sobre las personas atendidas en los servicios sanitarios de Cataluña. Estos registros recogen, desde 2003 y de manera unificada³, la información poblacional sobre patologías, actividad y morbilidad sanitaria de todos los centros sanitarios de Cataluña.

Estos datos nos permiten aproximarnos al fenómeno de la violencia machista desde los servicios sanitarios y construir una imagen preliminar sobre la detección y las diagnósicos que pueden ser posibles indicadores de sospecha en situaciones de violencia machista. Por lo tanto, los resultados deben entenderse como un primer ejercicio para abordar de manera descriptiva la temática, y establecer indicios y prioridades para el trabajo futuro en la mejora del tratamiento de esta información y de su registro.

La figura 4 muestra las principales fuentes de registro de la información utilizadas para llevar a cabo el análisis cuantitativo.

Del RWD se han seleccionado las mujeres de 15 años o más atendidas en los servicios sanitarios de Cataluña que han sido diagnosticadas en su historia clínica con un código de

violencia machista durante el año 2018 (Anexo 3). La selección se ha realizado para la globalidad del territorio catalán, así como para cada una de las nueve regiones sanitarias (véase los anexos de los informes territoriales).

La población de estudio en Cataluña del año 2018 está formada por 5510 mujeres víctimas de violencia machista, en la se han analizado de manera descriptiva sus características sociodemográficas, la prevalencia de la violencia machista, el impacto de este tipo de violencia en la salud de estas mujeres y el uso que hacen de los recursos sanitarios.

Figura 4. Fuentes de datos cuantitativos (RWD) sobre violencia machista en 2018



Fuente: elaboración propia

³ Cataluña se divide en las regiones sanitarias: Alto Pirineo y Aran, Cataluña Central, Camp de Tarragona, Lleida, Girona, Tierras del Ebro, Barcelona Ciudad, Barcelona Metropolitana-Sur y Barcelona Metropolitana-Norte.

Aproximación cualitativa

El trabajo de campo cualitativo se ha realizado durante los meses de septiembre y octubre de 2019 y se han tenido en cuenta las nueve regiones sanitarias⁵ de Cataluña.

Las técnicas de recogida de datos utilizadas han sido el **grupo de discusión y la entrevista en profundidad semiestructurada**. Se han realizado dos grupos de discusión en cada región sanitaria, uno con el colectivo de profesionales de la salud y otro con las entidades de mujeres de cada territorio (un total de 18 grupos de discusión). En la realización de las entrevistas se han priorizado el conocimiento y la experiencia de los entrevistados, los cuales se encuentran dispersos en el territorio catalán.

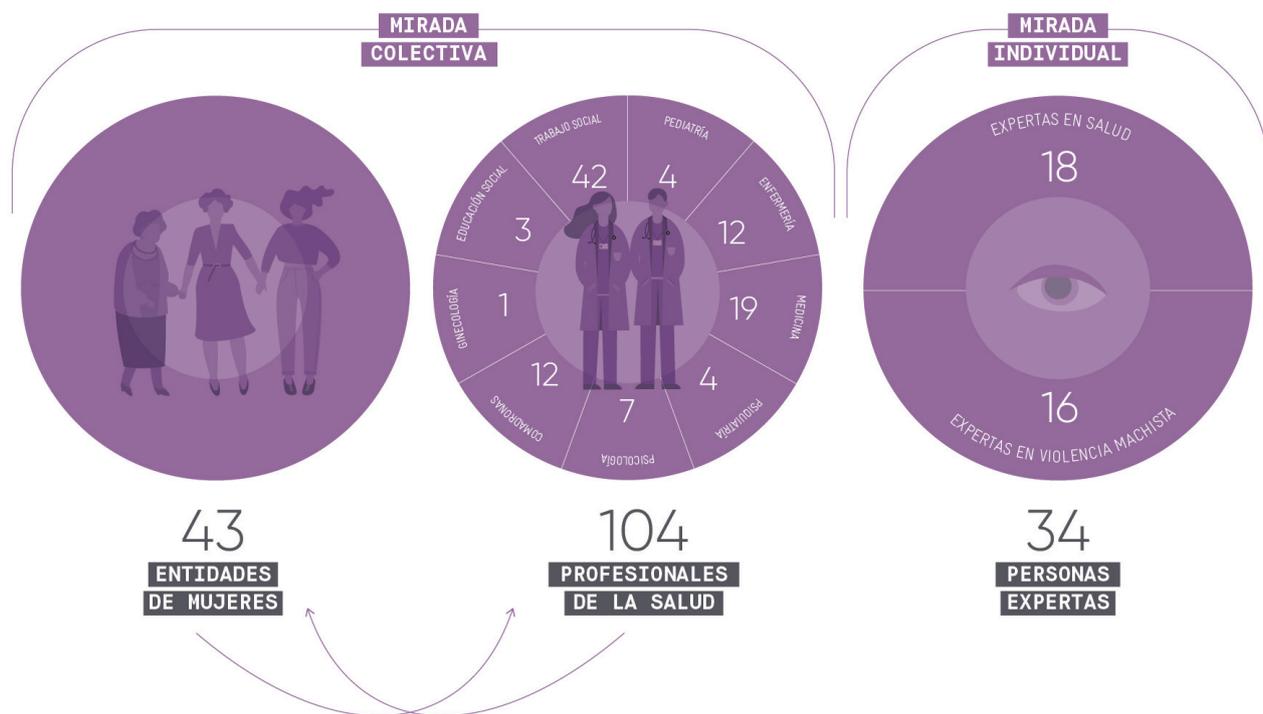
Los guiones de ambas técnicas se han estructurado a partir de las cuatro dimensiones del PAVIM: prevención, detección, atención y recuperación (Anexo 1). Dentro de cada dimensión se han tenido en cuenta diferentes elementos considerados

clave para compartir con los participantes (conocimiento del PAVIM, herramientas de registro, cribado, indicadores para la detección, etc.) con el fin de identificar y analizar cómo ha sido y cómo se valora la implementación del PAVIM (Anexo 2).

Se ha utilizado un muestreo intencional y por conveniencia que ha permitido considerar aquellos agentes del territorio que están implicados directa o indirectamente en la implementación del protocolo. La muestra ha sido formada por 104 profesionales de la salud y 43 entidades de mujeres distribuidas en las nueve regiones sanitarias y con las que se han desarrollado los grupos de discusión. Las entrevistas se han realizado a 34 expertos y expertas en violencia machista y en salud.

La figura 5 muestra el número de participantes según sus perfiles y las técnicas realizadas, poniendo el énfasis en el tipo de discurso generado (un discurso construido colectivamente mediante los grupos de discusión y un discurso individual obtenido de las entrevistas semiestructuradas).

Figura 5. Muestra de participantes en los grupos de discusión y en las entrevistas



Fuente: elaboración propia

⁴ Los cuatro registros unificados incluyen: Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) -Alta Hospitalaria, CMBD- Atención Primaria, CMBD-Urgencias, y CMBD-Salud Mental Ambulatoria. Y se añade el Registro Central de personas Aseguradas (RCA) del CatSalut.

⁵ Se han empleado los códigos que pertenecen al CIM-10 utilizados en los CMBDs.

05/

Una mirada al territorio. Recursos sanitarios y datos sobre la violencia machista

El PAVIM se dirige a los colectivos de profesionales de la salud: equipos de atención primaria, ASSIR y profesionales de las consultas de atención especializada, como obstetricia y ginecología, salud mental y adicciones, o traumatología y urgencias hospitalarias, para el abordaje de la violencia machista desde salud.

El siguiente mapa muestra la distribución de recursos sanitarios disponibles para la atención de las mujeres en situación de violencia machista, en el territorio.

La magnitud del fenómeno: una aproximación

Para aproximar la magnitud del fenómeno de violencia machista en Cataluña, hay que contrastar las fuentes de información actualmente disponibles en los Departamentos del Gobierno y organismos implicados en el abordaje de la violencia machista desde diferentes perspectivas, siendo conscientes de que muchas situaciones de violencia machista quedan aún invisibilizadas por su normalización social.

Según la Encuesta de violencia machista en Cataluña de 2016, **el 17,6 % de las mujeres tiene la percepción de haber sufrido violencia machista** en el último año, en Cataluña (Departamento de Interior, 2016).

Dejando de lado comentarios, gestos sexuales o exhibicionismos, el 47,7 % de las mujeres relata haber sufrido alguna situación de violencia desde los 15 años, y el 50,7 % de las mujeres considera que ha sufrido violencia machista en algún momento de su vida. De estas, un 27,4 % han sido hechos considerados como muy

graves, un 37,9 % como hechos graves y un 51,3 % como hechos menos graves.

En 2018 se pusieron **15.982 denuncias por violencia en la pareja y en la familia**, un incremento del 3,2 % respecto al año 2017 (Observatorio de la Igualdad de Género, 2019).

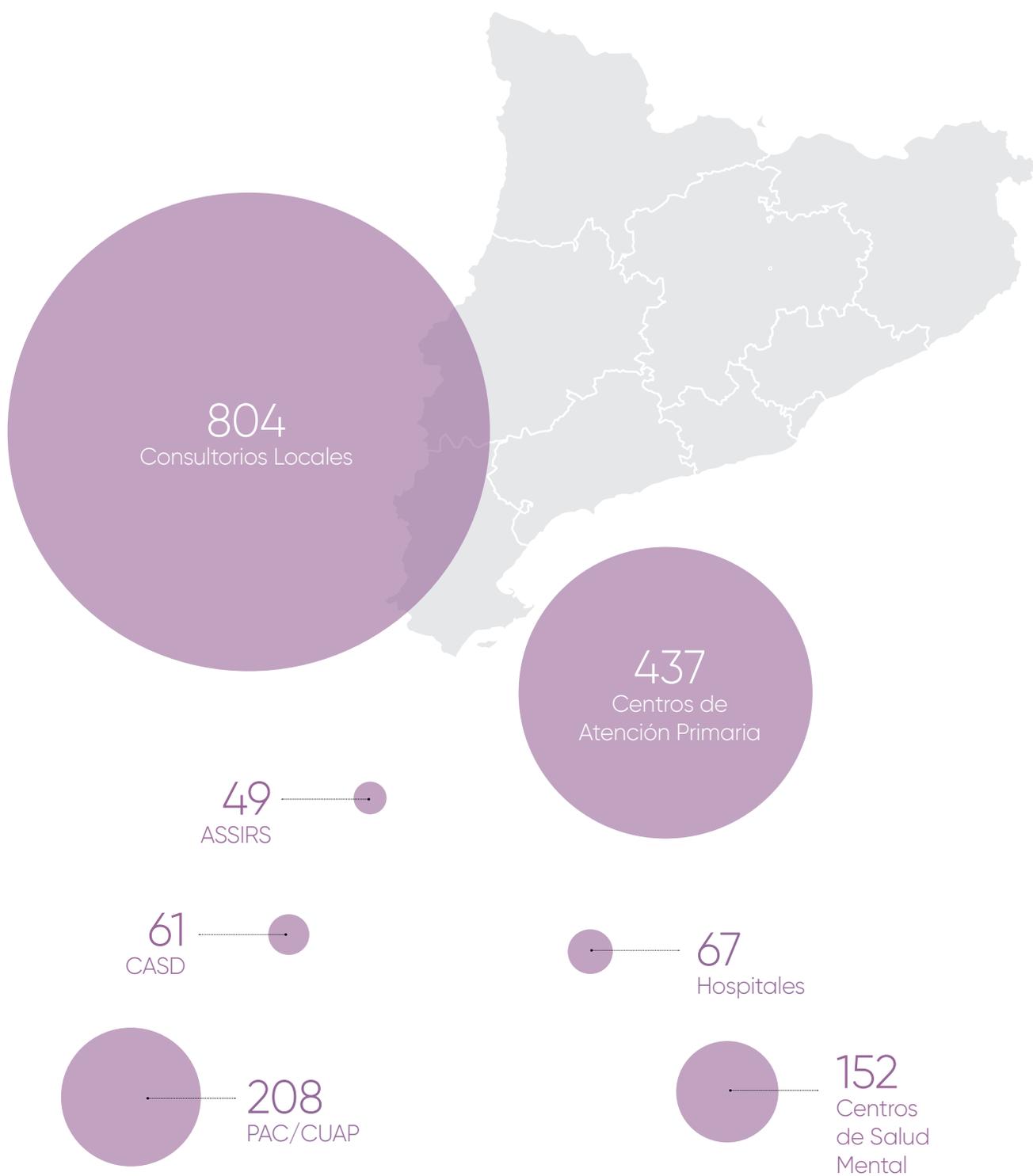
En 2018, el servicio de atención permanente, el teléfono 900 900 120, de atención a las mujeres, recibió 9325 llamadas por motivo de violencia machista en sus diferentes formas, y que se han dado, en algunos casos, de manera simultánea. En el 99,3 % de los casos presentaban situaciones de violencia psicológica; un 39 %, violencia física; el 11 %, violencia económica; y el 4 %, violencia sexual. El 55 % de las mujeres atendidas por violencia machista en el teléfono 900 900 120 tenía hijas o hijos en el núcleo familiar. Un 49 % tenía menores de edad.

Por último, con respecto a los datos estrictamente sanitarios, en 2018 se registraron **5.510 diagnósticos de violencia machista** en mujeres de 15 años o más (Aqua Real World Data). Esta cifra, inferior a las relativas a percepción, denuncias o consultas telefónicas que se acaban de detallar, demuestra el bajo índice de detección de casos de violencia machista en el ámbito de la salud. A continuación se ofrece un análisis más exhaustivo de los datos sanitarios vinculadas al fenómeno, pero cabe remarcar el infraregistro de casos como primera conclusión.

Figura 6. Red de recursos del territorio

Fuente: Elaboración propia

Cataluña



Resultados de la evaluación. Qué nos dicen los datos y las personas

La violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña

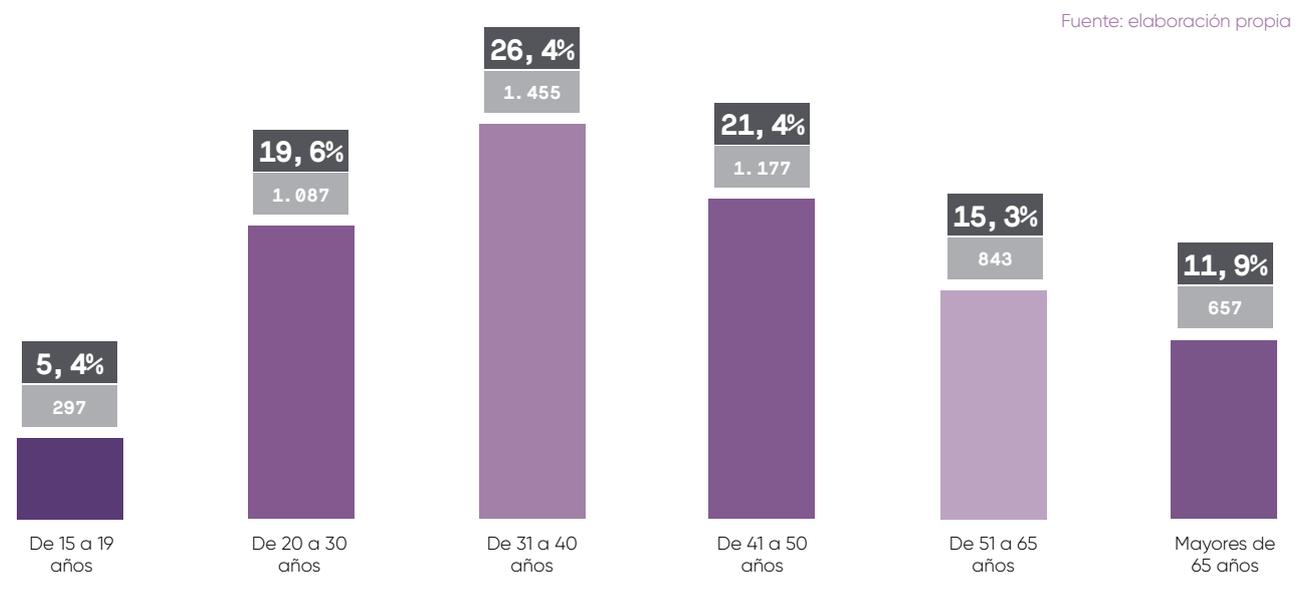
En el siguiente apartado se presentan los principales resultados sobre la magnitud de los casos de violencia machista atendidos en cualquier recurso sanitario, como atención primaria, hospitales, urgencias y centros de salud mental en Cataluña durante el año 2018. Estos resultados quieren proporcionar una mirada preliminar del fenómeno de la violencia machista desde los datos de salud. Representan una primera oportunidad para aproximarnos al fenómeno, con una mirada territorial, y poder avanzar en la mejora de la recogida de la información y su tratamiento para posteriores análisis.

Con RWD de los sistemas de información sanitarios del año 2018, se ha examinado la información relativa a la violencia machista. Para las mujeres de 15 años o más con un diagnóstico de violencia machista se presentan los resultados del análisis descriptivo sobre las características

demográficas y socioeconómicas. Asimismo, por características anteriores, incluyen las prevalencias de violencia machista en la población y por región sanitaria. Por otro lado, para este grupo de mujeres con un diagnóstico de violencia machista diagnosticado en cualquier recurso sanitario se han revisado las patologías más frecuentes diagnosticadas en la atención primaria y se ha calculado la frecuentación de vistas por este recurso.

En 2018, en Cataluña **5.510 mujeres de 15 años o más atendidas en los servicios sanitarios tienen un diagnóstico de violencia machista**. Estas mujeres fueron atendidas principalmente en la atención primaria (72,1 %) y su edad media fue de 42,5 (desviación estándar (SD): 16,6). En el Gráfico 1 se muestra la distribución de las mujeres para el territorio catalán según los grupos de edad.

Gráfico 1. Porcentaje y número de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista por **grupos de edad**, 2018. N = 5.510 Cataluña



Los principales grupos de edad donde se encuentran las mujeres con un código de violencia machista son de 31 a 40 años, con un 26,4 % de las mujeres, seguido del 21,4 % de mujeres de entre 41 y 50 años.

En cuanto al país de origen (Gráfico 2), el 74 % de las mujeres atendidas en 2018 y con diagnóstico de violencia machista son autóctonas, seguidas de las mujeres de los

países latinoamericanos (11,5 %) y de las mujeres africanas (7,6 %).

En cuanto al nivel socioeconómico (Gráfico 3), el 74,3 % de las mujeres tiene una renta inferior a 18 000 € y el 16,2 % se encuentra en una situación de vulnerabilidad que implica un mayor riesgo socioeconómico (recibe el paro o algún tipo de subsidio como única fuente de ingresos).

Gráfico 2. Porcentaje y número de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista **por país de origen**, 2018. N = 5.510 Cataluña

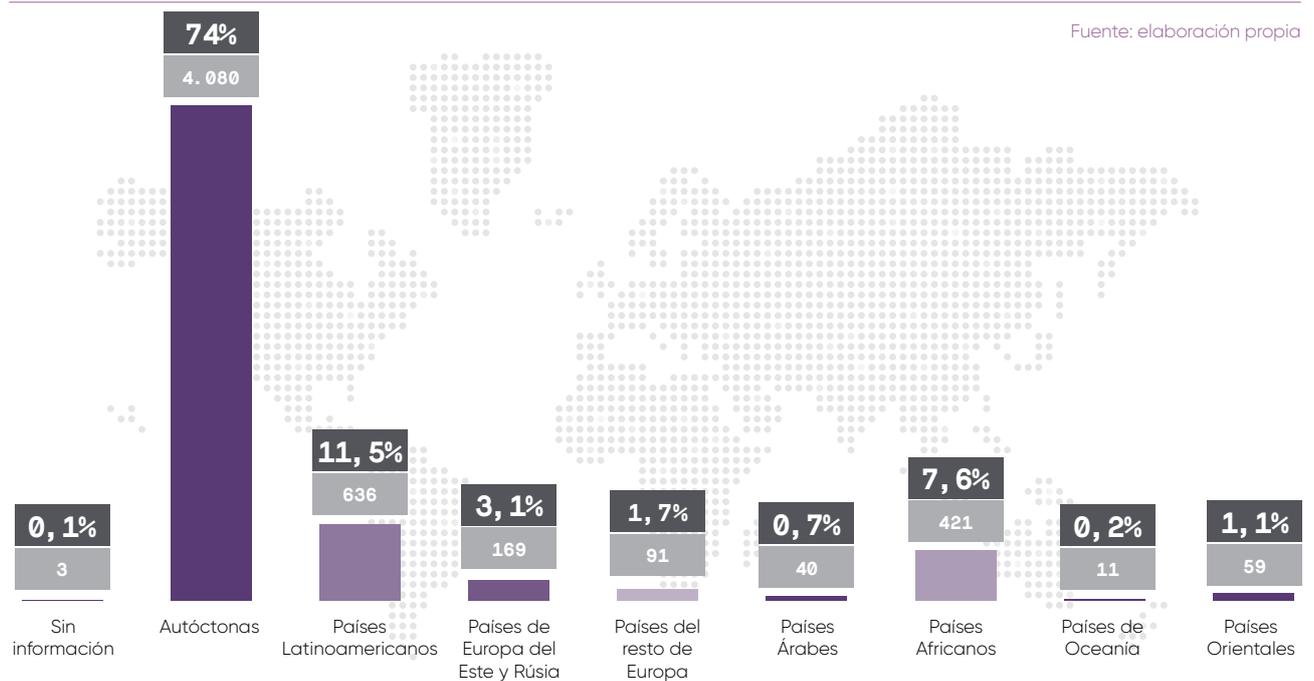
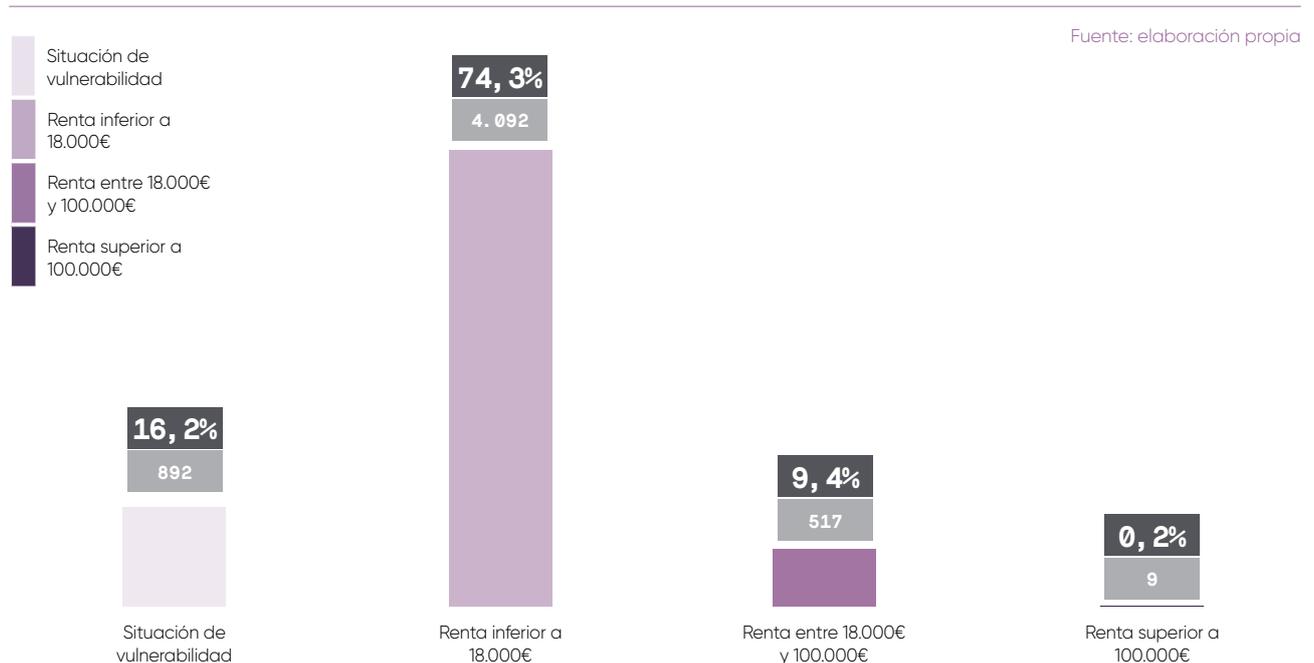


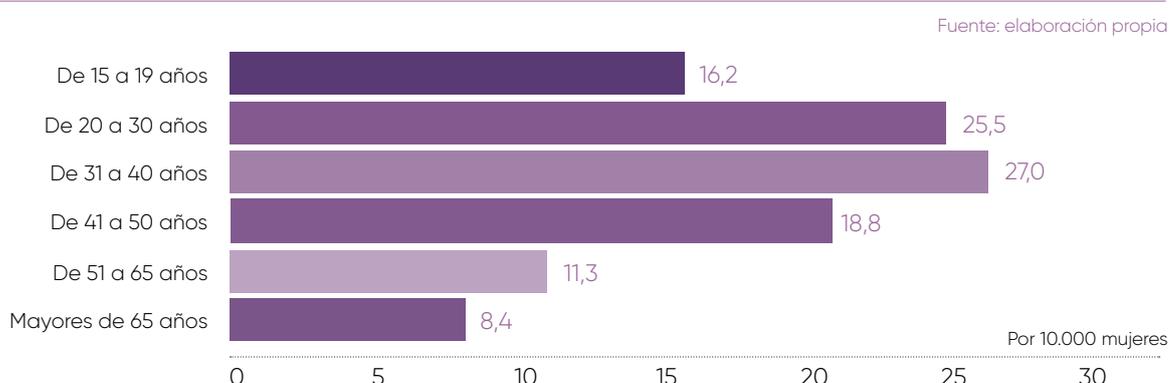
Gráfico 3. Porcentaje y número de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista **por nivel socioeconómico**, 2018. N = 5.510 Cataluña



Con relación a la prevalencia, **por cada 10 000 mujeres de 15 años o más en Cataluña, 16,7 mujeres tenían un diagnóstico de violencia machista en 2018**. En el Gráfico 4 se muestran las prevalencias

de la violencia machista en las mujeres por grupos de edad. La mayor prevalencia de casos, como se observa en el gráfico, se da entre las edades de 20 a 40 años.

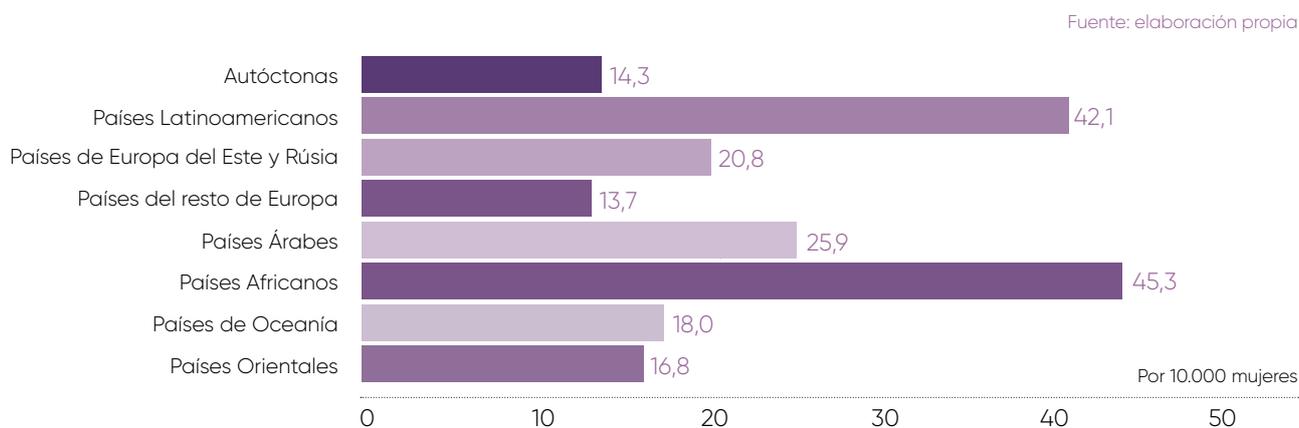
Gráfico 4. Prevalencia de violencia machista por cada 10.000 mujeres de 15 años o más **por grupos de edad**, 2018. N= 5.510 Cataluña



En cuanto al país de origen, en el Gráfico 5 se observa que las mujeres de países africanos y de países

latinoamericanos triplican la prevalencia de las mujeres autóctonas.

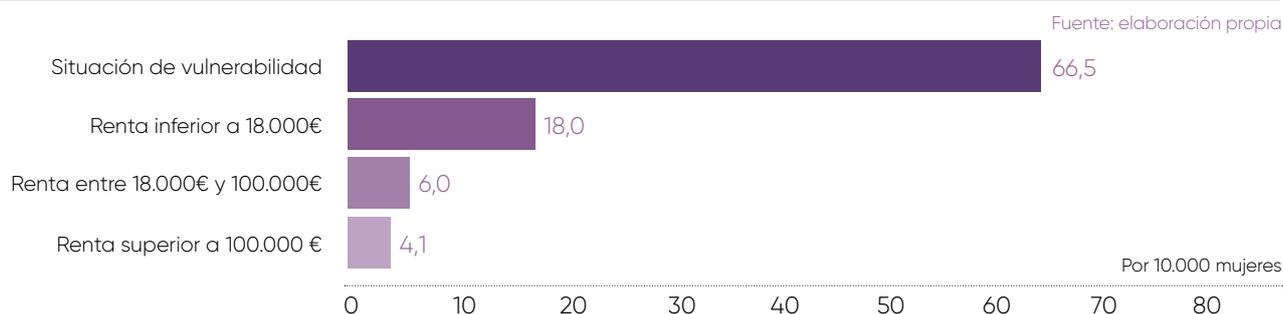
Gráfico 5. : Prevalencia de la violencia machista por cada 10.000 mujeres de 15 años o más **por país de origen**, 2018. N= 5.510 Cataluña



En cuanto al nivel socioeconómico (Gráfico 6), la prevalencia en las mujeres en situación de vulnerabilidad es la más elevada (66,5 mujeres por cada 10 000 mujeres

atendidas en los servicios sanitarios de Cataluña en 2018) y disminuye a medida que incrementa el nivel de renta.

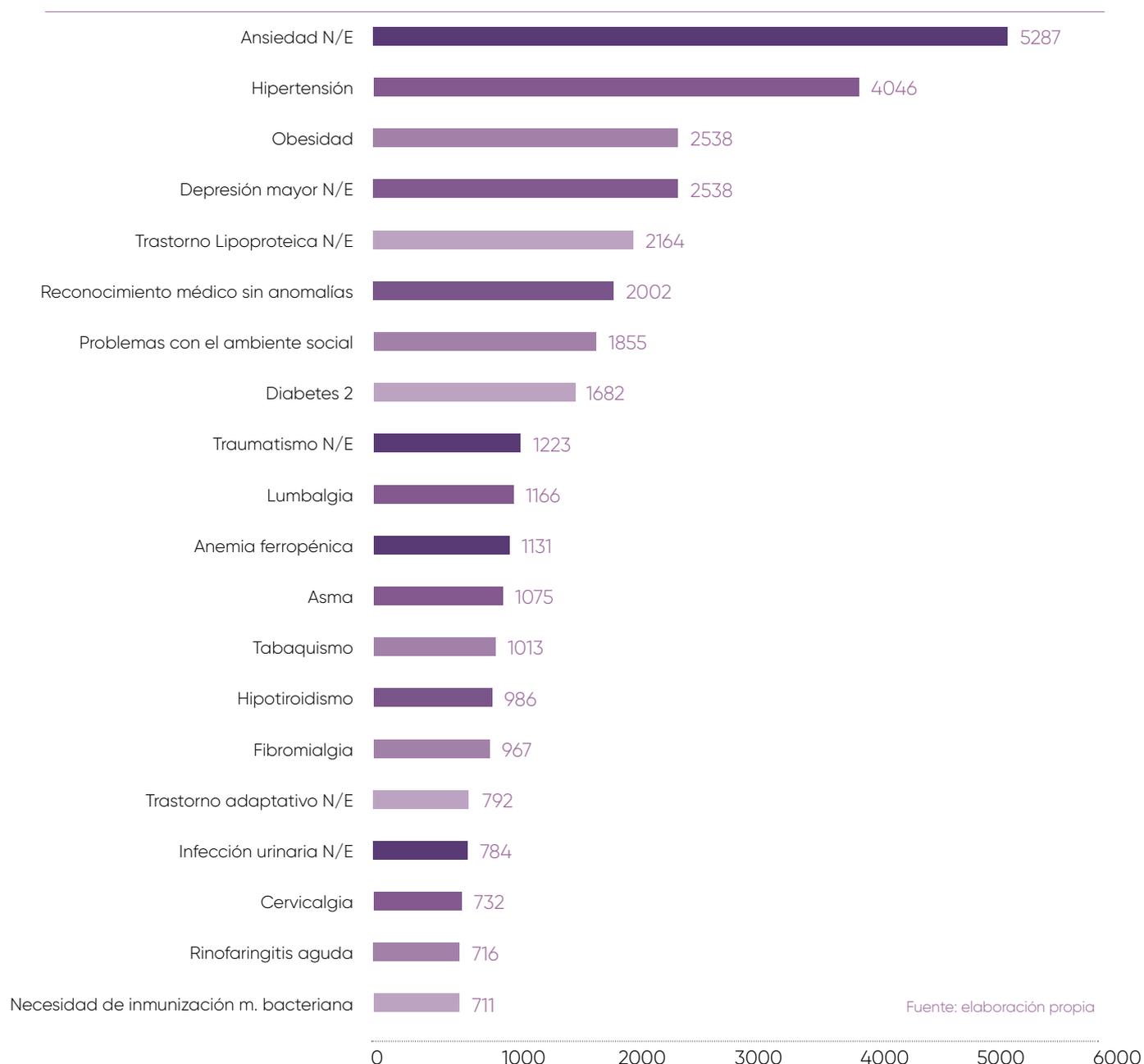
Gráfico 6. Prevalencia de la violencia machista por cada 10.000 mujeres de 15 años o más **por nivel socioeconómico**, 2018. N = 5.510 Cataluña



En el Gráfico 7 se presentan las patologías más frecuentes en la atención primaria de las mujeres diagnosticadas como casos de violencia machista en cualquier recurso asistencial. La ansiedad, la hipertensión, la obesidad y la

depresión destacan por su frecuencia, y corroboramos la evidencia científica sobre el efecto de la violencia machista en la salud física y mental de las mujeres (OMS, 2013; Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2016).

Gráfico 7. Número de diagnósticos más frecuentes en mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista en la atención primaria, 2018 Cataluña



Finalmente, con respecto al uso de los recursos sanitarios de las mujeres con diagnóstico de violencia machista (Gráfico 8), la media de visitas durante el año 2018 en Cataluña es de 13 visitas por mujer. El 75 % de estas mujeres ha visitado la atención primaria menos de 17 veces, mientras que el 25 % lo ha visitado más de 17 veces en el mismo periodo. Estos resultados son superiores a

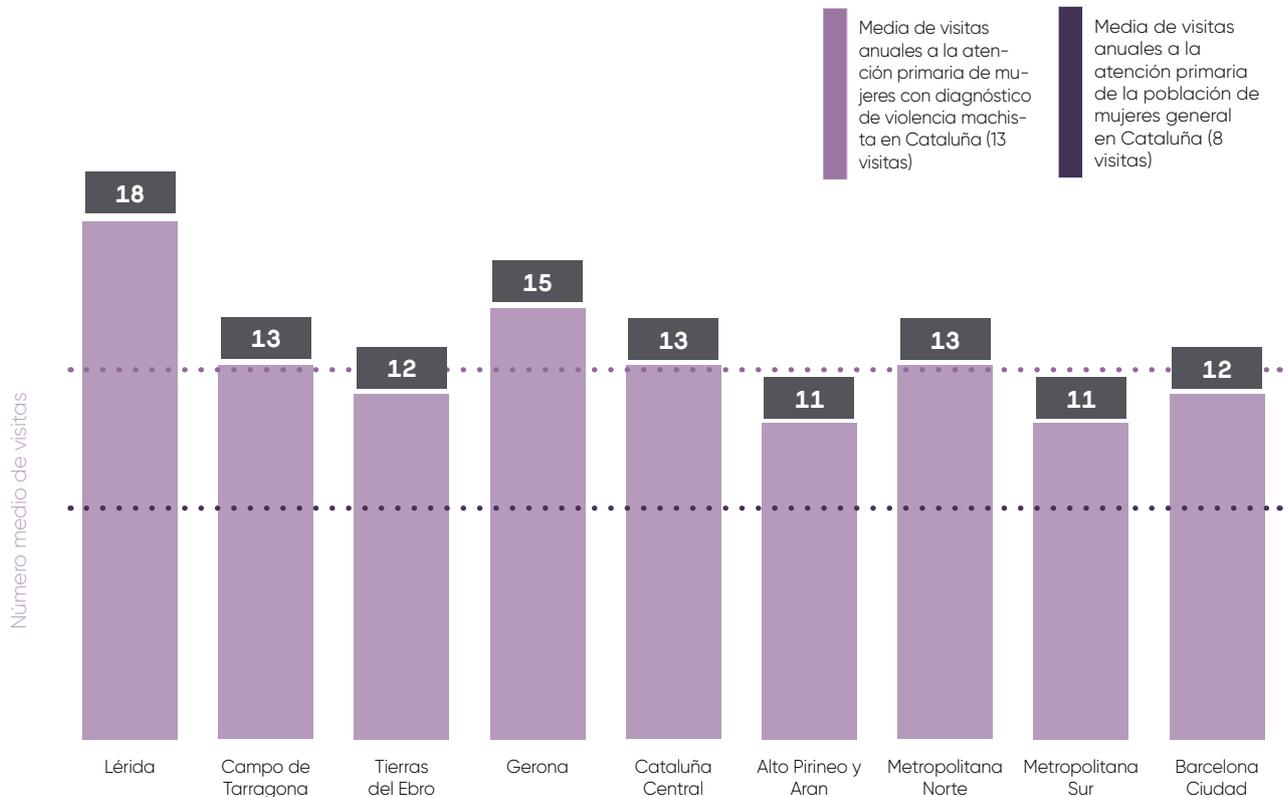
la media de visitas realizadas por la población general de mujeres en Cataluña con el mismo rango de edades atendidas en la atención primaria (media de 8 visitas por mujer), donde el 75 % de ellas ha realizado 10 visitas o menos durante el año 2018. Por tanto, el 25 % de las mujeres ha realizado más de 10 visitas a atención primaria

Gráfico 8. Número de visitas de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista en la atención primaria, 2018 Cataluña



Asimismo, la media de visitas a la atención primaria por región sanitaria es superior en las mujeres con diagnóstico de violencia machista respecto a las mujeres de población general (Gráfico 9).

Gráfico 9. Número medio de visitas a la atención primaria de mujeres de 15 años o más con diagnóstico de violencia machista respecto de la población femenina general, 2018 Cataluña



En 2018, en Cataluña 5.510 mujeres de 15 años o más atendidas en los servicios sanitarios tienen un diagnóstico de violencia machista



16,7 
mujeres

por cada 10.000 mujeres de 15 años o más de Cataluña en 2018 tienen un diagnóstico de violencia machista

De estas mujeres...



La **ansiedad**, la **hipertensión**, la **obesidad** y la **depresión** son los diagnósticos más frecuentes de las mujeres en situación de violencia machista atendidas en la atención primaria.

La media de visitas anuales a la atención primaria para mujer en Cataluña es de 8, mientras que en el caso de mujeres con diagnóstico de violencia machista asciende a **13 visitas**

Fuente: AQUAS Real World Data

50,7%



de las mujeres considera que ha sufrido violencia machista en algún momento de su vida.

En 2018 se pusieron **15.982 denuncias** por violencia en la pareja y en la familia, **un incremento del 3,2 % respecto a 2017**

De las **9.325 llamadas** por motivo de violencia machista al servicio de atención permanente, **el 99,3 % presentaba situaciones de violencia psicológica**

Fuentes: Encuesta de violencia machista en Cataluña 2016 y Observatorio de la Igualdad de Género 2019

Experiencias de los y las profesionales de salud, las entidades de mujeres y las personas expertas en salud y en violencia machista

La exposición de los resultados hace referencia a las aportaciones, por un lado, del colectivo de profesionales de la salud y entidades de mujeres del territorio, ambas figuras participantes en los grupos de discusión de cada una de las regiones sanitarias; y, por otro, de las personas y entidades entrevistadas especializadas en violencia machista, y personas y entidades de salud nombradas como expertas en violencia machista y expertas en salud, respectivamente. Las citas literales se incorporan entre comillas a lo largo del documento, respetando los relatos y las formas de expresión oral.

Cambio de orientación del PAVIM

Lo primero que hay que destacar en relación con el Protocolo es el consenso en torno a la necesidad de realizar un cambio en su orientación, ampliando la mirada y, a su vez, simplificándolo y haciéndolo más operativo.

Las entidades de mujeres del territorio plantean la necesidad de cambiar de modelo, un cambio de carácter sistémico que supondría ampliar la mirada a otras violencias, más allá de la violencia física; ampliar los ámbitos en los que se detectan violencias, más allá del ámbito doméstico o familiar; y ampliar los colectivos de mujeres que sufren violencia machista, incorporando a colectivos menos visibles y/o más estigmatizados socialmente. El cambio de modelo también debería dejar de enfatizar la responsabilidad de la mujer en la detección y la denuncia, situando más el foco sobre los agresores.

El modelo debería simplificar y humanizar más, teniendo presente el carácter patriarcal y reactivo del propio sistema sanitario, que se sustenta, probablemente, en la presencia de prejuicios y en la falta de habilidades para abordar las situaciones de violencia machista por parte de muchos profesionales del sistema sanitario.

Del mismo modo, los expertos y expertas coinciden con las entidades de mujeres en que el PAVIM no contempla el entorno social de la mujer y en la necesidad de *“mejorar la descripción de todas las tipologías de violencias machistas y sus especificidades, abordando hoy en día las violencias económicas que, evidentemente, son violencias en las que se ejerce un control sobre la mujer y tienen una afectación psicológica sobre estas, que*

coartan su libertad de autonomía y, por tanto, tienen un impacto en su salud emocional y en la salud física, y que son más sutiles”. (Expertas y expertos en vm y salud)

Los y las profesionales de la salud expresan esta misma necesidad de ampliar el enfoque del PAVIM más allá de las relaciones de pareja, porque la violencia machista puede ser ejercida por otros actores (padres, hermanos, hijos, compañeros de trabajo, etc.).

Y desde algunas entidades de mujeres del territorio se plantean otras realidades vinculadas a las identidades de género: *“Para detectar la violencia se da por supuesto que son heterosexuales y que las personas que reciben la violencia son cisgénero. Como esto no es así, deberíamos abrir la perspectiva de la violencia intragénero, entre hombres y entre mujeres, porque la hay y mucha”*. (Entidades de mujeres)

Implementación y comunicación

Este apartado incorpora temas relacionados con la utilización, el conocimiento y la implementación y el seguimiento del PAVIM.

En general, se hace un uso puntual del Protocolo como documento de referencia, pero no en el día a día de la atención asistencial.

La percepción general es que el PAVIM no se ha llegado a implementar en su totalidad. Expertos y expertas, entidades de mujeres del territorio y profesionales de la salud coinciden en que lo utilizan puntualmente, como documento de consulta o como referencia en formaciones específicas sobre salud y violencia machista, pero no en el día a día de la atención asistencial.

Además, los territorios han adaptado el PAVIM creando protocolos propios, en la mayoría de los casos protocolos municipales, para la utilización y coordinación de los diferentes agentes territoriales del municipio. En algunos casos, la especificidad de los protocolos llega a la escala de los centros de salud, a pesar de que el personal sanitario de estos centros utiliza también protocolos municipales que incorporan e integran a los demás servicios especializados del municipio.

Las entidades de mujeres del territorio hacen referencia a la necesidad de simplificar, flexibilizar y comunicar el protocolo para que sea más accesible y conocido por parte del conjunto de profesionales de salud y para evitar la sensación de inseguridad en el momento de su aplicación.

La comunicación y difusión que se hizo del Protocolo fue muy limitada y es, de este modo, poco conocido.

Todo el mundo ha coincidido en que, en el momento de la implementación del PAVIM, la difusión y comunicación que se hicieron fueron limitadas. Se recurrió únicamente a la herramienta del papel y las presentaciones en cascada, pero *“no se hizo nada más por temas de recortes, carencia de recursos y por una falta de planificación de la implementación real”*. (Profesionales de la salud)

Se detecta un desconocimiento del PAVIM tanto entre las entidades de mujeres del territorio como entre los profesionales de la salud, así como una confusión con otros protocolos, ya sea con las adaptaciones territoriales o sectoriales del PAVIM o con el Protocolo marco del Institut Català de les Dones.

Una experta en salud lo expresa diciendo: *“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”*. (Expertas y expertos en vm y salud)

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

El colectivo de profesionales de la salud ha expresado que no tuvo apoyo real en la puesta en marcha del operativo del PAVIM, no se realizó ningún seguimiento sobre su implementación ni se definieron indicadores de seguimiento ni de evaluación.



Prevención

La prevención, un factor clave en el abordaje de la violencia machista

El apartado de prevención incluye los programas de formación sobre violencia machista y la sensibilización y concienciación de la ciudadanía desde el ámbito de la salud.

La presión asistencial dificulta las tareas de prevención en los servicios de salud.

La percepción general, tanto de las entidades de mujeres del territorio como de los profesionales de la salud, es que las agendas profesionales están muy focalizadas en las tareas asistenciales, lo que no permite dedicar tiempo a las tareas de prevención de la violencia machista.

Las entidades de mujeres del territorio critican el carácter reactivo del sistema sanitario en oposición al carácter proactivo y preventivo que debería tener ante situaciones de violencia machista.

Sin asumir este rol preventivo, algunas entidades de mujeres cuestionan que tengan que ser ellas las que acaben dedicando su tiempo (voluntario) a realizar acciones que deberían ser asumidas directamente desde las administraciones y los servicios públicos. Y más cuando estas entidades también tienen dificultades de recursos para sostener las acciones en clave preventiva.



"Toda la sociedad se mueve hacia un camino, y entonces nosotros nos movemos y tenemos nuestro espacio, pero no somos los líderes... desde que salió el protocolo del año 2009, el avance ha sido impresionante, por ejemplo, en las consultas, la gente que ha querido posicionarse, porque se trata de un tema muy social y de valores personales, la gente que ha querido posicionarse ha tenido acceso a formación, a contactos, a coordinación...".

Los expertos y las expertas en salud transmiten esa misma idea de falta de liderazgo en el abordaje de la violencia machista por parte del sistema sanitario y de voluntariedad de los y las profesionales.

Programas de formación

Los equipos de salud tienen mucho personal que no está formado en violencia machista.

Tanto profesionales de la salud como expertos y expertas de la salud trasladan la necesidad de realizar formación específica en todos los centros de salud para incrementar la detección de casos de violencia machista: *"La atención primaria tiene muchas posibilidades de detectar, muchísimas, pero claro, el personal debe estar formado, el personal sanitario e incluso el personal administrativo debe estar formado. Y esta formación es la que pedimos que se haga, porque no se hace, no está, y aquí es cuando llega el primer problema". (Expertas y expertos en vm y salud)*

Necesidad de planes de formación adaptados y aplicables al día a día del colectivo de profesionales.

Los expertos y las expertas a quienes se ha entrevistado y los grupos de discusión de profesionales de la salud coinciden en la necesidad de contar con planes de formación adaptados y aplicables al día a día profesional y continuados en el tiempo, con formaciones que sean sencillas, operativas y de corta duración y que, en la medida de lo posible, se puedan dirigir al personal sanitario en los mismos centros de trabajo.

Expertos y expertas en violencia machista manifiestan que *"la formación que impartimos en diferentes contextos sí que está bien valorada y, con respecto al impacto, hay que tener en cuenta hasta qué punto se traduce lo que la gente aprende en una formación, en su día a día laboral, lo cual no depende solo de la calidad de la formación sino también del contexto laboral, de hasta qué punto tienen tiempo para hacerlo y del apoyo institucional que reciben". (Expertas y expertos en vm y salud)*

Necesidad de formación específica y conocimiento del sistema judicial.

Expertas y profesionales de la salud coinciden en la necesidad de una formación específica y de aumentar la coordinación de los diferentes ámbitos que forman parte de los circuitos de atención a la violencia machista. Consideran necesario ir actualizando las formaciones, por ejemplo, en cuanto a las redes sociales, y su relación con nuevos patrones de violencia machista.

Preocupa especialmente a los y las profesionales de la salud el conocimiento del sistema judicial: cómo este aborda la violencia machista y los aspectos legales relacionados con la redacción de informes, partes de lesiones, etc.

Se explicita la necesidad de que los profesionales del ámbito judicial, que muchas veces están ausentes, aporten el conocimiento del sistema judicial. *"Tenemos una asignatura pendiente con justicia... pero si a nivel judicial la violencia psicológica no puede reconocerse, tiene que haber hechos..."*. (Profesionales de la salud)

La violencia machista es un aspecto intersectorial que debería quedar incluido en todas las formaciones del ámbito de la salud.

El colectivo de profesionales de la salud entiende que la formación en violencia machista debería incorporarse a los diferentes perfiles profesionales del ámbito de la salud, principalmente en perfiles clínicos, los cuales tienen un posicionamiento más alejado a la hora de entender la violencia machista como un problema de salud.

La formación en violencia machista se centra principalmente en profesionales referentes de los servicios en violencia machista y/o personas vinculadas a los circuitos de violencia machista.

Los y las profesionales de la salud consideran que, actualmente, la formación en violencia machista recae principalmente en personas que son referentes o a las que esta temática les interesa o motiva.

Del mismo modo, algunas expertas comentan que *"el tema de formadores de formadores está bien, pero a veces el o la*

profesional no puede hacer la formación, porque no se puede liberar". (Expertas y expertos en vm y salud)

Y en este sentido, las expertas en violencia machista recordaban que la falta de formación o sensibilización que puede haber entre el colectivo de profesionales es un factor que puede incidir en la revictimización, ya que puede provocar malas actuaciones o preguntas erróneas.

Actuaciones de sensibilización y concienciación de la ciudadanía

Necesidad de incorporar la perspectiva de género en todos los contextos sociales y priorizar la sensibilización de la población en violencia machista con una comunicación cercana y dando a conocer los recursos del ámbito sanitario.

Los expertos y las expertas, tanto de salud como de violencia, coinciden en que hace falta una educación y una sensibilización en todos los aspectos: no sexista, feminista, fomentada en la diversidad, en el consumo de ocio, en la escuela y en el ámbito familiar.

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



"Primero, es importantísima la sensibilización de los profesionales y de la sociedad, porque si no estamos sensibilizados, difícilmente podremos detectarlo".

Los expertos y las expertas en violencia machista resaltan que, si bien las TIC pueden ser un elemento de control y de agresión, también son una oportunidad para la coordinación, la información y la prevención, especialmente entre la población joven e, incluso, como generadoras de protección (ATENPRO⁶).

En este sentido, constatan la necesidad de educación en las escuelas, pero también a escala general, sobre el uso y los peligros de las redes sociales.

⁶ El Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia de género (ATENPRO) es un dispositivo de telefonía móvil y telecomunicación que permite que las usuarias puedan contactar en cualquier momento con un centro atendido por personal específicamente preparado para dar una respuesta rápida adecuada a su situación.

Las TIC jugarían un papel importante en la prevención, realizando campañas, pero también en la detección y la atención, ya que permiten una mayor inmediatez, aplicaciones escondidas a las que tendrían solo acceso las mujeres o la teleasistencia, a la vez que pueden ser útiles también para la recuperación.

Las potencialidades específicas de las TIC podrían ser un dispositivo GPS con un botón de emergencia, una aplicación para hacer el seguimiento o un chat para la prevención precoz: *"Yo las utilizaría como dispositivo en el que la mujer pueda dar la alarma, en el momento de violencia ella podría dar una alerta en ese mismo momento... se les debería proporcionar un sistema para que puedan avisar en el momento de la violencia". (Expertas y expertos en vm y salud)*

Otras potencialidades serían la facilidad de contacto y de acceso, la inmediatez, la creación de grupos de apoyo y el acceso a los y las jóvenes con campañas atractivas, crear alguna aplicación que permitiera mapear las agresiones y detectarlas, etc.

A pesar de ello, algunas profesionales de la salud coinciden en que las TIC no deberían sustituir la atención presencial. Del mismo modo, se expresan ciertas preocupaciones relativas al reclamo de la pornografía y en relación con las aplicaciones, por la dificultad con los y las jóvenes en la protección de datos.

Si algún servicio de salud debe realizar tareas de prevención, tienen que ser los servicios de atención primaria, es decir, los ABS y los ASSIR.

Las profesionales de salud ven en los servicios de atención primaria el potencial más importante para la prevención. Son los servicios de la red de salud que atienden a más personas y de manera más prolongada en el tiempo (en todas las etapas de la vida), lo que les da una ventaja estratégica a la hora de abordar la violencia machista.

Toda la tarea preventiva está relacionada con el trabajo comunitario.

Los y las profesionales de salud consideran también que para la prevención es fundamental trabajar directamente con las comunidades, especialmente con aquellas que tienen un riesgo más alto de aislamiento. Por lo tanto, para poder trabajar con las comunidades e incidir en la prevención de la violencia machista es imprescindible salir de las consultas.

Estas mismas profesionales de salud recomiendan estrategias de trabajo grupal, de apoyo entre iguales y de trabajo con colectivos específicos:

Los grupos de apoyo entre iguales son una buena práctica de sensibilización. Cuando se piensa en trabajar con la comunidad, se activa la idea del trabajo en grupo entre iguales porque el grupo genera apoyo y permite crear espacios donde hablar y compartir diferentes aspectos cotidianos, entre ellos, la aproximación a la violencia.

Los grupos específicos son una buena metodología para realizar tareas de sensibilización. Por ejemplo, en algunos módulos formativos que suelen tener más presencia de chicos que de chicas. En estos grupos se detectan muchas situaciones de riesgo, ya que se trata de perfiles con una alta vulnerabilidad social y que pueden presentar conductas violentas.

Los expertos y las expertas de salud y de violencia machista apuntan que habría que hacer charlas en las escuelas y proyectar información en las pantallas de los centros de salud, o bien colgar más carteles. Algunas de las acciones específicas que han comentado han sido las siguientes: activar las respuestas de protección a la mujer, la detección precoz, la atención comunitaria, relacionar más la atención primaria con la violencia machista (ya que hay que comprenderla en toda su dimensión) y realizar medidas interseccionales.

"La violencia machista ha de poder trabajar desde el ámbito de la atención comunitaria y visibilizarlo: escuelas de salud, charlas en los barrios, charlas en centros, CAP, carteles... relacionar la atención primaria con la prevención de las violencias machistas. Actualmente la mujer lo relaciona, pero la atención primaria está más vinculada con problemas de salud, sino se considera muy social. La atención primaria debería dar un paso adelante con el fin de integrar el aspecto de la violencia machista". (Expertas y expertos en vm y salud)

En cuanto a las acciones específicas que se podrían realizar, han mencionado la necesidad de integrar a todos los agentes en salud comunitaria, llevar a cabo prevenciones en las desigualdades, transformar los roles de género, hacer las consultas más accesibles y, como alguna experta también ha afirmado, mensajes de cuidado para los hombres.

"La prevención de la violencia machista debe ser universal." (Expertas y expertos en vm y salud)

La totalidad de expertos y expertas que se han entrevistado, tanto en salud como en violencia machista, especificaron que no es posible identificar un perfil estandarizado de mujer que sufre violencia machista, dado que es un fenómeno social transversal, impregnado en la estructura social, teniendo en cuenta el arraigado modelo de socialización patriarcal que fomenta relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres.



“En lugar de hablar de características habría que hablar de cómo ciertas discriminaciones por origen, clase social, edad o nivel de estudios en las mujeres colocan a las mujeres en situaciones de mayor riesgo y mayor vulnerabilidad”.

Los expertos y las expertas explican como el hecho de ser mujer es, en sí mismo, un factor de discriminación social, y este eje de desigualdad interseca con el origen de la mujer: *“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”.* (Expertas y expertos en vm y salud)

Y con el eje de desigualdad que supone la edad, ser una mujer mayor: *“De más de 75 años, que tiene algún tipo de dependencia, normalmente Alzheimer o una dependencia a nivel cognitivo, esto complica que la persona pueda expresarse y que viva con el cuidador principal, que suele ser o la hija o el marido, porque hay maridos si tienen una relación heterosexual, y normalmente reciben muy poco apoyo”.* (Expertas y expertos en vm y salud)

Los profesionales de la salud coinciden en que las estrategias preventivas deben tener en cuenta la implicación de las familias, llegando a todas las clases sociales, porque la violencia machista se manifiesta en todos los estratos y clases sociales, aunque se produzcan diferencias en el modo de manifestarse y de operar.

Por otra parte, los y las expertas en violencia constatan que *“hay determinados grupos de población a los que el sistema no está llegando y que, por tanto, quedan fuera del circuito por diferentes casuísticas, como, por ejemplo, una parte de las mujeres migradas, las que no llegan a los servicios y hacia las que habría que mejorar la comunicación, cómo planteamos los servicios, facilitando que los materiales estén en varios idiomas... las personas en situación administrativa irregular... o las personas jóvenes, aunque se están haciendo muchos esfuerzos para garantizar espacios amigables para los jóvenes”.* (Expertas y expertos en vm y salud)

La prevención en edades tempranas es un pilar fundamental.

Los y las profesionales de la salud entienden que la prevención de la violencia machista debería implementarse con estrategias dirigidas a las diferentes edades de la población. Y se recomienda especialmente centrar los esfuerzos en los niños y los jóvenes para promover los valores de igualdad y diversidad de género.

Para la misma franja de edad, y dentro del ámbito educativo, las entidades de mujeres del territorio constatan el carácter puntual de las acciones de prevención actuales. Esto significa que no están incorporadas en el currículo de los centros educativos y no son tratadas de manera estructural. Comentan también las resistencias con que se encuentran para tratar determinados temas en etapas infantiles (por ejemplo, los afectos y los límites), resistencias que también se detectan por parte de algunas AFA (Asociación de familias de alumnos)

Los y las profesionales de la salud identifican dos programas que centralizan las actuaciones de prevención más importantes desarrolladas por los agentes de salud (servicios de primaria) en las que se trata la violencia machista con niños y niñas, así como con personas jóvenes.

Los servicios de salud identifican dos programas de prevención centrales: el Programa Salud y Escuela (ABS) y la Tarde Joven (ASSIR).

Los expertos y las expertas en salud relatan una nueva acción para la sensibilización que, según valoran, está teniendo un impacto positivo importante: se trata de colgar pósteres del Institut Català de les Dones con el número de teléfono de atención a personas que sufren violencia machista en todas las puertas de los aseos de mujeres o mixtos de los ASSIR, CUAP's.

La necesidad de una prevención dirigida a los hombres.

Desde algunas entidades de mujeres del territorio se hace patente que la prevención dirigida a los hombres es un tema de prevención poco abordado. Se pone de manifiesto la necesidad de empezar a cambiar el foco centrando la energía en los agresores y no dejando toda la responsabilidad en manos de las mujeres.

Según expertas en violencia machista, la definición de prevención de la violencia machista es cualquier acción destinada a intentar evitar/romper creencias, situaciones o mecanismos del sistema patriarcal para perpetuarse. Para poder trabajar la prevención dirigida a los hombres hay que enfocar las acciones hacia el cuidado, tener información con indicadores, intervenir para detectar las violencias machistas valorando los riesgos y hacer prevención en los centros educativos desde la adolescencia.



“La verdad es que funciona mucho y funciona bien, y se nos pone la piel de gallina al ver la cantidad de gente que arranca los papeles con el teléfono; hay sitios en los que ha sido necesario cambiar los pósteres varias veces. Es una buena estrategia, al menos para dar una herramienta a la persona a la que le esté pasando esto para llamar a algún lugar en el que pueda informarse”.

Hay que poner el foco en los hombres, no con el fin de etiquetar, sino con el fin de intervenir. Y cuando se habla de saturación, estrés o conflictos con la pareja hay que aprender a escuchar, a detectar y a prevenir. También hay que empezar a hacer campañas para llegar a los hombres e implicarles en temas de salud. Si no trabajamos con los hombres, no cerraremos el círculo.

Los y las profesionales de la salud también comentan que una de las principales dificultades a la hora de prevenir la violencia machista es la resistencia cultural al cambio. Por eso, aunque en la actualidad ya se organizan charlas en los centros educativos, se plantea la necesidad de situar la prevención de la violencia machista en el centro de la educación para lograr cambios en la manera de relacionarse y, de este modo, poder modificar, poco a poco, los estándares culturales que mantienen la violencia machista.



Detección

La detección: pautas para identificar los casos de violencia machista

El apartado de detección incluye las pautas para la entrevista, los indicadores de detección y las herramientas de valoración del riesgo de las mujeres en situación de violencia machista.

Los ámbitos profesionales identificados como los más adecuados para la detección de casos de violencia machista pertenecen a la atención primaria y, en segundo lugar, a los servicios de urgencias.



Profesionales de la salud

"La atención primaria tiene muchas posibilidades de detectar, pero, claro, el personal debe estar formado... no detectamos; si detectamos, como no sabemos qué hacer, miramos hacia otro lado y sufrimos".

Los expertos y las expertas tanto en salud como en violencia machista coinciden en cinco ámbitos clave para la detección de la violencia machista. Los más nombrados, por orden, han sido: la atención primaria, la atención hospitalaria, los servicios sociales, el entorno policial y la escuela. Entre estos, el entorno hospitalario y el policial se identifican como los más reactivos..



Entidades de mujeres

"Todo el mundo acaba viniendo aquí, de todos los países, de todas las situaciones socioeconómicas, desde la más alta hasta la más baja, al final todos acaban pasando por el servicio de urgencias del sistema público".

Del mismo modo, han identificado la ASSIR como un entorno relevante para la detección de violencia machista: "Según datos cogidos con pinzas, en 2017 en Barcelona dijimos: 'Miremos en el eCAP (la historia

clínica de atención primaria) cuántos casos tenemos y quién los ha detectado". El servicio, con diferencia, que había detectado más casos fue un ASSIR, seguido del siguiente, otro ASSIR".(Expertas y expertos en salud y vm)

Los y las profesionales de la salud y entidades de mujeres del territorio consideran que el perfil profesional sanitario más idóneo para detectar casos de violencia machista es el equipo de enfermería, las doctoras de cabecera y los servicios de urgencias.

Una mirada muy restringida a la violencia machista desde los servicios sanitarios. En la detección hay una tendencia a buscar el maltrato físico.

Se pierde de vista la sintomatología clínica vinculada a la violencia machista.

Hay un consenso en la percepción en que, desde el ámbito sanitario, existe una mirada enfocada a la violencia física y poco hacia otras violencias y las mujeres que las sufren. Esta tendencia a buscar la "marca física" de la violencia machista hace que se pasen por alto la gran mayoría de los casos.

Hay una falta de detección de otras violencias, como la psicológica, la que no se detecta fácilmente desde ningún ámbito asistencial sanitario.

Las entidades de mujeres del territorio remarcan la importancia de detectar y atender a mujeres que han sufrido situaciones de violencia machista en etapas anteriores y critican esta mirada prototipada de la violencia machista que excluye violencias como la psicológica, la económica, la obstétrica... en ámbitos más allá del familiar, en instituciones, geriátricos, entornos laborales y colectivos de mujeres migradas, mujeres no cisgénero o heteronormativas, mujeres objeto de trata, mujeres mayores, adolescentes, trabajadoras sexuales, consumidoras de drogas, etc.

Los y las profesionales de la salud constatan que la detección está fuertemente relacionada con el conocimiento que tienen las profesionales sobre la

violencia machista. Lo que no se conoce no puede ser detectado. Y, al mismo tiempo, reconocen que la detección depende de la sensibilidad de la figura profesional hacia la violencia machista porque, a pesar de tener los conocimientos, es necesario que el o la profesional se implique en su abordaje. La detección depende de la sensibilidad de los y las profesionales en relación con el problema de la violencia machista y de la conciencia del papel clave que juega en su erradicación.

El impacto de las estrategias desarrolladas es pequeño y la detección en violencia machista es muy baja.

Los y las profesionales de la salud identifican tres motivos claros de la infradetección de casos de violencia machista. En primer lugar, se considera que los y las profesionales no saben qué hacer cuando se detecta un caso. El segundo motivo responde al desconocimiento de las consecuencias que estas detecciones pueden tener sobre las mujeres, y el tercero, a la falta de sensibilización en cuestiones de violencia machista. Como consecuencia, la detección en violencia machista es muy baja.

Los servicios de urgencia son los que detectan más casos de malos tratos físicos, si bien en aquellos casos más sutiles o menos evidentes no se trabaja para averiguar si se trata de violencia machista por falta de tiempo y de herramientas, y se pierden casos.

Desde la perspectiva de la **ASSIR**, los expertos y expertas de la salud especifican que el tipo de violencia que se está atendiendo es aquella menos visible socialmente y que, a la vez, "es latente, mantenida, aunque también tenemos casos de violencia física... La violencia que nosotros vemos es una violencia más sutil, que normalmente va acompañada de violencia sexual; estamos mucho con la violencia sexual en la calle, cuando estamos en espacios de ocio se dan situaciones de violación o de abuso, pero no lo vemos, y es precisamente esta violencia la que vemos en la ASSIR, situaciones de violencia mantenida, en una relación que se cree que debe ser así o en la que la persona no siente que está en situación de violencia. Es una violencia más crónica". (Expertas y expertos en vm y salud)

Las entidades de mujeres del territorio consideran que la pediatría debe tener un papel más importante respecto a la detección de la violencia machista a través de los hijos e hijas. Y expertos y expertas en violencia machista apuntan la posibilidad de dar formación a las farmacias como estrategia para una mayor detección.

El cribado universal un debate

La introducción del cribado poblacional universal para la detección de violencia machista es uno de los grandes debates y temas de reflexión entre el colectivo de profesionales de la salud.

Según las entidades de mujeres: "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?" (Entidades de mujeres).

Algunas reticencias de profesionales de la salud hacia el cribado universal se fundamentan en el hecho de que existen cuestionarios con preguntas específicas validadas: "Preguntar a todo el mundo está absolutamente desaconsejado por la OMS... y hay estudios que dicen que tiene efectos negativos. Si se pregunta, hay que estar preparado para dar una respuesta a veces no sanitaria, y hay mujeres que están en situaciones muy precarias y vulnerables, y priorizan tener ingresos para la familia, sin banalizar la violencia machista". (Profesionales de la salud)

También se relata alguna experiencia positiva: "Desde algún servicio de primaria, hace un tiempo, se hizo una prueba piloto que consistía en el cribado universal a las mujeres. En aquella prueba piloto se pasaba una encuesta a todas las mujeres en la que se les preguntaba por su situación en casa y con la pareja. Desde la práctica, los y las profesionales implicados se quedaron sorprendidos de los casos de violencia en mujeres sobre las que, aparentemente, no lo hubieran dicho nunca". (Profesionales de la salud)

Profesionales de la salud

"La primera dificultad es nuestra cultura patriarcal, son los propios estereotipos de género... porque si queremos poner en marcha un protocolo que nos está diciendo una serie de cosas, pero nuestras gafas o la manera en que valoramos responde a otro modo de ver las cosas, será muy difícil poder detectar".

Los y las profesionales de la salud constatan que el cribado se vincula únicamente a la percepción de factores de riesgo por parte de este personal.

La percepción general es que los y las profesionales de la salud tienen falta de conciencia de su rol hacia la detección de la violencia machista.

“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?’. (Profesionales de la salud).

Las entidades de mujeres del territorio destacan como elementos a tener en cuenta para la detección la falta de tiempo en la consulta para aplicar correctamente los cuestionarios y hacer las preguntas, y la rotación excesiva de profesionales, la cual no permite establecer un vínculo de confianza.

En mujeres embarazadas, el cribado es universal y se realiza por la ASSIR siguiendo el mandato del Protocolo de seguimiento del embarazo desde el año 2018.

El colectivo de profesionales de la salud explica que el embarazo se considera un factor de riesgo, por lo que desde la ASSIR sí que se aplica el cribado a todas las mujeres atendidas. Esta universalidad del cribado en mujeres embarazadas garantiza que a todas ellas se les pregunte por aspectos sobre su relación de pareja actual y sus experiencias pasadas en relación con la violencia machista.

El cribado vía niños y niñas se considera imprescindible y debería realizarse desde el servicio de pediatría.

Los y las profesionales de la salud también consideran que en pediatría se generan espacios en los que se pueden establecer relaciones entre niños y profesionales de la salud, y en este sentido se valoran como espacios muy interesantes para llevar a cabo la detección a través de los hijos e hijas de mujeres que sufren violencia machista. Sin embargo, este espacio está muy focalizado en la protección del menor y no siempre se aborda la posibilidad de que las mujeres de la familia estén sufriendo violencia machista.

Se considera que la detección y el cribado en hombres son difíciles de poner en práctica en los servicios de salud.

Los y las profesionales de la salud consideran que tanto la detección como la atención de hombres agresores implican procedimientos e intervenciones diferenciados de los que reciben las mujeres. El cribado en hombres requiere competencias específicas y conocimientos sobre cómo hacer un abordaje con agresores o posibles agresores, algo difícil de garantizar y de poner en práctica desde los servicios de salud.

Las entidades de mujeres del territorio coinciden en que se trata de una tarea compleja y difícil, y que es más fácil detectar a los hombres agresores si interactúan con las mujeres porque, si están solos, pueden mostrar una imagen “encantadora”.

De todos modos, las entidades también apuntan que esta detección no debería ir en detrimento de las medidas dirigidas a las mujeres, y que habría que pensar bien cuál sería el fin. ¿Por qué detectar a los hombres? ¿Después se les denunciaría? ¿Se les obligaría a seguir un programa? Detectar a los hombres sin garantizar una atención posterior a la mujer podría ponerla en una situación de peligro todavía mayor.

Indicadores de ayuda a la detección

El consenso respecto a la infradetección de casos de violencia machista en los servicios de salud responde a varios motivos:

No se existe un perfil de mujeres concreto que se pueda relacionar con la violencia machista.

Los expertos y las expertas en violencia machista consideran importante, en lugar de hablar de características, hacerlo de cómo intersecan ciertas discriminaciones por origen, clase social o nivel de estudios en las mujeres. Estos elementos que intersecan “colocan a las mujeres en situaciones de mayor riesgo y mayor vulnerabilidad... intersecciones que sí tenemos identificadas como... ser migrante y, dentro de las migrantes, las que tienen papeles o las que no, el tema de la opción sexual, el tema de la discapacidad, que está muy invisibilizado... nos deberían hacer pensar en cómo mantenemos ciertos sesgos de discriminación y, a veces, de racismo”. (Expertos y expertas de la salud)

La importancia de conocer los indicadores de sospecha.

“En las mujeres con discapacidad, la ‘normalidad’ también es una herramienta del machismo. De hecho, la mujer con discapacidad es la última categoría social, en este caso, la violencia está naturalizada y la gente la práctica, y por esta razón sufre más violencia que cualquier otra mujer”. (Expertos y expertas de la salud)

El colectivo de profesionales de la salud comenta que esto dificulta la detección de los casos de violencia machista que no son explícitos o evidentes. El uso de los indicadores de detección está relacionado con el hecho de saber cómo utilizarlos; en qué momento debemos usarlos, cómo introducirlos en la relación, qué hacer con su resultado, cómo proseguir cuando los hemos utilizado, etc.

Los y las profesionales de la salud constatan que la detección de la violencia machista no es una tarea sencilla (cuando no son casos evidentes). Hay casos en que los indicadores disponibles no son suficientes para determinar con certeza que se trata de casos de violencia machista, lo que supone una barrera a la hora de detectar.

Las entidades de mujeres del territorio coinciden en que se produce una detección demasiado tardía de los casos, dado que estos se detectan sobre todo cuando hay violencia física, la punta del iceberg de las violencias..

Los indicadores de detección no se adecuan a los tiempos asistenciales de los servicios de salud.

Profesionales de la salud también exponen que los indicadores de detección requieren dedicar tiempo a hablar con las mujeres, establecer un contexto de confianza, y abordar temas complejos y de alto impacto emocional. Esta tarea profesional de abordaje hacia la violencia machista no se puede hacer en el tiempo de dedicación que se tiene actualmente en las consultas, ni en primaria ni en urgencias.

Hay una sintomatología asociada a la violencia machista que se convierte en un indicador de detección.

El colectivo de profesionales de la salud considera que la violencia machista, aunque no se registre con una etiqueta, puede ser detectada en los sistemas de registro cuando se hace el seguimiento de sintomatologías clínicas. Se trata de sintomatología física (cefaleas, angustia, ansiedad, insomnio, etc.) que se manifiesta de manera recurrente en mujeres que sufren violencia machista, quienes conciertan visitas periódicamente con estas sintomatologías (la clínica de la violencia machista).

La barrera idiomática dificulta la detección de la violencia machista entre las mujeres de origen diverso.

Profesionales de la salud también han destacado la necesidad de conocer la lengua de las mujeres para poder establecer los canales de comunicación necesarios para la detección. Esto es especialmente complicado en los casos en que la persona que hace la función de traductora puede ser el hombre agresor o una persona de su entorno. Los servicios no disponen de mediadoras culturales que puedan traducir y/o hacer de intérpretes para que las profesionales puedan entender y atender a las mujeres en sus consultas.

Identificación de indicadores para la detección de la violencia machista.

Los indicadores mencionados por el conjunto de participantes en esta evaluación: el colectivo de profesionales de la salud, las entidades de mujeres del territorio, y expertos y expertas tanto de la salud como de violencia machista coinciden, en gran medida, en mencionar los indicadores que ya están recogidos en el PAVIM.

Expertos y expertas, tanto de la salud como de violencia machista, han identificado como indicadores directos:

- › Indicadores de violencia física: son los más visibles, tales como fracturas, contusiones, dolor de cabeza, dolor pélvico, desgarros o enfermedades de transmisión sexual.

Como indicadores indirectos, elementos de alerta en la detección:

- › Indicadores de violencia psicológica: tristeza, apatía, cansancio, desánimo, depresión, insomnio, autolesiones, bloqueos psicológicos y disociaciones.
- › Embarazos no deseados y abortos de repetición relacionados con la no utilización de métodos contraceptivos.
- › Cambios en el rendimiento escolar.
- › Introducción del consumo de tóxicos.
- › Aislamiento social y precariedad económica.

De manera puntual se ha mencionado como indicador el control que el agresor ejerce sobre la víctima. Hay que valorar la *“reactividad de las mujeres cuando vienen acompañadas de la pareja porque, a veces, se expresan más fácilmente cuando han venido sin la pareja”*. (Expertos y expertas de la salud)

Las entidades de mujeres del territorio han mencionado, desde su experiencia con las mujeres, los siguientes indicadores:

- › Físicos: signos de agresiones, dolores crónicos que generan hiperfrecuentación de los servicios sanitarios y somatizaciones.
- › Psicológicos: inestabilidad o malestar emocional (ansiedad, miedos, depresión, inseguridades, etc.) y baja autoestima.
- › De comportamiento: dependencia social, aislamiento (cierres, falta de apoyo social, falta de socialización y desconocimiento de los servicios de ayuda), evitar responder a preguntas sobre la pareja, asistencia al médico con presencia de la pareja y es la pareja la que habla (por razones idiomáticas), lenguaje no verbal en la mujer que busca constantemente el consentimiento de la pareja o silencio, cambiar el día de cita con el médico o la médica para poder salir el día que el agresor está en casa, excusas recurrentes ante señales físicas más evidentes, consumo de psicofármacos...

Otros elementos que las entidades de mujeres del territorio han mencionado como importantes en la detección de la violencia machista son:

- › Culturales y religiosos: considerar el lugar de procedencia y la cultura, así como las tradiciones que rodean a la mujer.
- › A observar a través de los menores: analizar las situaciones de ausencia escolar, preguntar a los hijos o hijas cuando van a las consultas con la mujer, las enfermeras que van a las escuelas también podrían detectar casos de violencia machista a través de los niños.
- › Relacionadas con situaciones específicas: mujeres mayores en centros residenciales, mujeres jóvenes (relaciones puntuales, chantajes, control...), acosos en el ámbito laboral, mujeres no cisgénero y mujeres migradas.

Indicadores de ayuda a la detección de hombres posibles agresores.

Las entidades de mujeres del territorio coinciden en que es más fácil detectar a los hombres agresores cuando interactúan con las mujeres, a pesar de que, según la experiencia de las entidades, no es muy usual que los hombres vayan a la consulta con las mujeres.

En situaciones de interacción se pueden encontrar indicadores para la detección, tales como:

- › Estilo de interacción dominante y de celos.
- › Comunicación verbal posesiva, dando órdenes y haciendo callar a la mujer.
- › Comunicación no verbal: el modo de mirar y/o la posición corporal.

- › Exámenes psicológicos.
- › Comportamiento agresivo o violento.

Los expertos y las expertas en violencia machista caracterizan los posibles agresores como hombres de todos los orígenes, etnias, clases y niveles de estudios. Se trata 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”*. (Expertos y expertas de la salud)

El colectivo de expertos en violencia machista también comenta que ciertas investigaciones aplicadas han generado conocimiento y herramientas aplicables en relación con el abordaje a los agresores: *“Por ejemplo, hemos tenido un proyecto en el que se creó la guía para profesionales de salud y de servicios sociales para abordar a los agresores. Recuerdo que una de las críticas que se hicieron en su momento era que no se quería hablar de ello en los protocolos de salud”*. (Expertos y expertas de la salud)

Valoración del riesgo de indicadores para la valoración biopsicosocial, de la situación de violencia, y de la seguridad y evaluación del riesgo.

Los expertos y las expertas de la salud explican que, además de la implementación del PAVIM, consideran que la búsqueda aplicada en violencia machista en la valoración del riesgo, adaptando y desarrollando protocolos, ha posibilitado 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”*. (Expertos y expertas de la salud)

Se hace uso del RVD-BCN para valorar el riesgo en que se encuentran las mujeres que sufren violencia machista.

El colectivo de profesionales de la salud entiende que esta encuesta es una herramienta que ayuda a las profesionales a valorar la urgencia y el riesgo en que se encuentran las mujeres que atienden. El RVD no siempre es conocido como una herramienta que podría ayudar en la detección, y en algunos casos, a pesar de conocer la herramienta, esta no está disponible en el sistema y no saben cómo buscarla.

Falta de confianza de los y las profesionales de salud con la respuesta que podrá dar el circuito de violencia machista a las mujeres.

A veces, los servicios que se ofrecen no están funcionando o están saturados. Los y las profesionales de la salud reconocen que no tienen confianza en que los recursos que el sistema social y sanitario pone a disposición de las mujeres funcionen y ayuden realmente. Se destaca específicamente que el apoyo institucional que reciben las mujeres que han denunciado situaciones de violencia machista no les garantiza su correcta atención ni su seguridad.

La detección debe ir de la mano de la disponibilidad de recursos en la red para poder atender a los casos detectados.

El colectivo de profesionales de la salud relata sentir miedo a desvelar la violencia machista ante la posible violencia del agresor o de la familia. Destapar situaciones de violencia machista en las consultas se percibe como un riesgo cuando las personas agresoras o la familia están presentes en la misma consulta o en la sala de espera.

La falta de apoyo jurídico genera sensación de inseguridad profesional.

Expertos y expertas en salud han manifestado una falta de apoyo jurídico, *"la falta de apoyo jurídico-legal de trabajo social; cuando pones una denuncia te encuentras muy solo, como médico te encuentras muy solo..."* y *"la judicialización de todos estos procesos evidentemente te pone a ti como profesional en una situación desagradable, peligrosa, con amenazas por parte del agresor... es necesario que haya una interrelación entre el profesional médico que podría detectar estas situaciones cuando atiende a estas familias a sus consultas, pero una relación brutal con juristas"*. (Expertos y expertas de la salud)

Profesionales de la salud añaden la idea de que, por mucho que los hombres agresores no estén presentes, el hecho de que estos descubren que las mujeres han estado hablando de ello en la consulta puede convertirse en un peligro para ellas, ya que pueden incrementar la violencia que ejercen hacia estas.

En este mismo sentido, desde las entidades de mujeres del territorio se apuntan 4 tipos de resistencias de las mujeres para dirigirse a los centros sanitarios:

Las de naturaleza psicosocial, que tienen una dimensión psicológica y social a la vez, relacionada con el impacto y el trauma que genera la violencia machista en las mujeres,

un impacto que puede bloquear a las víctimas de violencia machista, generar sentimientos de culpabilidad, querer ocultar la situación de sufrimiento y no dar el paso de denunciar por las implicaciones que esto supondría para ellas.

"Hay familias recién llegadas, no es necesario que sean extranjeras, pueden dominar el idioma perfectamente... pero van repitiendo patrones... vienen de una historia de malos tratos de familia y la gente no quiere meterse... si aceptan eso, allá ellas, este tipo de familia no acepta que tú entres... Las mujeres con esta clase de problemática no suelen ir a las actividades... También hay otro tipo de mujeres que silencian estas violencias, sobre todo cuando no son físicas, estas están más normalizadas". (Entidades de mujeres)

Las que tienen que ver con la percepción de que los servicios de salud no son una opción real de solución a la situación de sufrimiento. Se llega a afirmar que hay mujeres que perciben el sistema como patriarcal o como un ámbito hostil para los colectivos de mujeres con una fuerte carga de estigmatización social, como podría ser el caso de las trabajadoras sexuales, mujeres trans o lesbianas.

La situación legal no regularizada de algunas mujeres migradas puede convertirse en una resistencia muy evidente a acudir a los centros médicos, así como las barreras idiomáticas en algunos colectivos de mujeres migradas.

Desde las entidades de mujeres del territorio se apunta también a la normalización de la violencia, especialmente en algunos entornos más rurales o semirurales.

Entidades de mujeres



"Las mujeres que han normalizado la violencia y que, cuando deciden dar un paso adelante, se encuentran solas... también pueden ser mujeres de nuestra cultura que han normalizado la violencia porque la han sufrido durante toda su vida. Las mujeres mayores, por tanto, también preocupan porque lo tienen muy interiorizado".

En el caso de las personas mayores, se subraya que, en la mayoría de los casos, se trata de violencia psicológica. En estos casos, es difícil hacer ver a las mujeres la violencia que hay detrás de estas dinámicas tan aceptadas y normalizadas.



Atención y recuperación

La atención y la recuperación. El acompañamiento de las mujeres que sufren violencia machista.

El apartado de atención y recuperación del PAVIM incluye: la información sobre el problema, el trabajo en la consulta y el seguimiento, la derivación, el registro en la historia clínica, la actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera, y la emisión, en su caso, del parte de lesiones y el informe médico correspondiente. Cabe decir que también hemos incorporado en este mismo apartado otros temas vinculados a la atención y la recuperación, como son la disponibilidad de recursos o las herramientas de apoyo para los profesionales.

La atención que reciben las mujeres depende de los recursos y las regiones sanitarias, no se percibe un principio de equidad territorial, tampoco dentro de las regiones sanitarias, y faltan recursos y personal para poder realizar un abordaje adecuado de la violencia machista.

La percepción general es de falta de recursos, saturación de los existentes y percepción de desigualdades porque, según relatan los y las profesionales de la salud, los circuitos de atención son diferentes en función de los territorios, y las condiciones para acceder a los recursos tampoco son universales y compartidas. En este sentido, se necesita una mejor redistribución de los recursos existentes.

Entidades de mujeres del territorio y profesionales de la salud concretan la falta de recursos con ejemplos como la falta de una persona referente en violencia machista las 24 horas en urgencias o en los CAP durante las vacaciones; las listas de espera para poder acceder a un tratamiento psicológico o casas de acogida; la elevada carga asistencial en las agendas profesionales, lo que dificulta el abordaje de la violencia machista debido a tiempos limitadísimos de atención a las personas usuarias del sistema; la lentitud de respuesta cuando lo que se necesita es una respuesta rápida que aporte seguridad a las mujeres; la baja formación y sensibilización de buena parte de los profesionales; y profesionales saturados y/o quemados.

El colectivo de profesionales de la salud expone que la falta de inversiones, los recortes en los recursos y el sentimiento de poco reconocimiento a las tareas de los profesionales que realizan el abordaje de la violencia machista han generado un clima de desconfianza en el sistema.

“En Lleida ciudad, una mujer víctima de violencia machista puede acceder a un recurso residencial (piso de acogida o lo que necesite) sin que haya denuncia. En cambio, en el Pla d’Urgell y en Balaguer, si no hay una denuncia no pueden entrar en un recurso residencial. Estas diferencias y desigualdades territoriales son extensibles a otros casos porque la gestión no es municipal sino supramunicipal. Cada Consell Comarcal se organiza de manera diferente, lo que hace que las realidades sean muy diversas. Otro ejemplo: en Mollerussa no existe el vale farmacéutico, pero en Lleida, sí”. (Profesionales de la salud)

Hacen hincapié en la denuncia de que el abordaje de la violencia machista en salud se sostiene gracias al esfuerzo y la determinación de personas profesionales motivadas y comprometidas con la erradicación de la violencia machista, y piden que se considere el agotamiento y la saturación. Denuncian, asimismo, que el tiempo de las consultas es incompatible con el tiempo que requiere el abordaje de la violencia machista, y que la participación en los circuitos y la coordinación con otros servicios requiere un tiempo que no está contemplado ni reconocido institucionalmente.

Las entidades de mujeres del territorio denuncian que los y las profesionales de la salud no pueden garantizar el acompañamiento de las mujeres que sufren violencia machista. Una buena parte de este acompañamiento se realiza desde otros servicios más especializados y desde las entidades que abordan la problemática, pero se percibe que hay muchas mujeres que no reciben ningún acompañamiento.

La ubicación y las características de los centros de salud tienen una influencia en el uso que pueden hacer de ellos las víctimas de violencia machista.

De manera mayoritaria se pone de manifiesto la importancia de los espacios de atención y se considera que es necesario que sean acogedores, tranquilos, de intimidad y de confidencialidad. Facilitar la accesibilidad también ha sido un tema recurrente, especialmente entre los expertos y las expertas en violencia machista (que han incidido en que es necesario que los centros sean próximos) y entre las entidades de mujeres del territorio, que han remarcado la importancia de disponer de un buen sistema de transporte público.



“Sin duda, la distribución de los centros de salud es un punto fuerte importante; se intenta, en la medida de lo posible, que estén muy cercanos a la población”.

Dicho esto, el colectivo de profesionales de la salud relata que todavía existen muchas carencias en los espacios de atención: consultas que no garantizan el anonimato ni la intimidad de las mujeres durante la atención (primaria) porque las conversaciones pueden oírse desde fuera; servicios de urgencias que no tienen boxes cerrados o que no siempre los tienen disponibles para atender a las mujeres que sufren violencia machista con intimidad; falta de intimidad en el momento de acceder a los centros de salud y explicar el motivo de su consulta al personal de la recepción, etc.

La percepción mayoritaria es que la atención a la mujer en salud ha mejorado y que hay más reflexión y acompañamiento, pero hay que cambiar la perspectiva androcéntrica, que en algunas ocasiones es limitante y negativa, y que en todo caso depende de los valores, actitudes y sensibilidades de las profesionales y que, en ocasiones, también se ejerce violencia institucional. Expertas en violencia machista recuerdan que “las mujeres se ven sometidas a muchas violencias, violencia obstétrica, violencia ginecológica, no deja de ser uno de los pilares del modelo heteropatriarcal... La mayor parte de los y las profesionales no son conscientes de estas violencias que ejercen, como muchas de las violencias que hay dentro de la sociedad”. Expertas de la salud coinciden en que la atención a la mujer está excesivamente medicalizada y que hay que mejorarla a escala territorial.

El sistema sanitario no está dotado de los perfiles profesionales más adecuados para atender a la violencia machista en su globalidad.

Las entidades de mujeres del territorio expresan que el sistema sanitario está preparado para hacer una primera atención y denuncia cuando hay agresiones físicas, pero no para intervenir de manera global en la atención y el acompañamiento de situaciones de violencia machista.

Los servicios de salud centralizan la atención de la violencia machista a partir de figuras referentes (normalmente mujeres) y, a menudo, las trabajadoras sociales de cada servicio.

El colectivo de profesionales de la salud comparte la visión de que los equipos de los servicios sanitarios se organizan con figuras referentes de violencia machista, encargadas de atender y hacer el seguimiento de mujeres en situaciones de violencia. No se han detectado equipos en los que el abordaje de la violencia machista esté descentralizado, en los que las mujeres puedan ser atendidas por cualquier profesional del servicio en cuestión.

Desde la perspectiva de las entidades de mujeres del territorio, los ámbitos profesionales más adecuados para atender a los casos violencia machista en el ámbito de salud serían los perfiles de psicología y de enfermería.



“No sé por qué siempre hay una proximidad con la enfermera más que con el médico... tiene un rol de mayor proximidad”.

La trabajadora social, en muchos territorios, es la figura esencial en el abordaje de la violencia machista.

El rol de la trabajadora social de los centros de atención primaria ha sido destacado en varias ocasiones como un rol muy importante desde la perspectiva de las entidades de mujeres del territorio. Al mismo tiempo, profesionales de la salud manifiestan que la derivación de casos en esta figura referente genera dificultades de gestión porque los casos de violencia machista suelen llegar fuera del horario laboral de la trabajadora social, especialmente en los servicios de urgencias, y recae sobre la voluntad del o la profesional que se pueda proseguir con la atención de las mujeres. Se explica que si las personas que atienden casos de violencia machista (cuando no está la persona trabajadora social) no los notifican, se pierde su rastro y no se puede hacer ningún seguimiento.

El abordaje de la violencia machista está estrechamente vinculado con el momento vital de las mujeres y el nivel de conciencia de su situación.

El colectivo de profesionales de la salud explica que la voluntad, la disposición y las opciones que tienen las mujeres son claves a la hora de abordar la violencia machista de una manera o de otra. De todos modos, se considera que hay casos en los que hay que pasar por encima de la voluntad de las mujeres: cuando se detecta que están viviendo situaciones de riesgo (porque su vida o la de las personas a su cargo está en peligro).

Según las entidades de mujeres del territorio, el trato que reciben las mujeres podría mejorar actuando en las carencias de la atención que se expresan: la falta de tiempo y de recursos profesionales, el bajo nivel de formación y sensibilización de algunos profesionales, la rotación excesiva de los referentes de atención y cierta descoordinación, que obliga a las mujeres a tener que explicar una y otra vez su situación, su trauma.

Las entidades de mujeres del territorio también consideran que los y las profesionales de la salud carecen de un buen conocimiento de la red de entidades y recursos existentes en los municipios, con el fin de ofrecer una buena información.

Seguimiento en la consulta

Los expertos y las expertas de la salud afirman que el seguimiento debería hacerse desde servicios sociales en primer lugar, pero también desde la psicología, en segundo lugar. En algún caso también se apunta que debería hacerse desde otras instituciones, como los ayuntamientos o el tercer sector. Expertas en violencia machista coinciden en la importancia de los servicios sociales para realizar el seguimiento, así como de los psicólogos, pero incorporan a otros agentes y afirman que los y las profesionales de la salud también deben tener un papel.

El papel de los y las profesionales de la salud en la atención de las situaciones de violencia machista.

Los colectivos de profesionales y expertos de la salud coinciden en que deberían tener un papel de acompañamiento y coordinación con diferentes agentes implicados en el abordaje de la violencia machista.

Existe la percepción generalizada de que la psicología tiene un papel fundamental en el seguimiento y la recuperación de las mujeres en situación de violencia machista, y que faltan recursos de salud mental para dar respuesta a las necesidades de las mujeres.

"... 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". (Profesionales de la salud)



"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, un trabajo con la familia de la mujer para derribar muchos mitos del amor romántico, del 'lo tienes que perdonar, se equivocó...', todos esos agentes tienen que trabajar en conjunto para que haya una recuperación real. La violencia psicológica es la más difícil de recuperar porque deja huella en el alma, y esa huella no se ve".

Los y las expertas en violencia machista consideran que el papel de seguimiento desde salud debería hacerse principalmente desde psicología, centrándose en salud mental y haciendo revisiones para realizar un seguimiento de las patologías. Y, al mismo tiempo, entienden que "las entidades y el departamento de salud (atención psicológica) deberían colaborar, ya que las mujeres que sufren violencia machista se sienten más acompañadas por las entidades, a veces porque también algunas de las mujeres han sufrido esta violencia". (Expertos y expertas en vm y salud)

Las entidades de mujeres de ciertos territorios también hablan de la saturación de los servicios sanitarios, especificando el caso de los servicios de salud mental, en los que se dan visitas muy espaciadas en el tiempo, y no todas las mujeres pueden acceder a una consulta privada (psicología) que garantice la periodicidad necesaria para atenderlas.

Tipo de seguimiento de las mujeres en situación de violencia machista desde el ámbito de la salud.

Por parte de las entidades de mujeres del territorio hay dos visiones divergentes respecto al modelo de seguimiento que se debería implementar: una visión más intensiva y presente, realizando llamadas y garantizando una mayor presencia de los profesionales de la salud, contra una visión menos intensiva que dé más espacio a las mujeres desde su autonomía.

“El acompañamiento en el sentido de que la mujer irá viniendo... en la relación con el médico y en la relación con la persona que ejerce esta violencia, tiene un cierto ciclo, tiene una parte de culpa, una parte de pena, una parte de... por lo tanto, hay una parte de idas y venidas que son importantes, y aquí la gente de salud son personas que muchas veces son siempre las mismas... entonces yo creo que existe esta función de acompañar: cómo estás, has ido a los servicios, has ido al abogado, es decir, como está esta situación”. (Profesionales de la salud)

Expertos y expertas en violencia machista manifiestan la necesidad de que la mujer víctima se sienta acompañada en todo momento, sobre todo por parte de las profesionales sanitarias.

También apuntan que el seguimiento debería hacerse desde la atención psicológica, con la monitorización de los casos y destacando la importancia de que la víctima reciba o tenga ayudas socioeconómicas para evitar la dependencia que pueda tener con el agresor.

Las entidades de mujeres del territorio también destacan que el apoyo económico que necesitan las mujeres en situaciones de violencia machista no se puede dar desde los servicios sanitarios, y de ahí la importancia de la coordinación con otros agentes implicados en la atención.

Expertos y expertas en violencia machista apuntan la posibilidad de que las víctimas tengan un referente único que haga el seguimiento, y remarcan la necesidad de que se garantice un entorno seguro en el que la mujer que ha sufrido violencia machista pueda vivir tranquila.

La atención desde los servicios sanitarios se percibe como escasa dada la complejidad de los procesos que transitan las mujeres que sufren violencia machista.

Las entidades de mujeres del territorio valoran que

los apoyos a activar para la atención de las mujeres desbordan los que están recibiendo desde los servicios sanitarios, y no se percibe predisposición y/o capacidad de los y las profesionales de la salud para abordar las dimensiones más psicológicas, familiares y económicas de las mujeres que sufren situaciones de violencia machista.

El colectivo de profesionales de la salud verbaliza dificultades en la atención de casos de gran complejidad: mujeres que tienen normalizada la violencia machista, mujeres mayores, mujeres migradas que por cuestiones culturales pueden tener más normalizadas situaciones de violencia, mujeres que no verbalizan su situación de violencia, mujeres con barreras idiomáticas que dificultan la atención...

Los circuitos están pensados para denunciar y detener las agresiones, pero no están diseñados para la recuperación.

Por parte de los servicios sanitarios no se percibe seguimiento ni acompañamiento a las mujeres en situación de violencia machista.

Prácticamente todas las entidades de mujeres del territorio comparten la idea de que después de la detección y atención inicial, de carácter puntual, no se realiza un seguimiento que permita acompañar los procesos de recuperación de las mujeres. También se especifica que hay demasiada rotación de los profesionales de la salud que se encargan del seguimiento desde los servicios de atención.

Desde las entidades de mujeres del territorio se percibe que el circuito no está diseñado para la recuperación de los daños que han sufrido las mujeres ni para acompañarlas en el después para su recuperación.

Hay una falta de coordinación entre los servicios de salud, en especial entre los servicios de urgencias y los de atención primaria.

El colectivo de profesionales de la salud relata que el abordaje de la violencia machista tiene gaps, dado que desde las urgencias no hay una mirada sensible a la violencia machista por parte de sus profesionales. En estos casos, atención primaria no recibe ningún aviso de que las mujeres atendidas en urgencias sufren violencia machista. Por tanto, las profesionales de primaria no pueden realizar el seguimiento de estas mujeres en las visitas rutinarias.

La confidencialidad de los datos aparece como un problema a la hora de derivar o hacer el seguimiento de un caso.

El colectivo de profesionales de la salud explica que la Ley de protección de datos dificulta hacer el seguimiento de las mujeres que han sufrido violencia machista porque una vez las mujeres han sido vinculadas a otro servicio o recurso especializado, los y las profesionales de salud ya no tienen acceso a sus datos. El seguimiento con el servicio especializado de violencia machista no siempre es viable porque no siempre se recibe un retorno de los casos que se derivan por violencia machista en la red especializada en su abordaje. Se dan casos en que profesionales de la salud (sobre todo en la atención primaria) siguen visitando a las mujeres que han derivado previamente, pero desconocen su evolución con respecto a la situación de violencia machista.

Derivación y coordinación

Los y las profesionales de la salud apuntan que las particularidades y la heterogeneidad de recursos según los municipios también generan complejidades añadidas en las tareas de derivación de casos de violencia machista.

Existen elementos del circuito de atención que pueden revictimizar.

Hay casi unanimidad en que la repetición de las explicaciones sobre las situaciones vividas y el hecho de revivir la experiencia a través del relato es uno de los elementos más importantes de la revictimización. Las derivaciones inapropiadas entre recursos y la falta de coordinación y de comunicación entre profesionales generan situaciones de revictimización.

El colectivo de profesionales de la salud concreta que a menudo las mujeres tienen que volver a explicar las situaciones de violencia machista que viven a cada uno de los profesionales que visitan porque no ha habido un traspaso del caso cuando se hace la derivación. El traspaso requiere el consentimiento expreso de las mujeres. Cuando no se realiza el traspaso entre los profesionales, las mujeres tienen que repetir un relato y una experiencia dolorosa cada vez que se encuentran con una nueva figura profesional.

Derivaciones entre servicios sanitarios y entidades de mujeres del territorio y/o especializadas en violencia machista.

Las entidades de mujeres del territorio que reciben

derivaciones desde los servicios sanitarios se quejan de que se sienten desbordadas haciendo un trabajo que, en muchos casos, se debería asumir desde los propios servicios. Muchas veces, los servicios sanitarios derivan los casos a entidades de mujeres del territorio o a entidades especializadas en violencia machista porque los servicios de salud están saturados y/o no saben cómo actuar.

Asimismo, cuando las entidades de mujeres especializadas en la atención a situaciones de violencia machista derivan a los servicios sanitarios, a menudo acompañan a las mujeres porque desconfían del trato que puedan recibir si van solas.

Las entidades de mujeres del territorio, menos especializadas en abordar directamente la violencia machista, expresan que a través de las actividades que desarrollan también les llegan casos de mujeres que sufren violencia machista. Estas entidades suelen derivar y/o acompañar a estas mujeres a servicios no sanitarios, como el SIAD, los servicios sociales o los Mossos.

La dispersión territorial y las listas de espera hacen que muchas mujeres no tengan acceso a servicios especializados.

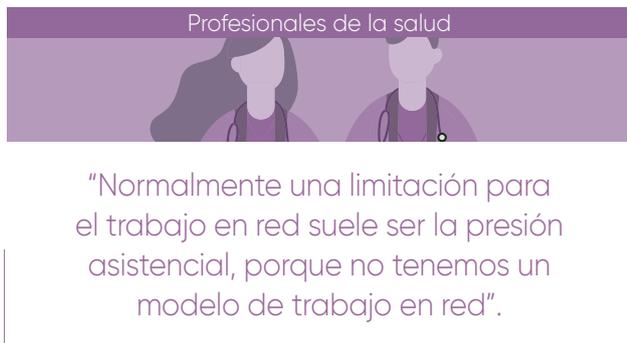
Los y las profesionales de la salud expresan las dificultades de acceso a servicios especializados en aquellos territorios con más dispersión, especialmente a los SIE cuando se trata de mujeres que tienen pocos recursos económicos o con personas a su cargo. El hecho de que los SIE estén en una comarca diferente de aquella en la que residen las mujeres agredidas dificulta el acceso a ellos. Las entidades de mujeres del territorio han remarcado la importancia de resolver los desplazamientos y la movilidad en los territorios, así como las dificultades de acceso a la atención psicológica del SIAD y del SIE, en los que hay demasiado tiempo de espera.

Los servicios están saturados y en muchos casos no dan abasto para cubrir las necesidades de las mujeres que han sufrido situaciones de violencia machista.

La falta de tiempo y de herramientas comunes y transversales complica la coordinación entre los servicios.

Expertos y expertas y profesionales de la salud coinciden en que la coordinación de casos requiere que las diferentes figuras profesionales del equipo dispongan de tiempo para reunirse y trabajar los casos que

necesitarían análisis colectivos. Este espacio y tiempo de coordinación no está contemplado en las agendas profesionales, principalmente destinadas a la atención asistencial.



Un reconocimiento institucional puede mejorar el funcionamiento de los circuitos de violencia machista.

Los y las profesionales de la salud denuncian que la falta de apoyo y reconocimiento hacia las tareas que realizan las referentes de violencia machista no contribuye a que los circuitos territoriales desarrollen todo su potencial.

Los y las profesionales de la salud reclaman la participación de los CAS en todos los circuitos territoriales de violencia machista. Los CAS dan servicio en áreas territoriales en que hay varios circuitos de violencia machista operando a la vez (como, por ejemplo, diferentes circuitos comarcales). La persona referente de violencia machista del CAS no puede participar en todos los circuitos de su área y, al mismo tiempo, mantener sus tareas profesionales en el CAS.

Las entidades de mujeres del territorio, sobre todo las de carácter más especializado en situaciones de violencia machista, confirman coordinarse entre ellas, estableciendo la creación de circuitos “no oficiales”.

Las mesas territoriales de violencia machista son espacios muy valorados.

El colectivo de profesionales de la salud valora especialmente las mesas territoriales como espacios para intercambiar consejos, puntos de vista, paradigmas, revisar el abordaje de la violencia machista, compartir experiencias, etc. Su finalidad primordial es mejorar la gestión de casos de violencia machista, a la vez que tienen una función de apoyo y de intercambio de conocimiento entre las personas profesionales que participan en ellas.

Desde las entidades de mujeres del territorio se hace patente que hay que mejorar las coordinaciones entre profesionales y también la articulación efectiva de las diferentes políticas existentes. Mencionan experiencias exitosas de coordinación entre entidades y servicios dentro de los territorios y destacan las mesas comunitarias en las que, a pesar de no hablar abiertamente de violencia machista, se establecen relaciones y vínculos de confianza entre profesionales y entidades.

La coordinación entre diferentes profesionales es más sencilla si estos se conocen.

Los y las profesionales de la salud evidencian que si no se conocen aparece el miedo a compartir datos tan sensibles sobre las mujeres, tanto por su confidencialidad como por la falta de confianza en el uso o la discreción de otros profesionales.

Registro en la historia clínica

El colectivo de profesionales de la salud comenta que la diferencia de sistemas de registro, el uso de etiquetas diagnósticas diferentes para referirse a la violencia machista y el uso de diferentes indicadores o pruebas para realizar la detección, dificulta que se pueda hacer un abordaje integral de la violencia machista desde los diferentes servicios.

Percepción de que el registro en la historia clínica es un punto débil del sistema.

Expertos y expertas, así como entidades de mujeres del territorio coinciden en la percepción de que falta un registro de los casos de mujeres maltratadas que sufren violencia machista de manera recurrente. El registro “es un punto muy débil. La historia clínica de atención primaria y de hospital informatizada para poder incorporar aspectos de detección y de seguimiento en la historia clínica. Lo lógico habría sido incorporar una herramienta operativa en el registro de la historia clínica: alarma, estructura, abordaje, detección y seguimiento”. (Expertos y expertas en vm y salud)

No hay consenso sobre el uso de las herramientas de registro.

Entre los y las profesionales de la salud no hay acuerdo en si habría que registrar todos los casos en los que se intuye que puede haber violencia machista, en si la etiqueta de violencia machista es demasiado estigmatizante y se

debería crear una otra, en si se debería poder registrar la violencia machista según sus niveles de gravedad, etc.

Se considera que la etiqueta de violencia machista se convierte en una caja negra que esconde muchas situaciones que habría que poder explicitar para realizar un buen abordaje. La etiqueta de violencia machista identifica el hecho, pero no explica la situación de las mujeres.

Ahora, la sospecha de violencia machista no se registra con ninguna etiqueta específica y queda fuera del registro. Por lo tanto, la sospecha es un elemento que no puede ser abordado (o verificado) a partir de su registro en el sistema. Utilizando herramientas como el RVD-BCN para valorar el riesgo en que se encuentran las mujeres que sufren violencia machista se pone de manifiesto que, cuando se detectan situaciones en las que se valora que el riesgo es bajo, no hay herramientas para registrarlo como leve y, por tanto, no se codifica con la etiqueta de "violencia machista".

Además, preocupa el hecho de que registrar la sospecha puede amplificar los efectos de estigmatización hacia las mujeres.

Las herramientas de registro a menudo no se adecuan a las situaciones con que se encuentran los y las profesionales en las consultas, y esto conlleva que busquen estrategias para no tener que codificar con la etiqueta "violencia machista", como, por ejemplo, poner "refiere que...".

La historia clínica compartida genera reticencias a la hora de registrar.

El sistema informático genera incertidumbre a los y las profesionales de la salud por aquello que puedan entender otros profesionales que lo consulten. Se teme que se estigmatice a las mujeres por el hecho de registrar violencia machista y, al mismo tiempo, la variabilidad en que se manifiesta la violencia machista, sus etapas y los momentos en que se encuentran las mujeres no quedan necesariamente registrados en la historia clínica.

Las reticencias amplían si lo que se registra en la historia clínica puede ser consultado desde el programa "La Meva Salut". Esto se debe a que, en el caso de que esté en "La Meva Salut", los datos pueden ser consultados por las mujeres y, en el peor de los casos, los hombres agresores (si controlan el acceso).

La confidencialidad en la historia clínica puede dificultar la coordinación entre servicios.

El colectivo de profesionales de la salud también hace referencia a la Ley de protección de datos como un obstáculo a la hora de compartir datos entre profesionales sobre mujeres que pueden estar o están sufriendo violencia machista.

Actuación con los hijos y las hijas y otras personas dependientes, si los hubiere.

La percepción compartida entre las entidades de mujeres del territorio y los expertos y expertas de violencia machista es que el PAVIM no contempla el entorno social de la mujer, en este caso el agresor o bien la atención de los hijos e hijas. Desde la atención sanitaria hay poca predisposición y/o poca capacidad para abordar las situaciones de violencia machista de manera integral y sistémica en sus dimensiones más psicológicas, familiares y económicas.

Falta de información de los procesos judiciales, comunicado de lesiones y el informe médico correspondiente.

Emitir, cuando proceda, el parte de lesiones y el informe médico correspondiente

Hay una percepción generalizada y confirmada por los profesionales de la salud de inseguridad y miedo a la hora de participar en los procesos judiciales que se pueden derivar de la detección de un caso de violencia machista.

La falta de conocimiento sobre el ámbito judicial, las implicaciones que este puede tener y la falta de apoyo institucional hacen que los y las profesionales de la salud sientan soledad e inseguridad en estos procesos.

El equipo de profesionales de los servicios de salud no siempre conoce el procedimiento legal en caso de detectar una situación de violencia machista (obligatoriedad de denunciar, implicaciones legales de su actuación...), y esto genera inseguridad y sensación de poco control. El colectivo de profesionales de la salud pone el ejemplo del desconocimiento sobre cómo realizar correctamente un comunicado judicial para que este sea efectivo ante el juez.

Los expertos y las expertas también explicitan la necesidad de seguridad jurídica de los y las profesionales de salud, y el dilema ético que genera la denuncia a la fiscalía.

“Para los profesionales, la denuncia es un quebradero de cabeza porque no se sienten protegidos. Hacen detección, hay lesión leve, teóricamente se debe dar ‘parte’ de lesiones y la mujer dice que se encuentra bien y no quiere denunciar. Si el profesional denuncia en este caso hay una lesión física, pero ¿dónde se haría constar una lesión psicológica o un caso de relaciones sexuales forzadas?”. (Expertos y expertas en vm y salud)

El contexto judicial no siempre garantiza ni protege a las mujeres víctimas de violencia machista ni al equipo profesional que las atiende.

El colectivo de profesionales de salud explica cómo, cuándo declaran a favor de las mujeres maltratadas, pueden verse cuestionados (como personas competentes en el diagnóstico) por las defensas cuando estas quieren desvalorizar las pruebas o los relatos que aportan los y las profesionales de la salud.

Los y las profesionales de la salud tampoco tienen ningún tipo de apoyo institucional (formación, asesoramiento, apoyo, etc.) cuando van a los juicios a declarar a favor de las mujeres que sufren violencia machista.

Preocupa a los y las profesionales de salud que tanto los informes como los comunicados judiciales de violencia machista que realizan incluyan el nombre de las personas que los han firmado. Los y las profesionales de la salud se exponen a las posibles represalias de los agresores o sus familias, que pueden rastrear e identificar al o a la profesional de la salud que firma el informe.

Los informes nominativos ponen en riesgo la seguridad del o la profesional.

El personal experto de la salud comenta que el hecho de que las comunicaciones a fiscalía se tramiten como denuncias que activan el circuito de manera automática dificulta la comunicación de casos en los que no hay violencia física o la situación de la mujer no aconseja una actuación inmediata. Anteriormente, se había dispuesto de un “comunicado a fiscalía” que permitía informar con mayor proximidad, disminuyendo la tensión de los y las profesionales de la salud mediante la comunicación de situaciones sin una actuación inmediata de fiscalía; actualmente, sin embargo, esta comunicación se tramita como denuncia.

Fuerte sensación de abandono institucional hacia los y las profesionales que están trabajando en los protocolos y circuitos de violencia machista.

Los y las profesionales de la salud ponen de manifiesto que no se reconocen todas las tareas que realizan las personas referentes de la violencia machista en su abordaje. A veces, las formaciones, las coordinaciones fuera de horario laboral o la misma participación en la evaluación del PAVIM dependen solo de ellas mismas, ya que no reciben ningún tipo de apoyo o reconocimiento para realizar estas tareas.

Los espacios de supervisión existentes son de carácter informal y se organizan a partir de la autogestión del equipo profesional.

Los y las profesionales de la salud denuncian que la supervisión de casos de violencia machista, sobre todo en los casos complejos, no cuenta con un espacio específico y un tiempo en la organización de los y las profesionales. El seguimiento y la coordinación de los casos acaban dependiendo de la motivación y la voluntad de las personas en las que recae.

07/

Propuestas de mejora. Hacia un nuevo modelo integral de abordaje de la violencia machista.

De la participación de entidades de mujeres del territorio, profesionales de la salud, y expertos y expertas en salud y en violencia machista, han surgido múltiples propuestas de mejora que pueden orientar el nuevo modelo de abordaje de la violencia machista.

A continuación, se presenta el resumen de las propuestas de mejora de los participantes, identificados según los símbolos correspondientes:

- Profesionales de la salud
- ▲ Entidades de mujeres
- Personas expertas en salud y en violencia machista

Para empezar, se plantea la necesidad de un cambio en la orientación del PAVIM para mejorar el conocimiento, la implementación y el seguimiento del nuevo modelo de abordaje de la violencia machista en Salud. En este sentido, algunas de las propuestas de mejora que se han planteado son:

Propuestas generales para el nuevo modelo

Ampliar la mirada en el abordaje de la violencia machista desde Salud incorporando la experiencia de las mujeres y la intervención con el agresor.	■ ▲ ●
Simplificar los protocolos y hacerlos más operativos enfatizando la clínica de la violencia machista, especificando los recursos necesarios y adaptándolos a los profesionales por todo el territorio.	■ ●
Planificar la comunicación para asegurar el conocimiento del nuevo modelo de abordaje de la violencia machista en salud.	●
Que el formato digital y las redes sean elementos clave en la difusión.	●
Informar a las entidades de mujeres y a los agentes del territorio de los circuitos y protocolos de salud.	▲
Definir indicadores de seguimiento para la evaluación periódica del protocolo.	●
Incorporar la valoración de las mujeres respecto al trato que han recibido en cada una de las fases del protocolo.	■



Prevención

Garantizar el derecho a la formación y hacerla obligatoria para todos y todas las profesionales.	▲ ●
Tratar la violencia machista como un diagnóstico clínico desde un abordaje sistémico, equitativo y compartido que implique a todos y todas las profesionales de la salud.	■
Incorporar a los contenidos básicos y obligatorios de los grados de Medicina y Enfermería conocimientos sobre la violencia machista, los protocolos y los circuitos.	■
Planificar una formación adaptada, aplicada al día a día profesional y sostenida en el tiempo, en la que se trabajen los indicadores de detección, las herramientas de valoración del riesgo que existen actualmente y los registros adecuados, y que faciliten un posible proceso judicial.	●
Formar a los y las profesionales de la salud incidiendo en la toma de conciencia sobre la diversidad de violencias que pueden sufrir las mujeres.	▲
Incorporar conocimientos del ámbito judicial formando a todos y todas las profesionales de la salud sobre los procedimientos, las implicaciones legales para las mujeres y los y las profesionales de la salud y, concretamente, la redacción del parte de lesiones.	■
Incluir, en todas las formaciones realizadas desde el ámbito de la salud, la concepción de que el abordaje de la violencia machista es un problema de salud.	■
Formar a los profesionales de administración (recepciones y mostrador) en violencia machista, especialmente en cómo tratar estas situaciones de manera adecuada garantizando la confidencialidad de las mujeres que la sufren.	▲
Ofrecer apoyo y formación para la prevención a las entidades de mujeres que están realizando tareas preventivas.	▲
Dotar de más recursos a los y las profesionales de salud para garantizar la atención adecuada de colectivos específicos en situación de violencia machista sexual, como las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero y en situación de tráfico de seres humanos con fines de explotación sexual.	▲
Potenciar la prevención a partir del trabajo comunitario con estrategias de trabajo grupal, de apoyo entre iguales y de trabajo con colectivos específicos, incorporando a agentes sociales clave y la diversidad de mujeres y hombres no hegemónica.	■ ●
Promover, desde Salud, la constitución de grupos de mujeres que han sufrido violencia machista para crear redes de apoyo.	▲
Potenciar las comisiones de trabajo de profesionales dentro de las áreas básicas de salud para realizar tareas preventivas sobre violencias machistas, destinadas a la población en general y de manera coordinada con otros agentes del territorio.	■
Intensificar las acciones preventivas dirigidas a la infancia, la adolescencia y las familias.	■ ▲
Potenciar programas de sensibilización dirigidos a jóvenes en los centros educativos con sesiones periódicas centradas en la violencia machista.	■
Fomentar campañas de sensibilización y educación sexoafectiva enfocadas a la adolescencia.	▲
Ampliar el tiempo de la Tarde Joven, aumentando el número de sesiones y el tiempo destinado a tratar temas de violencia machista en este espacio.	■
Utilización de las TIC como herramienta para la prevención a través de personas influyentes en las redes, con campañas para diferentes perfiles, como herramienta de denuncia, como red de apoyo entre mujeres, etc.	●
Facilitar que los materiales estén en varias lenguas para llegar a grupos de población que quedan fuera del circuito.	●
Realizar campañas dirigidas a mujeres con discapacidad, con una atención especial hacia las mujeres mayores.	●
Hacer una prevención en las escuelas específicamente dirigida a chicos en edad escolar para deslegitimar roles y actitudes tóxicas e incorporar nuevos referentes de masculinidad.	▲
Incorporar la sensibilización y la prevención de la violencia machista en los grupos de trabajo dirigidos a hombres futuros padres bajo la organización de la ASSIR.	▲



Detección

Disminuir la presión asistencial y mejorar el tiempo de atención para la detección de violencia machista en las consultas.	●
Consolidar los CAP como servicio sanitario principal para la detección y el abordaje de la violencia machista en el ámbito de salud de modo que la ciudadanía lo asuma como servicio referente.	▲
Incorporar las preguntas de detección básicas garantizando la disponibilidad de recursos para dar respuesta a las situaciones detectadas de violencia machista.	■ ●
Garantizar la realización de entrevistas desde la escucha activa y la observación asertiva introduciendo preguntas de detección ante cualquier elemento de sospecha.	●
Diseñar un sistema de cribado que permita abordar la violencia psicológica y profundizar en los síntomas de salud mental para detectar si es violencia machista.	■
Introducir preguntas de detección de la violencia machista desde el servicio de pediatría para la detección a través de los hijos y las hijas de mujeres que sufren violencia machista, aprovechando el vínculo existente.	■
Dar a conocer, entre los y las profesionales de la salud, los indicadores de sospecha para la detección de casos de violencia machista que no son explícitos o evidentes.	■
Incorporar la sintomatología clínica asociada a la violencia machista como un indicador de detección.	■
Crear en el registro un sistema de avisos de violencia machista a partir de la combinación de diferentes diagnósticos para aumentar la detección evitando estigmatizar a las mujeres.	■
Proporcionar una herramienta de detección de fácil acceso, dentro del sistema informatizado, para poder realizar un diagnóstico claro y sencillo con códigos universales, compartidos y homogéneos.	■
Crear una herramienta con indicadores de conductas de riesgo en hombres para detectar posibles casos de violencia machista a partir de los agresores.	■
Generar una batería de indicadores específicos para mujeres mayores que puedan ser utilizados también en centros residenciales de personas mayores.	▲
Reforzar el uso de los indicadores y las preguntas de cribado en la detección en aquellos territorios donde no se están utilizando de manera sistemática.	■
Dar a conocer la investigación aplicada, las técnicas y las herramientas que existen actualmente para la valoración del riesgo en violencia machista.	●
Dar a conocer y hacer accesible la herramienta de valoración del riesgo RVD-BCN, poniéndola al alcance de los y las profesionales de la salud.	■
Garantizar la rapidez en la atención del sistema de salud para el abordaje de las situaciones de violencia machista, mejorando la percepción de utilidad y la confianza que las mujeres tienen en el sistema.	●
Disponer de un servicio de traducción y mediación cultural para la atención, cuando el idioma es una barrera.	■
Dejar de responsabilizar únicamente a las mujeres ante la detección o denuncia de situaciones de violencia machista y centrar esfuerzos también en detectar a los agresores.	▲



Atención y recuperación

Garantizar la equidad territorial y la disponibilidad de recursos según las necesidades específicas de cada una de las regiones sanitarias, considerando el tipo de territorio: rural, semirural y urbano.	■ ▲ ●
Facilitar que todos los centros de salud sean espacios accesibles, acogedores, tranquilos, de intimidad y de confidencialidad para la atención de situaciones de violencia machista.	■ ▲ ●
Que las consultas garanticen el anonimato, la privacidad y la intimidad de las mujeres cuando están siendo atendidas (en primaria), evitando que las conversaciones se puedan oír desde fuera.	■
Garantizar que la totalidad de profesionales de la salud conocen la red de atención y los recursos para el abordaje de la violencia machista del territorio.	■
Procurar la intimidad en el acceso inicial a los servicios, en los mostradores de recepción, en el momento de comunicar el motivo de consulta al GsS (la administración) o a la hora de realizar otras gestiones.	■
Garantizar la capacidad de detección y el abordaje de la violencia machista las 24 horas del día en los servicios de urgencias.	■
Mejorar la comunicación entre los profesionales de urgencias y el equipo de trabajo social.	■
Fortalecer la coordinación y la comunicación entre los servicios de urgencias y de atención primaria para mejorar el seguimiento de los casos de violencia machista.	■
Garantizar el acceso a los centros sanitarios resolviendo problemas de movilidad en los territorios con dificultades de transporte público, especialmente cuando las mujeres tienen que dirigirse a servicios que no se encuentran en su municipio y buscar estrategias para que los servicios especializados puedan dar respuesta a las mujeres de todo el territorio, por ejemplo, ofreciendo servicios itinerantes.	▲ ●
Garantizar que todos y todas las profesionales de la salud conozcan la red de atención y los recursos para el abordaje de la violencia machista del territorio.	▲
Crear grupos de trabajo con el personal del ámbito de la salud para prevenir la violencia institucional y la revictimización.	▲
Reconocer el valor y el papel que tienen los grupos de mujeres de los territorios en el acompañamiento y el apoyo a las mujeres que sufren o han sufrido violencia machista.	
Trasladar a los y las profesionales de la salud que su papel de acompañamiento a las mujeres y el seguimiento en situaciones de violencia machista es imprescindible y forma parte de su rol profesional.	■ ●
Incrementar los recursos destinados a salud mental para garantizar la atención psicológica a las mujeres que sufren o han sufrido situaciones de violencia machista, con la periodicidad y la duración necesarias.	■ ▲ ●
Valorar la creación de espacios de atención específica a la violencia machista teniendo en cuenta la importancia de que las mujeres en esta situación no coincidan con su agresor en los espacios de atención.	●
Evitar la segregación de espacios porque esto dificulta mantener el anonimato y la privacidad de las mujeres en situación de violencia machista.	▲
Incorporar el trabajo en red y la coordinación en la actividad diaria de los y las profesionales de la salud con los circuitos de atención a la violencia machista, evitando la revictimización de las mujeres.	●
Crear e institucionalizar espacios de trabajo en equipo en casos de violencia machista, incorporando las diferentes figuras profesionales y los servicios de los circuitos de atención implicados.	■ ▲ ●
Reforzar la figura del profesional de referencia y el trabajo en equipo para incorporar una perspectiva multidisciplinar de los casos que mejore la atención.	■ ▲ ●
Incrementar y garantizar la presencia de profesionales de trabajo social durante todo el horario de apertura de los diferentes servicios de salud.	■

Incorporar la figura de pediatría en las mesas comarcales de violencia de manera regular, ya que puede representar o representa una vía más de detección de casos de violencia machista.	■
Incorporar a los equipos comarcales agentes externos, como los profesionales de los juzgados y las entidades del territorio que gestionan casos de violencia machista.	■
Que los servicios sanitarios sean proactivos a la hora de coordinarse con las entidades del territorio y les faciliten un mejor conocimiento de los servicios de salud y de los circuitos existentes.	▲
Incorporar a casas de acogida en la red de servicios de todos los circuitos de violencia machista, teniendo presentes las particularidades de cada territorio.	■ ▲
Incorporar al servicio domiciliario de salud las visitas a las mujeres que han sufrido violencia machista en los pisos de acogida.	▲
Potenciar el trabajo corporal de las mujeres a través de talleres gestionados desde Salud para facilitar su recuperación.	▲
Crear una historia clínica de la unidad familiar que integre a todas las personas de la unidad familiar y permita una atención sistémica más adecuada a la situación.	■ ▲
Unificar el sistema de registro de casos incorporando en un único registro los sistemas informáticos que ahora están sectorializados, integrando los sistemas de registro del ámbito de salud y del ámbito social que no están intercomunicados.	■
Facilitar la tarea de registro con un sistema operativo en el que queden definidos los indicadores clave de violencia machista en salud (expertos y expertas en violencia machista).	●
Identificar la violencia machista en los sistemas de registro sin que pueda ser visto desde "La Meva Salut" para evitar generar situaciones de peligro para las mujeres.	■
Posibilitar que en la copia del comunicado que legalmente se entregará a la mujer atendida no se explicita el diagnóstico de violencia machista.	■
Coordinar los protocolos de violencia en la infancia con los de violencia machista para garantizar actuaciones rápidas y efectivas.	●
Visualizar la infancia como víctima de la violencia machista.	●
Establecer unas pautas de actuación cuando la mujer no quiere denunciar, pero tiene niños a su cargo, favoreciendo la coordinación con los equipos pediátricos.	■
Recuperar una comunicación intermedia de los profesionales de la salud con la fiscalía, para informar y trabajar de manera conjunta en aquellos casos o situaciones que no requieren actuar de manera inmediata mediante denuncia.	■
Nominar los informes y comunicados judiciales a partir del número de colegiación profesional para evitar la inseguridad y la exposición directa del equipo profesional.	■
Crear e institucionalizar espacios de apoyo, cuidado y supervisión para los y las profesionales de la salud, en los que abordar el impacto emocional asociado a la atención de situaciones de violencia machista.	■ ▲ ●
Crear espacios y redes de intercambio de buenas prácticas profesionales en el abordaje de la violencia machista desde el ámbito sanitario.	●

Propuestas de mejora para un nuevo modelo integral de abordaje de la violencia machista

LA PREVENCIÓN

La formación, una estrategia básica para trabajar la violencia machista.

1 Formar incidiendo sobre la **diversidad de las violencias machistas**.

2 Planificar una **formación continuada y obligatoria**, con los indicadores de detección, las herramientas de valoración del riesgo, los registros y la vinculación con el proceso judicial.

La sensibilización y la difusión, acciones para trabajar.

Potenciar **programas periódicos de sensibilización sobre la violencia machista dirigidos a los jóvenes**.

4 **Hacer red entre las mujeres** que han sufrido violencia machista para crear grupos de apoyo

5 Incorporar la **prevención de la violencia machista** en los grupos de trabajo dirigidos a hombres.



LA DETECCIÓN

Disponer de una **herramienta de detección, en sistema informatizado**, con códigos universales, compartidos y homogéneos.

6

7 **Facilitar un servicio de traducción y mediación cultural** para la atención de mujeres de diferentes culturas.



LA ATENCIÓN Y LA RECUPERACIÓN

8 **Garantizar la equidad territorial y la disponibilidad de recursos** según las necesidades y tipos de territorio.

9 Facilitar que los **centros de salud favorezcan la intimidad y de confidencialidad** para la atención de situaciones de violencia machista.

10 Fortalecer la **coordinación y la comunicación** entre los servicios de urgencias y de atención primaria.

11 Generar espacios de **trabajo interdisciplinarios, y reforzar las figuras profesionales de referencia**, para seguimiento de casos de violencia machista.

12 **Incorporar a los equipos comarcales que atienden casos de violencia machista, profesionales de justicia y a les entidades del territorio.**

13 Potenciar la **gestión de talleres corporales a las mujeres**, facilitando la recuperación de su salud.

14 **Vincular y coordinar la atención y las actuaciones del protocolo de la violencia en la infancia** con el de la violencia machista.

15 **Generar espacios de apoyo, cuidado y supervisión para los y las Profesionales de la salud**, asociado a la atención de situaciones de violencia machista.



Las propuestas que se presentan son aquellas que han tenido un mayor consenso entre las personas participantes, los y las profesionales de la salud, las entidades de mujeres y los y las expertas en salud y violencia machista.

Conclusiones.

Claves para el cambio

Esta evaluación ha querido captar y compartir el conocimiento colectivo, obtenido a partir de la participación de profesionales de la salud, expertos y expertas en salud y en violencia machista y entidades de mujeres del territorio, para orientar la elaboración del nuevo modelo estratégico para el abordaje de la violencia machista desde la salud.

Se ha evaluado el Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña a partir de la detección de necesidades y debilidades en la atención de las violencias machistas en las nueve regiones sanitarias del país y, al mismo tiempo, se han recogido propuestas de mejora aportadas desde la experiencia y la pericia de los participantes en esta evaluación.

Asimismo, esta evaluación se ha completado con la exploración de datos de RWD para acercarnos al fenómeno, con una mirada territorial, y poder avanzar en la mejora de la recogida de la información y su tratamiento para posteriores análisis.

Todo este proceso ha permitido identificar varios elementos que entendemos que son especialmente relevantes en la elaboración del nuevo modelo de abordaje de la violencia machista desde el ámbito sanitario. A continuación, mencionamos aquellos que se han considerado más esenciales:

1 Evitar la normalización de la violencia machista y fomentar nuevas masculinidades.

Hay que hacer una apuesta a medio y largo plazo, centrandolo los esfuerzos en la prevención de situaciones de violencia machista y ampliando la mirada desde un modelo de abordaje que tenga presente aquello que hace invisibles algunas situaciones de violencia para llegar a todas las mujeres.

Asimismo, es imprescindible interpelar a los hombres con estrategias preventivas que también los tengan en cuenta, que cuestionen los roles de género tradicionales y que aporten nuevos referentes de masculinidad más saludables.

2 La formación dirigida a los y las profesionales de la salud.

Se apunta una doble estrategia que apuesta, por un lado, por la formación básica de todo el colectivo de profesionales de la salud en la detección y el abordaje de situaciones de violencia machista con perspectiva de género. Y, por otro lado, por el refuerzo de la formación especializada dirigida a los y las referentes en violencia machista en los servicios de salud.

Es importante planificar la formación de los y las profesionales de la salud, desde los grados iniciales en Medicina y Enfermería, y los programas de formación básica adaptados y aplicables al día a día profesional, hasta la formación más especializada en el ámbito judicial o en los aspectos del circuito de atención.

3 Los recursos y la equidad territorial.

El acceso a los recursos y su disponibilidad en todo el territorio es un factor relevante que puede ser determinante para la detección y la atención de situaciones de violencia machista.

En este sentido, es importante que el modelo de abordaje tenga en cuenta los recursos disponibles en cada uno de los territorios para articular estrategias y circuitos adaptados a la realidad territorial y que permitan garantizar la equidad en la atención en todo el país.

4 Los cambios estructurales y organizativos.

El abordaje integral de situaciones de violencia machista desde la salud requiere la introducción de cambios organizativos valientes, que incorporen el trabajo en equipo y el trabajo en red en el día a día de la atención profesional.

Hay que reforzar la figura de los y las referentes en violencia machista en los servicios de salud, incorporando perfiles profesionales de enfermería y psicología, y organizar y planificar el trabajo en equipo y el trabajo en red como espacios imprescindibles de coordinación y gestión de los casos de violencia machista.

5 Los sistemas de registro.

Las decisiones en torno a los sistemas de registro tienen implicaciones relevantes en la detección, el seguimiento y la derivación y coordinación de los casos de violencia machista.

En este sentido, es fundamental el consenso en un sistema de registro que favorezca una atención integral de los casos de violencia machista y la coordinación con los profesionales de la red de atención, garantizando la seguridad y la privacidad de las mujeres.

Hace falta una herramienta de registro unificada, clara, operativa y segura que permita acceder al conocimiento de la realidad que sufren las mujeres, y de la prevalencia de estas situaciones en la población, con el fin de articular estrategias de atención y preventivas con los recursos necesarios para hacer frente a esta lacra social en todo el territorio.

6 La comunicación y el seguimiento.

Para la implementación efectiva del nuevo modelo es imprescindible planificar la comunicación con el fin de que los y las profesionales de la salud, así como otros agentes que forman parte de los circuitos de atención puedan conocerlo.

Igualmente, es necesario incorporar indicadores de seguimiento que permitan evaluar a partir del conocimiento, el funcionamiento y la implementación del nuevo modelo de abordaje de la violencia machista, teniendo en cuenta las diferentes realidades territoriales.

7 Los espacios de apoyo a los y las profesionales de salud.

Es especialmente importante reforzar e incorporar, en el día a día profesional, los espacios de apoyo y cuidado de los y las profesionales de la salud, necesarios para llevar a cabo las tareas de acompañamiento de las mujeres en situación de violencia machista.

Con el fin de dar respuesta a las necesidades de atención de las mujeres que sufren situaciones de violencia machista, es imprescindible garantizar el bienestar de los y las profesionales que les han de ofrecer apoyo y acompañamiento.

Hay que reconocer y poner en valor esta tarea de seguimiento tan necesaria para la recuperación de las mujeres que han sufrido y sufren situaciones de violencia machista.

Limitaciones de la evaluación

En esta evaluación destacamos que se han producido algunas dificultades relacionadas principalmente con dos tipos de limitaciones que han estado presentes a lo largo de toda la evaluación y han condicionado el desarrollo general y los resultados finales.

En primer lugar, el calendario.

El encargo incorporaba un calendario especialmente exigente, que suponía el inicio de la evaluación en agosto de 2019, con la necesidad de finalizar el proyecto antes de terminar el año.

Toda la evaluación se ha tenido que ajustar a este requerimiento, compactando todas las etapas del proyecto y agilizando especialmente el proceso participativo realizado en las nueve regiones sanitarias, por lo que, en cinco meses, se ha realizado un proceso de evaluación que habitualmente se prolongaría durante un periodo de un año.

La disponibilidad de más tiempo habría permitido una mayor intensidad en el trabajo de campo realizado, con más participación en algunos territorios en que han estado ausentes ciertos perfiles profesionales o ciertas entidades de mujeres, así como la incorporación de la visión de algún experto o experta que, por motivos de calendario, no ha podido participar en la evaluación.

La segunda limitación está relacionada con los registros de datos y su calidad.

En el análisis de la violencia machista, los datos disponibles son generalmente escasos y presentan algunas dificultades. En el caso específico que nos ocupa, se ha realizado un análisis a partir de datos secundarios de las bases de datos disponibles de los sistemas públicos de salud. Un ejercicio que aporta un nuevo conocimiento y que hay que poner en valor pero que, al mismo tiempo, debe ser leído con cautela, siendo conscientes de las limitaciones actuales de los registros existentes; serían

ejemplos de ello la multiplicidad de códigos disponibles para etiquetar situaciones de violencia machista, el hecho de que a menudo se registra mediante códigos inespecíficos como "otros malos tratos sin especificar" y que solo se concreta el tipo de violencia como psicológica o física en un 30 % de los casos.

En este sentido, los consensos en torno a los sistemas de registro y el uso de estos para dejar constancia de las situaciones de violencia machista que sufren las mujeres pueden favorecer un salto cualitativo en la cantidad y la calidad de los datos disponibles que permita futuros análisis más exhaustivos, de gran interés para el abordaje de la violencia machista desde la salud.

10/ Glosario

Acoso por razón de la orientación sexual, la identidad de género o la expresión de género. Cualquier comportamiento basado en la orientación sexual, la identidad de género o la expresión de género de una persona que tenga la finalidad o provoque el efecto de atentar contra su dignidad o su integridad física o psíquica, o de crearle un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante, ofensivo o molesto. (Ley 11/2014, del 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales, y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia.)

Androcentrismo. Sistema de relaciones sociales mediante el cual las estructuras económicas, socioculturales y políticas que sitúan al hombre como centro de todo; y visión del mundo y de la cultura desde el punto de vista masculino, que se configura como la medida de todas las cosas y oculta otras realidades, entre otras, la de las mujeres, infravalorando o negando las aportaciones de las mujeres a la sociedad y la cultura, así como su ámbito experiencial. (Dirección General de Planificación en Salud, 2019).

Atención. El conjunto de acciones destinadas a una persona para que pueda superar las situaciones y las consecuencias generadas por el abuso en los ámbitos personal, familiar y social, garantizando su seguridad y facilitándole la información necesaria sobre los recursos y los procedimientos para que pueda resolver la situación. (Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

Cis o cisgénero. Hace referencia a una persona que no es trans, es decir, que se identifica con la identidad de género que le ha sido asignada al nacer. (Dirección General de Igualdad, 2018).

Coeducación. La acción educadora que potencia la igualdad real de oportunidades y valora indistintamente la experiencia, las aptitudes y la aportación social y cultural de mujeres y hombres, en igualdad de derechos, sin estereotipos sexistas, homofóbicos, bifóbicos, transfóbicos o androcéntricos ni actitudes discriminatorias por razón de sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género. (Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres).

Cribado universal. Investigación sistemática indiscriminada aplicada a un conjunto para descubrir los elementos afectados de alguna particularidad. Consiste en la aplicación de procedimientos de selección (cuestionarios, exploraciones físicas o pruebas complementarias) en poblaciones de individuos aparentemente sanos, para detectar enfermedades subclínicas o identificar a las personas que presentan factores de riesgo para desarrollar una determinada enfermedad.

Desigualdad de género. Situación social en la que hay una relación entre hombres y mujeres caracterizada principalmente por la subordinación de las mujeres respecto a los hombres en la mayoría de los ámbitos de la vida y un grado diferente de acceso a los recursos y a la información, y que tiene su origen en el desarrollo de las sociedades sexistas, androcéntricas y patriarcales. (Dirección General de Planificación en Salud, 2019).

Detección. La puesta en marcha de distintos instrumentos teóricos y técnicos que permitan identificar y hacer visible la problemática de la violencia machista, tanto si aparece de forma precoz como de forma estable, y que permitan también conocer las situaciones en las que se debe intervenir, con el fin de evitar su desarrollo y cronicidad. (Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

Empoderamiento de las mujeres. Proceso por el que fortalecen su potencial y autonomía, conocen mejor sus capacidades y participan activamente en la superación de los obstáculos, que se encuentran en la base de la infravaloración que históricamente han sufrido. (Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres).

Equidad de género. La distribución justa de los derechos, los beneficios, las obligaciones, las oportunidades y los recursos sobre la base del reconocimiento y el respeto de la diferencia entre mujeres y hombres en la sociedad. (Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres).

Feminismo. Conjunto de corrientes de pensamiento, teorías sociales y prácticas políticas que se caracterizan por una crítica abierta a la desigualdad social entre mujeres y hombres, cuestionando las relaciones entre sexo, sexualidad, poder social, político y económico, poniendo especial énfasis en la promoción de los derechos de las mujeres. (Dirección General de Planificación en Salud, 2019).

Género. Construcción cultural mediante la que se adscriben roles sociales, actitudes y aptitudes diferenciados para hombres y mujeres en función de su sexo biológico que depende de un determinado contexto socioeconómico, político y cultural, y que está afectado por otros factores como la edad, la clase, la raza y la etnia. (Dirección General de Planificación en Salud, 2019).

Heteronormatividad. Refuerzo que se observa, por parte de muchas instituciones sociales, de determinadas creencias sobre el supuesto paralelismo entre sexo, género y sexualidad, el cual se da por hecho. (Dirección General de Igualdad, 2018).

Igualdad de género. La condición de ser iguales hombres y mujeres en las posibilidades de desarrollo personal y de toma de decisiones, sin las limitaciones impuestas por los roles de género tradicionales, por lo que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de mujeres y de hombres son igualmente considerados, valorados y favorecidos. (Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres).

Interseccionalidad. Es una herramienta que nos permite visibilizar, analizar e intervenir en situaciones de desigualdad desde una aproximación compleja, que tiene en cuenta que los ejes de opresión no actúan de forma independiente sino interrelacionada. (Gerard Coll-Planas y Roser Solà-Morales, 2019).

Machismo. Actitud y comportamiento de prepotencia ejercida generalmente por los hombres que impone como valor preponderante los rasgos diferenciales atribuidos al hombre y se instrumenta mediante la justificación o la promoción de actitudes discriminatorias contra las mujeres, silenciándolas o despreciándolas. (Dirección General de Planificación en Salud, 2019).

Perspectiva de género. La toma en consideración de las diferencias entre mujeres y hombres en un ámbito o una actividad para el análisis, la planificación, el diseño y la ejecución de políticas, teniendo en cuenta el modo en que las diversas actuaciones, situaciones y necesidades afectan a

las mujeres. La perspectiva de género permite visualizar a mujeres y hombres en su dimensión biológica, psicológica, histórica, social y cultural, y también permite encontrar líneas de reflexión y de actuación para erradicar las desigualdades. (Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres).

Prevención. El conjunto de acciones encaminadas a evitar o reducir la incidencia de la problemática de la violencia machista mediante la reducción de los factores de riesgo, e impedir así la normalización, y las encaminadas a sensibilizar a la ciudadanía, especialmente las mujeres, en el sentido de que ninguna forma de violencia es justificable ni tolerable. (Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

Recuperación. La etapa del ciclo personal y social de una mujer que ha vivido situaciones de violencia en que se produce el restablecimiento de todos los ámbitos dañados por la situación vivida. (Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

Sensibilización. El conjunto de acciones pedagógicas y comunicativas encaminadas a generar cambios y modificaciones en el imaginario social que permitan avanzar hacia la erradicación de la violencia machista. (Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

Trans. El término trans engloba a todas aquellas personas que se identifican con un género diferente al asignado al nacer o que expresan su identidad de género de manera no normativa, como las personas transexuales, transgénero, crossdressers, travestis, genderqueers, tercer género, agénero, etc. Esta diversidad se expresa añadiendo un asterisco a la palabra trans. (Dirección General de Planificación en Salud, 2017).

Victimización secundaria o revictimización. El maltrato adicional ejercido contra las mujeres que se encuentran en situaciones de violencia machista como consecuencia directa o indirecta de los déficits –cuantitativos y cualitativos– de las intervenciones llevadas a cabo por los organismos responsables y también por las actuaciones desafortunadas provenientes de otros agentes implicados. (Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

Violencia de género. La que ejercen los hombres sobre las mujeres en las relaciones de pareja o expareja, o situación análoga de afectividad, aunque no haya convivencia, y

también se extiende sobre los hijos o hijas de la víctima, siempre que tenga conexión con la situación de violencia de género sobre la madre. (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección contra la Violencia de Género).

Violencia machista. La violencia que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que, producida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, las intimidaciones y las coacciones, tenga como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado. (Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

Violencia psicológica. Comprende toda conducta u omisión intencional que produzca en una mujer una desvaloración o un sufrimiento, por medio de amenazas, humillación, vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción verbal, insultos, aislamiento o cualquier otra limitación de su ámbito de libertad. (Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

Violencia sexual y abusos sexuales. Comprende cualquier acto de naturaleza sexual no consentido por las mujeres, incluida la exhibición, la observación y la imposición mediante violencia, intimidación, prevalencia o manipulación emocional, de relaciones sexuales, con independencia de que la persona agresora pueda tener con la mujer o la menor una relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco. (Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista).

Vulnerabilidad. Riesgo que corre una determinada persona o población de sufrir situaciones de discriminación o de exclusión, que incluye el riesgo de no tener capacidad para hacer frente a la situación y el grado de dificultad para salir de esta. Desde el punto de vista de los derechos humanos, es preferible usar la denominación "población o persona en situación de vulnerabilidad" en lugar de "población o persona vulnerable". (Dirección General de Planificación en Salud, 2019).

- › Agencia de Salud Pública de Cataluña. *Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, 2018.
- › Albertín, Pilar; Dorado, Antonia; Matés, Irene; 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. *Protocolo RVD-BCN de valoración del riesgo de violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona. Consorci Sanitari de Barcelona. Institut Català de les Dones, 2011.
- › Coll-Planas, Gerard; Solà-Morales, Roser. *Igualdades Conectadas. Guía para incorporar la interseccionalidad a las políticas locales*. 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. Bruselas: SEC 2007.
- › "Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica". *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.
- › Departamento de Interior. *Encuesta de violencia machista en Cataluña (EVMC)*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Interior, 2016.
- › Departamento de la Presidencia. *Plan de Gobierno 2007-2010*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de la Presidencia, 2010.
- › Dhillon, Lovely; Vaca, Sara. "Refining Theories of Change". *Journal of MultiDisciplinary Evaluation* 14, núm. 30 (2018): 64-87.
- › Dirección General de Igualdad. *Guía para la incorporación de la diversidad sexual y de género en las universidades catalanas a partir de la Ley 11/2014*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias, 2018.
- › Dirección General de Planificación en Salud. *Guía para la introducción de la perspectiva de género en la planificación en salud*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, 2019.
- › Dirección General de Planificación en Salud. *Modelo de atención a la salud de las personas trans**. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, 2017.
- › Dirección General de Planificación en Salud. *Plan de Salud de Cataluña 2016-2020. Un sistema centrado en la persona: público, universal y justo*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, 2016.
- › Dirección General de Planificación y Evaluación. *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Documento marco*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, 2009.
- › Dirección General de Planificación y Evaluación. *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud, 2009.
- › Fernández de Sanmamed, M^a 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, Lupicinio. "Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales". *Atención Primaria* 23, núm. 8 (1999): 496-502.
- › Institut Català de les Dones. *Plan de políticas de mujeres del Gobierno de la Generalitat de Catalunya 2008-2011*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones, 2008.
- › Ivàlua. *Guía práctica 1. Cómo iniciar una evaluación: oportunidad, viabilidad y preguntas de evaluación*. Barcelona: Instituto Catalán de Evaluación de Políticas Públicas, 2009.
- › Larson, Elizabeth; George, Asha; Morgan, Rosemary; Po-teat, Tonia. "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; Roselló, Elena. *Manual para el Trabajo Social Comunitario*. Madrid: Editorial Narcea, 2001.
- › "Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección contra la violencia de género". *Boletín Oficial del Estado*, núm. 313, de 29/12/2004.
- › "Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista". *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, núm. 251/VIII, del 28 de abril de 2008. Barcelona: Publicacions del Parlament de Catalunya, 2009.
- › "Ley 11/2014, del 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales, y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia". *Quaderns de legislació* 100. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2016.
- › "Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres". *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6919, de 21/97/2015.
- › Ministerio de Sanidad y Consumo. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2007.
- › Observatorio de la Igualdad de Género. *Violencias machistas 2019. Dossier estadístico*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones, 2019.
- › Organización Mundial de la Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas. *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: Organización Mundial de la Salud, 2013.
- › Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.
- › "Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género". *Boletín Oficial del Estado*, 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: Organización Mundial de la Salud, 1996.
- › World Health Organization. *Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers*, 2019.

Colaboradoras y colaboradores

Agradecemos muy sinceramente las aportaciones de todas las personas que han participado en la construcción de esta evaluación del PAVIM: el colectivo de profesionales de la salud en medicina, pediatría, enfermería, psiquiatría, psicología, obstetricia, ginecología, trabajo social y educación social dentro de los ámbitos sanita-

rios de la atención primaria, hospitales, ASSIR, CAS, CSMA y CSMIJ, y sociedades científicas; a las expertas y los expertos en salud y violencia machista; a los referentes sanitarios territoriales y a todas las entidades de mujeres del territorio que, en el día a día, acompañan a mujeres, niños y adolescentes en su proceso de recuperación.

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
Fátima 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^a Carme Català
M^a Jesús Ribes Farré
M^a José Escudé Aubanell
Marçal Vinardell Serrasolsas
M^a Antònia Noguera
M^a Assumpció Sala i Figuls
M^a Elena Pizarro Fernández
M^a Eloisa Vioque Calero
M^a Inmaculada Compaños Ferrán
M^a Jesús Sotelo Borjas
María Mambiona Vicente
Maria Martinez Pascual
M^a Salut Martínez Ferrer
M^a Teresa Cantero Escalà
M^a 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 ^a 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

Entidades de mujeres

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/ Anexos

ANEXO 1. Metodología y técnicas de investigación

La metodología utilizada se sustenta en los modelos de evaluación de políticas públicas. Las políticas públicas son intervenciones o programas que la administración pública impulsa para conseguir mejorar el bienestar de la ciudadanía (Ivàlua, 2009). En el caso que nos ocupa, se detecta una problemática social y cultural que afecta al bienestar de las mujeres y el de sus hijas e hijos en términos de sus libertades como individuos y en su salud. La implementación del PAVIM, como programa, pretende mitigar esta problemática y mejorar la situación actual mediante la prevención, la detección, la atención y la recuperación de las mujeres que han sufrido o sufren violencia machista, así como de sus hijas e hijos, actuando desde el ámbito sanitario y considerando el entorno asociativo y los expertos y expertas que abordan en su día a día esta problemática.

La evaluación de una política pública valora las intervenciones de los órganos públicos según sus productos y sus impactos, con relación a las necesidades que pretenden satisfacer, y tiene como objetivo facilitar información rigurosa, basada en evidencias empíricas, para la toma de decisiones (CE, 2007). En el caso de la implementación del PAVIM, esta evaluación se concreta en conocer la valoración de las actividades, las medidas, los mecanismos y la toma de decisiones llevadas a cabo por los y las Profesionales de la salud para abordar la violencia machista desde los servicios sanitarios mediante la implementación del protocolo.

La evaluación del PAVIM se ha llevado a cabo considerando la interacción de la teoría del cambio, la interseccionalidad y la perspectiva de género, aplicando la metodología mixta, cuantitativa y cualitativa.

El diseño de la evaluación parte de una concepción mixta para medir y entender la realidad que es objeto de estudio e incorpora la complementariedad entre ambas metodologías cuantitativa y cualitativa

(Bericat, 1998; Fernández, 1999). Esta concepción mixta se considera la más adecuada para aproximarnos a la problemática de la violencia machista, como realidad compleja y considerando la multiplicidad de factor de carácter social (estructurales) y de identidad (individuales) que interseccionan en el hecho de ser mujer y sufrir este tipo de violencia, la que encuentra su origen, precisamente, en la estructura patriarcal que caracteriza a nuestra sociedad.

Aproximación cuantitativa

Para obtener una primera imagen de la magnitud del fenómeno de la violencia machista se realiza un análisis cuantitativo de los datos generados por el Real World Data (RWD). Estos datos hacen referencia al 2018 y recogen la información sobre las mujeres de 15 años o más atendidas en los servicios sanitarios de Cataluña que han sido diagnosticadas a su historia clínica con un código de violencia machista, según los códigos del CIE-10 (Anexo 4). Se recogen las variables sociodemográficas (edad, la procedencia, el nivel socioeconómico), los datos clínicos (diagnósticos clínicos) y sobre el uso de los recursos sanitarios (número de visitas a la atención primaria). Se realiza un análisis descriptivo y univariado mediante los porcentajes de las características de la población de estudio, la prevalencia de la violencia machista y la media anual del uso de recursos. La población de mujeres atendida por violencia machista en Cataluña el año 2018 es de 5.510 casos. Las fuentes de datos utilizadas son: CMBD-Alta hospitalaria, CMBD-Atención Primaria, CMBD-Urgencias, CMBD-Salud Mental Ambulatoria y el Registro Central de Personas Aseguradas (RCA) de CatSalut.

Aproximación cualitativa

Para el **análisis cualitativo** se han utilizado las técnicas de recogida de datos del grupo de discusión y la entrevista en profundidad semiestructurada. Estas dos técnicas, trabajadas de forma complementaria, han permitido captar y entender cuáles son las necesidades

y valoraciones de la implementación del PAVIM mediante los discursos construidos colectiva e individualmente por los y las profesionales de la salud, las entidades de mujeres y de los expertos y las expertas en violencia machista y salud.

Se ha utilizado un tipo de **muestreo intencional**. Este tipo de muestreo cualitativo consiste en seleccionar a los participantes de forma intencionada por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el tema de investigación. Uno de los principales aspectos que sigue este tipo de muestreo es la comprensión del fenómeno de estudio y los procesos sociales que la rodean en toda su complejidad (Plan, 1999). En esta línea se han considerado para los grupos de discusión, los y las profesionales de la salud procedentes de aquellos servicios sanitarios a los que va dirigido el pavimento: equipos de atención primaria, centros de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) y profesionales de las consultas de atención especializada, como obstetricia y ginecología, salud mental y adicciones o traumatología, y urgencias hospitalarias. Además, se ha contado con el apoyo de los referentes territoriales para establecer los contactos.

La **muestra de profesionales de la salud** está constituida por 104 participantes, de los cuales el 94% han sido mujeres.

La **muestra de entidades de mujeres** está constituida por 43 entidades y se ha seleccionado considerando, por una parte, el vínculo de la entidad con la temática de la violencia machista, y por otro, la heterogeneidad en los colectivos los que va dirigida la entidad, con el fin de incluir una mirada interseccional (mujeres: inmigradas, mayores, jóvenes, etc.).

Todos los grupos de discusión se realizaron en las sedes de las regiones sanitarias de cada región.

La **muestra de los y las expertas en violencia machista y salud**, también fue intencional. Interesaba captar la experiencia de participantes que pudieran aportar diferentes puntos de vista del fenómeno proporcionando una mirada complementaria a la complejidad de la temática. Se entrevistaron a 34 expertos y expertas en violencia machista y salud, la media de duración de las entrevistas fue de una hora aproximadamente.

Los **guiones para los grupos de discusión y las entrevistas semiestructuradas** (Anexo 2) se diseñaron a partir de la estructura que presenta el PAVIM, es decir, se elaboraron diferentes preguntas alrededor de cada fase: la prevención, la detección, la atención y la recuperación.

Se realizó una transcripción selectiva de los datos cualitativos procedentes de los grupos de discusión y de las entrevistas con el fin de obtener los verbatim que recogíamos con más claridad las diferentes opiniones, necesidades y experiencias hacia el pavimento y cada una de sus fases, con el ayuda del programa para el análisis de datos cualitativos Atlas.ti.

ANEXO. Guiones utilizados para los grupos de discusión y en las entrevistas

GUIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN DE Profesionales de la salud

Presentación de las personas integrantes del grupo: dinámica inicial para romper el hielo.

1. Conocimiento del PAVIM

- › ¿Conocéis el PAVIM? ¿Lo aplicáis?
- › ¿Utilizáis otro protocolo? ¿Cuál? (Rellenar la ficha adjunta.)

FASE 1. DETECCIÓN

- › ¿Cómo realizáis la detección de casos?
- › ¿Qué os ha funcionado? ¿Qué no os ha funcionado?
- › ¿Qué propuestas haríais para mejorar el proceso de detección?

Elementos a considerar:

- › Indicadores de ayuda a la detección, preguntas de sospecha
- › Uso y herramientas de registro – ¿TIC? El registro actual no criba por perfiles actuales
- › Efectividad de las herramientas de detección de casos
- › Cribado
- › Indicadores de ayuda a la detección de conductas de riesgo en los hombres, especialmente en hombres que van al CAS
- › Interseccionalidad: ¿hay algunos casos más complejos de detectar?

FASE 2. ATENCIÓN

- › ¿Qué hacéis en la atención de los casos de VM?
- › ¿Qué os ha funcionado? ¿Qué no os ha funcionado?
- › ¿Qué propuestas haríais para mejorar la atención?

Elementos a considerar:

- › Procedimientos y activación del circuito de atención, referente del caso, agentes y recursos implicados, así como coordinaciones con otros agentes. Diferencias muy visibles en función del territorio
- › ¿Las acciones del protocolo comprometen la seguridad de los profesionales? ¿Disponéis de apoyo y acompañamiento?
- › ¿Las acciones del protocolo comprometen la seguridad de la mujer-paciente? ¿Parte de lesiones? ¿Cómo y cuándo se gestionan las denuncias? Hacer emerger la controversia latente
- › Interseccionalidad: ¿hay algunos casos más complejos a la hora de atender (invisibilizaciones)?

FASE 3. RECUPERACIÓN

- › ¿Cómo trabajáis la recuperación? ¿Qué se puede hacer para contribuir a la recuperación?
- › ¿Qué os ha funcionado? ¿Qué no os ha funcionado?
- › ¿Qué propuestas haríais para mejorar el protocolo?

Elementos a considerar:

- › Seguimiento: ¿se realiza seguimiento?, ¿quién lo realiza?, valoración y adecuación, ¿retorno a los agentes del territorio?
- › Recursos: coordinación entre recursos del territorio (trabajo en red)
- › Interseccionalidad: ¿existen algunos casos más complejos a la hora de poder hacer una recuperación?

FASE 4. PREVENCIÓN

- › ¿Realizáis acciones de prevención?
- › ¿Qué os ha funcionado? ¿Qué no os ha funcionado?
- › ¿Qué propuestas haríais para mejorar la prevención? ¿A quién? ¿Cómo?

Elementos a considerar:

- › Sensibilización: acciones de sensibilización, canales de comunicación utilizados, campañas de sensibilización en la población diana, efectividad, duración, herramientas TIC...
- › Formación: ¿se realizan formaciones?, valoración de las formaciones, profesionales diana, paridad de género, ¿han recibido formación?
- › Interseccionalidad: ¿hay algunos casos más complejos a la hora de realizar la prevención?

2. Ejes transversales

- › Tenéis en cuenta los estándares de servicio?
- › ¿Habéis podido tener en cuenta el tema de la victimización secundaria?
- › ¿Cómo realizáis la coordinación con recursos del territorio (más allá de la atención): circuito de VM...?

3. ¿Consideráis que este protocolo tiene un impacto más allá del ámbito sanitario?

4. ¿Queréis añadir algo más que no haya salido hasta el momento?

GUIÓN DEL GRUPO DE DISCUSIÓN DE mujeres del territorio

Presentación de las personas integrantes del grupo: dinámica inicial para romper el hielo.

BLOQUE 1. DETECCIÓN

Introducción. Una de las vías de entrada para la detección de casos de violencia machista es la red de salud. Por sus responsabilidades y especificidades, es uno de los ámbitos de trabajo privilegiados para la detección de situaciones de violencia machista, ya que todo el mundo, en algún momento de su vida, pasa por la consulta médica. En este sentido...

- 1. Visión de la detección desde el sistema de salud.** ¿Consideráis que los centros sanitarios de vuestro territorio, con sus particularidades, son un buen lugar para detectar casos de VM? ¿Por qué? En vuestra opinión, ¿en qué ámbitos del sistema de salud se detectan con mayor frecuencia casos de VM? ¿Consideráis que son los adecuados? (*Recordemos los ámbitos asistenciales a las participantes.*)
- 2. Indicadores de detección en el sistema de salud.** Como entidades, ¿en qué creéis que deben fijarse los profesionales sanitarios para detectar que una mujer puede estar viviendo una posible situación de VM?
- 3. Casos de VM en entidades.** ¿Conocéis algún caso de violencia machista en vuestro territorio? ¿Han llegado casos de violencia machista a vuestras entidades? ¿Cómo llegaron a vuestra entidad las mujeres que sufrieron o sufren violencia machista? ¿Llegaron derivadas desde el sistema de salud? ¿Por iniciativa propia? ¿Acompañadas por alguien de confianza? ¿Vosotros, como entidades, realizáis derivaciones a servicios de salud?
- 4. Seguridad/resistencias.** Por parte de las mujeres que han sufrido o sufren violencia machista, ¿habéis encontrado resistencias para acudir al servicio de salud? ¿Cuáles? En el caso de que no conozcáis casos de VM, ¿creéis que las mujeres que han sufrido o sufren violencia machista pueden ser reacias a acudir al servicio de salud de vuestro territorio? (*Indagamos si estas resistencias tienen que ver con cuestiones vinculadas a la percepción de seguridad/inseguridad de la mujer o con otras cuestiones.*)
- 5. Indicadores de ayuda a la detección "mirada hombre".** ¿Creéis que desde la sanidad se debería realizar alguna actuación concreta con los hombres?

Categorías de análisis: idoneidad de la detección desde el sistema de salud, ámbitos más adecuados, indicadores para la detección en el sistema de salud, casos en la entidad y derivaciones, resistencias de las mujeres hacia el centro de salud, indicadores de detección para "el hombre".

BLOQUE 2. ATENCIÓN

- 6. Conocimiento del protocolo y del circuito de atención de sanidad.** Como entidad de mujeres (especialista o no en el ámbito de la violencia de género), ¿tenéis conocimiento de protocolos o circuitos que se estén utilizando desde el sistema de salud para atender los casos de violencia machista en vuestro territorio? ¿A qué ámbitos sanitarios consideráis que pertenecen los profesionales que, con mayor frecuencia, atienden casos de violencia machista? ¿Consideráis que son los adecuados?
- 7. Valoración de la atención sanitaria.** Desde vuestro conocimiento como entidad, ¿podrías valorar cuál es la atención sanitaria que reciben las mujeres que han sufrido o sufren violencia machista? (*Valoración del circuito sanitario, si lo conocen.*) ¿Las mujeres-pacientes se sienten acompañadas, asesoradas, cuestionadas, etc.?
- 8. Coordinación con los agentes del territorio.** ¿Vuestra entidad se coordina directamente con los servicios de salud para abordar esta (violencia machista) u otras problemáticas? En caso afirmativo, ¿cómo se realiza esta coordinación? ¿Qué agentes del territorio están implicados? ¿Qué aspectos de mejora se pueden proponer? En caso negativo, ¿creéis que habría que hacerlo? ¿Cómo? ¿Con qué finalidad práctica?

Categorías de análisis: conocimiento del protocolo, circuito sanitario, ámbitos asistenciales, valoración de la atención sanitaria en las mujeres, acompañamiento en el proceso, coordinación con el sistema de salud, agentes implicados en el territorio y propuestas de mejora.

BLOQUE 3. PREVENCIÓN

- 9. Acciones de sensibilización.** Como entidad, ¿realizáis prevención en violencia machista? En caso afirmativo, ¿en qué consiste (a quién va dirigida, efectividad, barreras o dificultades, etc.)? ¿Consideráis que las accio-

nes de prevención que realizáis como entidad pueden ser complementarias con las acciones que se llevan a cabo desde el sistema de salud?

Categorías de análisis: acciones de sensibilización como, por ejemplo, prevención, dificultades, población diana, efectividad o vinculación con el sistema de salud.

BLOQUE 4. RECUPERACIÓN

10. Seguimiento desde el sistema sanitario. Según os manifestan las mujeres, ¿qué seguimiento tienen los casos de VM desde el sistema sanitario? ¿Qué relación ha mantenido la mujer con el sistema sanitario tras la detección? Como entidad/asociación, ¿tenéis algún tipo de contacto con los servicios sanitarios de vuestro territorio? ¿Con qué ámbitos y profesionales?

Categorías de análisis: relación/seguimiento sanidad, vínculo/coordiación con servicios sanitarios, ámbito asistencial o profesionales de contacto.

BLOQUE 5. CIERRE

11. Desde vuestra perspectiva como entidad del territorio, ¿cómo valoraríais la prevención, la detección, la atención y la recuperación (circuito sanitario) en los casos de VM?

Categorías de análisis: puntos fuertes, aspectos a trabajar y propuestas de mejora.

GUIÓN DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A LOS Y LAS EXPERTAS EN VIOLENCIA MACHISTA Y EN SALUD

Presentación de las personas integrantes del grupo: dinámica inicial para romper el hielo.

BLOQUE 1. GENERAL – INTRODUCCIÓN

Comenzaremos la entrevista formulando preguntas acerca de quién eres, qué tareas desarrollas y cuál es tu conocimiento de las VM.

1. ¿En qué consiste tu trabajo y qué relación tiene con la violencia machista?

- 1.1. Funciones específicas desarrolladas.
- 1.2. Valoraciones de las estrategias llevadas a cabo desde tu ámbito. (Impacto de las tareas desarrolladas en la erradicación de la VM)
- 1.3. Características de las personas atendidas a las que van dirigidas las estrategias (origen, edad, género, nivel socioeconómico, nivel educativo...).

2. Pregunta añadida para agentes no sanitarios.

- 2.1 ¿Conoces lo que se está haciendo en el ámbito sanitario para abordar la violencia machista?
- 2.2 En caso afirmativo, valoraciones, consideraciones y dificultades.

BLOQUE 2. CONOCIMIENTO DEL PAVIM

En 2009, el Departamento de Salud desarrolló el PAVIM, el Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Este protocolo proporciona circuitos de actuación para la prevención, detección, atención y recuperación en situación de VM.

3. ¿Cuál es tu grado de conocimiento del Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud de Cataluña, 2009?

- 3.1 ¿Y qué uso haces de él?
- 3.2 Dimensiones del protocolo con mayor aplicación (prevención, detección, atención y recuperación).
- 3.3 Comunicación y difusión del protocolo.
- 3.4 Valoración del protocolo, consideraciones, puntos fuertes y puntos débiles.
- 3.5 Propuestas de mejora.

4. Grado de conocimiento y de aplicación, y otros protocolos específicos.

5. Pregunta añadida para agentes no sanitarios.

5.1 ¿Consideras que la elaboración y la puesta en práctica del protocolo sanitario ha tenido algún tipo de impacto en tu ámbito de actuación?

5.2 Presencia del ámbito sanitario en tus actuaciones.

5.3 Coordinación con diferentes agentes comunitarios (trabajo en red).

BLOQUE 3. DETECCIÓN

6. ¿Dónde consideras que se detectan/atenden más casos de violencia machista? (entidades de mujeres, policía, servicios sociales, escuela, salud...)

7. Indicadores utilizados para la detección de casos.

8. ¿Con qué dificultades para la detección crees que se encuentran los y las profesionales, y qué propuestas introducirías para mejorar la detección?

BLOQUE 4. ATENCIÓN

9. ¿Crees que la ubicación y las características del centro de salud influyen en el uso que hacen de él las mujeres que sufren violencia machista? ¿Crees que aspectos como, por ejemplo, el acceso en transporte público, la entrada, las salas de espera o la habilitación de la consulta/box tienen algún efecto, positivo o negativo, en las mujeres que sufren VM? (*Temas de accesibilidad, percepción de confortabilidad, autonomía, seguridad, zonas de acceso público y los elementos de conexión equipamiento-espacio público*)

10. ¿Cómo crees que debería ser la atención que reciben las mujeres en situación de VM desde los profesionales de la sanidad? ¿Has tenido la oportunidad de saber cuál es la valoración de las mujeres que han sido atendidas en el ámbito sanitario sobre la atención recibida? (*Acompañadas, escuchadas, cuestionadas, etc.*)

11. ¿Crees que hay, o puede haber, elementos del circuito de detección, atención y recuperación en casos de VM que revictimicen a la mujer? ¿Cuáles son? ¿Cómo crees que se podrían reducir/trabajar/eliminar? (*Poner en duda, que la mujer dé demasiadas explicaciones, hacerle dar vueltas por el circuito...*)

12. ¿Sabes si hay actuaciones o circuitos específicos en el ámbito sanitario dedicados a la infancia en situación de violencia machista? ¿Cómo piensas que debería ser la atención dirigida a los niños que han observado o han vivido y sufrido situaciones de violencias machistas? ¿Consideras interesante vincular/coordinar el protocolo de violencia en la infancia con el protocolo de violencia machista? ¿Qué propones?

BLOQUE 5. RECUPERACIÓN

13. ¿Cómo crees que debería hacerse el seguimiento de los casos de violencia machista y cuáles deberían ser los agentes responsables de realizarlo? ¿Cuál crees que debería ser el papel de los profesionales sanitarios?

BLOQUE 6. PREVENCIÓN

14. ¿Qué es para ti la prevención en VM? ¿Qué acciones crees que se podrían llevar a cabo en este sentido desde el ámbito sanitario?

BLOQUE 7. TIC

15. ¿Qué papel juegan las nuevas tecnologías en las violencias machistas?

15.1. ¿A qué nivel? Prevención, detección, atención, recuperación...

15.2. ¿Qué potencialidades u oportunidades crees que ofrecen?

BLOQUE 8. CIERRE

16. Además del protocolo mencionado anteriormente, ¿cómo valorarías otras actuaciones que se realizan desde Salud en el abordaje de la VM?

16.1. Valoración de la atención a la mujer desde Salud.

16.2. Mecanismos de acompañamiento y apoyo a las profesionales sanitarias que atienden casos de VM

16.3. Dificultades y propuestas de mejora desde Salud.

17. Ya estamos llegando al final, si hay algo que consideras relevante y que quieres comentar en relación con las VM y el ámbito sanitario, ¡ahora es el momento!

ANEXO 3. Categorías de análisis para los grupos de discusión

Estructura de categorías para el grupo de discusión de profesionales

BLOQUES	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS
0/ INTRODUCCIÓN	Conocimiento del PAVIM Canal/es de conocimiento del PAVIM Uso de otros protocolos
1/ DETECCIÓN	Indicadores de ayuda a la detección Preguntas ante la sospecha Medios de registro Evaluación de las herramientas de detección Propuestas de mejora para la detección Valoración del cribado Utilización del cribado Acciones hacia el hombre Indicadores para la detección de conductas de riesgo
2/ ATENCIÓN	Circuito de atención del protocolo Procedimientos Acciones Coordinación con otros agentes del territorio Utilización de los recursos del territorio Seguridad de los profesionales Acompañamiento de los profesionales Seguridad mujer-paciente Parte de lesiones y denuncias
3/ PREVENCIÓN	Sensibilización Canales de comunicación Población diana Efectividad Duración Uso de las herramientas TIC Formación y valoración Ámbitos de los profesionales asistentes Paridad de género Propuestas para la prevención
4/ RECUPERACIÓN	Seguimiento Ámbito de los profesionales sanitarios Adecuación de los ámbitos de los profesionales para el seguimiento de casos de VM Retorno de los agentes Dificultades para el retorno Recursos Coordinación con los recursos y las entidades del territorio Contribución desde el sistema de salud Propuestas para la recuperación
5/ CIERRE	Valoración del PAVIM Puntos fuertes Puntos débiles Propuestas de mejora del PAVIM Oportunidades

Estructura de categorías para el grupo de discusión de entidades de mujeres

BLOQUES	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS
1/ DETECCIÓN	Idoneidad de la detección desde el sistema de salud Ámbitos más adecuados Indicadores para la detección en el sistema de salud Casos en la entidad y derivaciones Resistencias de las mujeres hacia el centro de salud Indicadores de detección del "hombre"
2/ ATENCIÓN	Conocimiento del protocolo y del circuito sanitario Ámbitos asistenciales Valoración de la atención sanitaria en las mujeres Acompañamiento en el proceso Coordinación con el sistema de salud Agentes implicados en el territorio Propuestas de mejora
3/ PREVENCIÓN	Prevención Dificultades Población diana Efectividad Vinculación con el sistema de salud
4/ RECUPERACIÓN	Relación/seguimiento sanidad Vínculo/coordinación con servicios sanitarios Ámbito asistencial Profesionales de contacto
5/ CIERRE	Puntos fuertes Aspectos a trabajar Propuestas de mejora

ANNEX 4. Códigos CIE-10 de violencia machista

CODIS CIM-10	ETIQUETA DE LOS CÓDIGOS
99580	Maltrato del adulto, nsp; abuso de la persona NOS
99581	Abuso físico del adulto; maltratado(a): cónyuge, mujer, hombre
99582	Abuso emocional/psicológico del adulto
99583	Abuso sexual del adulto
T74	Abuso, desatención y otros malos tratos del niño y del adulto, confirmados
T74.1	Maltrato físico, confirmado
T74.11XA	Maltrato físico del adulto, confirmado, asistencia inicial
T74.11XD	Maltrato físico del adulto, confirmado, asistencia sucesiva
T74.12XA	Abuso físico infantil, confirmado
T74.2	Abuso sexual, confirmado
T74.21	Abuso sexual del adulto, confirmado
T74.21XA	Abuso sexual del adulto, confirmado, asistencia inicial
T74.21XS	Abuso sexual del adulto, confirmado, secuela
T74.3	Maltrato psicológico, confirmado
T74.31XA	Maltrato psicológico del adulto, confirmado, asistencia inicial
T74.31XS	Maltrato psicológico del adulto, confirmado, secuela
T74.9	Maltrato no especificado, confirmado
T74.91XA	Maltrato del adulto no especificado, confirmado, asistencia inicial
T74.91XS	Maltrato del adulto no especificado, confirmado, secuela
T76	Abuso, desatención y otros malos tratos del niño y del adulto, sospechados
T76.11	Maltrato físico del adulto, sospechado
T76.11XA	Maltrato físico del adulto, sospechado, asistencia inicial
T76.11XD	Maltrato físico del adulto, sospechado, asistencia sucesiva
T76.2	Abuso sexual, sospechado
T76.21	Abuso sexual del adulto, sospechado
T76.21XA	Abuso sexual del adulto, sospechado, asistencia inicial
T76.21XD	Abuso sexual del adulto, sospechado, asistencia sucesiva
T76.21XS	Abuso sexual del adulto, sospechado, secuela
T76.31XA	Maltrato psicológico del adulto, sospechado, asistencia inicial
T76.91XA	Maltrato del adulto no especificado, sospechado, asistencia inicial
T76.91XD	Maltrato del adulto no especificado, sospechado, asistencia sucesiva
Z63.0	Problemas en la relación entre cónyuges

**Evidencia, experiencia
y datos para un nuevo
modelo de abordaje de
Violencia Machista**



**EVALUACIÓN DEL
PROTOCOLO PARA
EL ABORDAJE DE LA
VIOLENCIA MACHISTA
EN EL ÁMBITO DE LA SALUD
EN CATALUÑA**

MIRADAS
COMPLEMENTARIAS