AVALUACIÓ DEL PROTOCOL PER A L'ABORDATGE DE LA VIOLÈNCIA MASCLISTA

EN L'ÀMBIT DE LA SALUT A CATALUNYA A LA REGIÓ SANITÀRIA ALT PIRINEU I ARAN

MIRADES COMPLEMENTÀRIES

Generalitat de Catalunya
Salut/ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES E IGUALDAD
Pacto de Estado contra la violencia de género

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

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

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | http://aquas.gencat.cat

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

© 2019, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Primera edició: Barcelona, desembre de 2019

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

Equip de violència masclista de l'AQUAS
Vanessa Alcaide Lozano
Natalia Cabeza Hurtado
Laura Liñares Rivas
Elisenda Lupresti Medina
Júlia Mas Maresma
Anna Mir Acebrón
Alba Pérez Domínguez
Cristina Rubió López

Direcció
Cari Almazán Sáez

Empreses col·laboradores
Integrem Salut Associació
Cooperativa Etcèteres
Oliveras, Caussa i Associats, SL

Correcció Lingüística
Manners Traduccions

Disseny
Eila Blasi (Int Meetings)

Coordinació Comunicació:
Equip de Comunicació AQuAS

AVALUACIÓ DEL PROTOCOL PER A L'ABORDATGE DE LA VIOLÈNCIA MASCLISTA

EN L'ÀMBIT DE LA SALUT A CATALUNYA A LA REGIÓ SANITÀRIA ALT PIRINEU I ARAN

MIRADES COMPLEMENTÀRIES

00/ Índex

01/	Introducció. La violència masclista, un problema de salut pública	6
02/	L'avaluació de la implementació del protocol: entre els significats i les dades › Model d'anàlisi › Objectius de l'avaluació › Metodologia › Aproximació qualitativa › Aproximació quantitativa	8
03/	Una mirada al territori. Recursos sanitaris de la regió › Altres protocols per a l'abordatge de la violència masclista	12
04/	Resultats de l'avaluació. Què ens diuen les dades i les persones › Dades sobre violència masclista de la regió sanitària › Experiències dels i les professionals de salut i de les entitats de dones del territori	14
05/	Propostes de millora. Cap a un nou model integral d'abordatge de la violència masclista › Prevenció › Detecció › Atenció i recuperació	22
06/	Glossari	25
07/	Bibliografia	28
08/	Col·laboradores i col·laboradors	29
09/	ANNEX 1: Guions utilitzats als grups de discussió ANNEX 2: Categories per a l'anàlisi dels grups de discussió ANNEX 3: Codis CIM-10 de violència masclista	30

00/ Índex de figures i gràfics

Figures

01/	Els eixos per a l'avaluació: teoria del canvi, interseccionalitat i perspectiva de gènere	8
02/	El disseny de l'avaluació amb mètodes mixtes	9
03/	Mostra de participants als grups de discussió	10
04/	Fonts de dades quantitatives (RWD) sobre violència masclista al 2018	11
05/	Xarxa de recursos de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	13

Gràfics

01/	Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per grups d'edat, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	14
02/	Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per país d'origen, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	15
03/	Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per nivell socioeconòmic, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	15
04/	Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per grups d'edat, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	16
05/	Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per país d'origen, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	16
06/	Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per nivell socioeconòmic, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	16
07/	Nombre de diagnòstics més freqüents en dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista a l'atenció primària, 2018. Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	17
08/	Nombre de visites de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista a l'atenció primària, 2018. Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	17

01/ Introducció. La violència masclista, un problema de salut pública

El present informe d'avaluació territorial respon a la voluntat de la Direcció General de Planificació en Salut, del Departament de Salut, d'implementar una estratègia efectiva d'abordatge de la violència masclista en l'àmbit sanitari. Aquest informe se centra en l'avaluació del **Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya** (PAVIM), que va ser publicat el desembre de 2009, ara fa deu anys. Concretament es presenten els resultats de l'avaluació per a la **Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran**.

Aquesta avaluació es desenvolupa en el marc de les mesures concretades pel Departament de Salut a partir de les prioritats establertes en el **Pacte d'Estat contra la violència de gènere.**

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

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

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

Les conseqüències més rellevants de la violència física o sexual per part de la parella en la salut de les dones són els efectes sobre l'embaràs (nadons de baix pes i avortament, entre d'altres) i el patiment de malalties mentals com la depressió. Fora de l'àmbit conjugal, les dones que han patit violència sexual per part d'una persona diferent de la seva parella (violència sexual no conjugal) són més propenses a patir trastorns relacionats amb el consum d'alcohol i depressions o ansietat (OMS et al., 2013).

Per tant, el sistema de salut, i en particular l'atenció primària com a porta d'entrada al sistema, es considera un àmbit privilegiat d'intervenció en l'abordatge de la violència masclista atès el seu caràcter universal.

[1] Les dades estan extretes de l'Enquesta de Violència Masclista a Catalunya del 2016, que diferencia les xifres segons «fets menys greus», «fets greus» i «fets molt greus»; concretament, dels resultats destacats que proporciona el Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya [http://interior.gencat.cat].

Es tracta d'una problemàtica complexa i molt greu que requereix necessàriament un abordatge integral i coordinat. En aquest context, el col·lectiu de professionals de la salut tenen un paper fonamental en la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones en situació de violència masclista (WHO, 2019).

El PAVIM forma part d'una estratègia de polítiques públiques impulsades per la Generalitat de Catalunya per abordar la violència masclista i les seves conseqüències en la salut de les dones, en les seves filles i fills i en l'entorn familiar, entre d'altres. Es va crear el desembre de l'any 2009 per donar resposta a la **Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclist**a (DOGC núm. 5123, 2 de maig de 2008). La necessitat de continuar treballant per a l'abordatge de la violència masclista queda palesa en el **Pla de salut 2016-2020 de la Generalitat de Catalunya**, que, com a marc de referència per a totes les actuacions públiques en matèria de salut, preveu entre els seus objectius per al 2020 els elements d'actuació que formen part del PAVIM. Aquests elements d'actuació recullen la necessitat de promoure, des de l'àmbit sanitari, la prevenció, la detecció, l'atenció i la recuperació de les dones que pateixen o han patit violència masclista, o bé es troben en risc de patir-la, i de les seves filles i fills.

El PAVIM s'estructura seguint aquestes quatre dimensions (prevenció, detecció, atenció i recuperació) i aborda els tipus de violència física, psicològica, sexual i econòmica en qualsevol dels àmbits en què es pugui produir: el de la parella, el familiar, el laboral i el social o comunitari.

Com a eina operativa per als professionals de la salut i com a estratègia per orientar la intervenció en els casos de violència masclista, el PAVIM respon als objectius següents:

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

Les actuacions en els serveis sanitaris que es defineixen en el PAVIM s'adrecen als següents professionals de la salut: els equips d'atenció primària, els centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), els i les professionals de les consultes d'atenció especialitzada, com ara obstetrícia i ginecologia, salut mental i addiccions o traumatologia, i les urgències hospitalàries i d'atenció primària.

L'avaluació del PAVIM a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran s'ha portat a terme a partir de les aportacions i les valoracions dels agents implicats en el procés participatiu i tenint en compte les particularitats del territori.

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

Model d'anàlisi

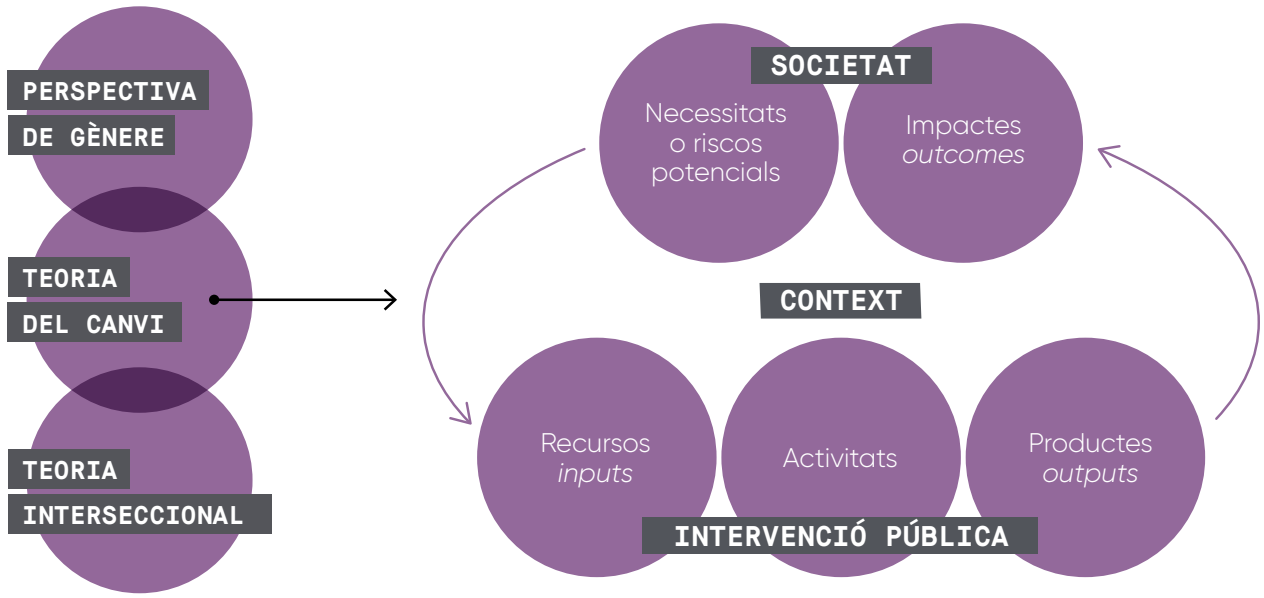
Per portar a terme **l'avaluació sobre la implementació del PAVIM**, ens situem en un marc d'avaluació de polítiques públiques centrat en la participació, que es configura a partir de la vinculació i la mirada articulada de tres enfocaments teoricometodològics fonamentals.

El primer enfocament respon a l'aplicació de la **teoria del canvi**, com a base per desenvolupar el model d'avaluació en el marc de la intervenció pública (Ivàlua, 2009).

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

Finalment, la **perspectiva de gènere** s'incorpora de manera transversal en l'avaluació i engloba tots els continguts. La perspectiva de gènere permet visibilitzar les diferències entre homes i dones, no només per la seva condició biològica, sinó també per les diferències que deriven d'una socialització diferencial de gènere i d'un determinat context cultural (Direcció General de Planificació en Salut, 2019).

Figura 1. Els eixos per a l'avaluació: teoria del canvi, interseccionalitat i perspectiva de gènere.



Font: Elaboració pròpia

Objectius de l'avaluació

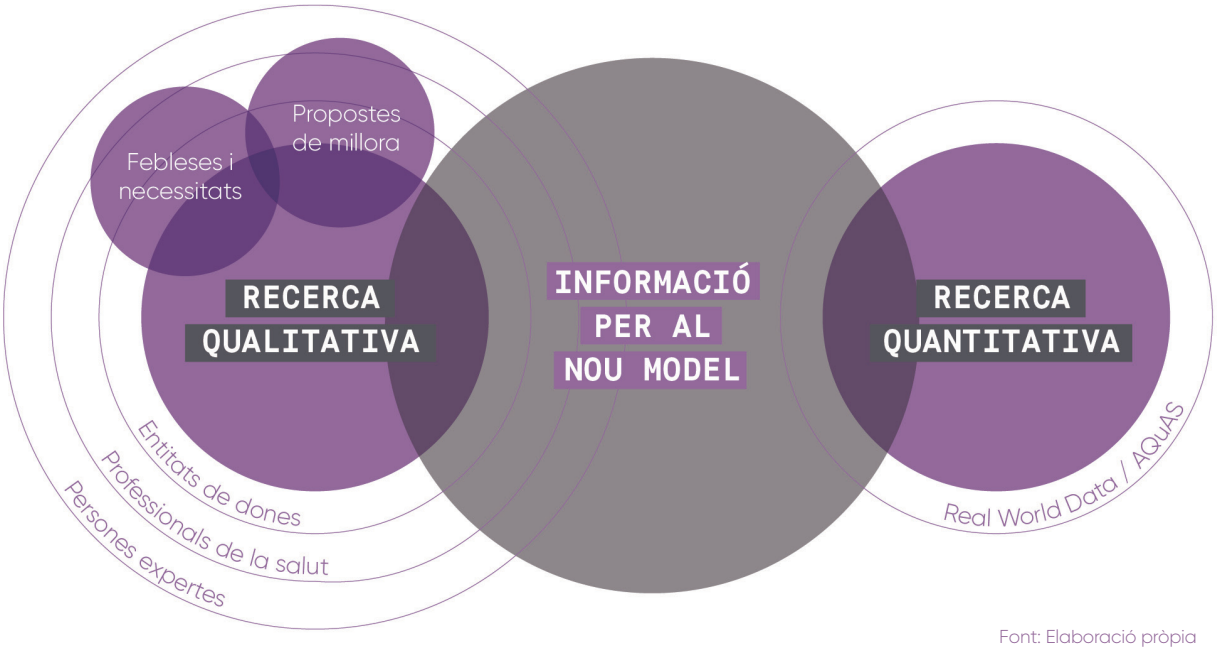
Els objectius de l'avaluació de la implementació del PAVIM es concreten de la següent manera, entenent el protocol com una eina de treball per als professionals de la salut que orienta respecte a les mesures, la presa de decisions, els mecanismes, etc., a part de l'estratègia de polítiques públiques per abordar la violència masclista i les seves conseqüències des de l'àmbit de la salut:

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

Metodologia

S'han emprat mètodes mixtos mitjançant la complementarietat de les metodologies qualitativa i quantitativa (Bericat, 1998; Fernández, 1999). D'una banda, s'utilitza una **aproximació qualitativa** per aprofundir en el fenomen de la violència masclista en l'àmbit sanitari. La metodologia qualitativa es considera adequada per recollir i identificar les necessitats, les valoracions, les dificultats i les propostes dels diferents agents implicats en el procés participatiu (Íñiguez, 1999). D'altra banda, des d'una **aproximació quantitativa**, s'analitza de forma descriptiva quina és la situació actual dels casos de violència masclista atesos als serveis sanitaris de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran. També s'analitzen quins són els principals diagnòstics o patologies que es poden utilitzar com a indicadors de sospita, així com els principals efectes de la violència masclista en la salut de les dones que la pateixen o l'han patit.

Figura 2. El disseny de l'avaluació amb mètodes mixtos



Font: Elaboració pròpia

Aproximació qualitativa

El treball de camp qualitatiu es va dur a terme el 3 i el 21 d'octubre de 2019 a la seu de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran. La tècnica de recollida de dades utilitzada ha estat el **grup de discussió** amb professionals de la salut i **l'entrevista semiestructurada**, via telefònica, per a les entitats de dones del territori.

El guió del grup de discussió i el guió de l'entrevista s'han estructurat a partir de les quatre dimensions del PAVIM: prevenció, detecció, atenció i recuperació (annex 1). Dins de cada dimensió s'han tingut en compte diferents elements considerats clau per compartir amb les persones participants (coneixement del PAVIM, eines de registre, cribratge, indicadors per a la detecció, etc.) per tal d'identificar i d'analitzar com ha estat i com es valora la implementació del PAVIM al territori (annex 2).

S'ha utilitzat un mostreig intencional i per conveniència que ha permès considerar aquells agents del territori que estan implicats de manera directa o indirecta en la implementació del protocol. La mostra de professionals de la salut que van participar en el grup de discussió va ser d'11 persones (10 dones i 1 home). La mostra per al grup de discussió amb entitats de dones va estar formada per 3 dones, les quals representaven tres associacions: Associació de Dones Rosa d'Abril del Pallars Jussà, Associació de Dones del Pallars Sobirà / La Geganta Desperta i Associació per la Igualtat a Aran. Tots i totes les participants dels grups de discussió van signar un consentiment informat per tal de poder enregistrar les dades i fer possible el present anàlisi dels resultats.

A la figura 3 es mostra el nombre de participants segons tipus de grup de discussió i perfil professional.

Figura 3. Mostra de participants als grups de discussió

Font: Elaboració pròpia

Aproximació quantitativa

Per tal de conèixer la magnitud de la violència masclista en l'àmbit sanitari de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran, l'avaluació s'ha complementat amb les **dades quantitatives** generades pel Real World Data (RWD) a partir dels sistemes de registre d'informació sobre les persones ateses als serveis sanitaris de Catalunya. Aquests registres recullen, des del 2003 i de forma unificada, la informació poblacional sobre patologies, activitat i morbiditat sanitària de tots els centres sanitaris de Catalunya.

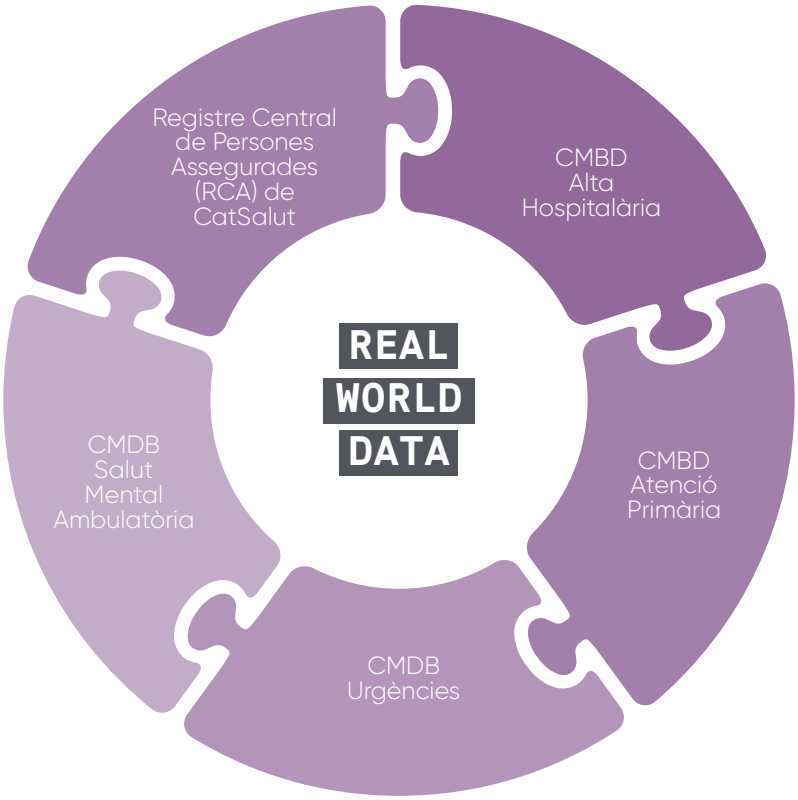
Aquestes dades ens permeten fer una primera aproximació al fenomen de la violència masclista des dels serveis sanitaris i construir una imatge preliminar sobre la detecció i els diagnòstics que poden ser possibles indicadors de sospita en situacions de violència masclista. Per tant, els resultats s'han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

A la figura 4 es mostren les principals fonts de registre de la informació que s'han utilitzat per portar a terme l'anàlisi quantitativa.

A partir dels sistemes d'informació sanitària, s'han seleccionat les dones de 15 anys o més anys ateses als serveis sanitaris de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran que han estat diagnosticades amb un codi[2] de violència masclista durant l'any 2018 (annex 3).

La població d'estudi a la Regió Sanitaria Alt Pirineu i Aran per a l'any 2018 està formada per 31 dones víctimes de violència masclista, de les quals s'analitza de forma descriptiva les característiques sociodemogràfiques, la prevalença de la violència masclista, l'impacte d'aquest tipus de violència en la seva salut i l'ús que fan dels recursos sanitaris.

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



Font: Elaboració pròpia

[2] Els codis emprats són els corresponents a la CIM-10 i els utilitzats al conjunt mínim bàsic de dades (CMBD).

03/ Una mirada al territori. Recursos sanitaris de la regió

La Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran agrupa sis comarques pirinenques: l'Alt Urgell, l'Alta Ribagorça, la Cerdanya, el Pallars Jussà, el Pallars Sobirà i la Vall d'Aran. Està formada per dos sectors sanitaris: Alt Pirineu i Aran. El sector sanitari Alt Pirineu està format per les àrees bàsiques de salut: Alta Ribagorça, Tremp, La Pobla de Segur, Pallars Sobirà, Alt Urgell Sud, La Seu d'Urgell i Cerdanya. El sector sanitari Aran està format per l'àrea bàsica de salut Aran.

La Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran té una **densitat de població** d'11,6 habitants per km^2, una població de 66.867 habitants (2018) i una superfície de 5.775,6 km^2 (Servei Català de la salut, 2019).

A la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran hi ha 3 entitats proveïdores que gestionen els serveis assistencials del territori, que són: l'Institut Català de la Salut (Alta Ribagorça, Pallars Jussà, Pallars Sobirà i Alt Urgell), Aran Salut Servicis Assistenciaus Integrals (Aran) i la Fundació Hospital de Puigcerdà (Cerdanya).

A continuació es presenta una breu descripció de la xarxa de recursos assistencials de què disposa la regió. Per identificar els recursos sanitaris territorials, només s'han tingut en compte aquells recursos als quals va dirigit el PAVIM, que són: els equips d'atenció primària, els centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), les consultes d'atenció especialitzada, com ara obstetrícia i ginecologia, salut mental i addiccions o traumatologia, i les urgències hospitalàries i d'atenció primària.

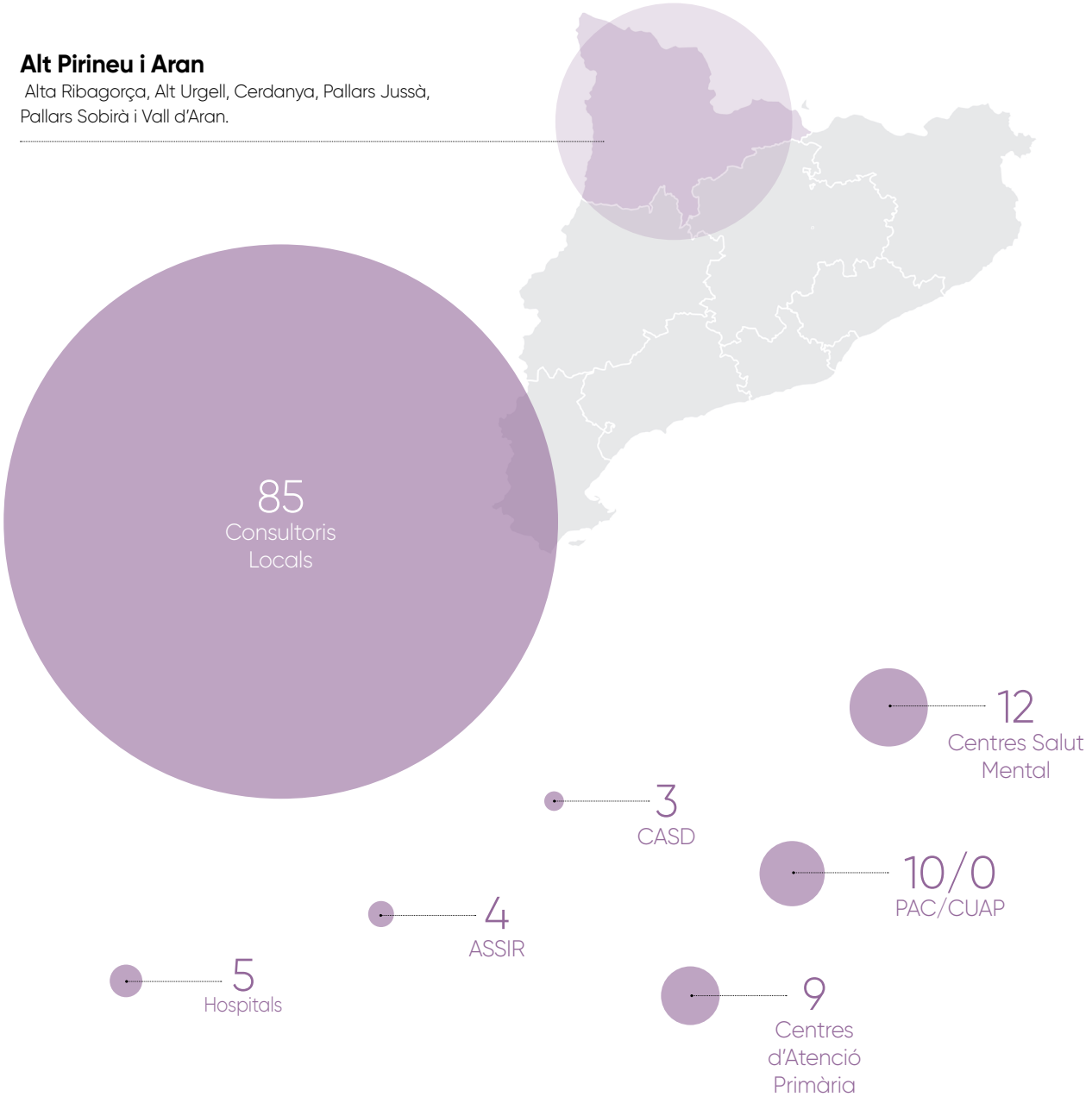
Altres protocols per a l'abordatge de la violència masclista

El Protocol per a l'abordatge de la violència masclista a l'Alt Pirineu i Aran és el protocol territorial de referència de la regió sanitària. Redactat l'any 2013 per la Comissió Tècnica del Circuit per a l'abordatge de la violència masclista a l'Alt Pirineu i Aran, aquest protocol s'ha anat modificant i adaptant a la realitat del territori, tot i que es considera que els protocols realment operatius són els comarcals (Bodelón et al., 2016).

Els protocols vigents a l'Alt Pirineu i Aran:

- Protocol d'actuació per a l'atenció integral de les víctimes de violència de l'Alt Urgell
- Protocol d'actuació per a l'abordatge de les situacions de violència masclista a la comarca de l'Alta Ribagorça
- Protocol per a l'abordatge de la violència masclista a la comarca de la Cerdanya
- Protocol d'actuació en els casos de violència masclista. Comarca del Pallars Jussà
- Protocol d'actuació en els casos de violència masclista. Comarca del Pallars Sobirà
- Protocol d'actuació per a l'atenció integral de les víctimes de violència domèstica, de gènere i masclista a l'Aran

Figura 5. Xarxa de recursos de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran



Font: Elaboració pròpia

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

Dades sobre violència masclista de la regió sanitària

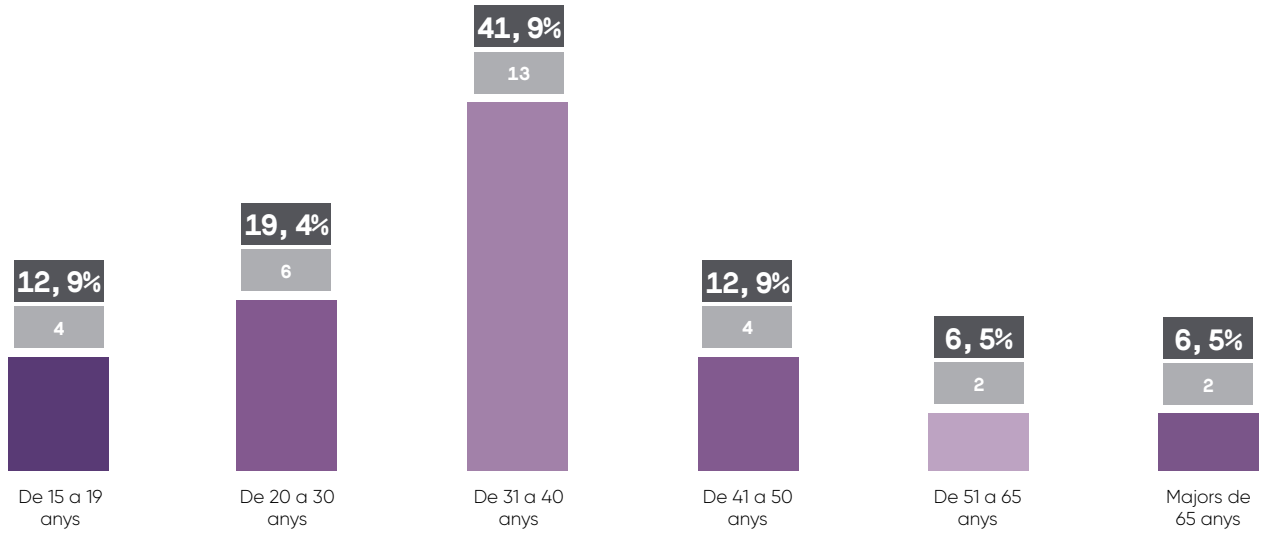
En el següent apartat es presenten els principals resultats sobre la magnitud dels casos de violència masclista atesos en els serveis sanitaris a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran durant el 2018. Aquests resultats volen proporcionar una mirada preliminar del fenomen de la violència masclista des de les dades de salut. Representen una primera oportunitat per aproximar-nos al fenomen, amb una mirada territorial, i poder avançar en la millora de la recollida de la informació i el seu tractament per a posteriors anàlisis.

Amb les dades extretes pel mon real (Real World Data) dels sistemes d'informació sanitaris de l'any 2018 s'ha examinat la informació relativa a la violència masclista per a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran. En aquesta secció es presenta l'anàlisi descriptiva per a les dones de 15 anys o més amb un diagnòstic de violència masclista i les seves característiques demogràfiques i socioeconòmiques. Així mateix s'inclouen les prevalences de violència masclista en la població per a les característiques anteriors. D'altra banda, per a les dones de 15 anys o més amb un diagnòstic de violència masclista diagnosticat a qualsevol recurs sanitari s'han revisat les patologies més freqüents diagnosticades a l'atenció primària i calculat la freqüentació de visites per aquest recurs.

L'any 2018, a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran 31 dones de 15 anys o més ateses en els serveis sanitaris tenen un diagnòstic de violència masclista. Aquestes dones van ser ateses principalment a l'Atenció Primària (77,4%) i l'edat mitjana va ser de 36,6 anys (amb una desviació estàndard de 14,8). En el Gràfic 1 es mostra la distribució de les dones per a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran segons els grups d'edat.

Gràfic 1. Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per **grups d'edat**, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

Font: Elaboració pròpia



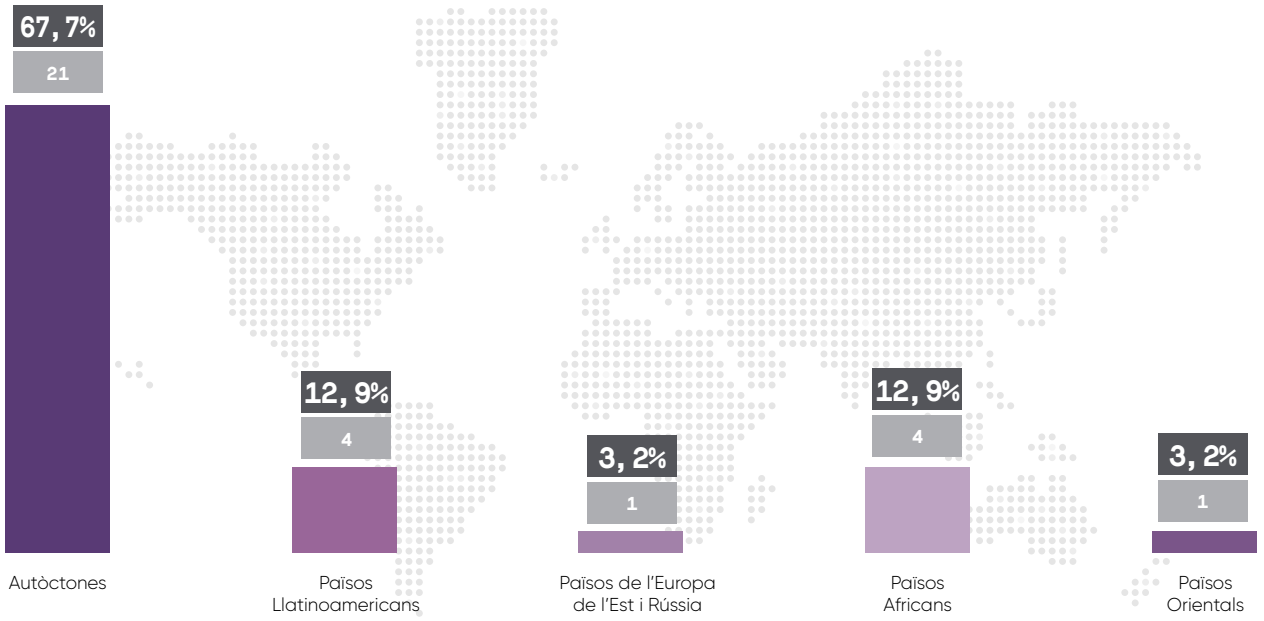
Els principals grups d'edat on es troben les dones amb un codi de violència masclista són de 31 a 40 anys amb un 41,9% de les dones, seguit del 19,4% de dones d'entre 20 a 30 anys.

Pel que fa al país d'origen (Gràfic 2) el 67,7% de les dones ateses a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran durant l'any 2018 i amb diagnòstic de violència masclista són autòctones, seguides de les dones dels països africans (12,9%) i de les dones dels països llatinoamericans (12,9%).

Quant al nivell socioeconòmic (Gràfic 3) el 87,1% de les dones tenen una renda inferior a 18.000€ i el 9,7% tenen una renda entre 18.000€ i 100.000€. El 3,2% de les dones es troben en una situació de vulnerabilitat que implica un major risc socioeconòmic (reben l'atur o algun tipus de subsidi com a única font d'ingressos).

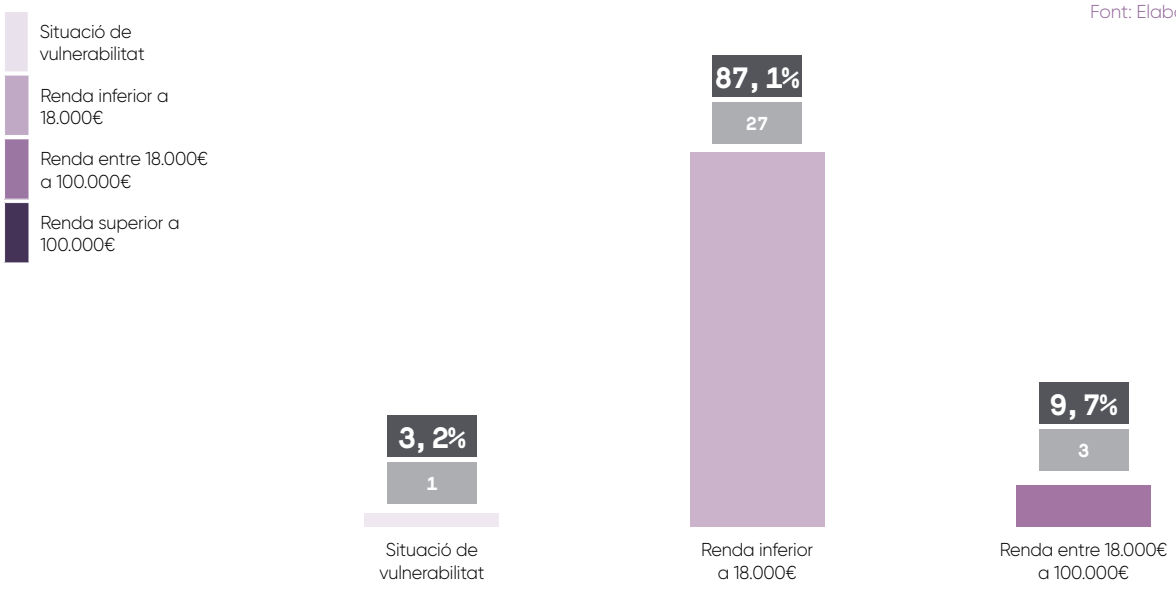
Gràfic 2. Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per **país d'origen**, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

Font: Elaboració pròpia



Gràfic 3. Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per **nivell socioeconòmic**, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

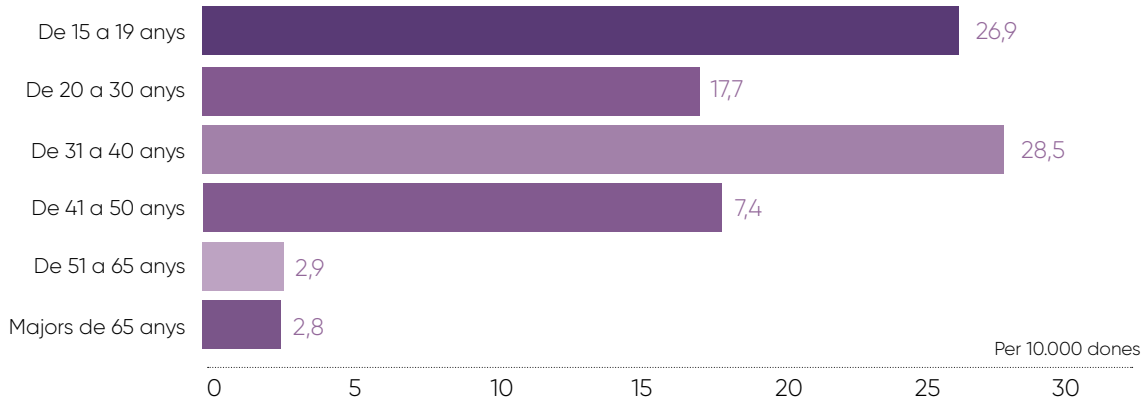
Font: Elaboració pròpia



Pel que fa a les prevalences, **per cada 10.000 dones de 15 anys o més a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran 10,8 dones tenien un diagnòstic de violència masclista al 2018.** Al Gràfic 4 és mostren les prevalences de la violència masclista en les dones per grups d'edat. La major prevalença de casos, com s'observa al gràfic, es dóna entre les edats de 31 a 40 anys, seguida de la prevalença en les dones d'entre 15 i 19 anys.

Gràfic 4. Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per **grups d'edat**, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

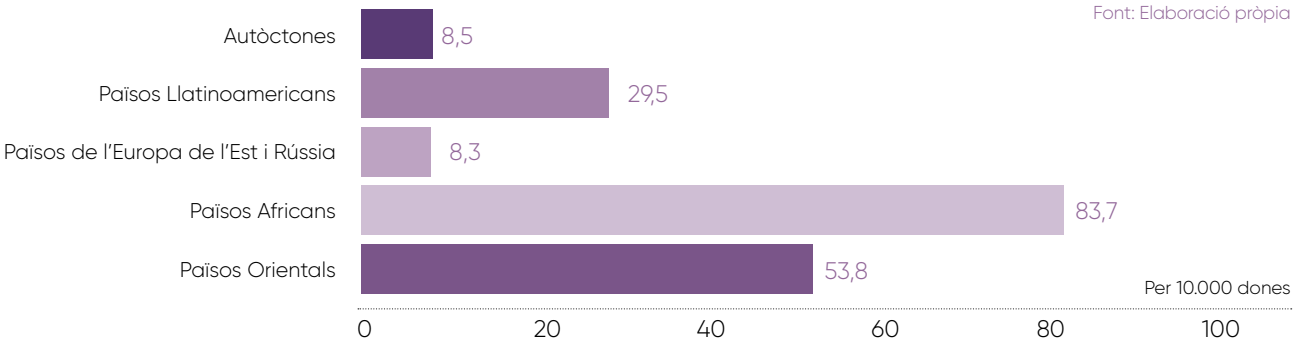
Font: Elaboració pròpia



Quan al país d'origen, al Gràfic 5 s'observa que la prevalença de les dones de països africans, de països orientals i de països llatinoamericans superen, respectivament, la prevalença de les dones autòctones. Pel que fa als països africans, 83,7 dones de cada 10.000 dones dels països africans que són ateses pels serveis sanitaris a la regió han estat diagnosticades amb un codi de violència masclista.

Gràfic 5. Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per **país d'origen**, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

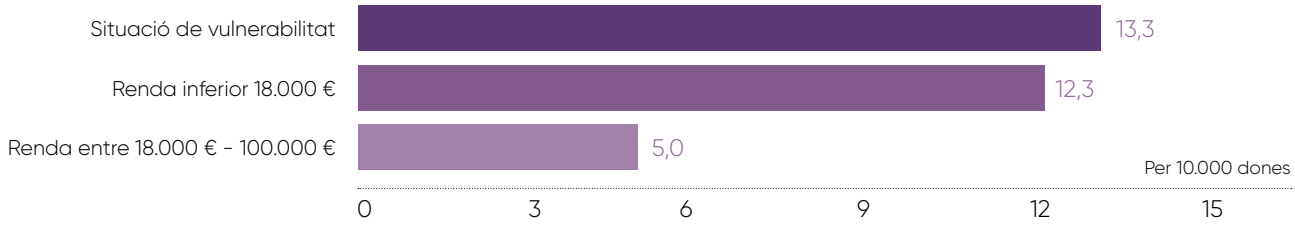
Font: Elaboració pròpia



Pel que fa al nivell socioeconòmic (Gràfic 6) la prevalença en les dones en situació de vulnerabilitat és la més elevada (13,3 dones per cada 10.000 dones ateses als serveis sanitaris de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran l'any 2018) seguit de les dones amb rendes inferiors a 18.000€. En general, per aquesta regió sanitària, la prevalença disminueix a mesura que incrementa el nivell de renda.

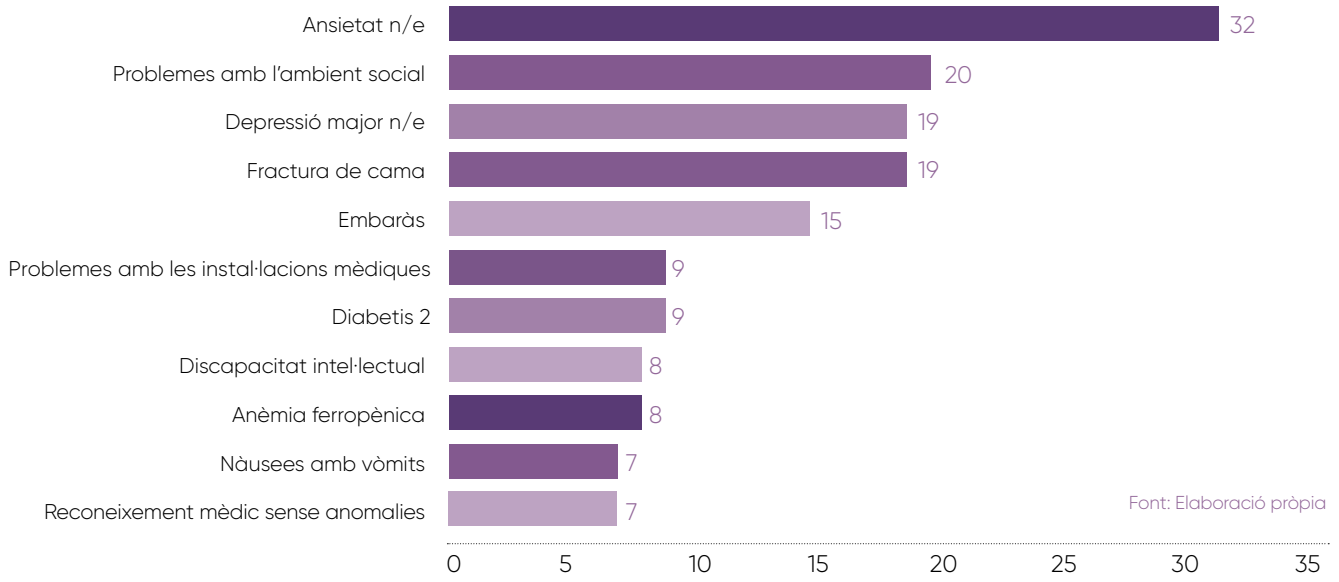
Gràfic 6. Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per **nivell socioeconòmic**, 2018. N=31 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

Font: Elaboració pròpia



Al Gràfic 7 es presenten les patologies més freqüents a l'atenció primària de les dones diagnosticades com a casos de violència masclista en qualsevol recurs assistencial per a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran. L'ansietat, els problemes amb l'ambient social, la depressió major i la fractura de cama destaquen per la seva freqüència. En general es corrobora la evidencia científica sobre l'efecte de la violència masclista en la salut física i mental de les dones (OMS, 2013; Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2016).

Gràfic 7. Nombre de diangnòstics més freqüents en dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista a l'atenció primària, 2018. Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

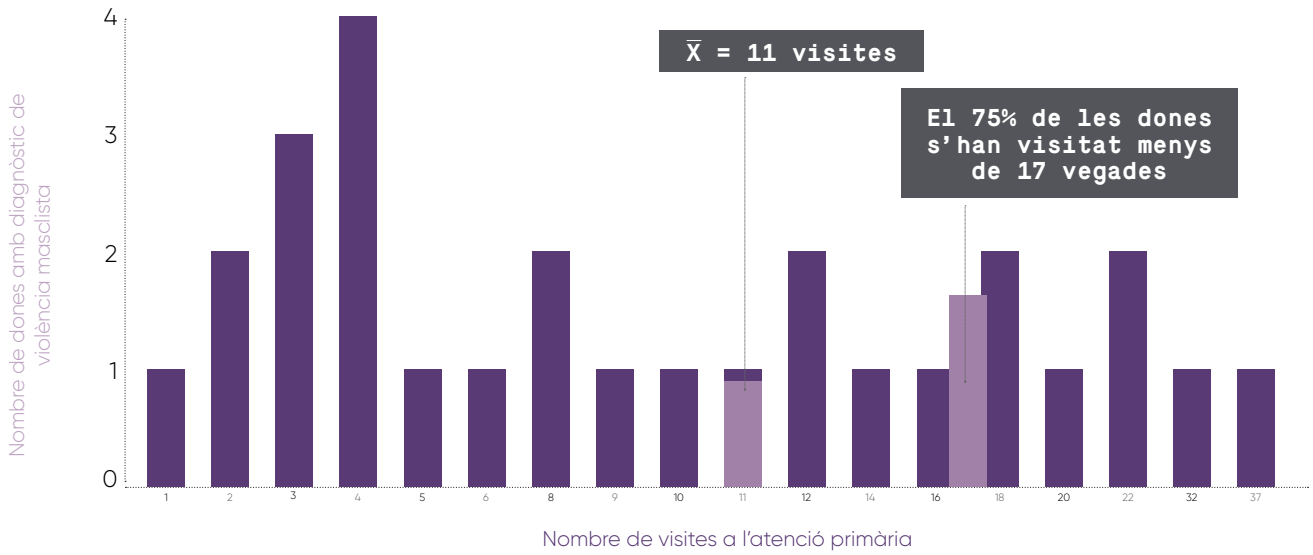


Font: Elaboració pròpia

Finalment, pel que fa a l'ús dels recursos sanitaris de les dones amb diagnòstic de violència masclista (Gràfic 8) la mitjana de visites durant el 2018 a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran és de 11 visites per dona. El 75% de les dones amb violència masclista ha visitat l'atenció primària menys de 17 vegades durant l'any 2018. Per tant, el 25% de les dones amb violència masclista han visitat l'atenció primària més de 17 vegades durant el 2018. Aquestes resultats són superiors a la mitjana de visites realitzades per la població de dones en general a Catalunya amb el mateix rang d'edats ateses a l'atenció primària (mitjana de 8 visites per dona) el 75% de les quals han realitzat durant l'any 2018 10 visites o menys. Per tant el 25% de les dones han tingut més de 10 visites a atenció primària.

Gràfic 8. Nombre de visites de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista a l'atenció primària, 2018. Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

Font: Elaboració pròpia



Experiències dels i les professionals de la salut i de les entitats de dones del territori

A continuació es presenten els principals resultats del grup de discussió amb professionals de la salut i de les entrevistes realitzades a entitats de dones de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran.

En relació amb el coneixement del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (PAVIM), la majoria de professionals sanitaris que han participat en el grup de discussió el coneixen superficialment, tret d'algun cas on la seva aplicació és obligatòria (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, ASSIR). Cal tenir en compte que al territori de l'Alt Pirineu i Aran es disposa d'una adaptació comarcal del protocol per garantir que s'ajusti a la seva realitat territorial i d'una Taula Comarcal de Violència Masclista que es reuneix periòdicament i vetlla pel desplegament del protocol al territori. Pel que fa a les entitats participants, només n'hi ha una que coneix el protocol, ja que la persona entrevistada va participar en la seva elaboració.

> La complexitat de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran, per la dispersió territorial en la distribució dels serveis de salut, afecta l'atenció dels casos de violència masclista.

Pel que fa al primer punt, sobre la **detecció de casos de violència masclista**, professionals i entitats coincideixen que l'àmbit de la salut és el més idoni per a la detecció, ja que tothom va als centres de salut i permeten una certa discrecionalitat. Concretament, les entitats de dones posen l'èmfasi en la figura de la infermeria com aquella que, per la seva proximitat, pot tenir més possibilitats de detectar casos de violència masclista.

Entitats de dones

«Sí... és el lloc més discret i més innocu perquè hi pots anar per altres temes [...]. Aquí tenim un problema de control social molt fort [...], ens coneixem tots, si van a serveis socials o Mossos tothom et pregunta què et passa [...], de seguida tothom sap el que passa, per lo bo i per lo dolent.»

Per les particularitats del territori, **les relacions que es donen entre professionals i pacients són principalment pròximes i de confiança**. Per als professionals de la salut, aquest tipus de relacions faciliten la detecció però també, de vegades, dificulten el seguiment. Tal com també manifesten les entitats de dones, el fet de pertànyer a un entorn petit, rural i de muntanya fa que moltes dones se sentin jutjades i es desplacin a altres municipis per ser ateses i garantir el seu anonimat. Concretament, les entitats de dones assenyalen tres resistències que detecten entre les dones que pateixen violència masclista a l'hora d'anar als centres de salut. En primer lloc, algunes dones tenen dificultats per identificar la seva situació de violència, principalment en aquells casos en què aquesta violència no és tan evident com la física. En relació amb aquest punt, els i les professionals hi afegeixen la dificultat de la detecció en dones que han normalitzat la violència masclista i que no verbalitzen la seva situació, bé per qüestions culturals o bé per aspectes relacionats amb una situació de vulnerabilitat, com en el cas de la gent gran o les dones amb toxicomanies, en què la detecció es complica molt més. En segon lloc, el coneixement dels agressors i de la família mateixa per part dels professionals de la sanitat és també un factor que genera resistències. Un tercer factor són les barreres culturals i idiomàtiques per reconèixer i expressar situacions de violència masclista. Aquest darrer aspecte apareix també en el discurs del grup de professionals de la salut.

Professionals i entitats coincideixen en la importància **de facilitar la comunicació entre els col•lectius de dones que presenten barreres idiomàtiques i culturals**. Concretament, el grup de professionals proposa disposar d'una figura de traductora o intèrpret per evitar que les dones hagin d'entrar a la consulta amb el marit o un familiar, que en molts casos pot ser el mateix agressor.

Professionals de la salut

«Dones àrabs que venien a urgències i que semblava que hi havia un tema de possibles maltractaments però el traductor era l'home.»

Pel que fa a la detecció d'homes agressors, les entitats de dones i els professionals expressen la dificultat que suposa aquesta tasca, però, tot i així, assenyalen algunes barreres i indicadors que cal tenir en compte. En general, manca un protocol propi per a la detecció d'homes agressors. Segons el grup de professionals, el cribratge només es realitza quan hi ha algun indici de conducta de risc. D'altra banda, les relacions de proximitat que es donen al territori poden contribuir positivament a aquesta detecció. Les entitats de dones troben a faltar programes de rehabilitació per als homes i proposen com a indicador de possibles conductes de risc el control per part de la parella en la consulta (per exemple, no deixar que la dona entri sola i/o no deixar-la parlar).

> La proximitat en el territori és aprofitada per part de l'equip professional, que sol tenir un cert coneixement de l'entorn i la vida dels pacients. Aquest fet pot contribuir a una bona detecció d'una possible situació de violència masclista.

Respecte al segon punt, els aspectes vinculats amb l'**atenció i la derivació dels casos de violència masclista**, en general el grup de professionals de la salut i les entitats de dones coincideixen en la importància de la figura de la treballadora social.

Professionals de la salut

> «Tinc la sensació que a nivell mèdic, sobretot a urgències, que és un servei molt itinerant, almenys al nostre hospital, tenim gent que ve per temporades [...]. Ningú s'acaba d'aclarir amb els protocols, ningú sap quin protocol tenim, només sabem que tenim una treballadora social i que si passa alguna cosa la truquem a ella.»

Les persones participants del grup de professionals expliquen que el pes de **l'atenció dels casos de violència masclista recau principalment en la figura de la treballadora social,** tant en l'àmbit de l'atenció primària com a l'atenció hospitalària. Aquest fet s'explica per la falta de coneixement del protocol per part del personal mèdic. Pel que fa a les entitats, aquella que precisament té un coneixement més ampli del protocol i de l'àmbit sanitari considera que l'àmbit professional que atén més casos de violència masclista són els serveis d'urgències, mentre que una altra entitat creu que és, en primer lloc, la figura de la treballadora social del centre d'atenció primària i, en segon lloc, la treballadora social de serveis socials. En aquesta línia, els i les professionals assenyalen que a urgències la majoria de casos succeeixen a la nit, quan el personal de l'àrea de treball social, que és el que té la formació i la sensibilització necessàries, no treballa. Això moltes vegades suposa que la treballadora social no en sigui informada posteriorment, aspecte que dificulta el seguiment del cas. Per aquest motiu, insisteixen en la necessitat de fomentar una comunicació fluida entre els agents per atendre les dones.

> Els i les professionals de treball social són les persones de referència per a la resta de professionals de la salut en els casos de violència masclista. Cal reforçar aquesta figura i fomentar el treball en xarxa.

La visió general de les entitats pel que fa a l'atenció dels casos de violència masclista és que hi ha una falta de seguiment i un desconeixement dels recursos socials i professionals disponibles al territori. Aquesta falta de coneixement suposa una barrera important per treballar de manera coordinada amb l'àmbit sanitari. Només una entitat esmenta la coordinació existent amb els serveis de salut. La visió interna de l'àmbit sanitari per part del grup de professionals apunta també una falta de coordinació i comunicació entre els diferents agents de la salut, que es deu a la presència de massa professionals implicats en el procés d'atenció a la dona. Això incomoda els i les professionals, que argumenten que pot generar el risc que la dona se senti molesta i abandoni el procés d'atenció.

Tot i això, el grup de professionals manifesta que les particularitats del territori afavoreixen una coordinació intercomarcal fluida, ja que hi ha una bona xarxa de professionals i periòdicament realitzen reunions entre serveis —Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ), Serveis Socials, persones d'educació social, etc.— que permeten el tractament de casos concrets, tot i que en aquestes reunions no participa el servei de pediatria, tret si és responsable d'algun cas de violència masclista.

En relació amb el tercer punt, tant professionals com entitats manifesten que es donen **barreres en la mobilitat.** La realitat territorial dificulta la mobilitat intercomarcal ja que comporta fer llargs desplaçaments amb cotxe per accedir a serveis localitzats en altres municipis. Aquesta situació dificulta la derivació de les dones a diferents serveis. Una problemàtica específica i compartida que sorgeix vinculada a aquesta qüestió és la manca de cases d'acollida al territori. Això fa que moltes vegades la dona hagi d'abandonar el seu territori per poder accedir a recursos d'acollida, fet que provoca el seu aïllament; en canvi, l'agressor no s'ha de moure del seu territori o entorn. Professionals i entitats comparteixen que aquestes qüestions fan que la seguretat de la dona quedi compromesa per la falta de recursos i per la dificultat en la derivació, fet que porta les dones a retirar la denúncia i tornar a casa o a tenir la percepció que no tenen cap garantia de protecció.

Entitats de dones

«Que una dona que pateix maltractaments tingui molt clar on anar [...]. Que una dona que té maltractament, cal que pugui aïllar-se del maltractador [...]. Hi ha casos molt greus, que sigui l'agressor el que marxi i no la dona [...]. Crear una xarxa per a la dona, un espai de recuperació i un seguiment seria molt important.»

Més enllà dels tres punts esmentats, on trobem un major consens entre les persones participants, sorgeixen altres elements sobre la percepció dels professionals de la sanitat i les entitats de dones a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran que cal tenir en compte.

Pel que fa a la prevenció, professionals i entitats comparteixen la importància de promoure i **millorar la prevenció i la sensibilització des dels centres educatius** per tal de poder actuar en les noves generacions i en els estàndards culturals que mantenen la violència masclista, així com d'incidir en el professorat i les famílies. Actualment, des de l'àmbit de la salut i des de l'àmbit social es porten a terme accions en clau preventiva coincidents, com xerrades a les escoles i cinefòrums, però hi ha una manca de coordinació entre ambdós agents, aspecte que dificulta la seva complementarietat al territori.

> Cal ampliar la prevenció i la sensibilització de les violències masclistes des de l'àmbit de la salut, posant èmfasi en un treball coordinat amb els centres educatius.

Tant el grup de professionals de la salut com les entitats de dones insisteixen en el rol fonamental de la **formació com a eina preventiva**. Des de l'àmbit sanitari, a més de les accions esmentades, destaquen els punts liles a les festes com a exemple de la coordinació existent entre els diferents agents del territori i el sistema de salut.

Pel que fa a la formació que reben els i les professionals sanitaris per al tractament de casos de violència masclista i per a la prevenció, aquesta formació es redueix, principalment, a les persones de referència dels serveis, que acostumen a ser treballadores socials, metgesses o infermeres. Per a la resta de professionals, la qüestió de la formació es percep com una manca del sistema i depèn molt de la sensibilització i de l'interès personal de cada professional. Per tant, plantegen que la formació s'hauria d'estendre a tot el personal sanitari per fer més efectiva la sensibilització.

Com a particularitat del territori i a causa de la dispersió dels recursos, els i les professionals de la salut també expressen la necessitat d'adaptar la formació a les necessitats territorials: pel que fa al contingut, que es treballin més casos pràctics i concrets, i pel que fa al lloc on es porten a terme les formacions, que sigui més proper als seus llocs de treball.

> La formació dels professionals de la salut en violència masclista és un aspecte determinant per millorar les actuacions envers aquesta problemàtica, però s'ha d'adaptar a cada territori i a les seves particularitats.

Pel que fa a la prevenció i el tractament de casos de violència masclista fora de la parella, i concretament a la mutilació genital en nenes, els i les professionals de la salut posen èmfasi en la sensibilització de les famílies i el seu entorn. En relació amb aquesta problemàtica, comenten que ja s'estan portant a terme accions però que cal insistir en la informació i el treball per a la prevenció.

El grup de professionals sanitaris manifesta que les **vies detecció de casos de violència masclista** varien segons els serveis. Als centres d'atenció primària i als hospitals, la principal via de detecció són les urgències, tot i que als primers també es detecten mitjançant les visites a domicili. Els Mossos d'Esquadra són també una altra via de detecció, però en el cas de l'Alt Pirineu i Aran se centra principalment en les intervencions en domicilis. En el cas de pediatria, la detecció es realitza mitjançant l'observació d'una simptomatologia en els infants que es considera relacionada amb la violència masclista, ja que, tot i que s'utilitzen els indicadors que estableix el Registre Unificat de Maltractament Infantil (RUMI2), es fa molt complicat detectar els casos i que la família ho reconegui.

Una de les principals variables assenyalades com a rellevants per a la **detecció de casos de violència masclista** i que, segons el grup de professionals, no es preveu en els protocols és la sensibilització i el coneixement dels professionals sanitaris sobre la violència masclista. Aquesta variable es presenta com a clau, especialment en aquells casos de sospita o complexos (on la violència pot passar desapercebuda) que requereixen que els i les professionals de la salut comparteixin informacions per resoldre dubtes al voltant de la sospita.

Una altra qüestió vinculada a la detecció i demanada pels professionals de la salut és disposar d'un qüestionari que doni suport i millori la detecció de casos. Això evitaria que la detecció recaigués en la intuïció dels mateixos professionals.

Professionals de la salut

«Treballes amb metges o amb metgesses que estan més sensibles i que fiquen l'orella més atents, llavors t'ho comenten i tu pots començar a treballar una miqueta [...]; i doctors o metgesses que no tenen cap mena de sensibilitat i no posen la mà allà i, per tant, costa des de treball social i primària.»

Pel que fa a l'adequació dels perfils professionals per a la **detecció de casos**, les entitats de dones assenyalen una **manca de formació específica dels professionals en indicadors** que permetin reconèixer els casos de violència masclista, i també reclamen fomentar les relacions de confiança per tal que la dona se senti escoltada i pugui compartir la seva situació. Així mateix, coincideixen en l'ús per part dels professionals dels següents indicadors per a la detecció de casos: autoestima minvada i inestabilitat emocional expressada a partir de símptomes com l'ansietat, la depressió i somatitzacions diverses; lesions físiques evidents, i dolors crònics que donen lloc a la hiperfreqüentació dels serveis sanitaris per part de les dones.

Un dels aspectes que més preocupen al grup de professionals de la salut pel que fa a l'atenció és el desconeixement sobre l'obligatorietat de la denúncia. Els i les professionals ignoren com han d'actuar quan una dona verbalitza una situació de violència masclista, si estan obligats a denunciar o si només han de notificar-ho. Des de pediatria sí que es fa la denúncia ja que hi pot haver riscos per als infants. Les entitats argumenten que la falta de seguiment dels casos de violència masclista provoca sovint que la dona decideixi retirar la denúncia.

Els i les professionals de la salut manifesten que l'existència de diferents **eines de registre** per a cada tipus de servei obstaculitza la coordinació. Per exemple, tot i treballar per a un mateix proveïdor, els professionals mèdics i d'infermeria utilitzen l'ECAP, mentre que el personal de treball social fa servir el SAP1. L'ús de diferents eines de registre genera accessos diferents a la informació de la història clínica per part dels diversos professionals. El grau de confidencialitat varia segons l'eina de registre utilitzada, sent l'ECAP el que disposa d'una major confidencialitat, fet que permet accedir a més informació. Aquestes qüestions entorpeixen la coordinació a l'hora d'abordar un cas de violència masclista.

> La denúncia és un element de preocupació. Cal reforçar la part legal per donar seguretat als professionals de la salut davant les seves actuacions en situacions de violència masclista.

Finalment, sorgeix una mirada a tenir en compte en l'aplicació del PAVIM en l'àmbit sanitari que té a veure amb la complexitat de gestionar els casos de violència masclista en dones professionals sanitàries que pateixen aquesta violència en l'àmbit laboral. En el grup de professionals de la salut es té la percepció que moltes baixes per ansietat i depressió estan directament vinculades a aquesta causa, i es coincideix que, en cas de trobar-se en una situació de violència masclista a la feina, els i les professionals sanitàries recorrerien al Departament de Riscos Laborals, ja que qualsevol metge o metgessa pot tenir accés al seu historial clínic, fins i tot el seu agressor.

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

A continuació es presenten les propostes que sorgeixen dels discursos del grup de professionals de la salut i de les entrevistes a les entitats de dones, classificades segons les etapes de prevenció, detecció, atenció i recuperació que recull el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran.

Prevenció

Propostes del grup de professionals de la salut

- Situar i promoure la prevenció de la violència masclista als centres educatius per tal d'actuar sobre els estàndards culturals dels joves.
- Fomentar la sensibilització amb actuacions orientades a la població en general i gestionades de manera coordinada entre professionals de la salut i altres agents territorials (per exemple, el Punt Lila).
- Plantejar la formació en violència masclista com a obligatòria per a tot el personal de la salut i no només per a les persones referents dels serveis.
- Per adaptar la formació en violència masclista al territori es proposa: pel que fa al contingut dels cursos, complementar la part teòrica amb la part pràctica de revisió de casos amb personal extern, i pel que fa a la ubicació on s'imparteix la formació, tenir en consideració la dispersió territorial per tal que es porti a terme al més a prop possible del lloc de treball.

Propostes del grup d'entitats de dones

- Realitzar formació als centres educatius per tal que el professorat i les famílies tinguin eines per detectar casos de violència masclista.
- Millorar la coordinació entre l'àmbit sanitari i l'associatiu per no trepitjar-se i complementar continguts en l'oferta d'accions que es porten a terme en clau preventiva i de sensibilització a la població envers la problemàtica de la violència masclista.
- Treballar l'educació emocional i de cura en les accions preventives portades a terme des de l'àmbit de la salut.

Detecció

Propostes del grup de professionals de la salut

- Les eines de registre han de ser compartides per facilitar la coordinació entre els i les diferents professionals sanitaris implicats en el protocol.
- Valorar l'obertura o l'homogeneïtzació en l'accés a la història clínica en el casos de violència masclista perquè els i les professionals de la salut puguin treballar de manera coordinada i disposar de la informació necessària per a una correcta actuació i gestió del cas.
- Incorporar als protocols la variable de la sensibilització i el coneixement de la violència masclista per part dels i les

professionals de la salut, particularment en els casos més complexos en què la violència pot passar desapercebuda.

- Generar espais o canals on el col·lectiu de professionals pugui compartir les sospites de casos de violència masclista i es portin a terme accions que facilitin l'esclariment dels casos més complexos.

- Disposar d'un qüestionari per millorar la detecció de casos de violència masclista amb l'objectiu d'evitar que aquesta detecció recaigui en la intuïció dels professionals.

- Treballar la barrera cultural per empoderar les dones que pateixen violència masclista i fomentar la confiança entre aquestes i l'equip professional sanitari. La dificultat de la detecció en situacions de sospita resulta especialment complexa quan la relació dona-professional no es percep com una relació de confiança i, a més, hi ha una barrera cultural.

- Considerar, en el moment de la detecció, que sovint la violència masclista pot estar normalitzada per part de la dona. Això succeeix especialment en alguns col·lectius de dones immigrades i en gent gran autòctona.

Propostes del grup d'entitats de dones

- Oferir formació específica als professionals de la salut que els permeti disposar d'indicadors per detectar casos de violència masclista.
- Dotar d'eines els i les professionals i les dones per facilitar la comunicació en aquells casos en què hi ha barreres idiomàtiques i culturals, com és el cas de la figura de la traductora.
- Proporcionar ajudes o incentius perquè els professionals de la salut es puguin formar en el tema de la violència masclista.

Atenció i recuperació

Propostes del grup de professionals de la salut

- Assegurar la intimitat de les dones als espais per a l'atenció. Aquests espais han de garantir la intimitat de la dona en ser atesa pels serveis sanitaris i generar un entorn adequat per fomentar la confidència entre la dona i el/la professional de la salut.

- Formar o informar els i les professionals de les seves obligacions legals en relació amb els processos de detecció i atenció de casos de violència masclista, especialment en aquelles qüestions que poden suposar un risc per a la dona o per al mateix professional, com és el cas de la denúncia o l'acompanyament en el procés de denúncia.

- Fomentar la coordinació dels recursos disponibles al territori, ja que els i les professionals de la salut els consideren escassos a l'hora d'oferir un seguiment i un acompanyament a la dona que pateix una situació de violència masclista.

- Definir el rol de la figura de la treballadora social i les seves tasques en l'atenció als casos de violència masclista, ja que actualment es deriven principalment a aquest perfil de professionals.

- Simplificar el nombre de persones professionals que intervenen en el procés d'atenció. Això contribuiria a minimitzar la revictimització de la dona i a potenciar relacions de confiança entre els i les professionals i la dona, per tal que aquesta no abandonés el procés.

- Proporcionar una via de comunicació fluïda entre els i les professionals d'urgències i l'equip de treball social, per tal d'intercanviar la informació sobre els casos de violència masclista que es produeixen fora de l'horari laboral de la treballadora social.

- Incorporar la figura del pediatra a les taules comarcals de violència de manera regular, ja que pediatria pot representar o representa una via més de detecció de casos de violència masclista.

- Tenir en compte la dificultat de mobilitat intercomarcal que es dona al territori en la derivació dels casos de violència masclista als serveis disponibles. Aquesta dificultat territorial obstaculitza la dinàmica del procés de derivació i complica o pot posar en perill la situació de les dones.

- Disposar de figures de traductores que siguin alienes a la dona per tal que aquesta es pugui expressar sense coaccions imposades per la presència de familiars o el cònjuge (que poden ser els possibles agressors) a la consulta. En els casos de població immigrada, aquesta problemàtica és comuna i deriva de la barrera idiomàtica.

- Incorporar en el disseny del nou model les barreres actuals amb què es troben els i les professionals sanitàries que pateixen violència masclista en el context laboral i per part de companys de feina. En aquests casos, les professionals no poden entrar al circuit perquè els agressors tindrien accés als seus historials clínics.

- Revisar i potenciar els recursos que són complementaris als serveis sanitaris en la fase de recuperació de la dona: vigilància i protecció policial, cases d'acollida, desplaçaments territorials. Hi ha una manca de recursos al territori.

- Organitzar i coordinar els diferents agents professionals que intervenen en el procés de recuperació per tal d'evitar a la dona la sensació de control excessiu.

Propostes del grup d'entitats de dones

- Potenciar l'accés de les entitats de dones als protocols o circuits existents.

- Proporcionar atenció psicològica a la dona en paral·lel a la realització de la denúncia, enfortint així l'acompanyament.

- Millorar la coordinació entre entitats i la resta d'agents territorials per fomentar la comunicació respecte a les accions que es porten a terme al territori i el coneixement sobre com es pot col·laborar amb el circuit i com es pot arribar a persones que no estan sensibilitzades amb la violència masclista.

- Oferir als centres d'atenció primària un servei de 24 hores per atendre casos de violència masclista, ja que molts succeeixen a la nit i han d'anar a urgències.

- Treballar i millorar l'atenció sanitària i el seguiment dels casos de violència masclista.

- Simplificar el procés que han de realitzar les dones que fan un pas endavant per explicar el seu cas, tot evitant que hagin de verbalitzar repetidament la seva història (evitar la revictimització).

- Sensibilitzar i formar l'equip de professionals que atenen les dones, començant per la recepció dels serveis, la preservació de la intimitat de la dona i la simplificació dels processos.

- Aportar recursos econòmics per fer un seguiment adequat i acurat de tots els casos de violència masclista, amb independència que es mantingui o es retiri la denúncia interposada.

- Crear una bona xarxa de suport i acompanyament a la dona, un espai de recuperació i un seguiment molt acurat de la seva evolució. Cal que la dona tingui referents clau i pugui aïllar-se de l'agressor.

- Valorar la intensificació de mesures perquè sigui l'agressor qui hagi de marxar del territori i no la dona.

- Oferir a les dones que pateixen violència masclista la possibilitat de compartir pis amb persones que coneguin i que els puguin donar suport quan són en un pis d'acollida o mentre l'esperen.

06/ Glossari

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

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

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

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

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

Coeducació. L'acció educadora que potencia la igualtat real d'oportunitats i valora indistintament l'experiència, les aptituds i l'aportació social i cultural de dones i homes, en igualtat de drets, sense estereotips sexistes, homofòbics, bifòbics, transfòbics o androcèntrics ni actituds discriminatòries per raó de sexe, orientació sexual, identitat de gènere o expressió de gènere. (Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

07/ Bibliografia

- Bericat, Eduardo. *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Barcelona: Ariel, 1998.
- Bodelón, Encarna, Gemma Nicolás, Fernando Antón, Neus Tur, Maria Barcons, Paula Arce, Cristina Fernández, Laura Álvarez, Andrea Martínez, Sergi Salvador. *Diagnosis de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral per a les dones en situació de violència masclista.* Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones, 2016.
- Coll-Planas, Gerard i Roser Solà-Morales. *Igualtats Connectades. Guia per incorporar la interseccionalitat a les polítiques locals*. Ajuntament de Terrassa, Universitat de Vic- Universitat Central de Catalunya, CEPS Projectes Socials, 2019.
- 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.
- Direcció General d'Igualtat. *Guia per a la incorporació de la diversitat sexual i de gènere a les universitats catalanes a partir de la Llei 11/2014*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2018.
- Direcció General de Planificació en Salut. *Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2016.
- Direcció General de Planificació en Salut. *Model d'atenció a la salut de les persones trans**. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2017.
- Direcció General de Planificació en Salut. *Guia per a la introducció de la perspectiva de gènere en la planificació en salut.* Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2019
- Direcció General de Planificació i Avaluació. *Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya.* Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2009.
- Fernández de Sanmamed, Mª José. «Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria». Atención Primaria 23, núm. 8 (1999): 453-4.
- Íñiguez Rueda, Lupicino. «Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales». Atención Primaria 23, núm. 8 (1999): 496-502.
- Ivàlua. *Guia pràctica 1. Com iniciar una avaluació: oportunitat, viabilitat i preguntes d'avaluació.* Barcelona: Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques, 2009.
- «Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció contra la violència de gènere». *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 313, de 29/12/2004.
- «Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista». *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya*, núm. 251/VIII, del 28 d'abril de 2008. Barcelona: Publicacions del Parlament de Catalunya, 2009.
- «Llei 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgèneres i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia». *Quaderns de legislació 100*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2016.
- «Llei 17/2015, del 21 de juliol, d'igualtat efectiva de dones i homes». *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6919, de 21/97/2015.
- «Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género». *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 188, de 4/08/18.
- Organització Mundial de la Salut, Escola d'Higiene i Medicina Tropical de Londres i Consell Sud-africà d'Investigacions Mèdiques. *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación.* Ginebra: Organització Mundial de la Salut, 2013.
- Organització Mundial de la Salut. *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*. Ginebra: Organització Mundial de la Salut, 2014.
- Servei Català de la Salut. *Memòria 2018*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2019.
- Servei Català de la Salut. *Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran. Memòria 2018.* Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2019.
- World Health Assembly, 49. *Forty-ninth World Health Assembly, Geneva, 20-25 May 1996: summary records and reports of committees.* Ginebra: Organització Mundial de la Salut, 1996.
- World Health Organization. *Caring for women subjected to violence: A WHO curriculum for training health-care providers,* 2019.

08/
Col·laboradores i col·laboradors

Volem expressar el nostre especial agraïment a totes les persones que han participat i col·laborat en la construcció d'aquesta avaluació del model PAVIM: professionals de la salut en medicina, pediatria, infermeria, psiquiatria, psicologia, obstetrícia, ginecologia, treball social i educació social, dins dels àmbits sanitaris d'atenció primària, atenció hospitalària, ASSIR, CAS, CSMA i CSMIJ; referents sanitaris territorials, i totes les entitats que fan tasques de prevenció, detecció, atenció i recuperació en dones, infants i adolescents de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre.

Professionals de la salut:
Anna Mont
Carolina Bollo
Elena Alcover
Elena Bernat
Gloria Ruiz
Griselda Esquerra Montseny
Imma Vilaspasa
Laia Capel
Marçal Vinardell
Montse Bonet
Montse Graell
Roser Durano

Entitats de dones:
Associació de Dones del Pallars Sobirà / La Geganta Desperta
Associació de Dones Rosa d'Abril del Pallars Jussà
Associació per la Igualtat a Aran

09/ Annexos

ANNEX 1. Guions utilitzats als grups de discussió

GUIÓ DEL GRUP DE DISCUSSIÓ DE PROFESSIONALS DE LA SALUT

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

Coneixement del PAVIM

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

BLOC 1. DETECCIÓ

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

Elements a considerar:

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

BLOC 2. ATENCIÓ

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

Elements a considerar:

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

BLOC 3. RECUPERACIÓ

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

Elements a considerar:

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

BLOC 4. PREVENCIÓ

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

Elements a considerar:

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

BLOC 5. EIXOS TRANSVERSALS

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

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

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

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

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

BLOC 1. DETECCIÓ

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

1. **Visió de la detecció des del sistema de salut:** Considereu que els centres sanitaris del vostre territori, amb les seves particularitats, són un bon lloc per detectar casos de VM? Per què? Segons la vostra opinió, en quins àmbits del sistema de salut es detecten més freqüentment casos de VM? Considereu que són els adequats? (Recordem els àmbits assistencials a les participants.)

2. **Indicadors de detecció en el sistema de salut:** Com a entitats, en què creieu que s'han de fixar els professionals sanitaris per detectar que una dona pot estar vivint una possible situació de VM?

3. **Casos de VM en entitats:** Coneixeu algun cas de violència masclista al vostre territori? Han arribat casos de violència masclista a les vostres entitats? Com van arribar a la vostra entitat les dones que van patir o pateixen violència masclista? Van arribar derivades des del sistema de salut? Per iniciativa pròpia? Acompanyades per algú de confiança? Vosaltres, com a entitats, realitzeu derivacions a serveis de salut?

4. **Seguretat/resistències:** Per part de les dones que han patit o pateixen violència masclista, heu trobat resistències per acudir al servei de salut? Quines? En cas de no conèixer casos de VM, penseu que les dones que han patit o pateixen violència masclista poden ser reticents a acudir al servei de salut del vostre territori? (Indaguem si aquestes resistències tenen a veure amb qüestions vinculades a la percepció de seguretat/inseguretat de la dona o amb altres qüestions.)

5. **Indicadors d'ajuda a la detecció «mirada home»:** Penseu que des de la sanitat s'hauria de realitzar alguna actuació concreta amb els homes?

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

BLOC 2. ATENCIÓ

6. **Coneixement del protocol i del circuit d'atenció de sanitat:** Com a entitat de dones (especialista o no en l'àmbit de la violència masclista), teniu coneixement de protocols o circuits que s'estiguin utilitzant des del sistema de salut per atendre els casos de violència masclista al vostre territori? A quins àmbits sanitaris considereu que pertanyen els professionals que més freqüentment atenen casos de violència masclista? Considereu que són els adequats?

7. **Valoració de l'atenció sanitària:** Des del vostre coneixement com a entitat, podríeu valorar quina és l'atenció sanitària que reben les dones que han patit o pateixen violència masclista? (Valoració del circuit sanitari, si el coneixen.) Les dones-pacients se senten acompanyades, assessorades, qüestionades, etc.?

8. **Coordinació amb els agents del territori:** La vostra entitat es coordina directament amb els serveis de salut per abordar aquesta (violència masclista) o altres problemàtiques? En cas afirmatiu, com es realitza aquesta coordinació? Quins agents del territori hi estan implicats? Quins aspectes de millora es poden proposar? En cas negatiu, creieu que caldria fer-ho? Com? Amb quina finalitat pràctica?

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

BLOC 3. PREVENCIÓ

9. **Accions de sensibilització:** Com a entitat, feu prevenció en violència masclista? En cas afirmatiu, en què consisteix (a qui va dirigida, efectivitat, barreres o dificultats, etc.)? Considereu que les accions de prevenció que realitzeu com a entitat poden ser complementàries amb les accions que es porten a terme des del sistema de salut?

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

BLOC 4. RECUPERACIÓ

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

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

BLOC 5. TANCAMENT

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

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

ANNEX 2. Categories d'anàlisi per als grups de discussió

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

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

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

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

ANNEX 3. Codis CIM-10 de violència masclista

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

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

AVALUACIÓ DEL PROTOCOL PER A L'ABORDATGE DE LA VIOLÈNCIA MASCLISTA

EN L'ÀMBIT DE LA SALUT A CATALUNYA A LA REGIÓ SANITÀRIA ALT PIRINEU I ARAN

MIRADES COMPLEMENTÀRIES

Generalitat de Catalunya

Salut/ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES E IGUALDAD

Pacto de Estado contra la violencia de género