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

EN L'ÀMBIT DE LA SALUT A CATALUNYA A LA REGIÓ SANITÀRIA TERRES DE L'EBRE

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 Terres de l'Ebre. 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 TERRES DE L'EBRE

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	24
07/	Bibliografia	27
08/	Col·laboradores i col·laboradors	28
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	29

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 Terres de l'Ebre	13

Gràfics

01/	Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per grups d'edat, 2018. N=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre	14
02/	Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per país d'origen, 2018. N=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre	15
03/	Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per nivell socioeconòmic, 2018. N=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre	15
04/	Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per grups d'edat, 2018. N=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre	16
05/	Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per país d'origen, 2018. N=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre	16
06/	Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per nivell socioeconòmic, 2018. N=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre	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 Terres de l'Ebre	17
08/	Nombre de visites de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista a l'atenció primària, 2018. Regió Sanitària Terres de l'Ebre	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 Terres de l'Ebre.**

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% que ha patit alguna agressió especialment greu durant el mateix període vital. [1]

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. Es tracta

[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].

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 masclista** (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), el conjunt de 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 Terres de l'Ebre 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

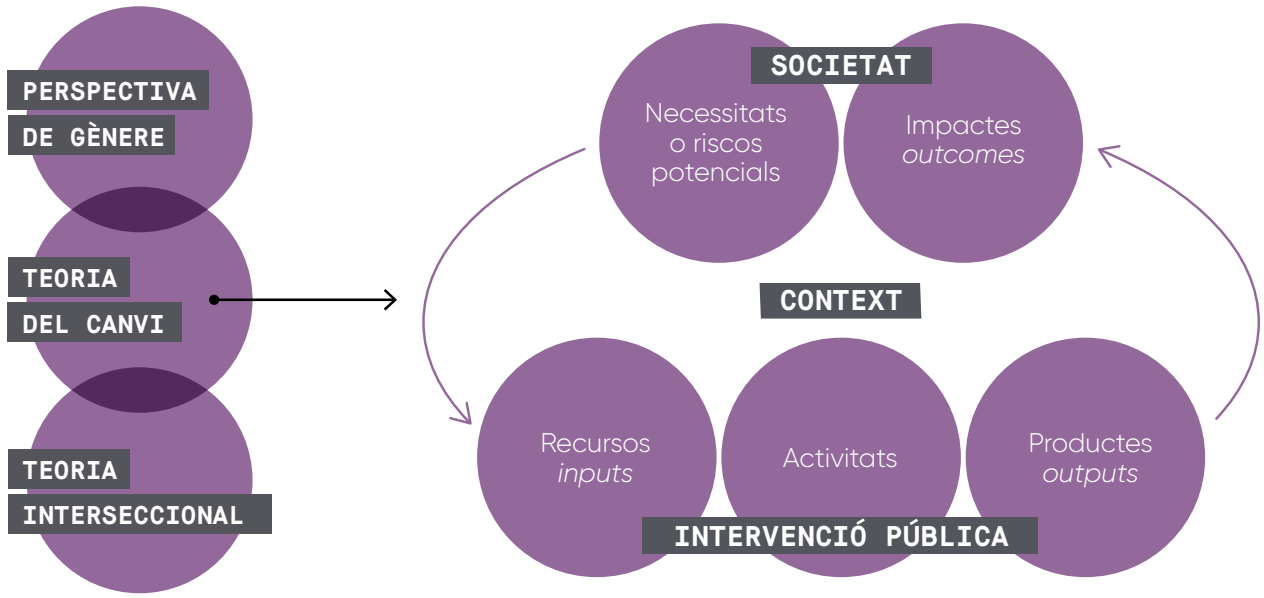
Per portar a terme **l'avaluació sobre la implementació del PAVIM**, ens situem en un marc d'avaluació de polítiques públiques centrat en la participació, que es configura a partir de la vinculació i la mirada articulada de tres enfocaments teoricometodològics fonamentals.

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, víctima de violència, d'una determinada edat, classe social, origen, etc. Tots aquests factors condueixen a la configuració d'històries vitals que s'han d'entendre en la seva complexitat i com un tot (Coll-Planas i Solà-Morales, 2019).

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

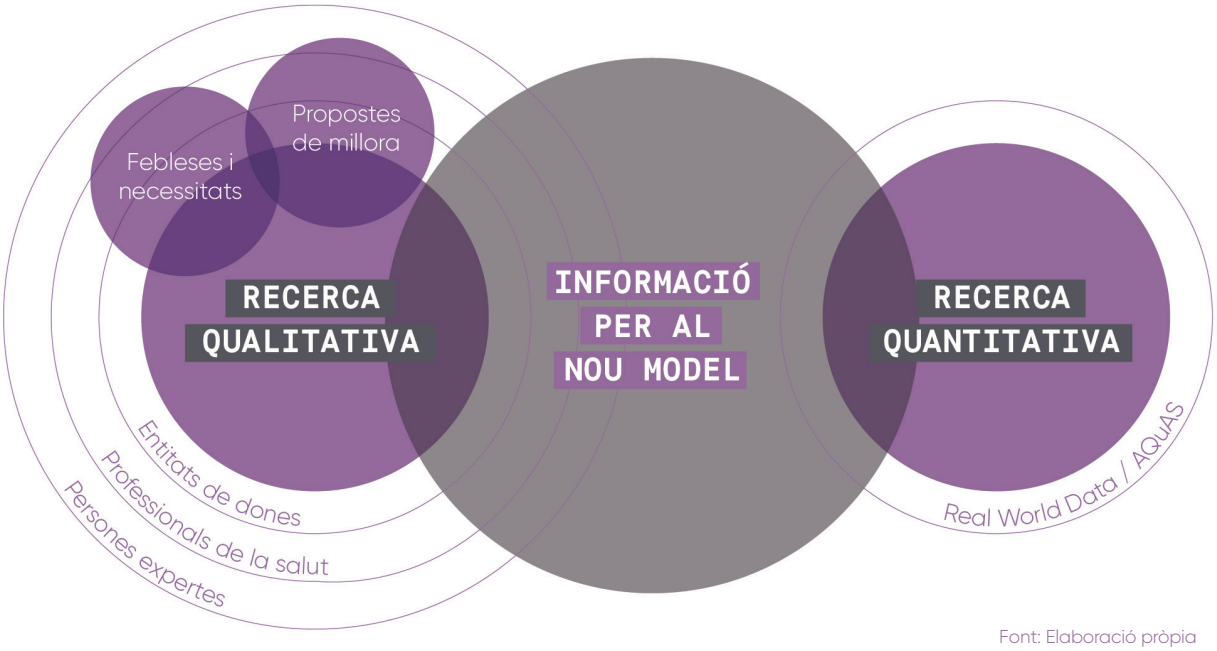
Els objectius de l'avaluació de la implementació del PAVIM es concreten de la següent manera, entenent el protocol com una eina de treball per als professionals de la salut que orienta respecte a les mesures, la presa de decisions, els mecanismes, etc., a part de l'estratègia de polítiques públiques 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 Camp de Tarragona. 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

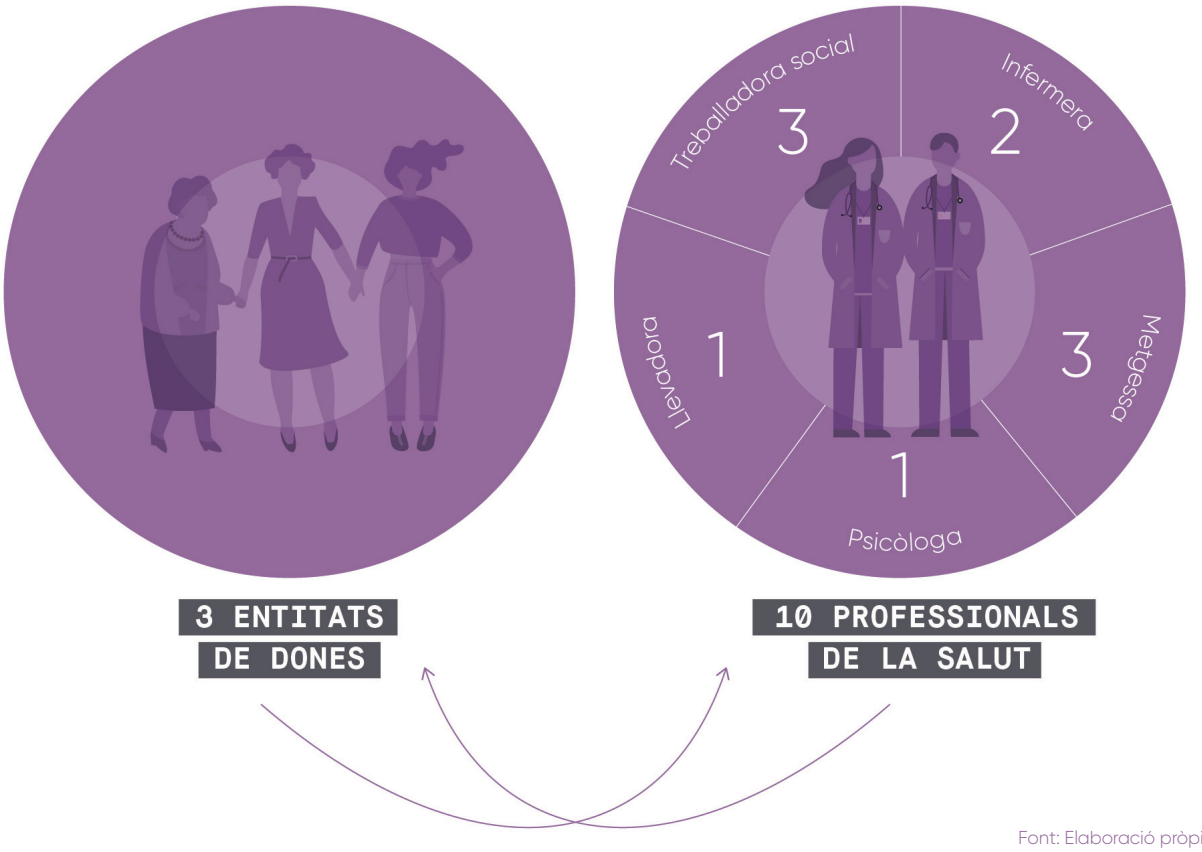
El treball de camp qualitatiu es va dur a terme el 14 d'octubre de 2019 a la seu de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre. La tècnica de recollida de dades utilitzada ha estat el **grup de discussió i l'entrevista en profunditat semiestructurada, presencial i telemàtica.** S'ha fet un grup de discussió amb professionals de la salut i tres entrevistes a entitats de dones del territori.

Els guions del grup de discussió i de les entrevistes 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 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 de 10 dones. Pel que fa a les entitats de dones del territori, es va realitzar una entrevista presencial en profunditat al Grup Esplai Blanquerna i es va enviar una entrevista per correu electrònic a les associacions Obre't Ebre i Atzavara-Arrels. 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 els seus perfils i les tècniques realitzades.

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 Terres de l'Ebre, 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.

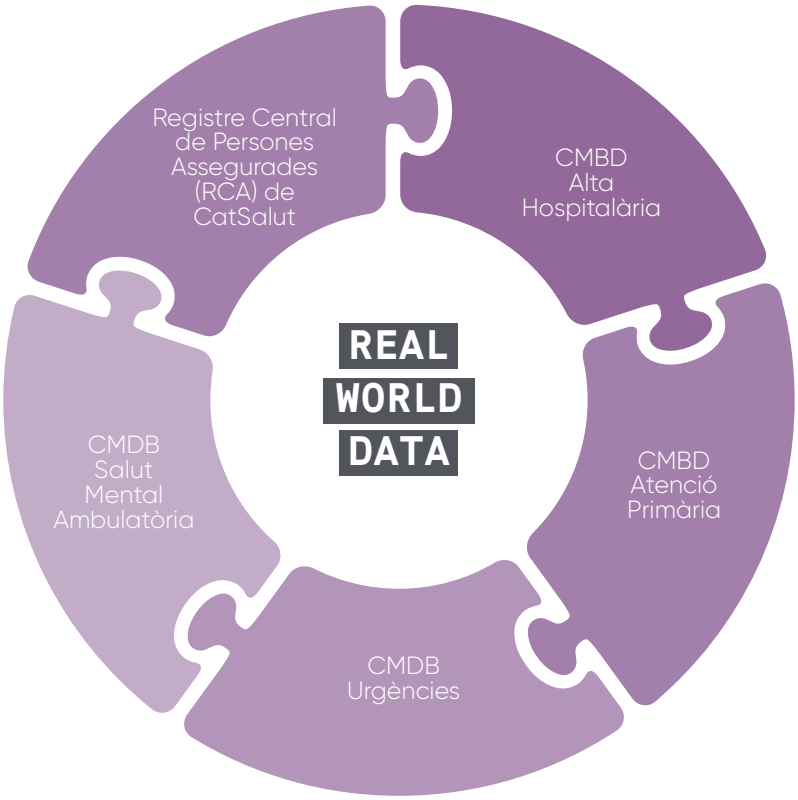
Aquestes dades ens permeten fer una primera aproximació al fenomen de la violència masclista des dels serveis sanitaris i construir una imatge preliminar sobre la detecció i els diagnòstics que poden ser possibles indicadors de sospita en situacions de violència masclista. Per tant, els resultats s'han 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 seleccionatles dones 15 anys o més ateses als serveis sanitaris de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre 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 Terres de l'Ebre per a l'any 2018 està formada per 109 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 Terres de l'Ebre inclou quatre comarques de la província de Tarragona: Baix Ebre, Montsià, Ribera d'Ebre i Terra Alta, a més dels municipis de la Bisbal de Falset i Margalef, que són de la comarca del Priorat però que pertanyen a l'ABS de Flix (Ribera d'Ebre).

La Regió Sanitària Terres de l'Ebre té una **densitat de població** de 53,23 habitants per km2, una població de 178.711 habitants (2018) i una superfície de 3.357,25 km2 (Servei Català de la Salut, 2019).

L'Institut Català de la Salut (ICS) és el proveïdor del 99% de l'atenció sanitària a la Regió Terres de l'Ebre. Les altres entitats proveïdores de la Regió són: Fundació Pere Mata Terres de l'Ebre, Tortosa Salut, GECOHSA, GESAT i Hospital Comarcal d'Amposta.

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.

La figura 5 mostra el nombre de recursos segons tipologia de centres.

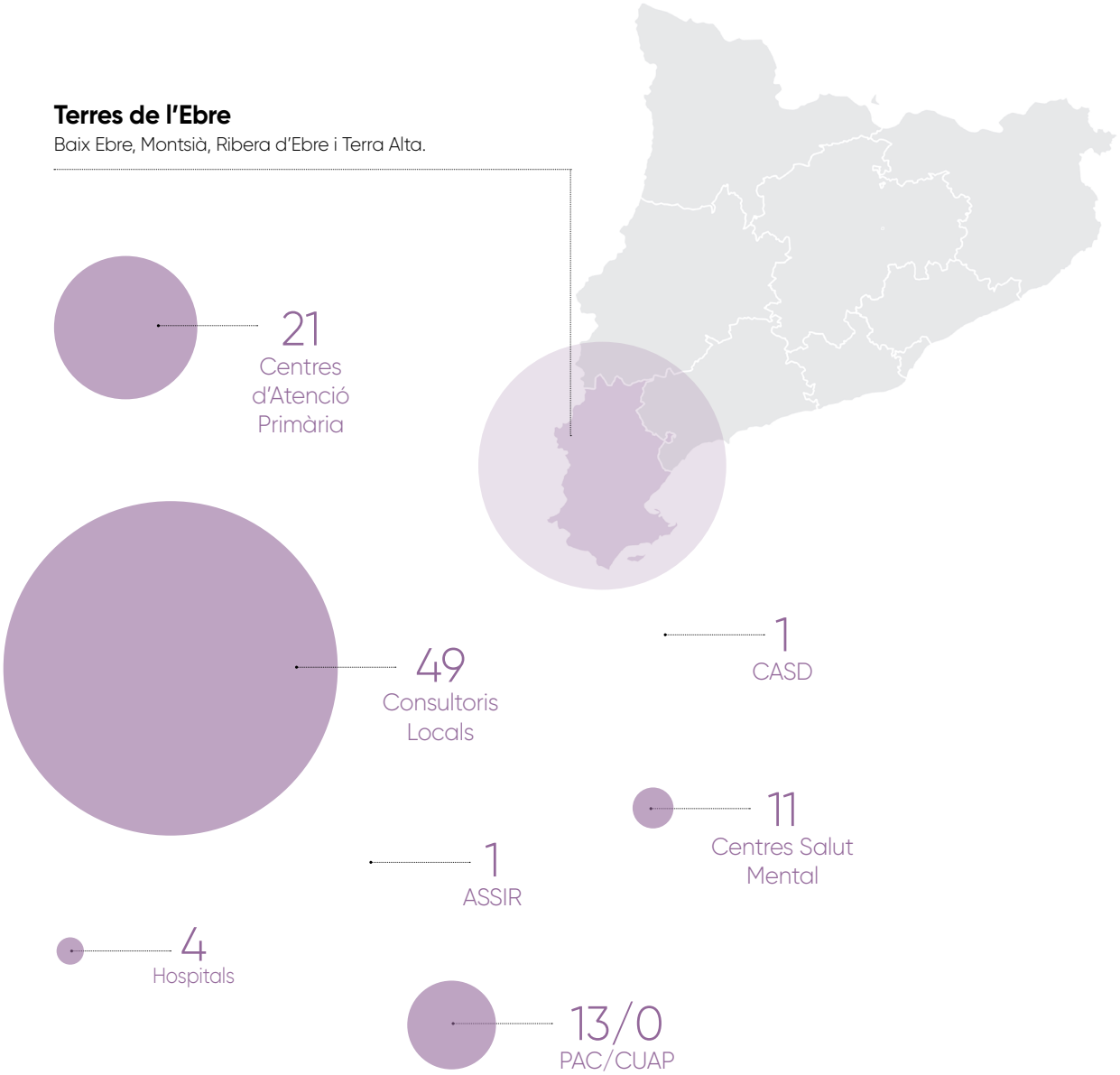
Altres protocols per a l'abordatge de la violència masclista

La Regió Sanitària Terres de l'Ebre utilitza principalment el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista a les Terres de l'Ebre. Liderat per l'Institut Català de les Dones (ICD) el 2010 i finalitzat el 2012, el protocol estructura la xarxa en relació amb les quatre comarques i és considerat, actualment, com un dels que funcionen amb més cohesió.

Les comarques de la demarcació de Terres de l'Ebre no tenen protocol propi, si no que utilitzen el protocol de la demarcació (Bodelón et al., 2016).

Sí que existeixen equips comarcals de seguiment del Protocol per a l'abordatge de la violència masclista a Terres de l'Ebre.

Figura 5. Xarxa de recursos de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre



Font: Elaboració pròpia

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

Dades sobre violència masclista de la regió sanitària

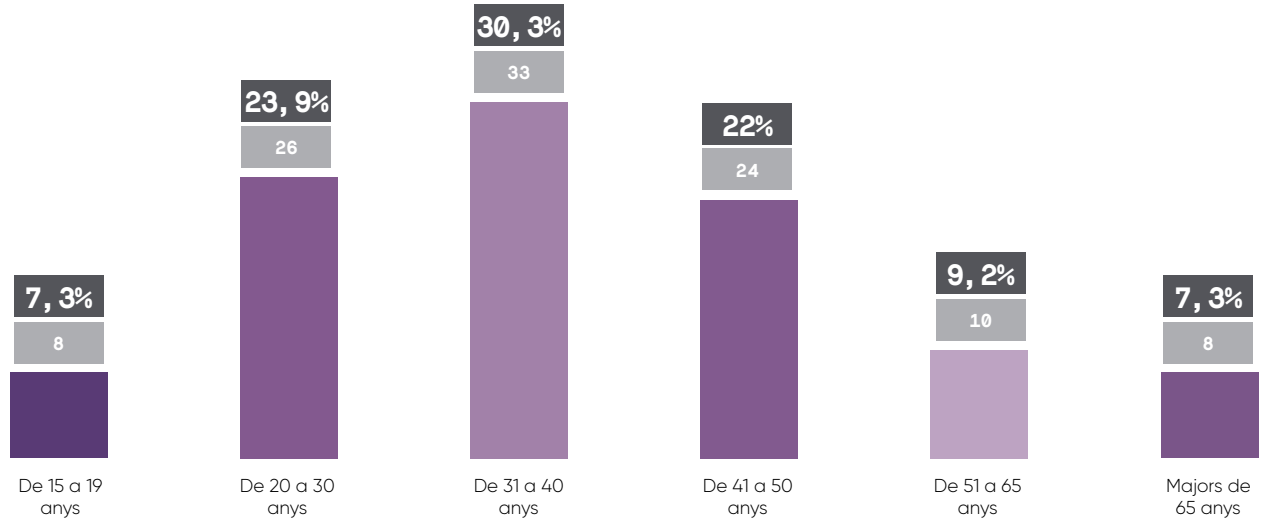
En el següent apartat es presenten els principals resultats sobre la magnitud dels casos de violència masclista atesos en els serveis sanitaris a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre durant el 2018. Aquests resultats volen proporcionar una mirada preliminar del fenomen de la violència masclista des de 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 Terres de l'Ebre. 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 vistes per aquest recurs.

L'any 2018, a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre 109 dones de 15 anys o més ateses en els serveis sanitaris tenen un diagnòstic de violència masclista. Aquestes dones van ser ateses principalment a Urgències (54,1%) i a l'Atenció Primària (46,8%) i l'edat mitjana va ser de 38,5 anys (amb una desviació estàndard de 15,2). En el Gràfic 1 es mostra la distribució de les dones per a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre 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=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre

Font: Elaboració pròpia

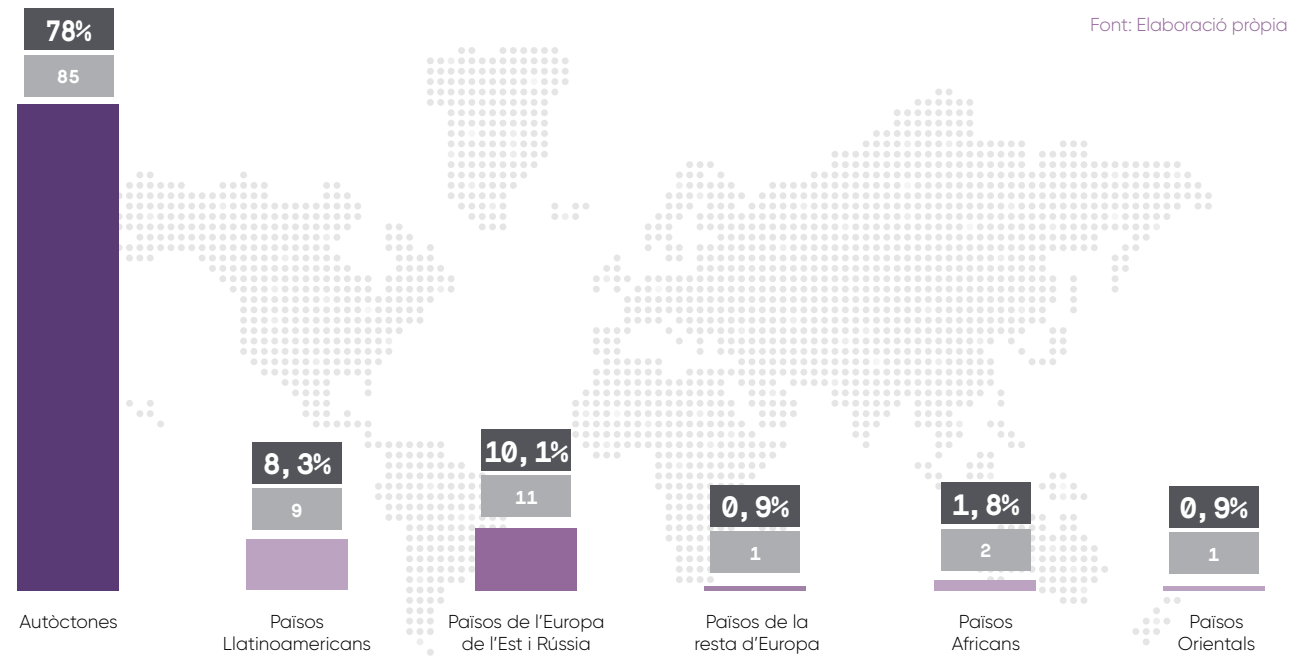


Els principals grups d'edat on es troben les dones amb un codi de violència masclista són de 31 a 40 anys amb un 30,3% de les dones, seguit del 23,9% de dones d'entre 20 a 30 anys i d'un 22,0% de dones d'entre 41 a 50 anys.

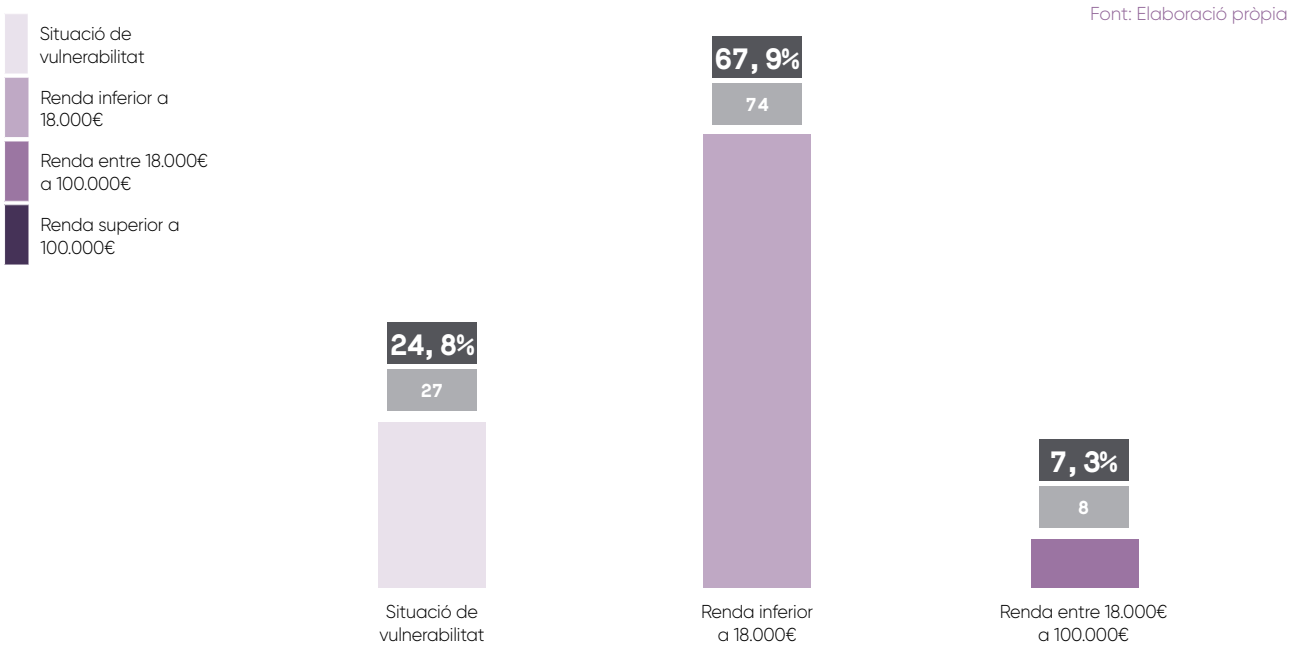
Pel que fa al país d'origen (Gràfic 2) el 78,0% de les dones ateses a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre durant l'any 2018 i amb diagnòstic de violència masclista són autòctones, seguides de les dones dels països d'Europa de l'Est i Rússia (10,1%) i de les dones dels països llatinoamericans (8,3%).

En quant al nivell socioeconòmic (Gràfic 3) el 67,9% de les dones tenen una renda inferior a 18.000€ i el 24,8% 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=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre



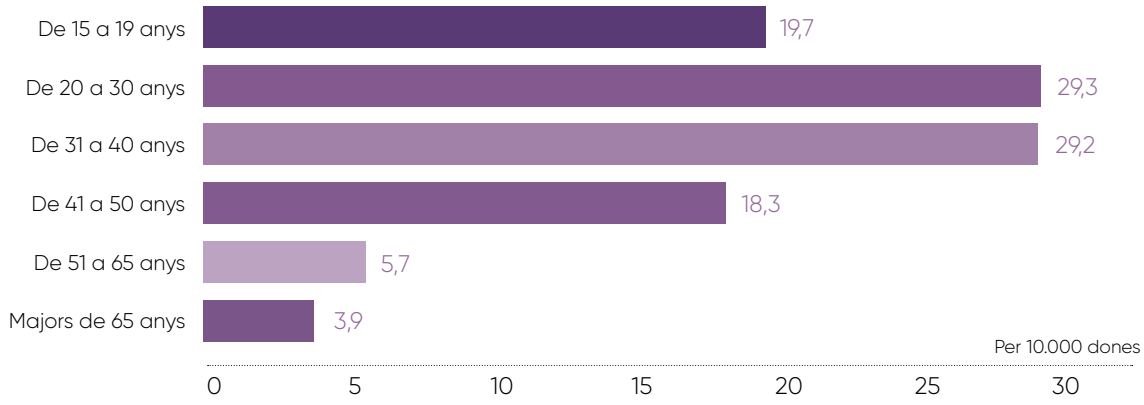
Gràfic 3. Percentatge i nombre de dones de 15 anys o més amb diagnòstic de violència masclista per **nivell socioeconòmic**, 2018. N=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre



Pel que fa a les prevalences, **per cada 10.000 dones de 15 anys o més a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre 14,4 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 20 a 40 anys.

Gràfic 4. Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per **grups d'edat**, 2018. N=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre

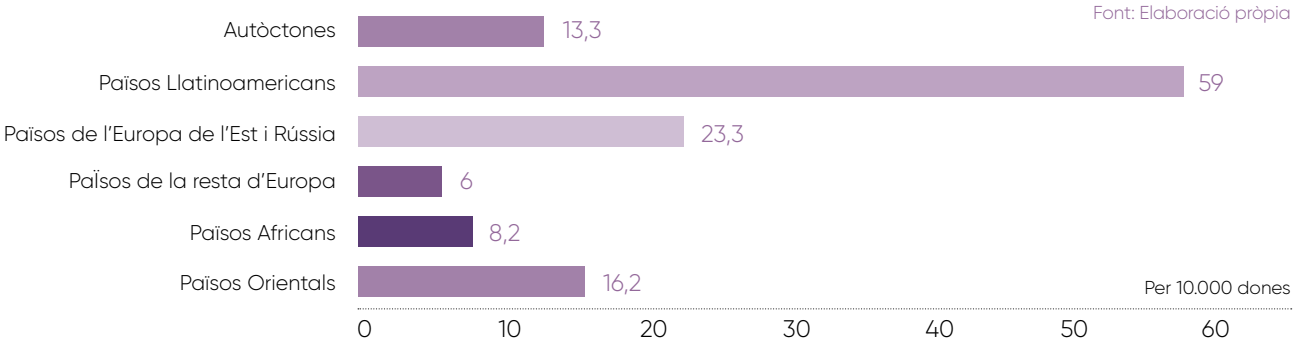
Font: Elaboració pròpia



Quan al país d'origen, al (Gràfic 5) s'observa que la prevalença de les dones de països llatinoamericans gairebé quintuplica la prevalença de les dones autòctones. Per a les dones de països llatinoamericans, 59 dones de cada 10.000 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=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre

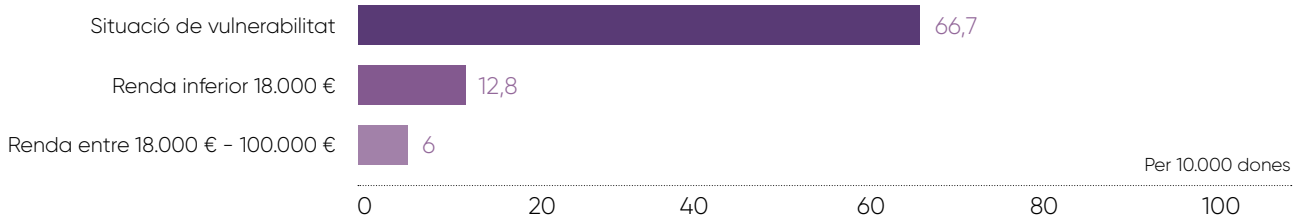
Font: Elaboració pròpia



Pel que fa al nivell socioeconòmic (Gràfic 6) la prevalença en les dones en situació de vulnerabilitat és la més elevada (66,7 dones per cada 10.000 dones ateses als serveis sanitaris de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre l'any 2018). En general, per aquesta regió sanitària, la prevalença disminueix a mesura que incrementa el nivell de renda.

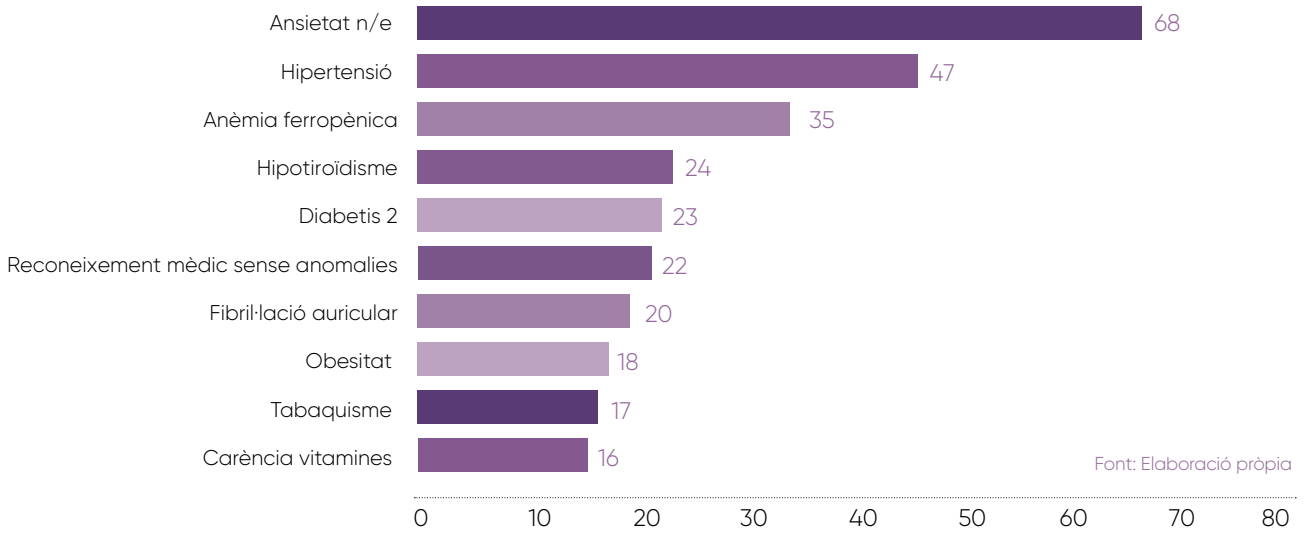
Gràfic 6. Prevalença de la violència masclista en dones de 15 anys o més per **nivell socioeconòmic**, 2018.N=109 Regió Sanitària Terres de l'Ebre

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 Terres de l'Ebre. L'ansietat, la hipertensió i l'anèmia ferropènica 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 Terres de l'Ebre

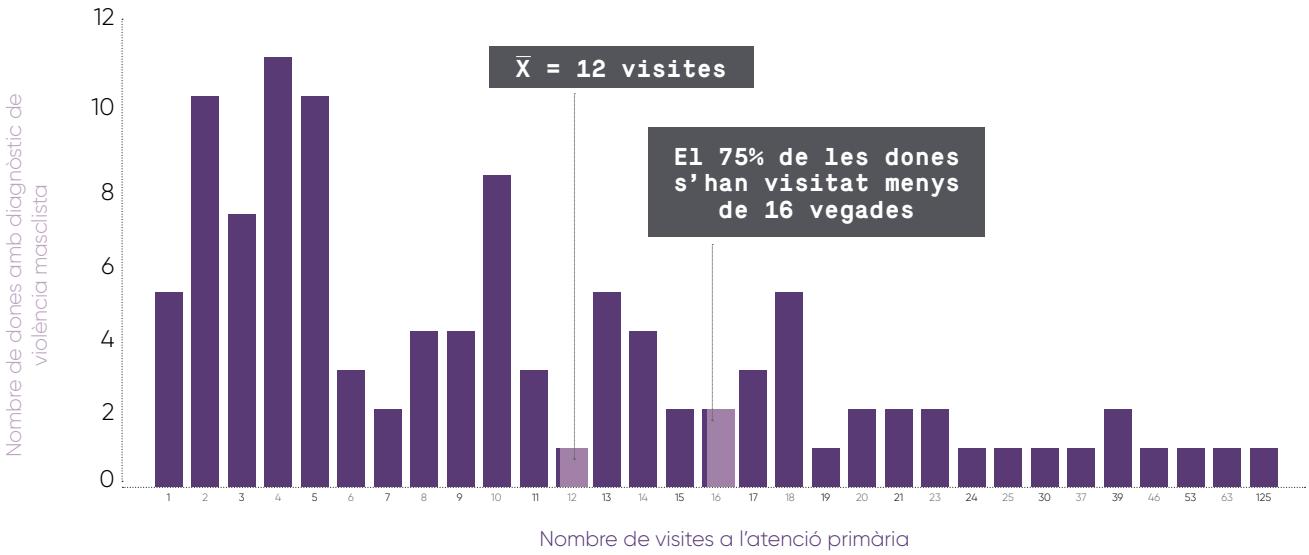


Font: Elaboració pròpia

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 Terres de l'Ebre és de 12 visites per dona. El 75% de les dones amb violència masclista ha visitat l'atenció primària menys de 16 vegades durant l'any 2018. Per tant, el 25% de les dones amb violència masclista han visitat l'atenció primària més de 16 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 Terres de l'Ebre

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 a entitats de dones de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre.

A la Regió Sanitària Terres de l'Ebre s'utilitza el **protocol específic interdisciplinari, anomenat Protocol per a l'abordatge de la violència masclista a Terres de l'Ebre**, referent dins del territori i utilitzat per la majoria d'agents territorials. Pel que fa al Protocol marc per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya (PAVIM), no el coneixen ni els professionals de la salut ni les entitats de dones del territori.

Cal destacar que, com a agent territorial en l'abordatge de la violència masclista, i per les especificitats del territori pel que fa a la dispersió dels serveis, el Servei d'Atenció i Informació a les Dones (SIAD) apareix com un servei clau en la detecció i l'atenció de violències masclistes dins de la regió. Tant el SIAD com el Servei d'Intervenció Especialitzada (SIE) són valorats molt positivament com a serveis especialitzats per part del col·lectiu de professionals dels serveis de salut.

> Els SIAD i el SIE són els serveis de referència del territori per a la detecció i l'atenció de casos de violència masclista. A causa de la dispersió territorial, els SIAD han guanyat molt de pes en aquesta problemàtica i estan molt ben valorats des de l'àmbit de la salut.

Des de l'àmbit de la salut es percep la **prevenció com un element clau** a l'hora d'abordar les violències masclistes, malgrat que no s'abordi de manera global. Es destaca, sobretot, la prevenció específica que es fa a la consulta en matèria de mutilació genital femenina, principalment amb les mares de nenes de països on aquesta pràctica és vigent.

Les **accions de sensibilització** es realitzen a la consulta i als centres educatius, però **no s'avaluen ni se'n coneix l'efectivitat o l'impacte.** Les entitats fan sensibilització i prevenció als centres educatius, tot i que sovint els tempos dels centres i els de les entitats no són els mateixos i això comporta alguna dificultat en la gestió. Tot i així, es considera que el treball amb les persones joves és imprescindible. En **programes com Salut i Escola** es duen a terme tallers de prevenció de la violència masclista als instituts.

Entitats de dones

> «Jo crec que tots haurien d'estar formats per detectar-ho [...]. Potser en un moment donat s'ha fet aquesta formació, però quan passa un temps et tornes a relaxar [...]. Potser s'hauria d'anar fent petits recordatoris [...], ho pot detectar [tant] la persona que està a recepció, com la infermera, la treballadora social, el metge... Jo crec que tots haurien d'estar molt alerta en un tema com aquest.»

> La formació és necessària per poder detectar casos de violència masclista i aquesta formació s'ha d'impartir a tot el personal de salut de manera sistemàtica.

Actualment, les accions al territori en relació amb l'atenció als homes, tant des de les entitats de dones com des dels serveis sanitaris, són pràcticament inexistents. Els col·lectius en què es focalitza gran part de la sensibilització són la infància i l'adolescència. De cara al 2020, està previst que Tortosa disposi d'un servei gestionat per entitats de caràcter preventiu i voluntari dirigit a homes, el Servei d'Atenció a Homes Terres de l'Ebre (SAHTE).

Es pensa que dins del sector sanitari hi ha una **manca de consciència generalitzada** que la violència masclista és un problema de salut pública; més aviat es creu que és una problemàtica social aliena a la salut. Aquest fet en dificulta la detecció i una atenció adequada. És per aquest motiu que la **formació apareix com una eina clau per sensibilitzar** el col·lectiu de professionals de la salut.

Actualment els i les professionals de l'àmbit sanitari no estan formats en violència masclista. Aspectes com la **rotació de personal o la inestabilitat de la plantilla**, sobretot a urgències, **dificulten la sensibilització i la formació dels professionals**. A més, les formacions que s'acostumen a oferir solen ser voluntàries i sempre hi assisteixen els mateixos perfils.

La prevenció i la sensibilització són elements clau per erradicar la violència masclista. Les accions s'adrecen principalment a la infància i l'adolescència. Es potencia un treball conjunt i coordinat entre entitats del territori i el sistema de salut.

Entitats de dones

«Un dia que vam haver d'anar a urgències [amb la dona] i li vam demanar per favor si ens podia passar a una sala a part, perquè estava tota la família del maltractador allà a urgències, ens van contestar que "ni hablar".»

Més enllà de la **falta de formació**, s'observen **resistències per part dels professionals de la salut a l'hora de registrar casos de violència masclista**, entre altres qüestions destacables per la **dificultat de detectar indicadors de sospita**; per la falta de pautes clares a l'hora de registrar els diagnòstics de violència masclista, així com d'actuació per als professionals, pel desconeixement, la **poca accessibilitat del protocol** i de les eines existents de valoració de risc, com és el cas delRVD-BCN (Protocol de Valoració del Risc de Violència de Parella Contra la Dona), que cal buscar-lo per Internet i imprimir-lo.

Entitats de dones

«Qualsevol professional pot detectar violència masclista [...], els perfils més idonis són la metgessa i la infermera [...]. Lo que passa és que jo crec hi ha molta temor a l'hora de donar l'alarma [...], per part de tots hi ha molta temor [...]. T'involucres tu en una situació en què potser molta gent no vol involucrar-se, anar a declarar...».

També es destaca la **incertesa del personal sanitari a l'hora de registrar aquells casos en què es valora que el risc de les dones no és tan greu**, ja que les eines de registre sovint no s'adeqüen a les situacions amb què es troben els i les professionals a les consultes. Això comporta que busquin estratègies per no haver de codificar amb l'etiqueta «violència masclista», com ara posar «referia que...» quan redacten fets que els expliquen les dones, o emprar altres etiquetes com «conflicte de parella», que es considera que no estigmatitzen les dones però que, alhora, es poden quedar allà indefinidament, fins i tot quan la situació de la dona és diferent (per exemple, un canvi de parella).

Sovint les dones no volen denunciar i els i les professionals de la salut, més enllà de la codificació, es troben davant de situacions complexes, amb diferents dilemes sobre si presentar el comunicat de lesions o no. També comparteixen que la situació és molt diferent si es tracta de violència psicològica, que és molt més difícil de demostrar que la física. El fet d'haver de **codificar la situació** sovint porta a parlar amb les dones i a valorar conjuntament les opcions, ja que els i les professionals tenen molt clar que **els codis no són confidencials** i els pot veure la dona, el seu agressor o qualsevol altre professional. En aquest sentit, plantegen diversos casos, tot ressaltant el paper protagonista de les dones en els procediments que es porten a terme.

Els **equips comarcals** es reuneixen trimestralment i són els **espais de coordinació entre professionals**. Serveixen, principalment, per valorar com es gestionen els casos de violència masclista i per compartir preocupacions i dubtes. Els i les professionals de la salut consideren que aquestes taules són útils per conèixer i posar cara a diferents agents implicats, fet que després facilita les gestions i derivacions.

En els espais de coordinació entre professionals també es parla de qüestions com el traspàs d'informació i coordinació tenint en compte aspectes com la protecció de dades. A vegades s'incorporen comentaris subjectius als MEAP (curs clínic del dia), als quals no poden accedir les persones usuàries en consultar La Meva Salut.

La formació legal i judicial és necessària per poder fer un bon acompanyament en els casos de violència masclista. Hi ha situacions i casos complexos en què els i les professionals de la salut no saben com actuar.

Tot i això, hi ha casos específics, com el de **les treballadores sexuals, que són difícils d'abordar des del circuit de violència masclista**, ja que la fundació que les atén no forma part del mateix circuit. Tot i que està ubicada en un CAP, funciona de manera independent. Actualment, **el paper de les entitats en aquests circuits és inexistent, i aquestes reclamen una coordinació amb altres agents professionals del territori.**

Entitats de dones

«Jo crec que hauríem de tenir més coordinació perquè ara ens trobem que, per portar a les dones a urgències i metges de capçalera, de vegades no podem [per manca de temps] i hem de trucar a les Mossos perquè les acompanyin, i això ho volem evitar [...]. Potser les treballadores socials haurien de venir al pis d'acollida i no anar-hi nosaltres.»

S'assenyala la **dificultat per a la coordinació entre els diferents serveis de salut**. Una de les causes és la **manca d'eines comunes**, ja que cada servei té un sistema de funcionament diferent. La dificultat de registrar la informació també es constata en els serveis d'urgències, on la majoria de registres i informes que es fan per temes de violència masclista estan incomplets, fet que comporta que els informes mèdics no tinguin valor ni pes en cas de judicis per violència masclista.

A aquestes dificultats i resistències a l'hora de detectar, valorar i registrar les situacions de violència masclista, cal sumar-hi el fet de les possibles conseqüències jurídiques per als professionals, que reconeixen que a vegades prefereixen evitar detectar casos de violència masclista, ja que si omplen un comunicat de lesions és possible que hagin d'anar als jutjats a declarar. Tot això fa que **la prevalença registrada no es correspongui amb la prevalença real.**

En la majoria de situacions de **violència masclista per maltractament psicològic no es fan comunicats de lesions.** Es tenen dubtes de si fer-ho beneficiarà la dona o no, i generalment en aquests casos s'acostuma a fer un seguiment de les dones. A part, també s'esmenta la qüestió de la pròpia seguretat, ja que des d'atenció primària tracten les dones i al mateix temps als agressors, les parelles d'aquestes dones, que poden reaccionar, per exemple, qüestionant i amenaçant els i les professionals de la salut.

Les entitats de dones expressen les resistències que tenen les dones per explicar la seva situació de violència masclista a causa de la falta d'acompanyament. Davant d'aquesta problemàtica, es troben soles i sense recursos econòmics per afrontar la situació. Moltes dones migrades esmenten la seva dificultat per poder-se expressar a causa de les barreres idiomàtiques. El grup de professionals de la salut assenyala que amb anterioritat havien comptat amb **un servei de traducció als serveis de salut**, però que actualment no disposen de cap suport.

Una altra dificultat afegida dels professionals de la salut a l'hora de donar una atenció de qualitat és la **poca intimitat de les consultes**. S'assenyala que **no disposen d'espais adequats per atendre casos de violència masclista.**

Als serveis d'urgències és on es detecten més casos de maltractaments físics, però en aquells casos més subtils o menys evidents no es treballa per esbrinar si es tracta de violència masclista per **manca de temps i d'eines.** També es mostra la preocupació de com traslladar aquesta informació des d'un servei d'urgències al professional de capçalera perquè en faci un seguiment. Més enllà dels serveis d'urgències, tant les entitats de dones com el grup de professionals de la salut destaquen la importància del **perfil d'infermeria com a agent clau per fer la detecció**, perquè, en tenir un contacte més prolongat i informal amb les pacients, percep en major mesura els aspectes subtils de la violència masclista.

En aquest sentit, l'**atenció primària també resulta un àmbit privilegiat per detectar casos de violència masclista**, ja que és un servei al qual les dones acudiran en algun moment de la seva vida.

> L'atenció primària és un lloc idoni per a la detecció de casos de violència masclista, però cal destinar-hi recursos, temps de dedicació a les consultes, i sensibilitzar i formar el personal sanitari sobre aquesta problemàtica.

Les entitats comparteixen que l'atenció primària és un espai idoni per detectar casos de violència masclista, però remarquen que cal una bona formació als professionals de la salut, més temps de dedicació a la consulta i pautes d'actuació i acompanyament adequades, així com tenir en compte

casos complexos com aquells en què hi pot haver barreres idiomàtiques, escassa confiança en el o la professional i manca d'acompanyament per realitzar aquests processos.

Entitats de dones

«Crec que, en el nostre cas, treballant amb dones de procedència migrada, quan algú pateix violència ho comunica en un entorn de confiança. En primer lloc es troben amb la limitació de la llengua. Si no hi ha ningú que les entengui no ho podran comunicar. En segon lloc, si al sistema sanitari no té cap persona de referència amb qui hagi establert confiança, no crec que li ho comuniqui.»

A més a més, també es considera important **poder detectar i atendre dones que han viscut situacions de violència masclista en etapes anterior**s, ja que això té conseqüències clares en la seva salut. Específicament, s'assenyala que la majoria d'aquestes dones tenen problemes de vaginisme o de convivència amb la parella actual, entre altres problemàtiques. En aquests casos, el personal sanitari deriva les dones al SIAD.

Els i les professionals de la salut mostren dificultats per coordinar-se amb altres serveis per diversos motius: perquè no coneixen presencialment els equips professionals als quals fan la derivació i per raons relacionades amb la protecció de dades, ja que no saben quina informació poden compartir sense el consentiment explícit de les dones. Aquest fet dificulta la coordinació i la derivació.

Les entitats expressen que als seus centres arriben dones derivades des de l'Institut de les Dones, el SIE o els SIAD, sobretot a través dels vincles de confiança que tenen amb els i les professionals de l'entorn. En canvi, no els arriben donen derivades des del sistema de salut. La relació que mantenen amb salut es produeix quan acompanyen alguna dona a una revisió mèdica.

També, els i les professionals de la salut ressalten que actualment hi ha un Protocol de seguiment de l'embaràs que obliga a fer un cribratge universal a les dones embarassades, amb un qüestionari de tres preguntes que s'entrega a les dones. Comenten que, tot i que van rebre una formació, això no és tan fàcil i han de buscar i utilitzar estratègies per passar el qüestionari, que varien molt en funció del grau de sensibilització envers aquest tema.

Es posa en relleu que la infància no queda integrada en el protocol de violència masclista. En aquest sentit, es considera que **els protocols d'infància i de violència masclista no estan connectats entre si**. Per això, quan es troben casos de dones amb infants a càrrec que pateixen violència masclista, no es té clar què s'ha de fer. Hi ha debat sobre si s'ha d'informar la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) o no fer-ho perquè, quan s'activa aquest servei, arriba una notificació al pare de la criatura (que sol ser l'agressor) que comunica que s'avaluarà els infants pel fet de viure una situació de violència masclista, atès que la Llei d'infància obliga a avisar la família quan s'avaluen els fills i filles.

Les característiques del territori són també un aspecte important. **La dispersió territorial dificulta l'accés de moltes dones als serveis especialitzats** a causa de les distàncies i les freqüències del transport públic, que esdevenen un obstacle encara més gran si tenen càrregues familiars i infants, ja que han de fer quadrar els desplaçaments amb els horaris dels centres educatius i altres activitats. A vegades, també hi ha dificultats econòmiques per pagar el desplaçament.

Manquen professionals de psicologia que puguin atendre directament les dones als mateixos centres de salut. En aquest sentit, es posa com a exemple de bones pràctiques el SIE ubicat a Amposta, ja que els professionals del servei es desplacen a altres municipis.

Al mateix temps, es considera paternalista i revictimitzant que siguin els i les professionals de la salut els qui hagin de gestionar les visites de les dones als serveis especialitzats, tal com estableix el protocol marc. Per això, acostumen a optar per altres estratègies, com donar la informació a les dones i fer que siguin elles les que decideixin, tot acompanyant-les però tenint present que són les mateixes dones les qui han de liderar el seu procés de canvi.

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 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 Terres de l'Ebre.

Prevenció

Propostes del grup de professionals de la salut

- Incidir des dels serveis de salut en les accions de sensibilització contra la violència masclista destinades a la població en general, tenint en compte les fases d'avaluació i impacte d'aquestes accions.
- Realitzar formacions obligatòries sobre violència masclista a tot el personal sanitari en què es treballin els indicadors de detecció i els registres adequats, i que facilitin un possible procés judicial, tenint en compte les eines de valoració de risc existents.
- Valorar la dedicació dels professionals en l'abordatge de la violència masclista i no sobrecarregar les seves agendes.

Propostes del grup d'entitats de dones

- Impartir més formacions al personal sanitari per tal de fer conèixer i aplicar els protocols existents en la detecció de casos de violència masclista.
- Incorporar la perspectiva de gènere en totes les activitats i projectes de les entitats del territori.
- Fomentar les campanyes de sensibilització enfocades a l'adolescència i l'educació sexoafectiva.

Detecció

Propostes del grup de professionals de la salut

- Incorporar als equips comarcals les entitats del territori, en especial les que treballen amb treballadores sexuals, i totes aquelles que gestionen casos de violència masclista, garantint una coordinació del circuit entre els diferents serveis existents.
- Formar els i les professionals de l'àmbit sanitari per conscienciar-los que la violència masclista és un problema de salut pública.
- Donar eines d'actuació als professionals de la salut per millorar la detecció de casos i fer una bona atenció.
- Facilitar l'accés a les eines de valoració per a la detecció de casos de violència masclista a l'equip de professionals sanitaris.
- Acordar entre els i les professionals les estratègies per unificar criteris per a la codificació dels diferents graus de violència masclista, tenint en compte la no estigmatització i la seguretat de les dones.

- Incorporar en el protocol de violència masclista el protocol d'infància, o facilitar més eines per a l'abordatge en la infància, per tal de saber com actuar quan hi ha violència familiar.

- Fer èmfasi en la detecció de casos de violència masclista a partir del cribratge de la població adolescent en el servei de consulta oberta (Salut i Escola).

Propostes del grup d'entitats de dones

- Facilitar l'accés i la comunicació per a la detecció de casos de violència masclista en dones d'origen cultural diferent, com ara fent campanyes de sensibilització en diferents llengües.

- Utilitzar les preguntes de sospita i recollir indicadors de caràcter relacional amb l'entorn de la dona per tal de facilitar una millor detecció.

Atenció i recuperació

Propostes del grup de professionals de la salut

- Cercar estratègies perquè els serveis especialitzats ubicats en una població puguin donar resposta a les dones de tot el territori, com ara oferir serveis itinerants.

- Establir unes pautes d'actuació clares entre el personal sanitari quan la dona no vol denunciar però té infants a càrrec, afavorint la coordinació amb els equips pediàtrics.

- Oferir servei d'intèrprets i/o mediadores comunitàries en els casos de dones que no coneixen l'idioma (català o castellà).

- Millorar les pautes i el funcionament del registre per tal de facilitar un millor seguiment dels casos entre els i les professionals de l'atenció sanitària.

- Facilitar el retorn dels professionals d'urgències quan deriven casos de violència masclista a l'atenció primària.

- Actualitzar les eines de registre per tal de no estigmatitzar les dones en certs casos.

Propostes del grup d'entitats de dones

- Trobar espais de coordinació entre les entitats del territori i els serveis de salut en què es tractin específicament temes de violència masclista.

- Incorporar al servei domiciliari de salut les visites als pisos d'acollida de les dones que han patit violència masclista per tal de facilitar el seu accés i millorar la seva atenció i recuperació.

- Millorar els recursos per facilitar l'acompanyament de les víctimes en diferents llengües als serveis primaris, com preveure professionals de la traducció itinerants.

- Facilitar l'intercanvi d'informació amb els serveis de salut en les fases de recuperació portades a terme per les entitats del territori.

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'Esta*t, 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 Terres de l'Ebre. 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 Porta Ferré
Beatriu Jerez Sancho
Carme Arasa
Carme Celma López
Cinta Monclús Arasa
Ester Carrasco Cavia
Ester Losada Sanjuán
Jordi Llorens Arasa
M. Jesús Ribes Farré
Miriam Boira Costa
Neus Jové Edo
Sònia Ponce López

Entitats de dones:
Associació Obre't Ebre
Associació Atzavara-Arrels
Grup Esplai Blanquerna

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 TERRES DE L'EBRE

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